

# Dépistage ciblé de la démence

La démence pourrait bien être le plus grave problème de santé pour la génération des *baby-boomers* et pour le système de soins de santé. À mesure que de nouveaux médicaments modifiant la maladie feront leur apparition, d'ici une décennie, il sera crucial d'élaborer des stratégies et de mettre des mécanismes en place pour diagnostiquer la démence dès les premiers stades et même au stade préclinique. Ces stratégies incluent une plus grande sensibilisation du public et des professionnels à cette problématique, une réorganisation des soins primaires accordant plus de place aux infirmières et infirmières-praticiennes et un dépistage ciblé chez les personnes âgées à risque élevé.

Par William B. Dalziel, M.D., FRCPC

La Société Alzheimer du Canada a récemment publié *Raz-de-marée : Impact de la maladie d'Alzheimer et des affections connexes au Canada*. Selon ce document :

- On dénombre actuellement 500 000 Canadiens atteints de démence;
- Un Canadien de plus de 65 ans sur onze souffre de démence;
- 50 000 Canadiens de moins de 60 ans souffrent de démence;
- Un Canadien sur quatre a dans sa famille un membre atteint de démence;
- Un Canadien sur deux connaît quelqu'un qui souffre de démence; et
- D'ici les cinq prochaines années, 250 000 nouveaux cas de démence seront diagnostiqués au Canada.

## Le tableau de la démence

Selon la taille de sa pratique et son pourcentage de patients âgés, le

William B. Dalziel, M.D., FRCPC  
Spécialiste en gériatrie,  
Attaché au Département de gériatrie,  
Campus Civic, Hôpital d'Ottawa  
Professeur agrégé de médecine,  
Université d'Ottawa

médecin de famille moyen compte environ de 40 à 50 patients atteints de démence et peut s'attendre à ce que la maladie se développe chez 8 à 10 de ses patients chaque année. Et pourtant, plus de la moitié de tous les cas pourraient ne pas être décelés en médecine de premier recours<sup>1</sup>, où les cas de démence se présentent selon quatre scénarios principaux :

1. Un proche amène le patient voir son médecin de famille pour des problèmes de mémoire (spécifique à 95 % pour la démence), mais le médecin écarte les composantes de délire, dépression, effets secondaires de médicaments et autres causes réversibles. Malheureusement, le délai moyen entre l'apparition des premiers symptômes et le diagnostic de démence est de deux ans.
2. Un épisode de délire révèle une démence légère pré-morbide ou rentre partiellement dans l'ordre, ce qui survient chez environ le tiers de tous les cas conduisant à la démence.
3. Un professionnel de la santé remarque les premiers signes avant-coureurs ou signaux d'alarme précoces (Tableau 1).

4. Un dépistage ciblé des personnes à risque élevé mais asymptomatiques aboutit à un diagnostic de démence.

## Faut-il procéder au dépistage de l'atteinte cognitive ou de la démence chez ce patient?

M. AD est un homme de 80 ans que vous suivez depuis 23 ans. Il a récemment reçu un diagnostic d'hypertension et vous consulte pour faire vérifier sa TA qui se trouve à 165/80 mm Hg, malgré des diurétiques. Il ne se plaint d'aucun trouble de mémoire et il n'a aucun antécédent familial de démence. Comme médecin de famille, feriez-vous subir à ce patient des tests de dépistage pour l'atteinte cognitive ou la démence? Si oui, comment procéderiez-vous? Dans bien des circonstances, un tel patient ne subirait pas de tests de dépistage.

## Indications du dépistage

L'indication du dépistage de l'atteinte cognitive repose sur quelques principes communs :

1. La démence est répandue; sa prévalence est de 8 % chez les personnes de plus de 65 ans et de 35 % chez les personnes de plus de 85 ans.

2. Elle vient au troisième rang des maladies les plus coûteuses, occasionnant des dépenses de 10 milliards de dollars annuellement et elle est la principale cause d'institutionnalisation.
3. Le test dépistage doit comporter une sensibilité et spécificité raisonnables. Parmi les tests suggérés, mentionnons le *Memory Impairment Screen* (MIS), le test Mini-Cog, reposant sur le rappel de trois éléments et le dessin d'une horloge et le test MOCA (pour *Montreal Cognitive Assessment*) ou le GPCOG (pour *General Practitioner Assessment of Cognition*).
4. Le test de dépistage doit être court et ne pas demander plus de cinq minutes. Pour respecter cette contrainte, on suggère d'administrer le MIS, le Mini-Cog ou le GPCOG.
5. On dispose de traitements pour améliorer l'issue clinique :
  - a) correction des facteurs de risque vasculaires;
  - b) inhibiteurs de la cholinestérase (donépézil, rivastigmine, galantamine), antagonistes de l'acide gamma-aminobutyrique (mémantine); et
  - c) enseignement et aide aux aidants naturels.

Les principaux obstacles au dépistage sont les contraintes de temps et la croyance selon laquelle le dépistage précoce ne confère aucun avantage. À mesure que le système de santé passe d'un modèle de médecine générale en solo à des pratiques de groupe ou multidisciplinaires, souvent, d'autres professionnels (p. ex., infirmières-praticiennes et infirmières) peuvent contribuer bien davantage au dépistage et à l'évaluation cognitive, ce qui fait gagner du temps au médecin. Le Tableau 2 présente les avantages du dépistage précoce de l'atteinte cognitive et de la démence.

Tableau 1

### Signes avant-coureurs de démence

- Hospitalisations ou consultations fréquentes aux urgences
- Confusion, délire, maladie, chirurgie
- Difficulté à relater des événements; questions et récits vagues et répétitifs
- Changements de l'humeur, de la personnalité ou du comportement
- Réduction des interactions sociales
- Changements subaigus du fonctionnement; ralentissement
- Piètre compréhension ou respect des directives
- Piètre observance thérapeutique entraînant une maîtrise inadéquate de maladies comme l'insuffisance cardiaque chronique (ICC) et la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)
- Conduite automobile : accident, difficultés, contraventions, inquiétudes de la famille
- Négligence (hygiène personnelle, entretien ménager, nutrition)

Tableau 2

### Avantages du dépistage précoce de l'atteinte cognitive/démence

#### Sociaux

- Droit/besoin de savoir
- Planification sociale/financière
- Sécurité : respect des consignes, conduite automobile, cuisson des aliments
- Directives préalables, planification
- Amélioration du bien-être des aidants par l'enseignement et le soutien : retardé de 1,5 ans l'institutionnalisation des patients atteints de MA<sup>2</sup>

#### Médicaux

- Traitement des causes/composantes réversibles
- Correction des facteurs de risque (TA, lipides, diabète de type 2, etc.)
- Stratégies d'observance pour les repas et directives posologiques (améliorer le traitement des autres maladies chroniques : TA, DT2, ICC, MPOC, etc.)
- Traitement par inhibiteurs de la cholinestérase (IC) ou mémantine
- Prévention des situations d'urgence et préparation

### Atteinte cognitive légère vs démence

L'atteinte cognitive précoce (au-delà des signes normaux de vieillissement) est en général, soit une atteinte cognitive légère (ACL), affectant de 10 à 15 % des gens de plus de 65 ans, soit une démence, observée chez 8 % des personnes de plus de 65 ans.

L'ACL désigne une démence pré-clinique qui prend la forme d'atteinte cognitive ne nuisant pas au fonctionnement, contrairement à la démence.

Chaque année, de 10 à 15 % des patients présentant une ACL évoluent vers une démence, mais au cours d'un suivi de 10 ans, environ 30 % ne connaissent pas un tel sort. D'ici 5 à 10 ans, lorsque, espérons-le, nous disposerons d'agents modifiant les maladies comme la démence et l'ACL, il sera important de mettre en place des mécanismes de dépistage en médecine de premier recours pour mieux reconnaître l'ACL et les premiers stades de la démence. Le dépistage précoce de l'ACL a entre

Tableau 3

## Calculateur du risque d'atteinte mémorielle

Âge (ans)	Nombre de facteurs de risque vasculaires			
	0	1	2	3 ou plus
65-69	2 %	4 %	8 %	16 %
70-74	4 %	8 %	16 %	32 %
75-79	8 %	16 %	32 %	50 %+
80-84	16 %	32 %	50 %+	50 %+
85 et plus	32 %	50 %+	50 %+	50 %+

### Comment utiliser le calculateur de risque

1. Encercliez votre catégorie d'âge du côté gauche du calculateur ci-haut.
2. Vérifiez tous les facteurs de risque vasculaires que vous présentez parmi la liste ci-dessous. Sur le calculateur ci-haut, encercliez le nombre de facteurs de risque vasculaires. Votre SCORE DE RISQUE d'atteinte mémorielle apparaît là où la rangée Âge et la colonne Facteur de risque se croisent.

### Facteurs de risque vasculaires (Cochez toutes les cases appropriées)

<input type="checkbox"/> Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/> AVC ou AITC (accès ischémique transitoire cérébral)	} Nbre de facteurs de risque <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> Diabète	<input type="checkbox"/> Angine ou crise cardiaque	
<input type="checkbox"/> Hypercholestérolémie	<input type="checkbox"/> Maladie vasculaire périphérique	
<input type="checkbox"/> Obésité	<input type="checkbox"/> Fibrillation auriculaire	
<input type="checkbox"/> Sédentarité (manque d'exercice)	<input type="checkbox"/> Tabagisme actif	

### Que faire avec votre score de risque

Ce tableau calcule le risque d'atteinte de la mémoire. Un score de risque plus élevé (16 % ou plus) signifie qu'il vaut la peine de procéder à un test rapide de la mémoire (cela ne signifie pas qu'il y ait un problème de démence ou de MA). Un score de risque faible (moins de 16 %) correspond à une faible probabilité de problèmes de mémoire importants, mais si vous avez remarqué des changements significatifs sur le plan de votre mémoire ou de votre capacité de vous acquitter normalement de certaines tâches, il faut procéder à un test de mémoire rapide.

autres pour avantages d'exercer une surveillance régulière pour vérifier s'il y a progression vers la démence, de corriger les facteurs de risque vasculaires et de reconforter les patients à qui on peut dire qu'il ne s'agit pas encore de la maladie d'Alzheimer (MA).

Le test MOCA, accessible à l'adresse [www.mocatest.org](http://www.mocatest.org), est significativement supérieur au mini-examen de l'état mental de Folstein (ou MMSE pour *Mini-Mental Status Examination*) lorsqu'il s'agit de déceler l'ACL et les premiers stades de la démence, et ce test ne prend pas plus de 10 minutes.

### Faut-il soumettre les personnes âgées à des tests de dépistage de l'atteinte cognitive?

Le dépistage de l'atteinte cognitive et de la démence semble conférer des avantages cliniques chez les personnes âgées, et pourtant, ce dépistage ne fait pas l'unanimité. Les directives consensuelles canadiennes (1998) affirment qu'aucune preuve ne milite pour ou contre le dépistage. Les directives de l'*American Academy of Neurology* indiquent que le dépistage ne serait justifié que chez une sous-population à risque élevé. Personnellement, j'appuie le principe du dépistage ciblé uniquement chez les patients exposés à

un risque élevé de démence. À mesure que la prévalence augmente, les vrais positifs augmentent et les faux-positifs diminuent. Pour établir un sous-groupe à risque élevé, les médecins doivent utiliser la « règle de deux ».

### La règle de deux

Le plus important facteur de risque à l'égard de la démence est l'âge. Les personnes de plus de 65 ans sont exposées à un risque de l'ordre de 2 % de souffrir de démence, ce risque doublant tous les cinq ans<sup>3</sup>. En outre, chaque parent au premier degré ayant des antécédents de démence double le risque pour le patient. Chaque facteur

Tableau 4

Test de dépistage ciblé de deux minutes de Dalziel (non validé)

Test	Domaine(s) évalué(s)	Échec	Rapport des cotes <sup>8,9</sup>
1. Test de rappel de trois mots	Mémorisation, mémoire à court terme	0 ou 1 sur 3	3,1
2. Nbre de quadrupèdes énumérés en une minute	Fonction exécutive, langage	< 15	20,2
3. Dessin de l'horloge	Visuospatial et mémoire (chiffres), fonction exécutive (mains)	Anormal*	24,0

\* De petites irrégularités dans le positionnement des chiffres ne représentent pas un échec.

de risque vasculaire multiplie aussi le risque par deux<sup>4-6</sup>.

Présenté au Tableau 3, le Calculateur de risque de l'atteinte mémorielle a été mis au point pour un projet de dépistage dans des pharmacies d'Ottawa. La personne âgée calcule son risque et si le test indique un risque élevé (> 15 %), elle peut remettre le test au pharmacien qui procédera à un questionnaire de dépistage de deux minutes. Les résultats, de même que des suggestions pour un examen plus approfondi, sont ensuite envoyés au médecin de famille. Les autres circonstances associées à une forte prévalence de démence et pour lesquelles on peut envisager un dépistage ciblé incluent les suites de l'AVC, les suites d'un épisode de délire ou les suites d'un premier épisode de dépression après l'âge de 65 ans et l'arrivée dans une maison pour retraités.

**Tests utilisés pour le dépistage ciblé des individus à risque élevé**

Dans son analyse clinique<sup>7</sup>, Brodaty concluait : « On recommande aux omnipraticiens d'envisager de recourir au GPCOG, au Mini-Cog ou au MIS pour dépister l'atteinte cognitive ou pour reconnaître les cas ». Ces tests sont brefs (< 5 minutes), faciles à administrer, ils ont été validés auprès d'échantillons en médecine générale et donnent lieu à des taux de classification raisonnables, comparativement au MMSE de Folstein.

Dans ma pratique clinique aussi bien que dans mes tâches d'enseignant, j'ai ajouté au Mini-Cog une tâche qui consiste à énumérer le plus grand nombre d'animaux à quatre pattes en une minute. Ce test n'a pas été validé, mais l'énumération constitue un bon test de vérification de la fonction exécutive et il a été validé séparément avec un rapport des cotes de 20,2 si moins de 15 animaux sont énumérés en une minute. Le Tableau 4 présente le test de dépistage ciblé de deux minutes.

On s'inquiète toujours des conséquences d'un diagnostic faux-positif. Si une personne âgée à risque élevé

s'agit d'un faux-positif et l'omnipraticien exercera un suivi un an plus tard. En présence d'anomalies, une évaluation cognitive plus complète est indiquée.

**Évaluation et suivi de M. AD**

Revenons à notre patient hypothétique de 80 ans. Compte tenu de son âge avancé et de son hypertension, le risque global d'atteinte cognitive ou de démence de M. AD est de 32 %. Le test de mémoire rapide a donné 1/3, il a nommé neuf animaux et son dessin de l'horloge a montré l'anomalie précoce la plus fréquente (les aiguilles de l'horloge indiquant les chiffres 10 et 11).

*Selon la taille de sa pratique et son pourcentage de patients âgés, le médecin de famille moyen compte environ de 40 à 50 patients atteints de démence et peut s'attendre à ce que la maladie se développe chez 8 à 10 de ses patients chaque année.*

obtient des résultats positifs, il faut procéder à un historique collatéral auprès d'un membre de la famille ou d'un ami pour vérifier la présence des symptômes ABC. La liste de vérification ABC (Tableau 5) alliée à un test de mémoire rapide pour le repérage des troubles cognitifs inclut : activités de la vie courante (A), changements comportementaux (B) et changements cognitifs (C). En l'absence d'anomalies ou de symptômes ABC, il

Son épouse a été invitée à assister à la consultation suivante pour passer en revue les signes ABC. Elle a affirmé : « Maintenant que vous en parlez, depuis quelque temps, il est plus distrait, il est un peu irritable et apathique. Il se trompe lorsqu'il fait les comptes et il a de la difficulté à utiliser l'ordinateur ». À noter : souvent, la famille interprétera ces changements comme des signes normaux et bénins du vieillissement.

Tableau 5

## Liste ABC des problèmes cognitifs (lorsque le test de mémoire rapide est positif)

	OK	Problème(s) :	
1. Activités courantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Magasinage <input type="checkbox"/> Comptes <input type="checkbox"/> Hygiène/toilette <input type="checkbox"/> Passe-temps/loisirs <input type="checkbox"/> ↓ ou problèmes à se vêtir/se laver	<input type="checkbox"/> Entretien de la maison <input type="checkbox"/> Repas <input type="checkbox"/> Outils/appareils <input type="checkbox"/> Transport <input type="checkbox"/> A besoin de plus d'aide/orientation
2. Facteurs comportementaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Apathie/↓ initiative <input type="checkbox"/> Anxiété <input type="checkbox"/> ↓ vigilance/« déphasé » <input type="checkbox"/> Piètre jugement/contrôle de soi <input type="checkbox"/> Agressivité	<input type="checkbox"/> Dépression/humeur labile <input type="checkbox"/> Hallucinations <input type="checkbox"/> Dissimulation/accumulation d'objets <input type="checkbox"/> Émotivité labile/inappropriée <input type="checkbox"/> Agitation/colère
3. Cognition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Répétition (anecdotes, questions) <input type="checkbox"/> Trouver les mots <input type="checkbox"/> Observance thérapeutique (dosette) <input type="checkbox"/> Perd des objets <input type="checkbox"/> Confus dans des contextes non familiers	<input type="checkbox"/> Oublis <input type="checkbox"/> Désorientation/se perd <input type="checkbox"/> Difficulté à se concentrer/à suivre <input type="checkbox"/> Lecture/télévision <input type="checkbox"/> Ne reconnaît pas ses proches ni ses amis

Autres observations (y compris durée/progression des problèmes) :

---



---



---

Le formulaire doit être rempli par le patient et un proche/aidant.

## Conclusions

Le dépistage ciblé chez les personnes âgées exposées à un risque élevé d'atteinte cognitive peut faciliter une reconnaissance plus hâtive de la démence. Les options thérapeutiques appliquées plus tôt peuvent donner de meilleurs résultats. Cela inclut l'utilisation de médicaments spécifiques contre la

démence, la correction des facteurs de risque vasculaires, des stratégies visant à améliorer l'observance thérapeutique pour d'autres maladies chroniques et l'amélioration du soutien et de la formation des aidants.

Compte tenu du vieillissement de la population et de la communauté des spécialistes de la démence, les

250 000 nouveaux cas prédits pour les cinq prochaines années forceront les omnipraticiens à jouer un rôle plus grand dans la reconnaissance, le diagnostic et le traitement hâtif des cas les plus simples de démence.

## Références :

- Ashford WJ, Borson S, O'Hara R, et coll. Should older adults be screened for dementia? *Alzheimers and Dementia* 2006; 2:76-85.
- Mittleman M. Improving caregiver well-being delays nursing home placement of patients with Alzheimer disease. *Neurology* 2006; 67(9):1592-9.
- Étude canadienne sur la santé et le vieillissement : Méthodes d'étude et prévalence de la démence. *CMAJ* 1994; 150(6):899-913.
- Skoog I. Status of risk factors for vascular dementia. *Neuroepidemiology* 1998;17:2-9.
- MacPherson KM, Maclean DR, Malaviarachchi D. Clinical issues in hypertension: Hypertension and dementia: Part one. *Perspectives in Cardiology* 2001; 17(6):19-26.
- Seshadri S, Beiser A, Selhub J, et coll. Plasma homocysteine as a risk factor for dementia and Alzheimer's disease. *N Engl J Med* 2002; 346:476-83.
- Brody H, Low LF, Gibson L, et coll. What is the best dementia screening instrument for general practitioners to use? *Am J Geriatr Psychiatry* 2006; 14:391-400.
- Siu AL. Screening for dementia and investigating its causes. *Ann Intern Med* 1991; 115:122-32.
- Canning SJ, Leach L, Stuss D, et coll. Diagnostic utility of abbreviated fluency measures in Alzheimer disease and vascular dementia. *Neurology* 2004; 62:556-62.