



# MIEUX DÉPISTER LES TROUBLES COGNITIFS

**AQNP**

ASSOCIATION QUÉBÉCOISE  
DES NEUROPSYCHOLOGUES



# CONTEXTE

- Demandes croissantes & besoins criants pour obtenir un éclairage sur la santé cognitive
- Perspective sur la cognition cruciale dans de nombreuses situations cliniques
  - Ressources limitées
- Recours de plus en plus fréquent aux outils de dépistage



# OBJECTIF PRINCIPAL

Une utilisation plus  
*valide* des outils de  
dépistage



# PLAN

1. Définitions & pertinence

2. Mode d'emploi

3. Les pièges du dépistage

4. Avenir et perspectives

1.

# LE DÉPISTAGE COGNITIF



# 1

## DÉFINITION

### Projet de Loi 21

«Le **dépistage** vise à départager les personnes qui sont probablement atteintes d'un trouble [...] des personnes qui en sont probablement exemptes».

### Le dépistage cognitif :

- 1 Ne permet PAS de poser un diagnostic ni de conclure à la présence ou l'absence d'un trouble cognitif précis.
- 2 Requiert une investigation complémentaire si le résultat est positif.

# 1

## DÉFINITION

### Projet de Loi 21

«L'**évaluation** implique de porter un jugement clinique sur la situation d'une personne à partir des informations dont le professionnel dispose et de communiquer les conclusions de ce jugement».

### L'évaluation :

- 1 Dans le cadre du champ d'exercice respectif au professionnel.
- 2 Les évaluations réservées ne peuvent être effectuées que par les professionnels habilités.

## 1

# PROFESSIONNELS HABILITÉS: DÉPISTAGE COGNITIF

Activités réservées	Méd.	Inf.	T.S.	Ergo.	Psy.	Neuropsych.
Dépistage des troubles cognitifs	x	x	x	x	x	x
Diagnostic médical	x					
Évaluation des troubles cognitifs	x					x
Évaluation des habiletés fonctionnelles				x		
Évaluation des troubles mentaux	x	x			x	x
Évaluation psychosociale dans le cadre des régimes de protection			x			

# 1

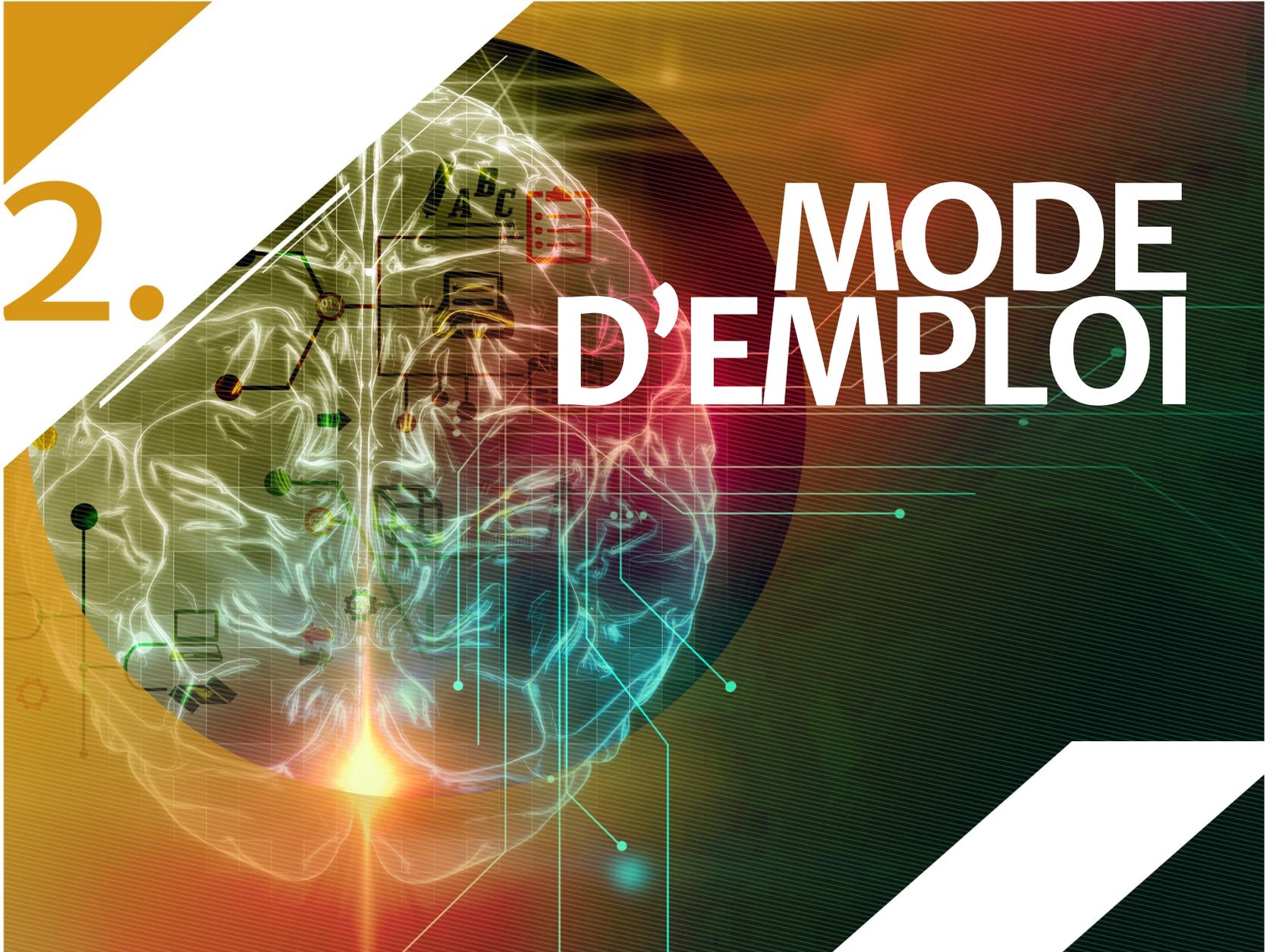
## PERTINENCE DU DÉPISTAGE

### À l'aide d'un outil standardisé

- Mettre en évidence des déficits pas nécessairement observables au quotidien
  - Orienter vers une investigation plus poussée
    - Orienter la conduite à tenir
- Mesurer l'évolution : comparaison dans le temps lors du suivi annuel
  - Rassurer la personne et sa famille

2.

# MODE D'EMPLOI



# 2

## À QUI S'ADRESSE LE DÉPISTAGE?

Toute personne chez qui l'on *déetecte* la possibilité d'un changement dans le fonctionnement cognitif.

# 2

## INDICES POUR LE DÉPISTAGE COGNITIF

Plainte(s) du patient ou de proche(s):  
cognitive(s), comportementale(s)

Autres indices obtenus  
via observations ou questionnaire:

cherche ses mots, oublie, se répète, ralenti, distrait, hygiène négligée, etc.

Via dossier:

délirium récent, TCC récent, AVC, etc.

# 2

## PRÉJUDICES POSSIBLES LIÉS AU DÉPISTAGE

### Faux positifs

Inquiétudes inutiles causant de la détresse psychologique ou des comportements nuisibles (arrêt de travail ou autres activités), mise en place de traitements médicaux et services psychosociaux coûteux et inutiles.

### Faux négatifs

Diagnostic retardé, dégradation de la condition de la personne dans de multiples sphères de sa vie (santé physique, psychologique et cognitive, finances, etc), démarches plus importantes au moment du diagnostic, perte d'efficacité de certains traitements introduits tardivement.

# 2

## LIMITES DES OUTILS DE DÉPISTAGE

Ne permettent pas de conclure à un diagnostic ni à l'atteinte/intégrité d'une ou de plusieurs fonctions cognitives

- Le jugement d'un médecin ou une investigation plus poussée du fonctionnement cognitif sont TOUJOURS NÉCESSAIRES

Plusieurs facteurs non reliés à l'outil peuvent influencer les résultats:

- Troubles neurodéveloppementaux (TDA/H, troubles d'apprentissages)
  - Maladies psychiatriques
  - Maladies neurologiques
  - Traitement pharmacologique
  - Abus de substances (drogues, alcool)
- Autres conditions médicales (trouble métabolique, apnée du sommeil)
  - Facteurs personnels (personnalité, éducation, motivation, anxiété)

# 2

## CHOISIR UN OUTIL DE DÉPISTAGE

1. Proportionnel au mandat:  
dépistage
2. Bénéficiant d'un appui  
scientifique
3. Pertinent quant à la  
personne/contexte

# 2

## MMSE ET MoCA

- Visent un dépistage cognitif pour tout adulte chez qui des troubles cognitifs sont détectés
- Proportionnels au mandat de dépistage de par leur format et leur contenu
- Bénéficient d'un appui scientifique
- Fréquemment utilisés ce qui facilite la communication des résultats

## 2

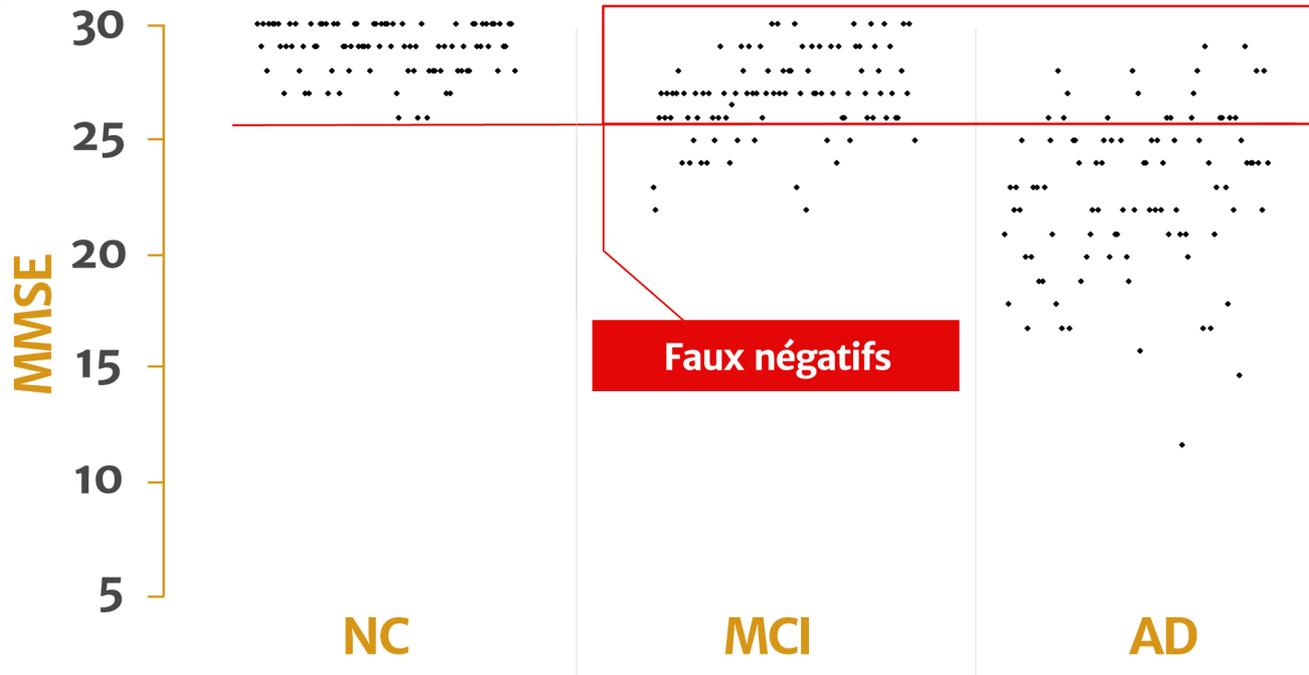
# MMSE ET MoCA

Sphères cognitives dépistées

Section	MMSE	MoCA
Orientation	10	6
Mémoire	3	5
Fonctions exécutives	0	4
Attention et mémoire de travail	8	6
Langage	8	5
Fonctions visuo-spatiales	1	4
<b>TOTAL</b>	<b>30 pts</b>	<b>30 pts</b>

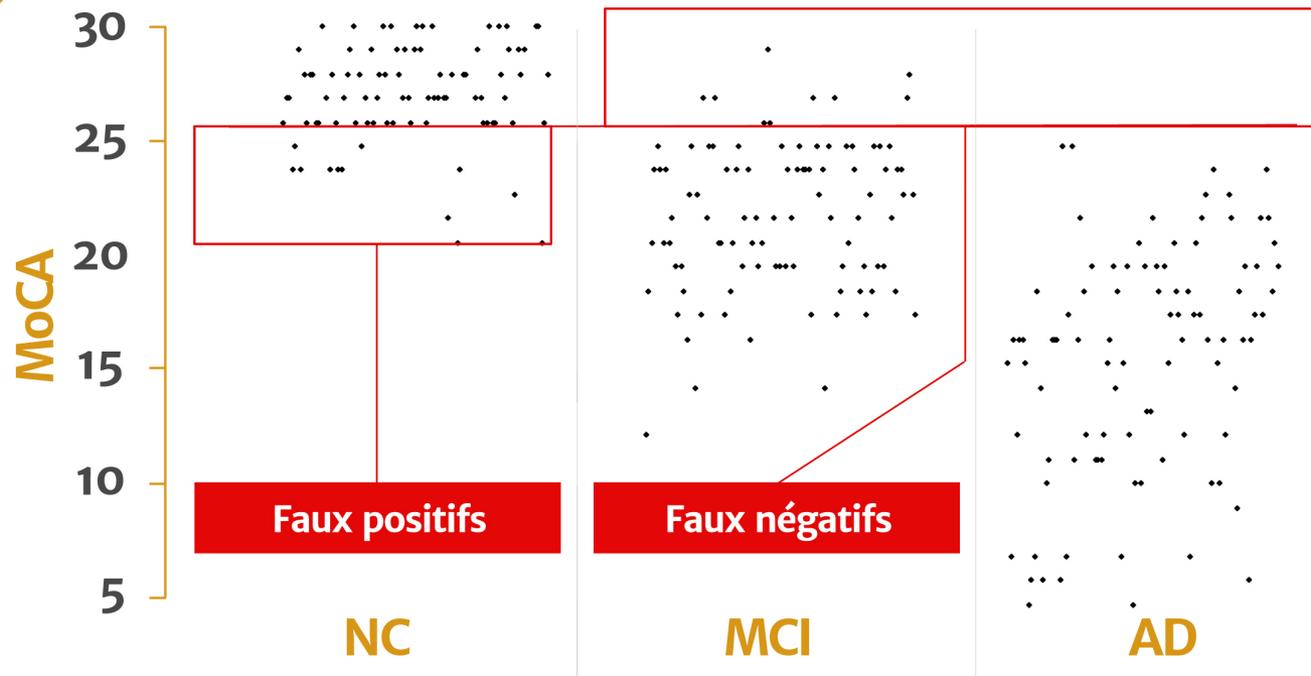
# 2

## RÉSULTATS MMSE



Données de Nasreddine et al., 2005

# RÉSULTATS MoCA



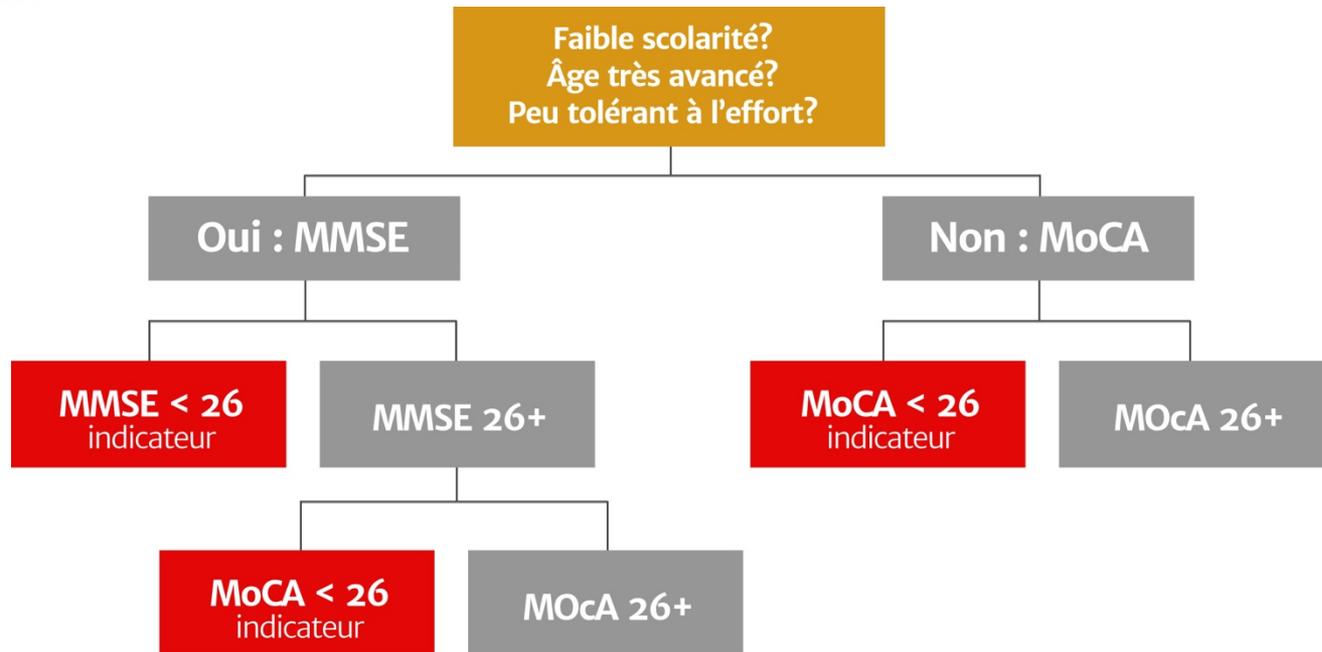
Données de Nasreddine et al., 2005

# PROBLÈME DU DÉPISTAGE POPULATIONNEL



Avec une prévalence de démences (9%) et de troubles cognitifs légers (21%), pour un total de 30% d'individus avec troubles neurocognitifs, parmi un groupe âgé entre 69–88 ans (inspiré de Knopman et al., 2016) ainsi qu'à partir des valeurs de sensibilité (90%) et de spécificité (87%; Nasreddine et al., 2005)

# MMSE OU MoCA



# 2

## QUE FAIRE AVEC LE RÉSULTAT?

Généralement deux options :

- 1** Sous le seuil (ou toute autre raison de s'inquiéter de troubles cognitifs) : orienter la personne vers une évaluation plus approfondie du fonctionnement cognitif ou une évaluation médicale.
- 2** Au-dessus du seuil (ou peu de raison de s'inquiéter): rassurer la personne, mais demeurer vigilant advenant tout changement.

*\*La conduite clinique peut dépendre du milieu et de la clientèle.*

Rappel: les outils de dépistage ne sont PAS des outils d'évaluation diagnostique et ne permettent PAS de statuer sur une fonction cognitive. La prudence s'impose dans la communication des résultats.

# 2

## AU-DELÀ DU DÉPISTAGE COGNITIF

Les indices suggérant la pertinence d'aller plus loin que le dépistage:

**1** Incertitude diagnostique malgré consultation et suivi

**2** Suspicion clinique forte/plainte récurrente malgré score-seuil dans les limites de la normale

### **3** Tableau atypique

- Âge précoce
- Forte/faible scolarité
- Éléments de la culture
- Atteinte de la communication
- Symptômes psychiatriques à l'avant-plan (p.ex., SCPD)
  - Prédominance d'autres atteintes que la mémoire (p.ex., praxies, gnosies)

# 2

## APPORT DE L'ÉVALUATION NEUROPSYCHOLOGIQUE

- Évaluation personnalisée selon les besoins
- Prend en compte l'individu dans sa globalité
- Jugement clinique basé sur plusieurs épreuves neuropsychologiques aux valeurs psychométriques fiables et pour lesquels des normes sont disponibles
- Établir le profil forces/faiblesses et atteinte/intégrité des fonctions cognitives
  - Diagnostic neuropsychologique
- Étayer un plan d'intervention/recommandations individualisées

3.

# LES PIÈGES DU DÉPISTAGE



# 3

## TROIS SOURCES DE PIÈGES ASSOCIÉS AU DÉPISTAGE

- Surutilisation des outils
- Erreurs liées à l'évaluateur
- Erreurs liées au patient/contexte



# SURUTILISATION DES OUTILS

## Situations typiques

- Administration à répétition (ou simultanément) du MoCA/MMSE dans un court intervalle de temps (p.ex., en cours d'hospitalisation, lors de chaque RV en clinique externe, afin de mesurer l'effet de la médication, etc)
- Utilisation d'un outil de dépistage cognitif alors qu'une évaluation cognitive complète a récemment été effectuée ou que l'état clinique du patient est inchangé

## Effet délétère

- Effet d'apprentissage qui diminue la sensibilité & risque accru de faux négatifs
  - Interférence et perte de motivation qui diminuent la spécificité & risque accru de faux positifs



# ERREURS DE L'ÉVALUATEUR

## Erreurs d'administration

Instructions ou explications supplémentaires qui ne sont pas répétées/fournies alors que cela permis, aide trop importante, rythme inadéquat de présentation du matériel aux tâches d'attention et de mémoire, utilisation inadéquate du matériel, etc.

## Erreurs de cotation

Erreurs d'interprétation des critères, erreurs cléricales, etc.

## Erreurs d'interprétation

Interprétation de type diagnostique non supportée scientifiquement pour les tests de dépistage, utilisation d'un score-seuil inadapté, etc.



# ERREURS LIÉES AU PATIENT/CONTEXTE

Choix d'un test inadapté selon les données normatives

Âge, scolarité, condition médicale ou psychiatrique, culture, etc.

Barrière langagière/culturelle non considérée à l'administration

Limitations physiques non prises en compte

Problèmes visuels, auditifs, moteurs, etc.

Choix d'un lieu inadapté pour l'administration du test

Présence de distractions auditives/visuelles, etc.

# 3

## ERREURS LIÉES AU PATIENT/CONTEXTE

### État clinique du patient non pris en compte

Anxiété de base ou réactionnelle en cours d'évaluation, dépression, apathie, psychose, fatigue, intoxication drogue/alcool, prise de médication avec impact délétère sur la cognition, présence de douleurs ou autres problèmes médicaux pouvant affecter la cognition (p.ex., problématique médicale aiguë), etc.

### Choix d'un moment inadéquat pour l'administration

Heure tardive pour une personne âgée, à la hâte à la fin du rendez-vous médical, etc.

4.

# AVENIR<sub>ET</sub> PERSPECTIVES





# AVENIR ET PERSPECTIVE

## Le dépistage cognitif

- Incontournable dans la pratique clinique
- Fondamental: irréaliste et non nécessaire de réaliser des évaluations complètes de façon systématique
- Devrait être privilégié à une évaluation complète en de nombreuses circonstances

**\*\* Attention aux «pièges du dépistage» \*\***



# ÉVOLUTION DES OUTILS DE DÉPISTAGE

- De très longs (ou très courts) outils de dépistage émergent et se développent
- Attention! Les moyens utilisés doivent être proportionnels au mandat et en conformité avec son champ d'exercice (déontologie; Guide explicatif Projet de Loi 21 p.45)
- Question :

Sommes-nous en réelle situation de dépistage?



## À RETENIR

- Le dépistage n'est cliniquement utile que s'il est effectué par des professionnels sensibilisés.
- Le dépistage ne permet pas de conclure à un diagnostic, ni à la présence ou l'absence d'une atteinte cognitive précise.



LA SANTÉ COGNITIVE,  
NOTRE EXPERTISE !

**AQNP**



---

ASSOCIATION QUÉBÉCOISE  
DES **NEUROPSYCHOLOGUES**



# DJAPOSITIVES SUPPLEMENTAIRES

# L'OUTIL DE DÉPISTAGE IDÉAL

- Administration rapide (< 20 min.) et facile (consignes) :
  - \*Ne nécessite pas une formation étoffée, une sensibilisation suffit.
- Cotation et compilation des résultats faciles
- Cible les domaines cognitifs reliés au trouble suspecté
- Permet de décider aisément si une investigation complémentaire est nécessaire
  - Normes critériées fiables: ajustées à la culture, la langue & l'éducation.
  - Bonne sensibilité et spécificité
- Valide et fidèle (exactitude des mesures & reproductibilité des résultats)
  - S'adjoint d'informations collatérales



# POPULATION CIBLÉE (MoCA)

Les personnes les mieux représentées  
dans les échantillons:

- sont québécois d'origine ou non
- maîtrisent le français ou l'anglais
  - ont entre 65 et 85 ans
- ont entre 6 et 18 ans de scolarité

La sensibilité et la spécificité sont donc meilleures  
pour les personnes présentant ces caractéristiques

# MMSE ET MoCA EN UN CLIN D'OEIL

	MMSE (1975)	MoCA (2005)
Langues de validation initiale (lieu)	Anglais (États-Unis)	Anglais et français (Québec)
Objectif initial	Dépister les troubles cognitifs	Dépister le trouble cognitif léger
Temps de passation	7 à 15 minutes	10 à 15 minutes
Seuils cliniques	Originellement sous 24 Autre seuil proposé: sous 26	Originellement sous 26
Ajustement des seuils	Il existe plusieurs études sur les seuils pour différentes populations. Selon l'âge et la scolarité en particulier, puis selon la population clinique visée	

# TEST SPÉCIFIQUES AU DÉLIRIUM

Voici des outils pour monitorer le délirium:

- Confusion Assessment Method (CAM)
- Delirium Rating Scale–Revised–98 (DRS–R–98)  
& Cognitive test for delirium (CTD)