



Mieux dépister les troubles cognitifs

Présenté par
Lysanne Landry, psychologue et neuropsychologue

Objectif de la présentation

Faire une utilisation plus valide des outils de dépistage en :

1. Discutant de la pertinence des outils de dépistage
2. Définissant le fonctionnement de ces outils
3. Clarifiant que faire avec les résultats et l'apport de l'évaluation neuropsychologique
4. Partageant les pièges à éviter au dépistage
5. Discutant de l'avenir et des perspectives des outils de dépistage

Contexte

- Demandes croissantes et besoins d'obtenir un éclairage sur la santé cognitive
- Pertinence de connaître l'état cognitif pour optimiser la prise en charge
- Ressources limitées
- Recours de plus en plus fréquent aux outils de dépistage

1. Pertinence des outils de dépistage



Dépistage

Selon le projet de Loi 21 :

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

Ainsi, 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. Requier une investigation complémentaire si le résultat est positif.

Évaluation

Selon le 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 »

Ainsi, l'évaluation :

1. Se fait dans le cadre du champ d'exercice respectif au professionnel.
2. Ne peut être effectuée que par les professionnels habilités.

Évaluation

Activités réservées	Med.	Inf.	T.S.	Ergo.	Psy.	Neuropsych.
Dépistage des troubles cognitifs	x	x	x	x	x	x
Diagnostic médical	x					
Évaluation des troubles neuropsychologiques	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			

Pertinence du dépistage

À l'aide d'un outil standardisé, il est possible de :

- Mettre en évidence des déficits difficilement observables
- Orienter vers une investigation plus poussée au besoin
- Orienter la conduite à tenir
- Mesurer l'évolution dans le temps
- Rassurer la personne et ses proches

2. Fonctionnement des outils de dépistage



À qui s'adresse le dépistage ?

À toute personne chez qui l'on détecte la possibilité d'un changement dans le fonctionnement cognitif.

Indices en faveur d'un dépistage cognitif

- Plaintes cognitives ou comportementales de l'utilisateur ou des proches
OU
- Suspicion clinique d'un professionnel

Indices obtenus via les observations ou un questionnaire

- Cherche ses mots
- Oublie ou se répète
- Facilement distrait
- Hygiène négligée

Indices obtenus via le dossier

- Délirium récent
- TCC récent
- AVC ou maladie neurologique
- Premier épisode psychiatrique significatif à un âge avancé

Préjudices possibles liés au dépistage

Faux positifs

Inquiétudes inutiles causant de la détresse psychologique ou des comportements nuisibles, 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, démarches plus importantes au moment du diagnostic, perte d'efficacité de certains traitements introduits tardivement.

Limites des outils de dépistage

Ne permettent pas de conclure à un diagnostic ni à l'atteinte ou l'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 ou neurologiques

Traitement pharmacologique

Abus de substances

Autres conditions médicales (trouble métabolique, apnée du sommeil)

Facteurs personnels (personnalité, éducation, motivation, anxiété)






Secondary Influences
on Neuropsychological
Test Performance

Neuropsychological Test Performance

ETHICAL ASPECTS



Choisir un outil de dépistage

-  Proportionnel au mandat
-  Bénéficiant d'un appui scientifique
-  Pertinent quant à la personne et au contexte

MMSE et MoCA

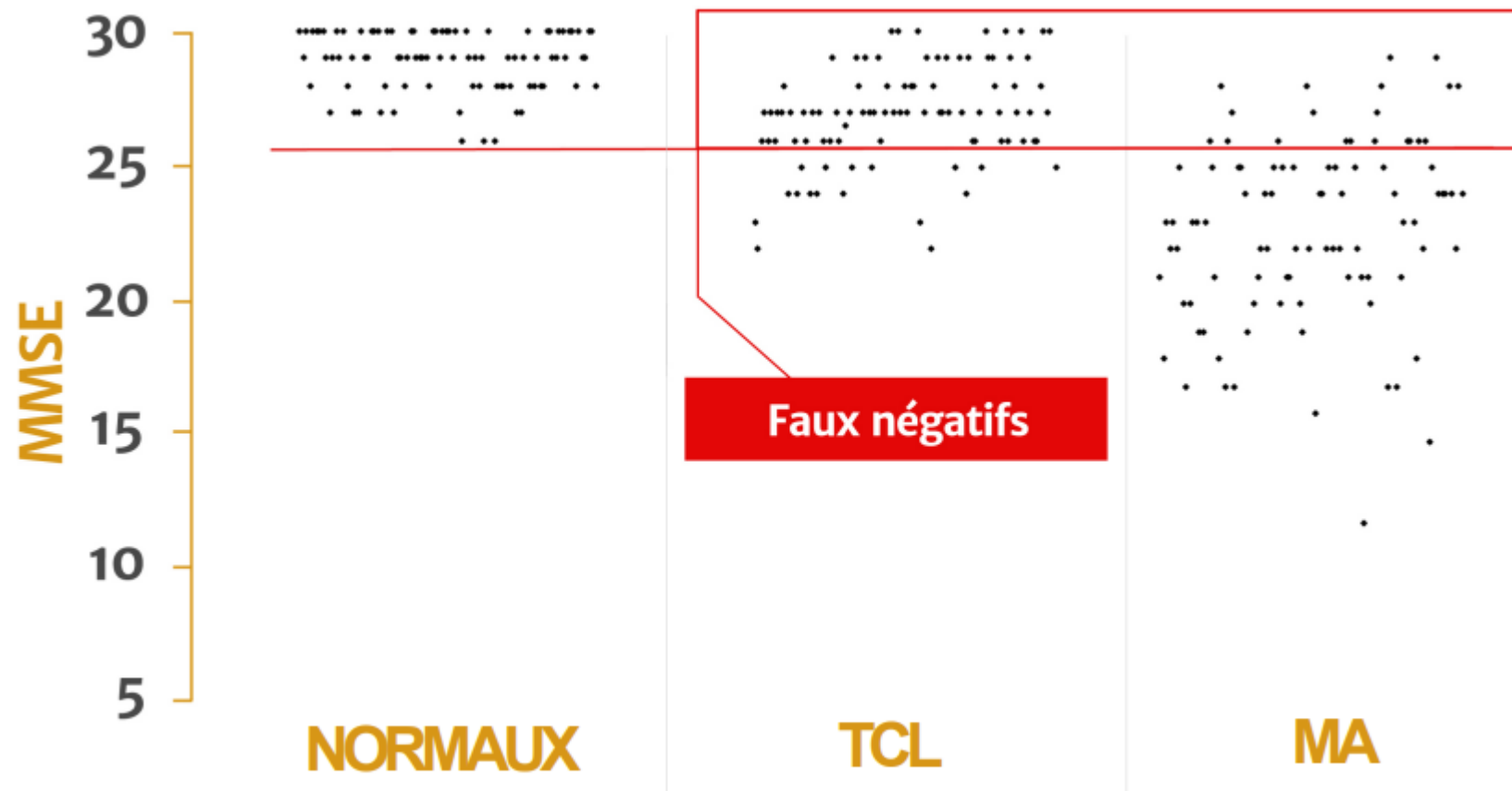
- ✓ Visent un dépistage cognitif pour tout adulte chez qui des troubles cognitifs sont détectés
- ✓ Proportionnels au mandat de dépistage de par leur format et leur contenu
- ✓ Bénéficient d'un appui scientifique
- ✓ Fréquemment utilisés ce qui facilite la communication des résultats

MMSE et MoCA

Sphères cognitives dépistées

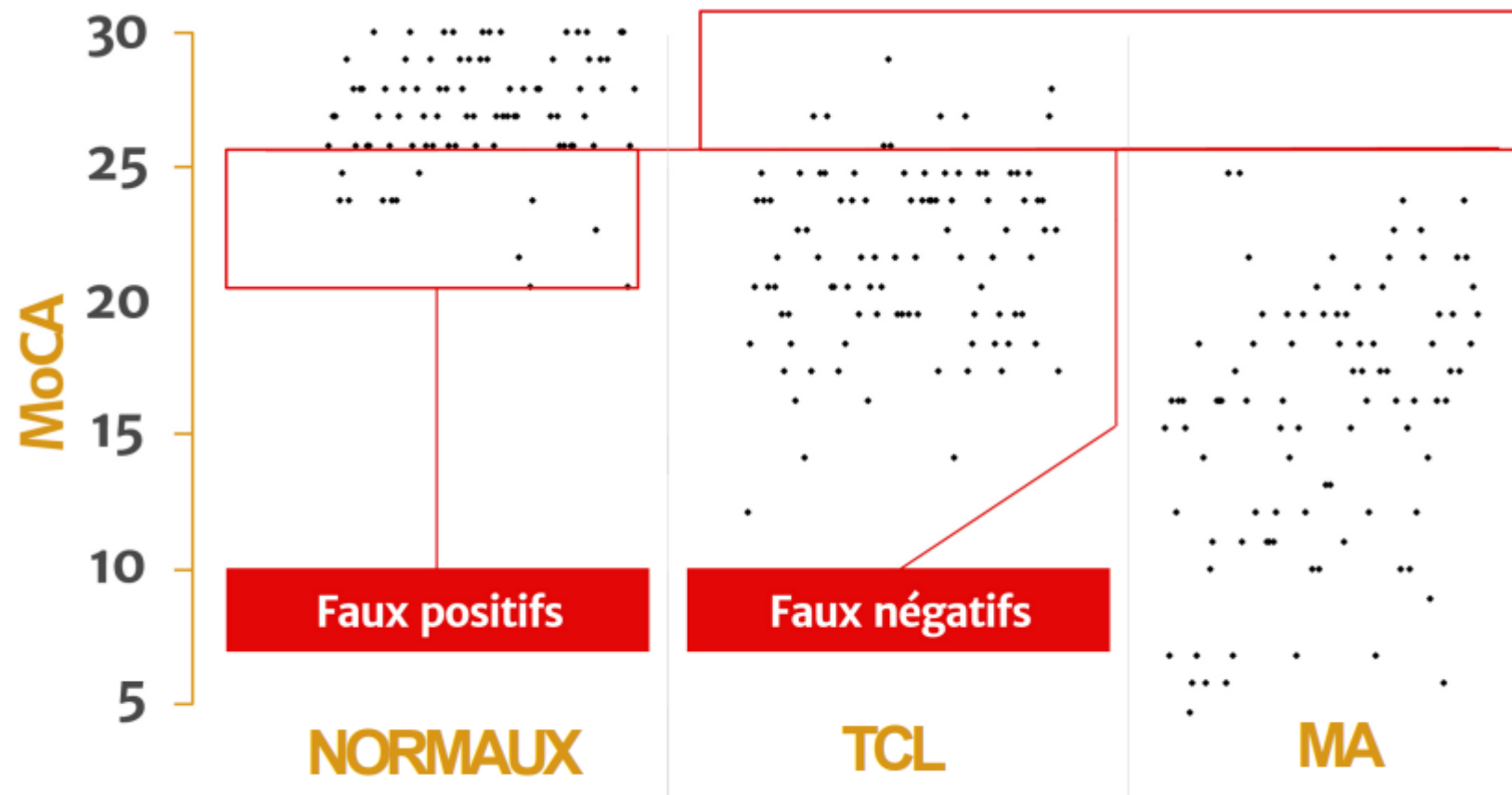
Section	MMSE	MoCA
Orientation	10	6
Mémoire	3	5
Fonctions exécutives	0	4
Attention et mémoire de travail	8	6
Langage	8	5
Fonctions visuo-spatiales	1	4
Total	30 pts	30 pts

Résultats MMSE



Avec la permission de Dr Ziad S. Nasreddine

Résultats MoCA



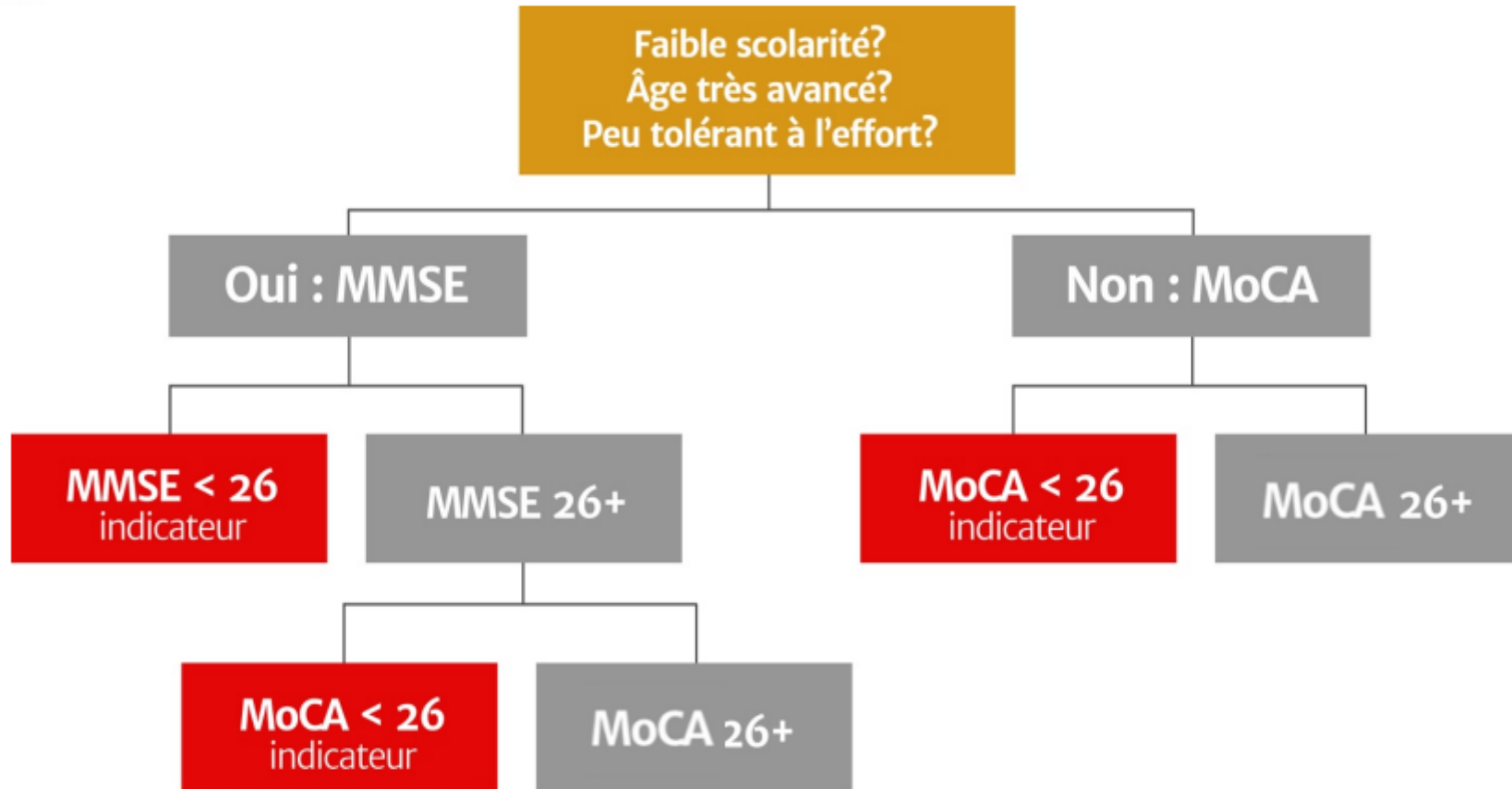
Avec la permission de Dr Ziad S. Nasreddine

Problème du dépistage populationnel



Avec une prévalence de démences (9%) et de troubles cognitifs légers (21%), pour un total de 30% d'individus avec un 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



Que faire avec le résultat ?

Généralement deux options :

- 1. Sous le seuil (ou tout 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 demeure vigilant advenant tout changement.

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 culturels
 - Atteinte de la communication
 - Symptômes psychiatriques à l'avant-plan
 - Prédominance d'autres atteintes que la mémoire

3. Apport de l'évaluation neuropsychologique



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 lesquelles des normes sont disponibles
- Établir le profil forces/faiblesses et atteinte/intégrité des fonctions cognitives
- Diagnostic neuropsychologique
- Étayer un plan d'intervention/recommandations individualisées

Apport de l'évaluation neuropsychologique

LISTE DES TESTS ADMINISTRÉS EN FONCTION DES ENTREVUES (IUGM)

LANGAGE	PERCEPTION VISUELLE	PRAXIES	MCT / MDT	MLT	FONCTIONS EXÉCUTIVES	FONCTIONS INTELLECTUELLES
DO-80	Cloches / Mesulam	Figure de Rey / Taylor	Empan de chiffres	Histoires logiques, Histoire de Denman	Tours (Shallice / Drexel / D-KEFS)	Similitudes / Matrices
Boston naming test (complet / abrégé)	DO-80 / Boston naming test	Praxies gestuelles (CDN / Mahieux)	Empan de chiffres à rebours	Buschke, Hopkins, CVLT, Géria-12	Trajl (A et B / couleur)	Jugement (KBNA / JAT / TOP-J)
Dictée de mots/ de phrases	VOSP	Copie de la maison	Brown-Peterson	Figure de Rey / Taylor, BVMT-R	Stroop (Victoria / D-KEFS)	Calculs écrits
Génération de phrases	BORB	Dessins avec blocs	Alpha-Span	Cued selective reminding test	Fluence verbale (CRIUGM / D-KEFS)	RAVEN
Lecture (ville indienne ou bébé d'Edmonton)	PEGV	Horloge	Corsi	DSM-48, BEM 144	Tapping conflictual, Épreuve de Lurja	MATTIS (DRS)
Token Test	Figure de Kanizsa	Figures du MTOA	Contrôle mental	BORB sémantique,	20 questions, Wisconsin	Connaissances générales
Chapman-Cook	Amibes HND	Copie de figures géométriques simples	Séquences lettres-chiffres	Questionnaire faits anciens	Brixton, Hayling	Questionnaire écrit maison
Répétition	Orientation de lignes		BTA, Ruff 2 & 7	Pyramids & Palm Trees	Séries graphiques, Labyrinthes	Mise en situation
Épreuve de compréhension orale			TEA, Code, Arithmétique	Batterie sémantique Sven	5 chiffres, FBI	Mini-SEA
Date	Description					

Apport de l'évaluation neuropsychologique

HISTOIRES LOGIQUES I – Rappel immédiat pour les 16-69 ans

Je vais vous lire une courte histoire. Écoutez attentivement et essayez de vous en rappeler de la même façon que je vais vous la dire, en utilisant le plus possible les mêmes mots que j'ai utilisés. Lorsque je vais avoir terminé, je veux que vous me disiez tout ce que je vais vous avoir lu. Vous devrez me dire tout ce que vous vous souvenez, même si vous n'êtes pas certain. Êtes-vous prêt ?

HISTOIRE A (16-69 ANS)

Jeanne Duval de Montréal-Est, employée comme cuisinière dans une cafétéria d'école, est allée au poste de police pour rapporter qu'elle avait été attaquée sur la rue Ste-Catherine le soir précédent et qu'elle avait été volée de 56 dollars. Elle avait 4 jeunes enfants, le loyer n'était pas payé et ils n'avaient pas mangé depuis 2 jours. Les policiers, touchés par l'histoire de cette femme, ont organisé une collecte pour elle.

Dites-moi tout ce que vous vous souvenez à propos de cette histoire, commencez par le début.

Total RI histoire A /25

Histoires logiques II – RAPPEL DIFFERE POUR LES 16-69 ans

HISTOIRE A

Est-ce que vous vous rappelez les histoires que je vous ai lues tout à l'heure ? Je veux que vous me racontiez ces histoires encore une fois. Dites-moi tout ce que vous vous souvenez de la première histoire, commencez par le début.

Si le patient ne se rappelle d'aucun item de la première histoire, dire : « L'histoire concernait une femme qui s'est fait voler. »

Total RD histoire A /25

RECONNAISSANCE HISTOIRE A

RI			RD		
Questions	Spont	Choix	Questions	Spont	Choix
1. Quel était le nom de la femme ? Johanne Dorval Rolande Dupré Jeanne Duval			1. Quel était le nom de la femme ? Marie Laval Jeanne Duval Jeanne Proulx		
2. D'où venait-elle ? Montréal-Est Montréal-nord Longueuil			2. D'où venait-elle ? Cantons de l'est Montréal-Est Québec		
3. Que faisait-elle comme travail ? Caissière Cuisinière Éducatrice			3. Que faisait-elle comme travail ? Serveuse Femme de ménage Cuisinière		
4. Où travaillait-elle ? Dans une cantine Dans une garderie Dans une école			4. Où travaillait-elle ? Dans un hôtel Dans une école Dans un hôpital		
5. Que lui est-il arrivé ? Elle a été volée Elle s'est cassée une jambe Elle s'est perdue			5. Que lui est-il arrivé ? Elle a été volée Elle a été frappée par une voiture Elle a perdu son porte-monnaie		
6. Combien d'argent lui a-t-on volé ? 56\$ 65\$ 84\$			6. Combien d'argent lui a-t-on volé ? 42\$ 56\$ 75\$		
7. Sur quelle rue a eu lieu le vol ? Sherbrooke Ste-Catherine St-Joseph			7. Sur quelle rue a eu lieu le vol ? St-Laurent St-Denis Ste-Catherine		
8. Combien avait-elle d'enfants ? 1 3 4			8. Combien avait-elle d'enfants ? 2 4 5		
9. Depuis combien de temps n'avaient-ils pas mangé ? 1 jour 2 jours 3 jours			9. Depuis combien de temps n'avaient-ils pas mangé ? 1 jour 2 jours 3 jours		
10. Qu'ont fait les policiers ? Fait une enquête Fait une collecte Avertit les médias			10. Qu'ont fait les policiers ? Reconduit la femme chez elle Arrêté le voleur Fait une collecte		
<i>SOUS-TOTAL</i>					
TOTAL					
	/ 10			/ 10	

Apport de l'évaluation neuropsychologique

	DESCRIPTION CLINIQUE	Verbal							Non Verbal					Attention				Mémoire					Fonctions exécutives							QI	Score pondéré	Rang centile								
		élaboration verbale	accès lexical	répétition	fluence	paraphasie	lecture	compréhension	écriture	praxie	visuoconstruction	visuoperception	calcul écrit	balayage visuel	précision graphomotrice	vitesse de traitement	a. court terme	a. sélective	a. soutenue	a. partagée	mémoire sémantique	mémoire é. visuelle	mémoire é. verbale	encodage	consolidation	récupération	mémoire de travail	inhibition	abstraction				flexibilité	raisonnement perceptif	organisation/planification	résolution de problèmes	cognition sociale	autocritique	jugement	
2%	TRÈS SUPÉRIEUR																																			> 130	> 16	> 98		
7%	INTELLIGENCE SUPÉRIEURE																																			125	15			
16%	INTELLIGENCE VIVE																																			120	14	91e		
50%	INTELLIGENCE MOYENNE																																			115	13	84e		
																																				110	12			
																																					105	11	63e	
																																					100	10		
16%	LENTEUR INTELLECTUELLE																																				95	9		
7%	INTELLIGENCE LIMITE																																				90	8	25e	
2%	DÉFICIENCE																																				85	7		
																																						80	6	9e
																																						75	5	5e
																																						70	4	
																																						< 69	< 3	< 2e

4. Pièges à éviter au dépistage



Trois sources de pièges associés au dépistage



Surutilisation des outils

Situations typiques

- Administration à répétition du MoCA / MMSE dans un court intervalle de temps
- Utilisation d'un outil de dépistage cognitif alors que l'état clinique du patient est inchangé

Effets délétères

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

Erreurs liées à l'évaluateur

Erreurs d'administration

- Explications supplémentaires qui ne sont pas fournies alors que cela est permis
- Aide trop importante
- Rythme inadéquat de présentation du matériel

Erreurs de cotation

- Erreurs d'interprétation des critères ou erreurs d'addition

Erreurs d'interprétation

- Interprétation de type diagnostique non supportée scientifiquement pour les tests de dépistage
- Utilisation d'un score-seuil inadapté

Erreurs liées au patient et au contexte

Choix d'un test inadapté selon les données normatives

- Âge, scolarité, culture, etc.

Caractéristiques personnelles non prises en compte

- Barrière langagière
- Problèmes visuels, auditifs, moteur, etc.

Environnement inadapté pour l'administration du test

- Présence de distractions auditives/visuelles
- Heure tardive pour une personne âgée, à la fin du rendez-vous médical

État clinique du patient non pris en compte

- Anxiété de base ou réactionnelle en cours d'évaluation
- Dépression, 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

5. Avenir et perceptives



Avenir et perspectives

Le dépistage cognitif...

- Incontournable dans la pratique clinique
- Irréaliste et non nécessaire de réaliser des évaluations complètes de façon systématique
- Devrait être privilégié à une évaluation cognitive complète dans un premier temps en de nombreuses circonstances

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
- 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



**Merci de votre
attention**



Références

- Arnett, P. (2012). Secondary influences on neuropsychological test performance. *Oxford University Press*.
- Cooley, S. A. et al. (2015). Longitudinal change in performance on the Montreal Cognitive Assessment in older adults. *The Clinical Neuropsychologist*, 29(6), 824-835.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of psychiatric research*, 12(3), 189-198.
- Knopman, D. S. et al. (2016). Mild cognitive impairment and dementia prevalence: the Atherosclerosis Risk in Communities Neurocognitive Study. *Alzheimer's & Dementia: Diagnosis, Assessment & Disease Monitoring*, 2, 1-11.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2022). *Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs*. <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/maladies-chroniques/alzheimer-et-autres-troubles-neurocognitifs-majeurs/>
- Nasreddine, Z. S. et al. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4), 695-699.
- Ordre des psychologues du Québec (2013). *Position commune du Collège des médecins du Québec, de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec, de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et de l'Ordre des psychologues du Québec sur l'utilisation du test de dépistage Folstein dans le cadre de l'application de la loi 21*. https://www.ordrepsy.qc.ca/c/document_library/get_file?uuid=eef2946c-6b6c-4c3e-aaee-cb3d8ebe32a1&groupId=26707
- Rosa, I. M., Henriques, A. G., Wiltfang, J., & da Cruz e Silva, O. A. (2018). Putative dementia cases fluctuate as a function of Mini-Mental State Examination cut-off points. *Journal of Alzheimer's Disease*, 61(1), 157-167.
- Sindi, S., Fiocco, A. J., Juster, R. P., Pruessner, J. C., Lupien, S. J. (2013). When we test, do we stress? Impact of the testing environment on cortisol secretion and memory performance in older adults. *Psychoneuroendocrinology*. 38(8), 1388-1396
- Tong, T., Thokala, P., McMillan, B., Ghosh, R., & Brazier, J. (2017). Cost effectiveness of using cognitive screening tests for detecting dementia and mild cognitive impairment in primary care. *International journal of geriatric psychiatry*, 32(12), 1392-1400.
- Wojtowicz, A., & Larner, A. (2016). Scoring errors in cognitive screening instruments administered in primary care. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 87.