

Cet outil d'aide à la décision est présenté à titre indicatif, ne remplace pas le jugement du professionnel et peut être adapté selon les particularités du milieu. Les recommandations ont été élaborées à l'aide d'une démarche systématique soutenues par la littérature scientifique, ainsi que le savoir et l'expérience de cliniciens et experts québécois. Pour plus de détails consultez le site [iness.qc.ca](http://iness.qc.ca)

## Éléments à considérer lors du processus menant au diagnostic

Le diagnostic repose sur l'apparition et sur la documentation de l'atteinte cognitive et/ou l'observation d'un changement comportemental qui :

- ▶ interfèrent avec les activités habituelles de la vie quotidienne;
- ▶ représentent un déclin par rapport au niveau antérieur de fonctionnement;
- ▶ ne sont pas expliqués par un problème physique ou une pathologie psychiatrique reconnue.

### Concernant le patient

La personnalité, les habiletés, les compétences et les aptitudes antérieures du patient devraient toujours être considérées dans le processus menant au diagnostic et pour l'interprétation des résultats obtenus à l'aide des outils de repérage.

### Pour les professionnels de la santé et des services sociaux

- ▶ Tous les **professionnels de la santé et des services sociaux** peuvent **repérer** les signes d'une atteinte fonctionnelle, d'un déclin cognitif ou d'un trouble comportemental.
- ▶ Tous les **professionnels habilités** (p. ex. : ergothérapeutes, infirmières, médecins, neuropsychologues et travailleurs sociaux) peuvent apprécier de manière objective l'atteinte fonctionnelle, les fonctions cognitives ou un trouble comportemental à l'aide d'outils de repérage.
- ▶ Seuls les **ergothérapeutes** peuvent tirer des conclusions sur **la nature et le degré** d'une perte d'autonomie fonctionnelle d'une personne pour qui des TNC ou mentaux ont été diagnostiqués ou évalués par un professionnel habilité\*.
- ▶ Seuls les **neuropsychologues ou les médecins** peuvent tirer des conclusions à propos de la **nature des TNC observés et faire le lien**, au besoin, entre le type d'atteinte et un dysfonctionnement cérébral suspecté.
- ▶ Seuls les **médecins** peuvent **établir un diagnostic** portant sur la MA et les autres TNC et le communiquer au patient et au proche aidant. Les autres professionnels concernés peuvent aussi communiquer leurs résultats en conformité avec leur champ d'exercice.

## Examen clinique

### Contenu

L'examen clinique devrait contenir les éléments suivants :

- ▶ une appréciation objective des atteintes rapportées ou suspectées à l'aide d'outils de repérage;
- ▶ un examen physique complet mettant l'accent sur l'examen neurologique et cardiovasculaire, et ayant aussi comme objet la vérification de la vue, de l'audition et de la mobilité (ou autres facteurs pouvant interférer avec la passation des outils de repérage psychométriques);
- ▶ des examens paracliniques et complémentaires au besoin;
- ▶ une révision de la médication (avec ou sans ordonnance, produits naturels) et de l'adhésion aux traitements;
- ▶ une révision des antécédents médicaux et psychiatriques et des conditions médicales actuelles pertinentes ou autres comorbidités;
- ▶ une évaluation de la santé mentale et du degré de vigilance.

FICHE  
3 DE 6

### Facteurs confondants à considérer

Les situations ou les conditions médicales suivantes peuvent être à l'origine du TNC repéré ou représenter une source d'aggravation :

- ▶ un effet indésirable d'un médicament ou d'une combinaison de plusieurs médicaments, un nouveau médicament, une interaction médicamenteuse ou une cascade d'effets secondaires de plusieurs médicaments;
- ▶ un problème de santé mentale;
- ▶ un problème de santé physique (trouble métabolique ou carenciel, désordre systémique<sup>1</sup>, apnée du sommeil, délirium);
- ▶ un abus de certaines substances (drogue ou alcool).

\* Acte réservé en vertu du projet de loi 21.

<sup>1</sup> Trouble pouvant toucher plusieurs systèmes du corps humain. Certaines maladies telles que l'insuffisance cardiaque ou respiratoire ou certaines infections systémiques ou infections transmissibles sexuellement (ITS) peuvent affecter les fonctions cognitives.



## Appréciation objective des atteintes rapportées ou suspectées à l'aide des outils de repérage

- ▶ Pour les mises en garde et les recommandations relatives à l'utilisation des outils de repérage, consulter le document intitulé **Appréciation objective à l'aide d'outils de repérage**.
- ▶ Un choix éclairé peut être facilité par la consultation des fiches correspondant aux différents outils de repérage.

FICHE  
3 DE 6



## Pour les professionnels de la santé et des services sociaux

Tout professionnel, autre qu'un médecin, soupçonnant la présence d'un TNC chez un patient, notamment par l'administration d'outils de repérage, doit diriger ce dernier vers un médecin de famille pour une évaluation plus complète.



## Examens paracliniques et complémentaires

Un bilan sanguin devrait être effectué avant l'établissement d'un diagnostic initial afin de repérer des comorbidités qui pourraient altérer les fonctions cognitives. Les éléments à vérifier sont les suivants :

- ▶ formule sanguine complète;
- ▶ glycémie;
- ▶ calcémie;
- ▶ dosage de la vitamine B12;
- ▶ dosage de la thyroïdostimuline hypophysaire (TSH);
- ▶ test de la fonction rénale (créatinine);
- ▶ électrolytes.

La **neuro-imagerie** structurelle (imagerie par résonance magnétique [IRM] cérébrale ou tomodensitométrie) peut être utile au diagnostic différentiel chez des patients qui manifestent un déclin cognitif présentant un des profils suivants\* :

- ▶ âge inférieur à 60 ans;
- ▶ détérioration rapide (quelques mois) et inexpliquée des facultés cognitives ou de l'état de l'autonomie fonctionnelle;
- ▶ traumatisme crânien grave survenu récemment;
- ▶ manifestations neurologiques inexpliquées ou anomalies focales à l'examen neurologique;
- ▶ antécédents de cancer (en particulier ceux qui font des métastases cérébrales);
- ▶ utilisation d'anticoagulants ou antécédents de troubles de la coagulation;
- ▶ troubles de la marche ou incontinence urinaire dans les premiers stades du déclin;
- ▶ symptômes cognitifs ou tableau clinique inhabituels ou atypiques.

Tests à effectuer uniquement **au besoin** et en fonction du contexte clinique :

- ▶ un bilan hépatique, alanine aminotransférase (ALT);
- ▶ les tests sérologiques de la syphilis ou du virus de l'immunodéficience humaine (VIH);
- ▶ un dosage du niveau des folates.

\* Une **imagerie par résonance magnétique (IRM) cérébrale** ou un **examen tomodensitométrique (scan)** devrait être fait si la présence d'une **maladie cérébrovasculaire** insoupçonnée est susceptible de conduire à des modifications de la prise en charge clinique.



## Révision de la médication

- ▶ Vérifier la médication (avec ou sans ordonnance, produits naturels) avec le patient ou le proche aidant concernant :
  - tout changement ou ajout récent de médicaments;
  - et
  - la possibilité :
    - d'une interaction médicamenteuse;
    - d'un effet indésirable;
    - d'une cascade médicamenteuse.

**Attention :** Il est conseillé de consulter le guide d'usage optimal de l'INESSS sur le traitement pharmacologique de la MA et de la démence mixte et en cas de doute, discuter avec un pharmacien qui est plus habilité à évaluer les conséquences de tout changement dans le profil pharmacologique du patient [GUO Tx MA](#).



**Révision des antécédents médicaux et psychiatriques, des comorbidités et des conditions médicales actuelles pertinentes**

Certaines conditions médicales sont associées à un risque plus élevé de développer une MA ou un TNC. Consulter le document intitulé **Repérage – Amorce de la démarche** pour une liste détaillée.

FICHE 1 DE 6

**Orientation vers des services spécialisés (p. ex. : une clinique de mémoire)**



**Besoins spécifiques ou caractéristiques du patient**

**Services spécialisés**

Si besoin de préciser la nature et le degré d'une perte d'autonomie fonctionnelle

Ergothérapeute

Si le patient présente une des caractéristiques suivantes:

- un tableau atypique : âge précoce, historique familial suggérant un trouble génétique, prédominance de troubles autres que ceux de la mémoire (gnosies, langage, comportement, changement de personnalité, praxies, etc.);
- en présence d'une suspicion clinique forte ou d'une plainte récurrente, mais si on obtient des résultats qui n'atteignent pas les seuils diagnostiques avec les outils de repérage utilisés;
- si besoin de préciser l'origine et la nature exacte des TNC;
- une incertitude maintenue quant au diagnostic après une première évaluation et un suivi.

Neuropsychologue ou médecin spécialiste en TNC

Si le patient présente un trouble du comportement ou des problèmes de santé mentale qui interfèrent ou complexifient le processus menant au diagnostic

Équipes locales spécialisées en symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) ou en santé mentale

Si besoin de préciser l'origine et le degré d'une atteinte de la parole et/ou du langage

Orthophoniste

Si le patient présente une déficience visuelle ou auditive qui interfère avec le processus menant au diagnostic

Optométriste, ophtalmologiste ou audiologiste (si nécessaire)

**Diagnostic**

Si, **en dépit de** la plainte mnésique, la première évaluation montre que les fonctions cognitives, la réalisation des activités de la vie quotidienne et domestique et le contexte clinique (absence de troubles de l'humeur et du comportement) sont normaux



Faire un suivi dans **un délai de 6 à 12 mois** selon le contexte ou avant s'il y a un besoin particulier pour une **deuxième évaluation**



Si le **diagnostic est clair**



Annoncer le diagnostic



Faire un suivi et accomplir les actions appropriées



Si le **diagnostic est incertain**



Orienter le patient et le proche aidant vers les services spécialisés appropriés