

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 inesss.qc.ca

Amorce de la démarche

Il est essentiel de **repérer les signes d'une atteinte fonctionnelle** dès le départ et d'interroger le patient et un proche. La **collaboration d'un proche** doit être privilégiée.

✓ Démarche diagnostique

Uniquement chez les patients ayant **des symptômes ou des signaux d'alarme** suggérant un déclin cognitif repéré par :

- ▶ une plainte concernant un changement sur le plan cognitif (la mémoire ou une autre fonction cognitive);
- ▶ un déficit ou une difficulté inhabituelle rapportée par les proches;
- ▶ une suspicion clinique chez des patients plus à risque de développer une MA ou un TNC.

✋ Dépistage systématique

Le dépistage systématique **n'est pas recommandé** dans la population générale asymptomatique.

✓ Interventions

Une évaluation de la plainte et une vérification auprès d'un proche.

Un examen clinique ciblé du patient.

FICHE
2 DE 6

Une appréciation objective de **l'atteinte fonctionnelle** auprès du patient et de son proche à l'aide d'outils de repérage efficaces.

FICHE
3 DE 6

Une appréciation objective des **fonctions cognitives**, réalisée auprès du patient à l'aide d'outils de repérage efficaces.

FICHE
3 DE 6

Une appréciation objective des **symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD)** auprès du patient et de son proche à l'aide d'outils de repérage efficaces.

FICHE
3 DE 6

Des analyses de laboratoire.

Repérage

Évaluation

x

x

x

x

x

x

x

x

x

* L'évaluation globale menant au diagnostic peut être faite en une ou plusieurs consultations.

🧠 Concernant le patient

Indépendamment de son aptitude à prendre soin de lui-même :

- ▶ il est le premier destinataire de l'information;
- ▶ il doit rester au cœur du repérage et du processus menant au diagnostic;
- ▶ il devrait donner un consentement verbal, documenté au dossier et validé avant de procéder au repérage dans le cas d'une suspicion clinique, et ce, malgré l'absence d'une plainte mnésique qu'il aurait exprimée.

👥 Pour les professionnels de la santé et des services sociaux

Il est conseillé de:

- ▶ adapter votre pratique :
 - afin de respecter les besoins de chaque patient (diversité socioculturelle, croyances, langue, origine ethnique);
 - en fonction des limites sensorielles de chaque patient (déficiences auditives et/ou visuelles);
- ▶ désigner, avec le patient, un proche aidant qui pourrait l'accompagner à l'occasion des visites subséquentes.



Conditions médicales associées à un risque élevé de développer un TNC

Attention aux conditions médicales suivantes pouvant être associées à un risque plus élevé de développer une MA ou un TNC :

- ▶ antécédents d'accident vasculaire cérébral (AVC), ou d'ischémie cérébrale transitoire (ICT);
- ▶ antécédents familiaux de TNC;
- ▶ antécédent de trouble dépressif majeur au cours de la vie;
- ▶ apnée du sommeil non stabilisée;
- ▶ comorbidité d'origine métabolique ou cardiovasculaire non stabilisée;
- ▶ épisode de délirium récent;
- ▶ premier épisode psychiatrique majeur à un âge avancé (psychose, dépression, manie);
- ▶ trauma crânien survenu récemment;
- ▶ maladie de Parkinson;
- ▶ TNC léger.

Symptômes et signaux d'alarme

Les signaux d'alarme représentent un **déclin significatif par rapport au niveau antérieur de fonctionnement et aux capacités habituelles** du patient : 1) Ils peuvent s'installer de manière graduelle sur plusieurs années; 2) Ils sont présentés à titre indicatif uniquement; 3) Ils ne peuvent être utilisés seuls comme outil diagnostique.

Signaux d'alarme	Exemples de manifestations quotidiennes
Changements sur le plan de la mémoire (amnésie)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Difficulté à apprendre et à retenir de l'information nouvelle. ▶ Oubli d'information significative (conversations récentes, événements prévus ou passés, rendez-vous, anniversaires), discours répétitif.
Perte de l'autonomie fonctionnelle activité de la vie domestique (AVD)/ activité de la vie quotidienne (AVQ)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Détérioration ou changement dans la capacité de fonctionner de façon autonome (tâches quotidiennes, gestion de ses médicaments) représentant un déclin par rapport au niveau antérieur de fonctionnement.
Troubles de l'organisation, de la planification et du raisonnement (fonctions exécutives)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Difficulté à s'adapter à la nouveauté et aux changements. ▶ Changements dans la capacité à organiser et à planifier des tâches complexes. ▶ Altération du jugement et difficulté à prendre des décisions.
Déficit de la reconnaissance visuelle (agnosie)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Difficulté à reconnaître les objets dans la maison, les images ou les personnes connues (proches, célébrités) non explicable par des problèmes de vision.
Troubles du langage et de la parole (aphasie)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Difficulté à s'exprimer (hésitations pour trouver le mot juste, substitution ou transformation de mots, phrases incomplètes ou incompréhensibles). ▶ Changements dans la maîtrise de l'orthographe ou de la calligraphie (forme des lettres). ▶ Diminution de la capacité à comprendre les consignes, à suivre les conversations, à lire ou à comprendre des textes.
Altération de la capacité à réaliser une activité motrice malgré des capacités motrices intactes (apraxie)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Difficulté à planifier les gestes complexes; lenteur inhabituelle ou difficulté à coordonner des mouvements pour effectuer les gestes du quotidien (utilisation d'objets habituels, s'habiller ou dessiner).
Modification de la personnalité, du comportement et de l'humeur	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Voir la liste complète des SCPD à la page suivante.



Pour les professionnels de la santé et des services sociaux

- ▶ Dans le cas d'une plainte cognitive rapportée par le patient ou un proche aidant, les rassurer en indiquant que la présence de symptômes ne signifie pas forcément qu'il s'agit d'une MA ou d'un autre TNC.
- ▶ Dans le cas d'une suspicion clinique ou de la présence de conditions médicales associées à un risque accru de MA ou d'un autre TNC, poser des questions au patient ou au proche aidant pour repérer la présence éventuelle d'autres signaux d'alarme.
- ▶ Expliquer au patient et au proche aidant qu'une évaluation plus complète sera effectuée et que différents tests seront utilisés pour comprendre la nature et l'origine des symptômes.



Suspicion initiale de TNC établie à l'hôpital

Si un TNC est **suspecté à l'hôpital dans le cas d'un état médical aigu décompensé**, le médecin, en collaboration avec l'équipe traitante, devra refaire une appréciation de l'état cognitif et fonctionnel du patient lorsque son état médical sera stabilisé afin de confirmer le diagnostic.

Liste des SCPD les plus fréquemment observés

L'examen des patients atteints de la MA ou d'un autre TNC devrait comprendre le repérage des SCPD et des autres symptômes neuropsychiatriques associés à ces maladies.



SCPD les plus précoces au cours de la MA

Apathie/indifférence*

perte ou baisse de motivation touchant le comportement, les pensées et les émotions

Dépression*

tristesse, pleurs, désespoir, sentiment d'impuissance, faible estime de soi, culpabilité

Anxiété*

sentiment d'un danger imminent et indéterminé.

État interne caractérisé par :

- des pensées (appréhension, inquiétudes diverses);
- des émotions (anxiété, peur);
- des sensations physiques (tension musculaire, essoufflement, sudation, malaises gastro-intestinaux, céphalées);
- des comportements (évitement, demandes répétitives, dépendance excessive, agitation).

Irritabilité*

instabilité de l'humeur, faible seuil de tolérance

Agressivité*/agitation*

agitation verbale (crier, hurler, parler constamment) et physique (lancer des objets, cracher, pincer, griffer) avec ou sans agressivité



Classification des SCPD

Troubles affectifs et émotionnels

- dépression
- anxiété
- apathie
- irritabilité
- labilité émotionnelle
- exaltation de l'humeur (euphorie*)

Troubles comportementaux

- errance
- vocalisations répétitives
- mouvements répétitifs ou stéréotypés*
- désinhibition agressive*
- désinhibition sexuelle
- glotonnerie
- comportements d'utilisation
- comportements d'imitation

Troubles psychotiques

- hallucination*
- idées délirantes*
- troubles de l'identification

Troubles neurovégétatifs

- sommeil (errance nocturne, syndrome crépusculaire, inversion cycle réveil-sommeil)*
- conduites alimentaires inappropriées et oralité

* 12 troubles de comportement repérés à l'aide de la version courte de [l'inventaire neuropsychiatrique \(NPI-R\)](#).



Pour les professionnels de la santé et des services sociaux

- ▶ Le [NPI-R](#) permet le repérage rapide de douze types de troubles du comportement parmi les plus fréquemment observés dans les cas de MA et peut être utilisé pour guider la discussion entre le professionnel, le patient et le proche aidant.
- ▶ L'appréciation objective des symptômes dépressifs chez les patients présentant un TNC devrait comprendre un entretien en face-à-face avec le patient et ses proches (conjointement ou individuellement) à l'aide d'un questionnaire tel que le [questionnaire sur la santé du patient \(QSP-9\)](#).
- ▶ L'utilisation d'échelle particulière pour évaluer les autres SCPD n'est pas conseillée en première ligne et les patients présentant des troubles du comportement devraient être orientés vers les équipes locales spécialisées en SCPD ou en santé mentale.