

Outils de dépistage rapide de la démence et de la dépression

La démence (ou trouble neurocognitif majeur) et la dépression peuvent avoir d'importantes répercussions sur la vie des personnes âgées. Ces maladies posent également des défis aux professionnels des soins primaires, en particulier au plan diagnostique. Une évaluation approfondie des troubles cognitifs et mentaux demande du temps et des ressources. Les outils de dépistage couramment utilisés par les spécialistes étant longs à administrer, leur utilité pratique est limitée dans les cliniques de médecine familiale pour les rendez-vous de routine. La présente vignette clinique décrit deux outils qui peuvent servir de première étape pour identifier rapidement et efficacement les patients nécessitant d'autres évaluations.

Mini-Cog

Puisque la prévalence de la démence augmentera de façon spectaculaire au Canada au cours des prochaines décennies, les médecins de famille peuvent s'attendre à voir davantage de personnes âgées présentant des changements cognitifs¹. Même s'il n'existe aucun traitement curatif de la démence, le diagnostic précoce est un élément essentiel de la prise en charge, car il permet d'éduquer les patients, de surveiller leur état, de leur assurer un accès rapide aux soutiens et services et de planifier pour l'avenir². Cependant, dépister les cas de démence dans un contexte de soins primaires comporte un certain nombre de défis, comme les contraintes de temps. Or, des études ont démontré que jusqu'aux deux tiers de tous les cas de démence ne sont pas détectés lors des examens effectués dans les contextes de soins primaires³. Divers outils de dépistage existent pour identifier les patients qui présentent une possible démence. Bon nombre d'entre eux, tels le Mini-examen de l'état mental (MEEM) ou le *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA), sont trop longs à administrer dans un cabinet de médecine familiale achalandé.

Le *Mini-Cognitive Assessment Instrument* (Mini-Cog) est un test de dépistage cognitif rapide qui combine le rappel de trois mots entendus lors d'un exercice précédent et le dessin d'une horloge indiquant 11 h 10.

La notation est basée sur les trois règles suivantes :

- Le patient ne se rappelle aucun des trois mots = dépistage positif
- Le patient se rappelle trois mots = dépistage négatif
- Si le patient se rappelle un ou deux mots sur trois, la notation est basée sur le test de l'horloge ; si le test est réussi (le dessin inclut un cercle, le placement des chiffres est relativement correct et les aiguilles pointent vers le 11 et le 2), le dépistage est négatif.

Le Mini-Cog est assez semblable au MEEM aux plans de la sensibilité et de la spécificité^{4,5}, et il offre l'avantage de pouvoir être administré en moins de la moitié du temps⁵. Lorsque le Mini-Cog est administré dans un cabinet de médecine familiale, un score négatif peut être rassurant et limiter la nécessité de procéder à d'autres évaluations. Même si un score positif n'implique pas un diagnostic définitif de démence, il peut permettre d'identifier les patients nécessitant d'autres évaluations cognitives, incluant l'anamnèse plus poussée (incluant des informations provenant de sources parallèles), une évaluation fonctionnelle, un examen physique et des investigations.

PHQ-2

Les soins primaires jouent un rôle important dans la prise en charge de la dépression chez les personnes âgées. De 15 à 20 pour cent des personnes âgées dans la collectivité présentent des symptômes de dépression, des symptômes qui ont des répercussions négatives sur leur vie, leur fonctionnement quotidien et les

troubles comorbides⁶. Il est plus difficile de reconnaître la dépression chez les populations âgées que chez les plus jeunes, et les études ont démontré que les professionnels des soins primaires détectent seulement de 40 à 50 pour cent de ces cas⁷. Les problèmes qui se posent incluent une présentation atypique, avec manifestation de plaintes somatiques, et une plus grande résistance au diagnostic⁸. Au lieu de parler de morosité ou de déprime, les patients peuvent se plaindre d'anhédonie, d'avolition, de symptômes physiques inexpliqués et de baisse d'énergie ou de fatigue. En raison de ces problèmes, il est important d'utiliser un outil fiable et efficace pour dépister la dépression chez les personnes âgées. Même s'ils sont utiles pour surveiller la progression de la maladie, des outils comme l'Échelle de dépression gériatrique (EDG) ou le Questionnaire sur la santé du patient-9 (PHQ-9) peuvent s'avérer moins efficaces qu'un outil de dépistage rapide à des fins de détection dans un cabinet de médecine familiale⁸.

Le Questionnaire sur la santé du patient-2 (*Patient Health Questionnaire-2* ou PHQ-2) est un outil de dépistage rapide comportant deux questions :

- Au cours des deux dernières semaines, vous êtes-vous senti triste, déprimé ou désespéré ?
- Au cours du dernier mois, avez-vous éprouvé peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses ?

Dans le contexte des soins primaires, le PHQ-2 s'avère un outil de dépistage efficace pour identifier les signes de dépression chez les personnes âgées, avec une sensibilité de 100 pour cent et une spécificité de 77 pour cent⁹. Cet outil simple composé de deux questions peut aider les professionnels de la santé à déterminer quels patients nécessitent une évaluation plus détaillée des symptômes de la dépression et des problèmes de santé mentale.

Votre comité

Le Comité du programme HCOE est composé de représentants des cinq régions du CMFC.

Si vous avez des idées ou des questions liées à votre région, faites-le nous savoir par courriel au hcoe@cfpc.ca!

D^r Chris Frank, président
D^r Huy Nguyen, représentant de l'Atlantique
D^r Matthieu Lafontaine-Godbout, représentant du Québec
D^r Sidney Feldman, représentant de l'Ontario
D^r Pravinsagar Mehta, représentant du Manitoba / Saskatchewan
D^r Jed Shimizu, Colombie-Britannique / représentant de l'Alberta
D^r Fred Mather, représentant des soins de longue durée
D^r Robert Lam, observateur de la Société canadienne de gériatrie

Cordialement,

D^r Jed Shimizu, Colombie-Britannique / représentant de l'Alberta



Références

1. Smetanin P, Kobak P, Briante C, Stiff D, Sherman G, Ahmad S. "Raz-de-marée : Impact de la maladie d'Alzheimer et des affections connexes au Canada, de 2008 à 2038". Toronto, ON : Société Alzheimer du Canada ; 2009.
2. Prorok JC, Horgon S, Seitz DP. "Health care experiences of people with dementia and their caregivers: a meta-ethnographic analysis of qualitative studies". *CMAJ*, vol. 185, n° 14, 2013, p. e669-e680.
3. Valcour VG, Masaki KH, Curb D, Blanchette PL. « The detection of dementia in the primary care setting ». *Archives of Internal Medicine*, Vol. 160, N° 19, 2000, p. 2964-2968
4. Borson S, Scanlan J, Brush M, Vitaliano P, Dokmak A. "The mini-cog: a cognitive 'vital signs' measure for dementia screening in multi-lingual elderly". *Int J Geriatr Psychiatry*, vol. 15, n° 11, 2000, p. 1021-1027.
5. Yang L, Yan J, Jin X, Jin Y, Yu W, Xu S, et collab.. « Screening for dementia in older adults: comparison of mini-mental state examination, mini-cog, clock drawing test and ad8 ». *PLoS One*, vol. 11, n° 12, 2016, p. e0168949.
6. Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées. « Lignes directrices nationales sur la santé mentale chez les aînés ». Toronto, ON : Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées ; 2006.
7. Mitchell AJ, Rao S, Vaze A. « Do primary care physicians have particular difficulty identifying late-life depression? A meta-analysis stratified by age ». *Psychother Psychosom*, vol. 79, n° 5, 2010, p. 285-294.
8. Park M, Unutzer J. "Geriatric depression in primary care". *Psychiatr Clin North Am*, vol. 34, n° 2, 2011, p. 469-487.
9. Li C, Friedman B, Conwell Y, Fiscella K. "Validity of the Patient Health Questionnaire 2 (PHQ-2) in identifying major depression in older people". *J Am Geriatr Soc*, vol 55, n° 4, 2007, p. 596-602.