

Dépistage de la déficience cognitive chez les adultes âgés de 65 ans et plus



Ces recommandations ont été réaffirmées en 2024.



À qui la recommandation s'applique-t-elle?

- Cette recommandation **s'applique** aux personnes âgées de 65 ans et plus, vivant dans la collectivité, et qui ne présentent pas de symptômes évidents de trouble cognitif léger (TCL) ou démence.
- Cette recommandation **ne s'applique pas** aux hommes et femmes qui se sont eux-mêmes inquiétés de leurs performances cognitives, ou chez qui on soupçonne un trouble cognitif léger, ou ont des symptômes de déficience cognitive (ex: perte de mémoire, troubles du langage, de l'attention, de la fonction visuo-spatiale ou exécutive ou des symptômes comportementaux ou psychologiques).

1. Quelles sont les recommandations du GECSSP sur le dépistage de la déficience cognitive?

- Nous recommandons **fortement de ne pas** faire de dépistage systématique chez les adultes asymptomatiques de 65 ans et plus.
- Une forte recommandation veut dire que le GECSSP estime avec confiance que dépister systématiquement les personnes de 65 ans et plus ne présente aucun avantage.

2. Comment dois-je appliquer cette forte recommandation en pratique?

- Ne dépistez pas systématiquement la déficience cognitive chez les personnes âgées de 65 ans et plus, vivant dans la collectivité.
- Demeurez vigilants par rapport aux symptômes suggérant un déclin ou une déficience des facultés cognitives et/ou à l'écoute des craintes exprimées par les amis ou la famille; prenez les mesures diagnostiques qui s'imposent si nécessaire.

3. Pourquoi le GECSSP émet-il une recommandation contre les évaluations cognitives?

- Nous n'avons trouvé aucun essai clinique randomisé et contrôlé évaluant les avantages ou les inconvénients du dépistage de la déficience cognitive.
 - La position du GECSSP est d'émettre une recommandation contre le dépistage quand aucune donnée probante d'avantage clinique n'est disponible.
- Les outils de dépistage de troubles cognitifs légers peuvent donner un diagnostic faussement positif chez quelques individus.
 - Environ 1 patient sur 10 sera diagnostiqué positif à tort par le Mini Mental State Exam et 1 sur 4 par le Montréal Cognitive Assessment.

- Les données probantes suggèrent que le traitement pharmacologique n'est pas efficace sur le TCL et que le traitement non-pharmacologique (ex: exercice, entraînement cognitif, et rééducation) apportent seulement des avantages limités et cliniquement insignifiants.

4. Quelle est la différence entre dépistage, diagnostic et identification de cas de déficience cognitive?

- Le dépistage consiste à évaluer tous les patients asymptomatiques en utilisant un outil de diagnostic spécifique alors que la détection de cas est une approche ciblée qui consiste à évaluer les patients chez qui on soupçonne une condition ou qui présentent des facteurs de risque. Le diagnostic comporte des tests plus approfondis visant à établir la présence ou l'absence de cette condition chez un individu.
- Le dépistage est justifié si l'identification précoce de la maladie et le traitement peuvent changer le cours de la pathologie. Quand ce n'est pas le cas, la détection de cas doit être l'approche privilégiée.

5. Les populations plus âgées telles que les personnes de 85 ans et plus ne devraient-elles pas être dépistées?

- Le GECSSP ne recommande pas de dépistage dans aucun groupe d'âge au-dessus de 65 ans car le manque de données probantes de qualité supérieure sur l'efficacité du traitement, ajouté au risque élevé de faux positifs, dépasse les avantages potentiels.
- Afin d'assurer la prise en charge et le traitement personnalisé des patients, l'emphase devrait être mise sur l'évaluation clinique ou la découverte de cas par l'observation des signes et des symptômes.

Les vues exprimées ici ne reflètent pas nécessairement la position officielle de l'Agence de la santé publique du Canada