



Réaffirmation de la ligne directrice de 2016 sur le dépistage de la déficience cognitive chez les personnes âgées du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs : projet pilote

Donna L. Reynolds¹, Heather Limburg², Ahmed M. Abou-Setta³, Scott Klarenbach⁴, Greg Traversy², Julie Wu², Roland Grad⁵ et Brenda J. Wilson⁶; pour le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs*.[^]

¹ Département de médecine familiale et communautaire et École de santé publique Dalla Lana, Université de Toronto, Toronto (Ontario, Canada)

² Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario, Canada)

³ Département des sciences de la santé communautaire, Université du Manitoba, Winnipeg (Manitoba, Canada)

⁴ Département de médecine, Université de l'Alberta, Edmonton (Alberta, Canada)

⁵ Département de médecine de famille, Université McGill, Montréal (Québec, Canada)

⁶ Département de médecine, Université Memorial, St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador, Canada)

* Auteur-ressource

Courriel : info@canadiantaskforce.ca

[^] Une liste des membres collaborateurs est fournie dans les remerciements. La liste complète des membres actuels du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs se trouve à l'adresse <https://canadiantaskforce.ca/a-propos-du-gecssp/membres/?lang=fr>



Résumé

Objectif : Dans le cadre du cycle de révision sur cinq ans du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (Groupe d'étude canadien), la ligne directrice de 2016 sur le dépistage de la déficience cognitive chez les personnes âgées a été considérée comme une bonne candidate pour un projet pilote de validation. De nouvelles méthodes ont été mises à l'essai par le Groupe d'étude canadien pour déterminer si la ligne directrice pouvait être réaffirmée.

Conception : Un essai pilote de la méthodologie de validation a été mis en œuvre par le Groupe d'étude canadien pour déterminer si la ligne directrice de 2016 sur le dépistage de la déficience cognitive pouvait être réaffirmée.

Contexte : Le projet pilote concerne le dépistage de la déficience cognitive chez les personnes âgées vivant dans la collectivité dans un contexte de soins primaires. Les fournisseurs de soins primaires constituent le public cible.

Participants : Cette ligne directrice s'applique aux personnes âgées vivant dans la collectivité (≥ 65 ans) qui ne présentent pas de signes ou symptômes visibles de trouble cognitif léger ou de démence.

Méthodes : De nouvelles données ont été recueillies à partir d'une revue rapide de la littérature, des commentaires d'experts cliniques et d'une recherche dans les registres d'essais cliniques. Les données ont été analysées et comparées aux facteurs (critères) de validation du Groupe d'étude canadien.

Principaux résultats : Le Groupe d'étude canadien réaffirme la recommandation de 2016 – Nous recommandons de ne pas soumettre les personnes âgées asymptomatiques (≥ 65 ans) à un



dépistage de la déficience cognitive à l'aide d'instruments (forte recommandation; données probantes de faible certitude). Cette ligne directrice ne s'applique pas aux personnes qui s'inquiètent de leur propre rendement cognitif ou chez qui des cliniciens ou des non-cliniciens soupçonnent un trouble cognitif léger ou une démence, ou qui présentent des symptômes évocateurs de telles affections.

Conclusion : Le Groupe d'étude canadien a jugé que les données recueillies ne changeraient pas l'orientation ni la force de la recommandation de dépistage et réaffirme la ligne directrice contre le dépistage de la déficience cognitive basé sur un instrument chez les personnes âgées asymptomatiques (≥ 65 ans).



Introduction

La déficience cognitive (p. ex., trouble cognitif léger [TCL], troubles neurocognitifs majeurs [p. ex., maladie d'Alzheimer ou autres démences]) est une affection consistant en une perte de mémoire et un déclin cognitif graduels (1). Cette ligne directrice porte sur le déclin cognitif neurodégénératif; cependant, lorsqu'il est question de dépistage à l'échelle de la population, l'étiologie de la déficience cognitive n'est pas connue initialement.

Le TCL (ou trouble neurocognitif léger) cause des changements notables (p. ex., perte de mémoire, difficultés liées à l'attention ou au langage), mais n'a pas d'incidence sur le fonctionnement quotidien (1,2), alors que la démence (trouble neurocognitif majeur) nuit à la vie quotidienne des patients et peut mener à d'autres déclin cognitifs (p. ex., perte de fonction exécutive, ou symptômes comportementaux ou psychologiques) (1,3). Le TCL est un facteur de risque de démence, mais il peut demeurer stable ou se résorber pour refaire place à un état cognitif normal (4–8).

En 2017, les taux d'incidence et de prévalence annuels normalisés selon l'âge de la démence s'élevaient respectivement à 1 418 et 6 540 par 100 000 Canadiens de 65 ans et plus (9). Le risque de déficience cognitive augmente avec l'âge : 0,8 % des Canadiens de 65 à 69 ans et 24,6 % des Canadiens de 85 ans et plus vivaient avec la démence en 2013-2014 (10). Le taux de prévalence du TCL varie selon les différents seuils diagnostiques, et il n'y a pas de données canadiennes faciles d'accès. Les données sur la prévalence du TCL aux États-Unis vont de 6,7 à 25,2 % selon l'âge et les critères diagnostiques (11,12). Les mesures préventives sortent du champ de la présente ligne directrice (p. ex., efficacité du counseling en santé cérébrale) (13–15).



Le dépistage implique l'administration universelle d'un test à toutes les personnes asymptomatiques dans un milieu particulier pour repérer celles qui pourraient profiter d'une intervention. Les tests évaluant la déficience cognitive misent généralement sur des instruments neuropsychologiques (p. ex., Mini-examen de l'état mental [MMSE] (16), Mini-Cog (17), Montreal Cognitive Assessment [MoCA] (18)). De nouveaux marqueurs biologiques (p. ex., bêta-amyloïde, protéine Tau phosphorylée, TDP-43) ont suscité de l'intérêt, mais ne sont pas couramment utilisés au Canada (19–21).

En 2016, le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (Groupe d'étude canadien) a recommandé de ne pas soumettre les personnes âgées asymptomatiques (≥ 65 ans) à un dépistage de la déficience cognitive (22) puisqu'aucun essai clinique n'avait alors évalué le dépistage. Dans le cadre de notre cycle de révision quinquennal sur le sujet, nous avons l'option de faire une mise à jour complète (avec élaboration d'un protocole et nouvelle revue systématique), de réaffirmer la recommandation antérieure ou d'éliminer (c.-à-d. archiver) la ligne directrice (23). Étant donné le manque de nouvelles données pouvant modifier l'orientation ou la force de la recommandation, nous avons jugé que la ligne directrice de 2016 sur le dépistage de la déficience cognitive chez les personnes âgées était une bonne candidate pour un projet de réaffirmation. Cette étude visera la mise à l'essai des nouvelles méthodes de validation du Groupe d'étude canadien pour déterminer si la ligne directrice de 2016 peut être réaffirmée.

Matériel et méthodes

Portée

Cette ligne directrice s'adresse aux professionnels en soins primaires, définis comme étant les professionnels de la santé qui prodiguent des soins accessibles, continus, complets et coordonnés



et qui sont le premier contact avec le système de santé (24). La population cible est les adultes de 65 ans et plus vivant dans la collectivité qui ne présentent pas de signes ou de symptômes visibles de TCL ou de démence. Le dépistage est limité à l'administration clinique d'un instrument neuropsychologique. Cette recommandation ne s'applique pas aux soins habituels où le fournisseur pose des questions sur la santé cognitive d'un patient, en discute et s'appuie sur son jugement clinique. La ligne directrice n'aborde pas la prévention, l'exactitude du diagnostic ni l'efficacité des interventions thérapeutiques.

Le Groupe d'étude canadien est un groupe indépendant de cliniciens et de scientifiques qui formule des recommandations sur la prévention primaire et secondaire en soins primaires (<https://canadiantaskforce.ca/?lang=fr>). Un groupe de travail composé de cinq membres du Groupe d'étude canadien (D. R., A. A., S. K., B. W. et A. M.) a dirigé le processus de réaffirmation avec l'appui scientifique de membres du personnel de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) (H. L., G. T. et J. W.).

En septembre 2020, nous avons mis à l'essai une méthodologie de validation (23) pour réviser la ligne directrice de 2016 sur le dépistage de la déficience cognitive chez les personnes âgées (22). Cette ligne directrice comprenait des questions clés sur les bénéfices et les préjudices du dépistage de la déficience cognitive et sur le traitement du TCL. Les bénéfices potentiels concernaient la cognition, les capacités fonctionnelles, le comportement, l'état global et la mortalité. Les préjudices concernaient les incidents thérapeutiques graves dus au traitement (hospitalisation ou décès) et les méfaits psychosociaux (p. ex., manque d'indépendance, stress, dépression) (22). Les questions contextuelles portaient sur l'exactitude du diagnostic, le rapport coût-efficacité et les valeurs et préférences des patients. Les méthodes de réaffirmation



comprenaient la collecte de nouvelles données à partir d'une revue rapide, des commentaires d'experts cliniques et d'une recherche dans les registres d'essais cliniques. Les données ont été analysées et comparées aux facteurs (critères) de validation (tableau 1).

Tableau 1. Facteurs de validation

Facteurs à prendre en considération	Réponse
Y a-t-il de nouvelles données sur le sujet?	Oui, de nouvelles données provenant d'un ECR (25)
Les nouvelles données concordent-elles avec la ligne directrice antérieure?	Oui, les résultats de l'ECR (25) concordent avec la ligne directrice
Les commentaires d'experts cliniques et des présidents ou membres du groupe de travail indiquent-ils des avancées importantes dans les données ou les pratiques du domaine depuis la publication de la ligne directrice? Il peut s'agir de changements dans les modèles de soins de santé, la prise en charge des patients, la réglementation, l'équité, la faisabilité, les valeurs et préférences des patients, l'acceptabilité ou les coûts qui pourraient influencer la ligne directrice.	Nous n'avons reçu aucune nouvelle donnée qui modifierait la force ou l'orientation de la recommandation antérieure. La réponse aux commentaires des experts cliniques a été intégrée dans la ligne directrice réaffirmée lorsque c'était pertinent (voir la section Discussion et Mise en œuvre).
Est-ce que des essais cliniques pertinents sont en voie d'être terminés dans les prochaines années?	Oui, la recherche dans les registres d'essais cliniques a permis de trouver un ECR (26) examinant les issues pour les proches aidants du dépistage de la déficience cognitive par rapport à l'absence de dépistage. Aucune publication n'est disponible actuellement et rien n'est attendu avant la fin de 2024. Les résultats



Facteurs à prendre en considération	Réponse
	préliminaires non publiés de cette étude laissent penser qu'elle ne modifiera pas nos recommandations (D ^{re} Fowler, communication personnelle, 18 avril 2024).
Y a-t-il des lacunes ou des limites non abordées dans la ligne directrice antérieure qui pourraient être comblées ou éliminées par l'ajout de questions clés ou des changements à des aspects importants (p. ex., population[s], intervention[s], comparateur[s], résultat[s], moment, milieu[x])?	La ligne directrice de 2016 comprend des lacunes. Elle présentait les valeurs et préférences des patients (VPP) comme une question contextuelle. Ce point n'a pas été abordé vu l'absence de données appuyant le dépistage. Pour le processus de réaffirmation, aucune donnée ne montrait que les VPP auraient changé considérablement et influenceraient notre forte recommandation (vu le manque de données appuyant le dépistage).

Le processus de validation s'est concentré sur les bénéfices et les préjudices du dépistage en tant que traitement et les questions contextuelles (exactitude du diagnostic, rapport coût-efficacité et valeurs et préférences des patients) étant donné le manque de bienfaits du dépistage et la forte recommandation antérieure. Toutefois, si un changement à l'orientation ou à la force de la recommandation semblait probable, une mise à jour complète de ces sujets serait entreprise.

Un bref rapport de l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS) a été mené pour au sujet des nouveaux essais cliniques randomisés (ECR), revues systématiques (RS) et lignes directrices basées sur les données probantes sur l'utilité clinique



(bénéfices et préjudices) du dépistage de la déficience cognitive chez les personnes âgées asymptomatiques vivant dans la collectivité (27,28). Les issues comprenaient entre autres la fonction cognitive, la qualité de vie, la dépression, l'anxiété, la mortalité, l'utilisation des soins de santé, les effets sur la santé des faux positifs ou faux négatifs, et tous les autres méfaits associés au dépistage. MEDLINE, PsycINFO, la Bibliothèque Cochrane, les bases de données du Centre for Reviews and Dissemination de l'Université de York, et les sites Web de grands organismes de technologies de la santé canadiens et internationaux ont été interrogés pour trouver des documents publiés entre le 1^{er} janvier 2016 et le 29 septembre 2020 (plus tard changé pour janvier 2022). Nous avons aussi examiné les données qui avaient été recueillies dans le cadre de notre surveillance systématique des revues à grande visibilité et des évaluations d'articles pertinents par le système d'alerte Prevention Plus (29).

Les bases de données et sites Web suivants ont été interrogés pour trouver des essais cliniques : EU Clinical Trials Register, ClinicalTrials.gov, National Institute on Aging, Mayo Clinic, TrialMatch de l'Alzheimer's Association, Portail de la recherche de la Société Alzheimer et International Clinical Trials Registry Platform de l'Organisation mondiale de la Santé, pour les essais enregistrés de janvier 2002 à novembre 2020 (puis jusqu'à janvier 2022).

La méthodologie de réaffirmation du Groupe d'étude canadien ne comprend pas de mise à jour des évaluations GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation) [23]. Nous ne pouvons donc pas commenter la certitude des données au-delà de ce qui a été trouvé dans la ligne directrice originale. Cependant, si les nouvelles données ne concordaient pas avec la ligne directrice antérieure, le Groupe d'étude canadien recommanderait une mise à jour complète (avec évaluation GRADE).



L'entièreté des données recueillies a été analysée et comparée aux facteurs de validation du Groupe d'étude canadien (tableau 1) (23). Tout le Groupe d'étude canadien a approuvé la réaffirmation de cette ligne directrice par son processus de consensus (30).

Résultats

La ligne directrice de 2016 n'avait trouvé aucune étude sur les bénéfices et les préjudices du dépistage (22). La revue des traitements a montré que la pharmacothérapie pour le trouble cognitif léger ne produit pas de bienfait clinique significatif (22). En outre, la probabilité de faux positif était de 10 à 14 % (MMSE) et de 25 % (MoCA). Étant donné le manque de données sur les bénéfices et les préjudices, aucune analyse du rapport coût-efficacité et des valeurs et préférences des patients n'a été réalisée. Aucune donnée canadienne n'a été trouvée sur la volonté de subir un dépistage ou de recevoir un diagnostic de trouble cognitif léger (22).

Une revue actuelle a trouvé une nouvelle RS (31), un nouvel ECR (25) et 3 nouvelles lignes directrices basées sur des données probantes (19,32–34). Ces éléments comprenaient la ligne directrice et la RS connexe du U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) (31,33,34). L'USPSTF a conclu que les données actuelles ne suffisent pas pour évaluer l'équilibre entre les bénéfices et les préjudices du dépistage.

Les deux autres lignes directrices provenaient de la Conférence consensuelle canadienne sur le diagnostic et le traitement de la démence et recommandaient de ne pas soumettre les personnes asymptomatiques au dépistage de la déficience cognitive (19,32).

L'ECR (25) a examiné $n = 4\,005$ adultes de 65 ans et plus vivant dans la collectivité sur une période de 12 mois. Les interventions de dépistage comprenaient l'épreuve du Memory Impairment Screen (MIS) (35) et le Mini-Cog (17). Vu les pertes au suivi et les données exclues



pour le contrôle de la qualité, seuls 2 000 participants ont terminé l'étude. Les résultats n'ont montré aucun bénéfice du dépistage pour la démence sur les issues cliniques primaires (qualité de vie liée à la santé, symptômes dépressifs, symptômes d'anxiété) ou secondaires (utilisation des soins de santé, planification préalable des soins, reconnaissance de la démence) choisies (25). Les détails de cette étude se trouvent à l'annexe 1.

La recherche dans les registres d'essais cliniques a permis de trouver un ECR en cours (26) examinant les effets du dépistage sur les proches aidants. Les auteurs de l'essai ont été contactés, et la publication n'est pas attendue avant la fin de 2024. De plus, les résultats préliminaires non publiés de l'étude laissent penser qu'elle ne modifiera pas nos recommandations (D^{re} Fowler, communication personnelle, 18 avril 2024).

Les commentaires d'un expert clinique et d'un ancien membre du groupe de travail n'ont pas fait ressortir d'autres données qui changeraient l'orientation ou la force de notre recommandation. Les facteurs à considérer ayant été soulevés sont les suivants : changements dans le cadre conceptuel de la démence, amélioration de l'exactitude diagnostique, biais potentiels des outils de dépistage actuels (p. ex., langue, éducation, culture), reconnaissance des changements de comportement ou de personnalité comme symptômes de maladie neurodégénérative précoce, importance d'inclure les membres de la famille pour favoriser une bonne évaluation et moment approprié pour commencer les examens diagnostiques (voir l'annexe 2).

Recommandations

Nous réaffirmons la ligne directrice de 2016 comme suit : **Nous recommandons de ne pas soumettre les personnes âgées asymptomatiques (≥ 65 ans) à un dépistage de la déficience**



cognitive à l'aide d'instruments (forte recommandation; données probantes de faible certitude).

Cette recommandation concerne le dépistage et ne s'applique pas aux personnes qui s'inquiètent de leur propre rendement cognitif (patients qui se sont plaints de changements cognitifs à leur clinicien ou à d'autres personnes) ou chez qui des cliniciens ou des non-cliniciens (proches aidants, famille, amis) soupçonnent un trouble cognitif léger ou une démence, ou qui présentent des symptômes évocateurs de telles affections (pertes liées à la mémoire, au langage, à l'attention, à la fonction visuospatiale ou exécutive, ou symptômes comportementaux ou psychologiques qui pourraient nuire légèrement ou considérablement aux activités quotidiennes ou habituelles du patient).

Discussion

Les données de la revue actuelle réaffirment les constats de 2016, puisque le nouvel ECR (Fowler et coll., 2020) n'a montré aucun bénéfice du dépistage (25). Le dépistage n'a pas influencé la qualité de vie liée à la santé ni influé sur les symptômes de dépression ou d'anxiété (25). Le dépistage n'a pas non plus eu d'effet sur l'utilisation des soins de santé, la planification préalable des soins ou l'incidence du diagnostic de déficience cognitive ou du traitement pour celle-ci (25). Les outils de dépistage employés dans cette étude (MIS et Mini-Cog) ont, selon la RS de 2020 de l'USPSTF, un rendement adéquat (33). Le Groupe d'étude canadien a aussi jugé important le coût d'option du dépistage de toutes les personnes âgées asymptomatiques.

Des préoccupations ont été soulevées relativement à l'étude de Fowler et coll. (2020) en raison de données manquantes (pertes au suivi, exclusions pour contrôle de la qualité) et de la faible incidence de la démence (25). Toutefois, les caractéristiques de référence sont demeurées



semblables et le contrôle des données manquantes par imputations multiples n'a montré aucune différence dans les issues.

Les données de traitement étant considérées comme indirectes, aucune revue rapide n'a été effectuée durant le processus de réaffirmation. Le Groupe d'étude canadien connaît les nouveaux traitements pharmacologiques de la démence (plus précisément aducanumab, lécanémab et d'autres anticorps monoclonaux) (36–41). Cependant, aucun essai n'a été fait dans une population soumise au dépistage. La RS de 2020 de l'USPSTF a relevé une amélioration dans les capacités fonctionnelles (p. ex., inhibiteurs de l'acétylcholinestérase et mémantine), mais la taille de l'effet était faible, et le suivi, limité (33). Les traitements non pharmacologiques n'ont pas été étudiés, mais l'USPSTF a montré des bienfaits légers d'importance clinique incertaine (33).

Bien qu'il puisse y avoir des avancées dans l'exactitude des examens diagnostiques et la détection de la déficience cognitive, cela n'influencerait pas la justification de la recommandation originale, qui était fondée sur un manque de données propres aux avantages du dépistage. Toutefois, les données provenant d'essais sur le dépistage utilisant des biomarqueurs pourraient motiver une mise à jour; le Groupe d'étude canadien continuera de surveiller la littérature.

Mise en œuvre

Cette recommandation contre le dépistage souligne l'importance des bonnes pratiques cliniques, selon lesquelles les cliniciens posent des questions sur les changements liés aux symptômes de santé physique et mentale de leurs patients et y sont attentifs. L'USPSTF note que les instruments comme le MMSE, la MoCA et le Mini-Cog peuvent adéquatement détecter la



déficience cognitive (33) et pourraient servir à l'évaluation diagnostique des patients. Comme l'indique l'expert clinique, la sensibilité, la spécificité, la durée d'administration, le coût et les biais de culture, de langue ou d'éducation des outils de dépistage validés ainsi que l'inclusion d'information provenant de la famille ou des proches aidants sont des facteurs importants des examens diagnostiques.

Certaines comorbidités peuvent augmenter le risque de déficience cognitive (p. ex., maladie vasculaire, perte auditive) (13,14). Cependant, les données de dépistage disponibles ne font pas de stratification par risque; nous ne pouvons donc pas formuler de recommandations distinctes.

Bien que nous ne puissions pas commenter la certitude des données récentes, selon la nouvelle revue rapide, nous pouvons réaffirmer la force de la recommandation antérieure (fortement contre). D'autres renseignements sur les outils de mise en œuvre et d'application des connaissances se trouvent dans la ligne directrice originale :

<https://canadiantaskforce.ca/lignesdirectrices/lignes-directrices-publiees/deficience-cognitive/?lang=fr>.

Autres lignes directrices

La ligne directrice du Groupe d'étude canadien concorde avec celles de la Conférence consensuelle canadienne sur le diagnostic et le traitement de la démence (19) et de l'UK National Screening Committee (42), qui ne recommandent pas le dépistage universel de la démence. La ligne directrice de l'USPSTF indique que les données actuelles ne suffisent pas pour évaluer l'équilibre entre les avantages et les inconvénients du dépistage (31) (tableau 2).



Tableau 2. Recommandations actuelles d'autres organismes sur le dépistage de la déficience cognitive

Organisme	Recommandation
5 ^e Conférence consensuelle canadienne sur le diagnostic et le traitement de la démence, 2020 (19)	<p>1. Les examens cognitifs servant au dépistage de la présence de troubles cognitifs légers ou de démence chez les adultes asymptomatiques, y compris les personnes asymptomatiques ayant des facteurs de risque comme des antécédents familiaux ou des facteurs de risque vasculaires, ne sont pas recommandés. 1C (95 %)</p> <p>2. Les fournisseurs de soins primaires devraient être à l'affût des symptômes potentiels de troubles cognitifs chez les personnes âgées ou à risque, notamment les suivants : symptômes cognitifs signalés par le patient ou un informateur, déclin inexplicé dans les activités quotidiennes importantes, rendez-vous manqués ou difficulté à se rappeler ou à suivre des instructions ou à prendre ses médicaments, diminution des soins personnels, victimisation liée à des arnaques financières ou changements comportementaux, y compris l'apparition d'une dépression ou d'anxiété (1C). S'il y a une préoccupation clinique de trouble cognitif (pas nécessairement mentionnée par le patient en cas d'anosognosie), des évaluations validées de la cognition, des activités de la vie quotidienne et des symptômes neuropsychiatriques sont indiquées (voir les sections subséquentes pour consulter des suggestions d'outils valides). 1A (95 %)</p>
U.S. Preventive Services Task Force, 2020 (31)	L'USPSTF conclut que les données actuelles ne suffisent pas pour évaluer l'équilibre entre les bénéfices et les préjudices du dépistage de la déficience cognitive chez les personnes âgées. (Énoncé I)
UK National Screening Committee, 2019 (42)	Le dépistage systématique de la démence n'est pas recommandé comme programme de dépistage de masse au Royaume-Uni.



Orientations futures

Il faudra plus de données de qualité élevée, car un ECR examinait le dépistage par rapport à l'absence de dépistage pour la déficience cognitive (25). En outre, cet ECR comportait d'importantes limites dues aux taux élevés de pertes au suivi et aux données exclues aux fins de contrôle de la qualité. Les données relatives à l'effet du dépistage sur les familles et les proches aidants sont aussi insuffisantes, mais pourraient être complétées par un essai en cours (26). Il faudra également plus de recherche au sujet de l'effet du dépistage sur la fonction cognitive ou le déclin cognitif, la vie autonome, la sécurité et les méfaits. Enfin, des essais sur le dépistage comprenant une stratification du risque, des examens diagnostiques actualisés (à l'aide de biomarqueurs) et de nouveaux traitements aideraient à orienter les futures mises à jour.

Limites

L'approche de validation ne comprend pas d'analyse de la certitude des données (23). Toutefois, quand aucune nouvelle donnée n'est trouvée, ou quand les nouvelles données concordent avec la ligne directrice antérieure, le Groupe d'étude canadien est confiant dans sa réaffirmation de la force de la recommandation antérieure (forte recommandation). Dans le cas présent, des préoccupations relatives à la qualité de l'ECR repéré et à sa capacité à détecter une différence dans les résultats ont été soulevées. Cependant, même si cette étude avait été jugée très incertaine, l'absence de données démontrant les avantages aurait tout de même mené à la réaffirmation de la ligne directrice.

Le bref rapport de l'ACMTS se limitait à des ECR, des revues systématiques et des lignes directrices basées sur les données probantes. Bien que des études observationnelles aient pu passer sous le radar, les plus importantes auraient vraisemblablement été ciblées par les experts cliniques ou les anciens membres du groupe de travail.



Comme pour la ligne directrice originale, nous n'avons pas inclus de revue systématique ou de bref rapport sur les valeurs et préférences des patients, l'équité ou la faisabilité étant donné le manque de données sur l'efficacité du dépistage. Des experts cliniques et des anciens membres du groupe de travail ont été interrogés sur les nouvelles données dans ces domaines.

Il existe un faible risque que le Groupe d'étude canadien réaffirme une ligne directrice qui aurait plutôt besoin d'une mise à jour complète. Pour atténuer ce risque, toutes les lignes directrices réaffirmées continuent de faire l'objet d'une surveillance continue par Prevention Plus (29).

Cette analyse était un projet pilote; moins de temps devrait s'écouler entre la recherche documentaire, les commentaires d'experts cliniques et l'analyse pour les futures réaffirmations. Par ailleurs, les validations à venir nécessiteront les commentaires d'au moins trois experts cliniques.

Conclusion

Le Groupe d'étude canadien a jugé que les données ci-dessus ne changeraient pas l'orientation ni la force de la recommandation et réaffirme la ligne directrice contre le dépistage de la déficience cognitive basé sur un instrument chez les adultes asymptomatiques de 65 ans et plus (forte recommandation, données probantes de faible certitude).



Remerciements

Les auteurs aimeraient souligner les contributions des membres collaborateurs Jennifer A. Flemming, Eddy Lang, Patricia Li, Henry Yu-Hin Siu, Nathalie Slavtcheva, Guylène Thériault et Keith Todd. Ils aimeraient remercier les anciens membres du Groupe d'étude canadien Heather Colquhoun, Tina Korownyk, Emily G. McDonald, Ainsley Moore, Navindra Persaud, John J. Riva et Brett Thombs, qui étaient présents au début de l'élaboration de la ligne directrice. Ils remercient également Maurica Maher de la Division de la santé mondiale et des lignes directrices de l'Agence de la santé publique du Canada, qui a participé à la création de la ligne directrice, et le Programme d'application des connaissances, l'Institut du savoir Li Ka Shing et l'Hôpital St. Michael pour leurs contributions au travail d'application des connaissances associé au présent rapport. Ils aimeraient aussi remercier le Dr Zahinoor Ismail (Université de Calgary, Calgary, Alberta) pour ses commentaires en tant qu'expert clinique. Les experts cliniques et les spécialistes du domaine peuvent être d'accord ou non avec les recommandations du Groupe d'étude canadien.



Références

1. Hugo J, Ganguli M. Dementia and Cognitive Impairment. *Clin Geriatr Med*. 2014 Aug;30(3):421–42.
2. Jongsiriyanyong S, Limpawattana P. Mild Cognitive Impairment in Clinical Practice: A Review Article. *Am J Alzheimer's Dis Other Dementiasr*. 2018 Dec 1;33(8):500–7.
3. Arvanitakis Z, Shah RC, Bennett DA. Diagnosis and Management of Dementia: Review. *JAMA*. 2019 Oct 22;322(16):1589.
4. Roberto N, Portella MJ, Marquié M, Alegret M, Hernández I, Mauleón A, et coll. Neuropsychiatric profiles and conversion to dementia in mild cognitive impairment, a latent class analysis. *Sci Rep*. 2021 Mar 19;11(1):6448.
5. Zhang Y, Natale G, Clouston S. Incidence of Mild Cognitive Impairment, Conversion to Probable Dementia, and Mortality. *Am J Alzheimer's Dis Other Dementiasr*. 2021 Jan 1;36:153331752110122.
6. Mitchell AJ, Shiri-Feshki M. Rate of progression of mild cognitive impairment to dementia - meta-analysis of 41 robust inception cohort studies. *Acta Psychiatr Scand*. 2009 Apr;119(4):252–65.
7. Overton M, Pihlsgård M, Elmståhl S. Diagnostic Stability of Mild Cognitive Impairment, and Predictors of Reversion to Normal Cognitive Functioning. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2019;48(5–6):317–29.
8. Ganguli M, Snitz BE, Saxton JA, Chang C-CH, Lee C-W, Vander Bilt J, et coll. Outcomes of Mild Cognitive Impairment by Definition. *Arch Neurol*. 2011 Jun 1;68(6).
9. Agence de la santé publique du Canada. « Système canadien de surveillance des maladies chroniques (SCSMC) : Démence, y compris la maladie d'Alzheimer » [Internet], 2021 [cité le 18 août 2022]. Accessible ici : <https://sante-infobase.canada.ca/scsmc/outil-de-donnees/index.aspx?G=00&V=16>.
10. Agence de la santé publique du Canada. « La démence au Canada, y compris la maladie d'Alzheimer : faits saillants du Système canadien de surveillance des maladies chroniques » [Internet], 2017 [cité le 18 août 2022]. Accessible ici : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/demence-faits-saillants-systeme-canadien-surveillance-maladies-chroniques.html>.
11. Rajan KB, Weuve J, Barnes LL, McAninch EA, Wilson RS, Evans DA. Population estimate of people with clinical Alzheimer's disease and mild cognitive impairment in the United States (2020–2060). *Alzheimer's Dement*. 2021 Dec 27;17(12):1966–75.
12. Petersen RC, Lopez O, Armstrong MJ, Getchius TSD, Ganguli M, Gloss D, et coll. Practice guideline update summary: Mild cognitive impairment. *Neurology*. 2018 Jan 16;90(3):126–35.
13. Livingston G, Huntley J, Sommerlad A, Ames D, Ballard C, Banerjee S, et coll. Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *Lancet*. 2020 Aug;396(10248):413–46.
14. Organisation mondiale de la Santé. Risk Reduction of Cognitive Decline and Dementia:



- WHO guidelines [Internet], 2019 [cité le 20 septembre 2023]. Accessible ici : <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/312180/9789241550543-eng.pdf>.
15. Lisko I, Kulmala J, Annetorp M, Ngandu T, Mangialasche F, Kivipelto M. How can dementia and disability be prevented in older adults: where are we today and where are we going? *J Intern Med*. 2021 Jun 10;289(6):807–30.
 16. Arevalo-Rodriguez I, Smailagic N, Roqué-Figuls M, Ciapponi A, Sanchez-Perez E, Giannakou A, et coll. Mini-Mental State Examination (MMSE) for the early detection of dementia in people with mild cognitive impairment (MCI). *Cochrane Database Syst Rev*. 2021 Jul 27;2021(7).
 17. 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*. 2000 Nov;15(11):1021–7.
 18. Nasreddine ZS, Phillips NA, Bedirian V, Charbonneau S, Whitehead V, Collin I, et coll. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A Brief Screening Tool For Mild Cognitive Impairment. *J Am Geriatr Soc*. 2005 Apr;53(4):695–9.
 19. Ismail Z, Black SE, Camicioli R, Chertkow H, Herrmann N, Laforce R, et coll. Recommendations of the 5th Canadian Consensus Conference on the diagnosis and treatment of dementia. *Alzheimer's Dement*. 2020 Aug 29;16(8):1182–95.
 20. Simrén J, Ashton NJ, Blennow K, Zetterberg H. An update on fluid biomarkers for neurodegenerative diseases: recent success and challenges ahead. *Curr Opin Neurobiol*. 2020 Apr;61:29–39.
 21. Solje E, Benussi A, Buratti E, Remes AM, Haapasalo A, Borroni B. State-of-the-Art Methods and Emerging Fluid Biomarkers in the Diagnostics of Dementia—A Short Review and Diagnostic Algorithm. *Diagnostics*. 2021 Apr 27;11(5):788.
 22. Pottie K, Rahal R, Jaramillo A, Birtwhistle R, Thombs BD, Singh H, et coll. Recommendations on screening for cognitive impairment in older adults. *Can Med Assoc J*. 2016 Jan 5;188(1):37–46.
 23. Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. Updating, reaffirmation and sunseting clinical practice guidelines: Methods from the Canadian Task Force on Preventive Health Care [Internet], 2023 [cité le 4 octobre 2023]. Accessible ici : <https://canadiantaskforce.ca/methods/updating-reaffirmation-and-sunseting-clinical-practice-guidelines-methods-from-the-canadian-task-force-on-preventive-health-care/>.
 24. Organisation mondiale de la Santé. What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services? [Internet], 2004 [cité le 5 novembre 2021]. Accessible ici : <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/363801/9789289057356-eng.pdf>.
 25. Fowler NR, Perkins AJ, Gao S, Sachs GA, Boustani MA. Risks and Benefits of Screening for Dementia in Primary Care: The Indiana University Cognitive Health Outcomes Investigation of the Comparative Effectiveness of Dementia Screening (IU CHOICE) Trial. *J Am Geriatr Soc*. 2020 Mar 2;68(3):535–43.
 26. Fowler N. Caregiver Outcomes of Alzheimer's Disease Screening (COADS) [Internet]. 2021 [cité le 26 janvier 2022]. Accessible ici : <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT03300180>



27. ACMTS. Dépistage de la déficience cognitive : une mise à jour de la recherche de réponse rapide de l'ACMTS pour informer la réaffirmation du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (2020) [Internet]. [cité le 12 juillet 2024 Jul 12]. Accessible ici: <https://canadiantaskforce.ca/wp-content/uploads/2024/07/Screening-for-Cognitive-Impairment-A-CADTH-rapid-response-search-update-to-inform-the-CTFPHC-reaffirmation-2020.pdf>
28. ACMTS. Dépistage de la déficience cognitive : une mise à jour de la recherche de réponse rapide de l'ACMTS pour informer la réaffirmation du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (2020) [Internet]. [cité le 12 juillet 2024 Jul 12]. Accessible ici: <https://canadiantaskforce.ca/wp-content/uploads/2024/07/Screening-for-Cognitive-Impairment-A-CADTH-rapid-response-search-update-to-inform-the-CTFPHC-reaffirmation-2022.pdf>
29. Université McMaster, Health Information Research Unit. « Prevention Plus » [Internet], 2022 [cité le 11 avril 2022]. Accessible ici : <https://plus.mcmaster.ca/PreventionPlus/>.
30. Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. « Methods » [Internet], 2022 [cité le 21 novembre 2022]. Accessible ici : <https://canadiantaskforce.ca/methods/>.
31. Owens DK, Davidson KW, Krist AH, Barry MJ, Cabana M, Caughey AB, et coll. Screening for Cognitive Impairment in Older Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 2020 Feb 25;323(8):757.
32. Tang-Wai DF, Smith EE, Bruneau M, Burhan AM, Chatterjee A, Chertkow H, et coll. CCCDTD5 recommendations on early and timely assessment of neurocognitive disorders using cognitive, behavioral, and functional scales. *Alzheimer's Dement Transl Res Clin Interv*. 2020 Jan 11;6(1).
33. Patnode C, Perdue L, Rossom R, Rushkin M, Redmond N, Thomas R, et coll. Screening for Cognitive Impairment in Older Adults: An Evidence Update for the U.S. Preventive Services Task Force (Evidence Synthesis, No. 189.) [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2020 [cited 2022 Jan 25]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554654/>
34. Patnode CD, Perdue LA, Rossom RC, Rushkin MC, Redmond N, Thomas RG, et coll. Screening for Cognitive Impairment in Older Adults. *JAMA*. 2020 Feb 25;323(8):764.
35. Buschke H, Kuslansky G, Katz M, Stewart WF, Sliwinski MJ, Eckholdt HM, et coll. Screening for dementia with the Memory Impairment Screen. *Neurology*. 1999 Jan 1;52(2):231–231.
36. Sevigny J, Chiao P, Bussière T, Weinreb PH, Williams L, Maier M, et coll. The antibody aducanumab reduces A β plaques in Alzheimer's disease. *Nature*. 2016 Sep 1;537(7618):50–6.
37. Cavazzoni P. FDA's Decision to Approve New Treatment for Alzheimer's Disease [Internet]. FDA Center for Drug Evaluation and Research. 2021 [cité le 26 janvier 2022]. Accessible ici: <https://www.fda.gov/drugs/news-events-human-drugs/fdas-decision-approve-new-treatment-alzheimers-disease>
38. Mintun MA, Lo AC, Duggan Evans C, Wessels AM, Ardayfio PA, Andersen SW, et coll. Donanemab in Early Alzheimer's Disease. *N Engl J Med*. 2021 May 6;384(18):1691–704.
39. Watt, J. A., R. Marple, B. Hemmelgarn et S. E. Straus. Les patients canadiens devraient-



- ils fonder leurs espoirs sur l'aducanumab pour la maladie d'Alzheimer?, Journal de l'Association médicale canadienne, vol. 193, 2021, p. E1680-E1682.
40. van Dyck CH, Swanson CJ, Aisen P, Bateman RJ, Chen C, Gee M, et coll. Lecanemab in Early Alzheimer's Disease. *N Engl J Med.* 2023 Jan 5;388(1):9–21.
 41. Eli Lilly and Company. A Study of Remternetug (LY3372993) in Participants With Alzheimer's Disease (TRAILRUNNER-ALZ 1) [Internet]. 2023 [cité le 20 septembre 2023]. Accessible ici : <https://classic.clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT05463731>
 42. UK National Screening Committee. Adult screening programme: Dementia [Internet]. 2019 [cité le 18 aout 2022]. Accessible ici: <https://view-health-screening-recommendations.service.gov.uk/dementia/#:~:text=UK NSC screening recommendation Based,dementia before they show symptoms>