

Reconnaître les personnes âgées atteintes de démence

Évaluer les répercussions et repérer les affections curables

Résumé

● Quand une altération des capacités intellectuelles ou des troubles du comportement surviennent chez une personne âgée, un diagnostic de démence est souvent envisagé. Les démences sont des altérations irréversibles des capacités intellectuelles se répercutant sur les activités quotidiennes.

● Comment reconnaître les personnes âgées atteintes d'une démence ? Pour répondre à cette question nous avons réalisé une synthèse de l'évaluation, selon la méthode habituelle de *Prescrire*.

● Moins d'un patient sur deux atteints de démence se plaint de troubles de la mémoire. Souvent, c'est l'entourage qui signale en premier une diminution des capacités intellectuelles ou des troubles du comportement.

● L'entretien à la recherche de troubles cognitifs est délicat quand les signes sont peu marqués. Le test dit Mini mental state examination (MMS) est l'outil le mieux évalué pour mettre en évidence une détérioration cognitive caractérisant une démence. Sa sensibilité et sa spécificité sont d'environ 85 % chacune. Pour interpréter un résultat au MMS, il importe de tenir compte des facteurs pouvant influencer le résultat, tel que le niveau d'éducation.

● Les questionnaires structurés de l'entourage et les visites à domicile sont utiles pour évaluer les répercussions des troubles cognitifs sur les activités de la vie quotidienne et guider la mise en place de mesures d'accompagnement.

● Diverses affections sont susceptibles de ressembler à une démence : confusion mentale aiguë, accident vasculaire cérébral, hématome sous-dural,



© I. Rozenbaum & G. Paillé/PhotoAlto/Photononstop

troubles métaboliques, etc. La démence et la dépression coexistent souvent et sont parfois confondues.

● L'alcool et de nombreux médicaments sont à l'origine de troubles cognitifs souvent réversibles à leur arrêt. Une réévaluation de l'ensemble des traitements en cours est à entreprendre à l'apparition d'un trouble cognitif.

● La confusion mentale aiguë, fréquente chez les personnes âgées dans certaines situations, est parfois confondue avec une démence. Elle s'en différencie par une installation rapide, la présence d'un trouble de l'attention ou de

la conscience et un caractère fluctuant. Son traitement repose sur la suppression ou la réduction des facteurs déclenchants.

● Des examens biologiques et souvent une imagerie cérébrale sont utiles pour rechercher les affections curables pouvant être confondues avec les démences.

● Reconnaître qu'une personne âgée est atteinte de démence n'est utile que quand ce diagnostic conduit à des mesures permettant de modifier l'évolution, ou de mettre en place des mesures d'accompagnement.

Rev Prescrire 2014 ; 34 (368) : 437-443.

Quand une altération des capacités intellectuelles, un trouble du comportement ou une perte d'autonomie surviennent chez une personne âgée, une démence est souvent évoquée.

La prévalence des démences augmente avec l'âge. En France, elle est estimée entre 10 % et 20 % chez les personnes âgées de plus de 75 ans (1). On estime qu'environ les deux tiers des démences chez les personnes âgées sont dues à une maladie d'Alzheimer (1). Les autres démences les plus fréquentes sont : la démence vasculaire, la démence à corps de Lewy, la démence associée à une maladie de Parkinson, la démence fronto-temporale (a)(2).

En 2014, on ne connaît aucun traitement en mesure de retarder l'aggravation d'une de ces démences. Pour cette raison, reconnaître une démence débutante risque surtout d'exposer inutilement à de l'anxiété et du désarroi. Mais, quand la gêne s'aggrave, il est utile de mettre en œuvre des mesures qui visent à limiter les conséquences de la démence sur la qualité de vie du patient et de son entourage : accompagnement, aménagements ou changement de l'habitat, etc.

Comment reconnaître les personnes âgées atteintes d'une démence ?

Pour répondre à cette question, nous avons réalisé une synthèse de l'évaluation disponible utilisant la méthode habituelle de *Prescrire*, rapplée page 443.

Nous n'abordons pas dans cette synthèse le diagnostic des causes de démences ; ni la reconnaissance des troubles cognitifs légers, c'est-à-dire les altérations intellectuelles sans répercussion tangible sur les activités de la vie quotidienne.

Troubles cognitifs avec répercussion sur les activités de la vie quotidienne

Les démences, alias syndromes démentiels, sont généralement définies comme une diminution irréversible des capacités intellectuelles dites cognitives, entraînant des répercussions sur les activités de la vie quotidienne (b)(3à6). Contrairement au retard mental, la démence corres-

pond à une altération par rapport à l'état antérieur. Le diagnostic exclut une détérioration cognitive survenant uniquement au cours d'un épisode de confusion mentale aiguë, et les altérations mieux expliquées par un trouble psychique telle qu'une dépression ou une schizophrénie (5,6).

L'entourage joue un rôle primordial pour la reconnaissance

L'hypothèse d'une démence débutante est parfois évoquée par le patient qui se plaint de mauvaise mémoire. Souvent, c'est l'entourage qui signale des troubles du comportement ou une diminution des capacités intellectuelles.

Moins d'un patient sur deux se plaint de sa mémoire. Une synthèse méthodique a recensé les études ayant évalué la capacité discriminante de la plainte de mauvaise mémoire, exprimée par le patient pour le diagnostic de démence (7). Huit études ont été recensées. Elles ont inclus 9 148 personnes, dont 9 % étaient atteintes de démence. Selon la méta-analyse de ces huit études, moins d'un patient sur deux atteints de démence se plaint de sa mémoire.

Une démarche diagnostique souvent initiée par l'entourage.

Le signalement de l'entourage proche précède parfois l'apparition des anomalies aux tests cognitifs (4). L'entourage est souvent le mieux à même de donner des précisions sur le mode d'installation des troubles, leur évolution dans le temps, ainsi que sur les répercussions sur les activités de la vie quotidienne (4).

Il est souvent utile d'interroger l'entourage séparément, pour permettre aux proches de s'exprimer et d'aborder plus facilement la question des troubles du comportement (c) (4,8). Mais l'entourage est parfois absent, ou trop distant pour être en mesure d'apporter des renseignements fiables, ou il a tendance à minimiser ou à exagérer les troubles (4).

Parmi les symptômes qui font évoquer une démence, les principaux sont : répétition des mêmes questions par le patient ; absence de souvenir

d'événements récents ; incapacité de préparer un repas ou oublier qu'il a mangé ; oubli du nom de certains objets ; incapacité de retrouver son chemin dans le voisinage ; habillage de manière inappropriée ; incompréhension d'une facture ou des concepts simples, tels que le concept d'anniversaire ; rangement des objets à des endroits inappropriés, incapacité de les retrouver ; sautes d'humeur sans raison apparente ; changement de personnalité, retrait, comportement suspicieux, apathique, craintif, ou intrusif, désinhibé ; perte de toute initiative, devant être sollicité pour agir (9).

Évaluer les troubles cognitifs : le MMS, avec des faux positifs et des faux négatifs

L'entretien avec le patient et l'entourage à la recherche de troubles cognitifs est délicat quand les signes sont peu marqués. L'anxiété du patient est parfois importante, rendant difficile de faire la part des choses entre un trouble de l'attention lié à l'anxiété et des troubles cognitifs.

Divers tests ont été conçus pour rechercher des troubles cognitifs, tels que des troubles de la mémoire, des troubles du langage (aphasies), des apraxies (altérations de la capacité à réaliser une activité motrice), des agnosies (impossibilités de reconnaître ou d'identifier des objets), des troubles des fonctions exécutives (difficultés à penser de façon abstraite, à planifier, à organiser dans le temps, et à contrôler un comportement complexe), etc. (4).

MMS : l'outil le mieux évalué, mais avec beaucoup de failles.

Parmi les nombreux tests existants, le test Mini mental state examination (MMSE ou MMS) est l'outil le mieux évalué pour repérer un ou plusieurs troubles cognitifs en soins de premiers recours (d)(10).

Ce test est habituellement réalisable en une dizaine de minutes. Il évalue l'orientation, l'apprentissage, l'attention et le calcul, la mémoire immédiate, le langage, et recherche une apraxie. Il aboutit à un score compris entre 0 et 30, 30 étant le score obtenu quand le patient répond sans aucune erreur (4,8).

Une synthèse méthodique publiée en 2013 a recensé 25 études, chez 12 348 patients au total, ayant évalué les performances diagnostiques du MMS utilisé en dehors d'une consultation spécialisée pour le diagnostic de démence chez des personnes âgées (10). Le seuil le plus souvent retenu pour ce score a été de 23 ou de 24 sur un total de 30, en dessous duquel le résultat était considéré comme étant en faveur du diagnostic. À ce seuil, la sensibilité et la spécificité du MMS pour le diagnostic de démence ont été chacune de l'ordre de 85 % (10).

Autrement dit, sur une dizaine de patients atteints de démence, un d'entre eux n'est pas repéré par le MMS à ce seuil, et sur une dizaine de personnes n'ayant pas de démence, une d'entre elles risque d'être, à tort, étiquetée "démence", à cause d'un résultat estimé trop bas au MMS.

Par ailleurs, le score obtenu par le MMS aboutit à un résultat global chiffré qui donne la même valeur à des items très différents. Ainsi la perte de 2 points aux tests de calcul ne traduit pas la même réalité clinique que la perte de 2 points aux tests de mémoire immédiate.

Des contextes d'interprétation difficile du MMS. Dans l'interprétation du MMS, il importe de tenir compte des facteurs qui influencent le résultat : le niveau d'éducation ; un trouble du langage ou la non-maîtrise de la langue utilisée par les tests ; un trouble sensoriel, notamment auditif ; un trouble psychique, physique ou neurologique (11). Il n'existe pas de consensus sur l'ajustement du seuil de MMS au niveau d'éducation de la personne (4).

Quand l'évaluation a été réalisée dans des conditions ayant pu perturber le résultat, notamment en cas d'affection aiguë ou de stress, il paraît préférable de répéter l'examen dans de meilleures conditions, plutôt que d'en tirer des conclusions qui risquent d'être erronées.

Autres tests : pas mieux évalués que le MMS. D'autres tests de réévaluation rapide ont été conçus pour repérer l'altération d'une ou de plusieurs fonctions cognitives. Dans quelques études, certains tests ont eu de meilleures performances diagnostiques que le MMS (4,12,13).

Mais, selon deux synthèses méthodiques publiées en 2010, aucune comparaison directe confirmée par au moins deux études n'a établi qu'un test ait des performances diagnostiques supérieures au MMS (e)(12,13).

Bilan neuropsychologique : pas toujours utile. Un bilan neuropsychologique faisant appel à une batterie de tests est parfois proposé en cas de doute diagnostique, notamment quand les troubles sont peu marqués (8,11,14). Infirmier le diagnostic de démence débutante est parfois utile pour rassurer le patient. À l'inverse, poser précocement le diagnostic de démence n'a pas d'intérêt démontré (10). Avant de demander un bilan neuropsychologique, mieux vaut donc s'interroger : pour ce patient, quelles seront les conséquences pratiques si le diagnostic de démence est écarté ? Et s'il est retenu ?

Quand le diagnostic de démence est cliniquement évident, l'utilité d'un bilan neuropsychologique n'est pas établie (14).

Évaluer les répercussions sur la vie quotidienne

La répercussion de la détérioration cognitive sur les activités de la vie quotidienne, notamment sur le fonctionnement social et l'autonomie du patient, est un critère diagnostique de démence (5,6). C'est surtout le critère le plus utile à évaluer pour éventuellement mettre en place des aides et des mesures spécifiques visant à préserver autant que possible la qualité de vie et la sécurité des patients et de leur entourage.

Les répercussions sur les activités de la vie quotidienne sont surtout recherchées par l'entretien avec l'entourage, et par une bonne connaissance des conditions de vie du patient (4).

Évaluer l'autonomie par un questionnaire structuré de l'entourage. Divers questionnaires ont été conçus pour évaluer les capacités d'une personne à accomplir les activités de la vie quotidienne. En pratique de soins, ces questionnaires sont surtout des guides utiles pour structurer l'entretien avec l'entourage, afin d'éviter d'oublier de l'in-

terroger sur un aspect important de la vie quotidienne du patient. Dans cette optique, il est difficile d'affirmer qu'un questionnaire est plus ou moins utile qu'un autre.

En 2014, en France, le plus utilisé de ces questionnaires est l'échelle dite Instrumental activities of daily living (IADL) de Lawton (1). Dans sa version longue, elle porte sur huit catégories d'activités : utiliser le téléphone, faire les courses, préparer les repas, entretenir le domicile, faire la lessive, utiliser les moyens de transport, gérer ses médicaments, gérer son budget (15).

Un autre questionnaire est bien évalué dans le cadre des démences : le questionnaire dit Functional activities questionnaire (FAQ) (4,16). Il porte sur dix catégories d'activité de la vie quotidienne : écrire un chèque, payer des factures, tenir ses comptes ; tenir en ordre les papiers administratifs tels que les avis d'imposition ; faire seul les courses pour les vêtements, les articles ménagers ou l'épicerie ; jouer à un jeu d'adresse ou s'adonner à un hobby ; chauffer de l'eau, se faire une tasse de café ou éteindre le four ; préparer un repas équilibré ; se rappeler d'événements récents ; s'intéresser, comprendre et discuter d'une émission de télévision, d'un livre ou d'un magazine ; se souvenir des rendez-vous, des fêtes de famille, des vacances et des médicaments ; voyager en dehors de son quartier, conduire, planifier un trajet en bus (17). ▶▶

a- On parle de démence mixte quand deux types de démence semblent être associés, notamment en cas d'association de maladie d'Alzheimer et de démence vasculaire. Le terme de "démence sénile", peu utilisé en 2014, désigne une démence survenant chez une personne âgée, quelle qu'en soit sa cause (réf. 3).

b- La cinquième version du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'Association américaine de psychiatrie publiée en 2013, le DSM-5, a remplacé le terme "dementia" par "major neurocognitive disorder", perçu comme moins stigmatisant (réf. 6).

c- Il existe des questionnaires structurés destinés à évaluer la détérioration cognitive par l'interrogatoire de l'entourage. Les mieux évalués semblent être celui dit Informant questionnaire on cognitive decline in the elderly (Iqcode), fondé sur 16 questions dans sa version courte, et celui dit AD-8, fondé sur 8 questions (réf. 4,36à38).

d- Il existe une version francophone consensuelle du test MMS avec des consignes précises pour son application (réf. 26,39). Elles ont été mises en ligne sur le site www.site-greco.net.

e- Les performances diagnostiques du test de l'horloge semblent proches de celle du test MMS (réf. 4,10,13). Il consiste à demander au patient de dessiner une horloge à partir d'un cercle, en y plaçant les chiffres des heures et les aiguilles indiquant 11 heures 10 (réf. 8). Il existe de nombreuses modalités de passation et méthodes de notation (réf. 4).

► Visite à domicile souvent utile.

Les observations faites au domicile du patient sont très utiles pour reconnaître les problèmes d'autonomie du patient, identifier les risques auxquels il est exposé, et pour mettre en place un plan d'aides adaptées, tenant compte de l'entourage (18,19).

Repérer les affections curables

En cas de trouble cognitif, l'examen physique et l'entretien avec le patient et son entourage visent aussi à écarter ou à repérer une affection susceptible de ressembler à une démence, notamment par la recherche de signes neurologiques associés, de prises médicamenteuses ou toxiques, des signes d'infection aiguë ou chronique. Ils orientent le choix et le degré d'urgence des éventuels examens paracliniques.

Selon une synthèse méthodique ayant recensé les études publiées entre 1987 et 2002, une cause potentiellement réversible est décelée chez environ 10 % des patients apparemment atteints de démence. Mais, parmi environ 15 patients chez qui une cause potentiellement réversible est décelée, seul 1 patient est effectivement amélioré par le traitement de cette cause (20).

Parfois des examens paracliniques en urgence. Dans certaines situations, notamment en cas d'installation rapide des troubles ou quand le mode d'installation n'est pas connu, une affection curable motivant un traitement spécifique rapide est à suspecter, notamment une confusion mentale aiguë (lire en encadré page 441), un accident vasculaire cérébral, un hématome sous-dural.

Il est justifié d'effectuer en urgence une imagerie cérébrale quand un accident vasculaire cérébral ou un hématome sous-dural est évoqué en raison : d'une installation rapide des troubles ; de signes de localisation neurologique ; de signes en faveur d'une hémorragie méningée ; ou en cas de notion d'un traumatisme crânien, même minime (21 à 23).

L'alcool et des médicaments à l'origine de troubles cognitifs. L'alcool est parfois à l'origine de troubles cognitifs (2,9). Une récupération, au moins partielle, est visée par l'arrêt de l'alcool et la correction des carences

nutritionnelles, notamment de celle en vitamine B1 (24). Il semble utile de rechercher une consommation excessive d'alcool quand une démence est suspectée.

De nombreux médicaments exposent à des troubles cognitifs, parfois réversibles à l'arrêt du médicament, notamment les benzodiazépines, les neuroleptiques, les médicaments atropiniques (alias anticholinergiques) (25). Des syndromes démentiels ont été observés sous *acide valproïque*, et chez des patients ayant un déficit en vitamine B12 lié à une prise au long cours de *metformine* (25). Une réévaluation du traitement médicamenteux en cours est à entreprendre à l'apparition d'un trouble cognitif (9,11).

La dépression et la démence : parfois confondues chez les personnes âgées. La dépression des personnes âgées est souvent accompagnée de troubles cognitifs liés à un trouble de l'attention. Un traitement antidépresseur fait parfois régresser ces troubles (4). Il arrive qu'il les aggrave.

La plainte mnésique est souvent un symptôme de dépression (4). D'autres signes en faveur d'une dépression sont : troubles du sommeil, perte d'appétit, perte de poids, sentiment de culpabilité, perte de plaisir et de perspective, idées suicidaires (8).

Parfois la dépression est le symptôme inaugural d'une démence. Des apathies liées aux démences sont souvent confondues avec des dépressions (8).

Bilan biologique pour éliminer de rares causes curables. Certaines affections a priori curables se manifestent parfois par des signes cliniques qui évoquent une démence : l'hypothyroïdie ; la carence en vitamine B1 ou en vitamine B12 ; certaines intoxications ; les apnées du sommeil ; certaines infections (syphilis, maladie de Lyme) ; certaines lésions cérébrales ; etc. (26).

La correction de certains troubles métaboliques fait parfois régresser des troubles cognitifs : hyponatrémie ; hypercalcémie ; hyperglycémie ; anémie ; insuffisance rénale ; etc. (8,26).

Le bilan biologique préconisé dans le cadre d'un diagnostic de démence comporte le plus souvent : numération formule sanguine (NFS), ionogramme sanguin avec calcémie, glycémie, dosage de la TSH, et, pour

certaines, de la vitamine B12 (8,9,26,27). Le choix de ces examens ne repose pas sur des données de fort niveau de preuves (28).

En fonction du contexte clinique et du résultat des examens effectués, certains recommandent de compléter ce bilan par des dosages de l'acide folique ; de la créatininémie ; des transaminases et gamma-GT ; de l'albuminémie ; de la CRP (C-reactive protein) ; des sérologies HIV, de la syphilis ou de la maladie de Lyme, etc. (8,9,11,26).

Dans certaines situations, notamment en cas de présentation atypique ou d'installation rapide des troubles, une ponction lombaire est utile pour écarter une maladie de Creutzfeldt-Jacob, affection incurable dont la suspicion est en France à déclaration obligatoire ; ou une maladie inflammatoire éventuellement accessible à un traitement (11,26,29,30).

Imagerie cérébrale : parfois justifiée. Le recours à l'imagerie cérébrale vise avant tout à écarter une affection intracrânienne curable : hématome sous-dural ; tumeur cérébrale ; hydrocéphalie à pression normale ; etc. (8,26).

Mais les critères justifiant une imagerie cérébrale ne sont pas consensuels, car ils n'ont pas fait l'objet d'évaluation solide. Plusieurs guides de pratique clinique ont recommandé une imagerie par résonnance magnétique (IRM) ou une tomodensitométrie cérébrale (alias scanner) systématique pour tout patient atteint de troubles cognitifs (2,11,14,26,31). Mais ce caractère systématique n'est pas consensuel (2).

Les critères élaborés par une conférence de consensus canadienne sont ceux qui semblent avoir la meilleure sensibilité pour reconnaître une affection intracrânienne curable (32,33). Selon ces critères, une imagerie cérébrale est utile dans les situations suivantes : âge inférieur à 60 ans ; démence évoluant depuis moins de 2 ans ; aggravation rapide des troubles (en 1 mois à 2 mois) ; traumatisme crânien récent ; signes neurologiques inexplicables tels qu'apparition de céphalées sévères ou de convulsions ; antécédent de cancer, particulièrement s'il est susceptible de métastaser au cerveau ; patient sous traitement anticoagulant ou atteint de trouble de la coagu- [suite page 442] ►►

Confusion mentale aiguë

● **Les confusions mentales aiguës sont fréquentes, graves, souvent méconnues. Elles sont en général réversibles.**

La confusion mentale, alias confusion aiguë ou syndrome confusionnel, delirium en anglais, est une affection aiguë du cerveau, potentiellement réversible, qui justifie une prise en charge rapide et parfois spécifique (1,2,3). Elle touche entre 15 % et 50 % des patients âgés hospitalisés pour une affection aiguë, mais est méconnue environ deux fois sur trois (4). La confusion mentale est associée à un allongement de la durée d'hospitalisation, un risque accru de persistance de troubles cognitifs et de perte d'autonomie, et à une augmentation de la mortalité (1,4).

Altération aiguë des capacités cognitives. La confusion mentale aiguë se manifeste par l'installation, en quelques heures à quelques jours, d'une altération des capacités cognitives avec trouble de l'attention ou de la conscience. Son évolution est fluctuante au cours de la journée, le patient pouvant momentanément n'avoir aucun trouble apparent (1,4). Elle se manifeste par une difficulté à mobiliser et à soutenir l'attention, une désorganisation de la pensée, une désorientation, un trouble de la mémoire, un trouble du langage, une excitation ou une léthargie, etc. Une perturbation du cycle veille-sommeil, avec somnolence diurne et agitation nocturne, est fréquente (4). Chez environ un quart des patients, une agitation aiguë est présente (4).

L'âge avancé et la démence sont les deux principaux facteurs de risque de confusion mentale aiguë (1,2,4). Mais, en cas de maladie aiguë grave telle que septicémie ou détresse respiratoire, la confusion mentale survient parfois chez des patients jeunes jusque-là en bonne santé (1).

Rechercher les facteurs déclenchant une confusion. Des médicaments et drogues à effets neuropsychiques, dont l'alcool, sont souvent à l'origine de confusion mentale aiguë. Les médicaments en cause sont nombreux : benzodiazépines et apparentés, médicaments atropiniques (alias anticholinergiques), opioïdes, agonistes dopaminergiques, *digoxine*, anticonvul-

sivants, etc. (1,4,5). Tout médicament récemment introduit est à mettre en cause (1).

Chez une personne à risque, tout évènement aigu est susceptible de déclencher une confusion mentale : simple changement d'environnement, hospitalisation, douleur, chirurgie, anesthésie, accident vasculaire cérébral, rétention urinaire, fécalome, trouble électrolytique, sevrage médicamenteux ou alcoolique, infection, etc. (1,2,4).

L'entretien avec l'entourage et l'examen physique visent à repérer les facteurs déclenchants et guident le choix des examens complémentaires (1). En l'absence de cause évidente, il est en général préconisé de faire en urgence des examens biologiques pour repérer les principales situations cliniques à l'origine de confusions aiguës sans autre symptôme : ionogramme sanguin, prothrombinémie et créatininémie (à la recherche d'une hyponatrémie, d'une insuffisance rénale) ; calcémie (à la recherche d'une hypercalcémie) ; glycémie (à la recherche d'une hyper ou hypoglycémie) ; numération formule sanguine (à la recherche d'une anémie ou d'une hyperleucocytose) ; CRP (C-reactive protein) et examen des urines par bandelette urinaire (à la recherche d'une infection, notamment urinaire) ; mesure de la saturation en oxygène ; électrocardiogramme (1,3,6). Selon l'examen clinique et les antécédents du patients, ce bilan est à compléter par une imagerie cérébrale à la recherche d'un accident vasculaire cérébral ; une ponction lombaire à la recherche d'une méningite ou d'une hémorragie méningée ; un électroencéphalogramme à la recherche de troubles épileptiques ; etc. (1,3,6).

Si possible, éviter les psychotropes. Le traitement de la confusion mentale aiguë repose sur le traitement de sa cause et la correction des facteurs aggravants. La présence d'un proche ou d'un soignant pour rassurer et surveiller le patient est souvent utile (1,3). Pour gérer l'agitation des patients confus, une approche relationnelle est à préférer aux traitements psychotropes susceptibles de majorer les troubles (1,3).

©Prescrire

1- Marcantonio ER "In the clinic. Delirium" *Ann Intern Med* 2011 ; **154** (11) : 16 pages

2- Feldman HH et coll. "Diagnosis and treatment of dementia : 2. Diagnosis" *CMAJ* 2008 ; **178** (7) : 825-836.

3- Haute autorité de santé. Service des bonnes pratiques professionnelles "Confusion aiguë chez la personne âgée : prise en charge initiale de l'agitation" Recommandations, mai 2009 : 24 pages.

4- Haute autorité de santé. Service des bonnes pratiques professionnelles "Confusion aiguë chez la personne âgée : prise en charge initiale de l'agitation" Argumentaire, mai 2009 : 86 pages.

5- Prescrire Rédaction "12-5-1-1. Des médicaments aggravent les troubles cognitifs" *Rev Prescrire* 2013 ; **33** (362 suppl. interactions médicamenteuses).

6- Francis J et coll. "Diagnosis of delirium and confusional states" (mise à jour février 2014) UpToDate, Waltham 2014 ; version 22.2 : 20 pages.



Les propositions Prescrire

Reconnaître à bon escient les personnes âgées atteintes de démence

- Reconnaître une personne âgée atteinte de démence a pour objectif d'anticiper certains changements dus à la maladie et de mettre en œuvre un accompagnement qui permette de limiter ses conséquences sur la sécurité et la qualité de vie de la personne et de son entourage.
- La démarche diagnostique consiste à mettre en évidence une détérioration cognitive, à repérer les causes réversibles, et à déceler les répercussions sur les activités de la vie quotidienne. Elle se fonde sur l'entretien avec le patient et son entourage, sur l'examen physique du patient, et sur une connaissance de son contexte de vie.
- Quand les signes d'altération cognitive sont peu marqués, l'entretien avec le patient est d'interprétation difficile. Le test Mini mental state examination (MMS) est l'outil le mieux évalué pour rechercher une détérioration cognitive. Comme tout outil, le MMS a des limites. En fixant à 24 sur un total de 30 le seuil en dessous duquel le résultat est considéré comme étant évocateur de démence, environ une personne sur dix, considérée comme démente selon ce test, est en réalité indemne de cette affection.
- Quand des troubles cognitifs sont mis en évidence, les causes réversibles sont à envisager : troubles cognitifs d'origine médicamenteuse ; cause toxique, notamment par consommation excessive d'alcool ; affection susceptible de ressembler à une démence telle qu'une dépression, une confusion mentale aiguë, un accident vasculaire cérébral, un hématome sous-dural ou un trouble métabolique, une infection aiguë ou chronique, etc. Dans ce but, il est utile de pratiquer quelques examens paracliniques : numération formule sanguine, ionogramme sanguin avec calcémie, glycémie, dosage de la TSH, complétés par d'autres selon le contexte ; et parfois de recourir à une imagerie cérébrale.
- Les répercussions sur les activités de la vie quotidienne sont à aborder avec le patient, mais souvent elles sont mieux évaluées en interrogeant l'entourage. Des questionnaires structurés tels que celui dit Functional activities questionnaire ou l'échelle dite Instrumental activities of daily living de Lawton aident à guider l'entretien avec l'entourage. Une visite au domicile du patient apporte souvent des éléments utiles au diagnostic et à l'élaboration du plan d'aides.
- Quand le diagnostic de démence est cliniquement évident sur la base de l'évaluation des fonctions cognitives et celle des activités de la vie quotidienne, un bilan neuropsychologique faisant appel à une batterie de tests ne paraît pas apporter d'élément utile pour mettre en œuvre l'accompagnement du patient et de son entourage.
- Quand l'altération des fonctions cognitives est incertaine, selon l'importance que revêt pour le patient la connaissance du diagnostic, répéter l'évaluation par le MMS quelques mois plus tard est une alternative à la réalisation d'un bilan neuropsychologique. Le choix entre ces deux options se fait avec le patient. En l'absence de traitement satisfaisant pour empêcher la progression des troubles et de mesure à prendre ou à préparer pour l'accompagnement du patient, il n'y a pas d'urgence à porter le diagnostic.
- Dans tous les cas, une réévaluation de l'ensemble des traitements en cours est à entreprendre à l'apparition d'un trouble cognitif. Divers médicaments causent ou aggravent des troubles cognitifs, qui sont au moins partiellement réversibles à l'arrêt du médicament.

©Prescrire

Rev Prescrire 2014 ; 34 (368) : 442.

► [suite de la page 440] lation ; incontinence urinaire et trouble de la marche initiaux (évocateurs d'hydrocéphalie à pression normale) ; apparition d'un signe de localisation neurologique à l'examen clinique tel qu'hémiparésie ou signe de Babinski ; présentation atypique telle qu'une aphasia progressive ; trouble de la marche (34).

Pour certains, l'IRM est préférable au scanner (11,26,34). Mais le choix entre ces deux techniques se fait souvent en fonction du degré d'urgence et de leur accessibilité, en tenant compte d'éventuelles contre-indications à l'IRM (35).

En pratique, donner la priorité à l'intérêt du patient

Reconnaître qu'une personne âgée est atteinte de démence n'est utile que quand ce diagnostic conduit à des mesures permettant de modifier l'évolution, ou de mettre en place des mesures d'accompagnement visant à préserver autant que possible la qualité de vie et la sécurité de la personne et de son entourage, dans l'immédiat ou dans un futur proche.

Le contexte de vie du patient est particulièrement important à prendre en compte : l'entourage disponible, les conditions de vie, la gestion de traitement complexe, la conduite automobile, etc.

Les situations où des troubles cognitifs sont signalés sont nombreuses. Dans ce contexte, la clinique et quelques outils aident à trier les éléments importants afin de rassurer les patients en l'absence d'éléments probants, de rechercher des causes réversibles justifiant des mesures spécifiques, et, quand la démence est probable, d'aider à organiser, pas à pas, l'accompagnement destiné à préserver autant que possible la qualité de vie et la sécurité de la personne et de son entourage. Dans cet objectif, le test MMS et l'examen neuropsychologique ne sont que des outils, parfois utiles, mais qui ont des limites, et n'ont pas vocation à être utilisés de manière indiscriminée et systématique, encore moins en dépistage chez des personnes non symptomatiques.

**Synthèse élaborée collectivement
par la Rédaction,
sans aucun conflit d'intérêts**
©Prescrire

Recherche documentaire et méthode d'élaboration

Nous avons recherché les synthèses méthodiques et méta-analyses, les guides de pratique clinique portant sur le diagnostic des démences, publiés depuis 2005. Nous avons sélectionné les synthèses et les guides de pratique clinique réunissant les critères de qualité suivants : méthode de recherche bibliographique et critères de sélection des articles retenus explicites, analyse critique des documents retenus, niveau de preuves des recommandations explicite. Cette recherche documentaire a reposé sur le suivi mis en œuvre au sein du Centre de documentation *Prescrire*. Par ailleurs, pour la dernière fois le 3 février 2014, nous avons interrogé les bases de données BML, Infobanque AMC, NGC, Embase (2005-semaine 5 de 2014), Medline (2005-4^e semaine de janvier 2014), The Cochrane Library (CDSR : 2014, issue 1 ; DARE, HTA, Nhsseed : 2014, issue 1), et nous avons consulté les sites internet des organismes suivants : AHRQ, HAS, KCE, NICE, NIH, et SIGN.

Les procédures d'élaboration de cette synthèse ont suivi les méthodes habituelles de *Prescrire*, notamment : vérification de la sélection des documents et de leur analyse, relecture externe, contrôles de qualité multiples.

- 1- Institut national de la santé et de la recherche médicale "Maladie d'Alzheimer. Enjeux scientifiques médicaux et sociétaux" 2007 : 137 pages.
- 2- Shadlen MF et coll. "Evaluation of cognitive impairment and dementia" (mise à jour février 2014) UpToDate, Waltham 2014 ; version 22.2 : 19 pages.
- 3- Delamare J et coll. "Démence", "Démence sénile". In "Dictionnaire illustré des termes de médecine" 31^e édition, Maloine, Paris 2012 : 2 pages.
- 4- Holsinger T et coll. "Does this patient have dementia?" *JAMA* 2007 ; **297** : 2391-2404.
- 5- "Démence". In : American Psychiatric Association "DSM-IV-TR. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux" Issy-les-Moulineaux, 2003 : 171-207.
- 6- "Major and mild neurocognitive disorders". In : American Psychiatric Association "Desk reference to the diagnostic criteria from DSM-5™" Arlington, VA, 2013 : 299-320.
- 7- Mitchell AJ "The clinical significance of subjective memory complaints in the diagnosis of mild cognitive impairment and dementia : a meta-analysis" *Int J Geriatr Psychiatry* 2008 ; **23** (11) : 1191-1202.
- 8- Feldman HH et coll. "Diagnosis and treatment of dementia : 2. Diagnosis" *CMAJ* 2008 ; **178** (7) : 825-836.
- 9- British Columbia Medical Association, "Cognitive Impairment in the Elderly. Recognition, Diagnosis and Management" Revised January 2008 : 30 pages.
- 10- Lin JS et coll. "Screening for cognitive impairment in older adults : a systematic review for the U.S. preventive services task force" *Ann Intern Med* 2013 ; **159** (9) : 601-612.
- 11- National Institute for Health and Clinical Excellence "Dementia. Supporting people with dementia and their carers in health and social care" November 2006 (amended March 2011) : 56 pages.
- 12- Mitchell AJ et coll. "Screening and case finding tools for the detection of dementia. Part I : Evidence-based meta-analysis of multidomain tests" *Am J Geriatr Psychiatry* 2010 ; **18** (9) : 759-782.
- 13- Mitchell AJ et coll. "Screening and case-finding tools for the detection of dementia. Part II : Evidence-based meta-analysis of single-domain tests" *Am J Geriatr Psychiatry* 2010 ; **18** (9) : 783-800.

- 14- Scottish Intercollegiate Guidelines Network "Management of patients with dementia. A national guideline" February 2006 : 57 pages.
- 15- "Instrumental activities of daily living scale" : 1 page. Site www.healthcare.uiowa.edu consulté le 6 mars 2014.
- 16- Castilla-Rilo J et coll. "Instrumental activity of daily living in the screening of dementia in population studies : a systematic review and meta-analysis" *Int J Geriatr Psychiatry* 2007 ; **22** : 829-836.
- 17- Costa PT et coll. "Recognition and initial assessment of Alzheimer's disease and related dementias. Clinical Practice Guideline No. 19" AHCPR Publication No. 97-0703. Rockville, MD ; novembre 1996 : 81 pages.
- 18- Perry M et coll. "An in-home geriatric programme for vulnerable community-dwelling older people improves the detection of dementia in primary care" *Int J Geriatr Psychiatry* 2008 ; **23** (12) : 1312-1319.
- 19- Ramsdell JW et coll. "Comparison of clinic-based home assessment to a home visit in demented elderly patients" *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2004 ; **18** (3) : 145-153.
- 20- Clarfield AM "The decreasing prevalence of reversible dementias : an updated meta-analysis" *Arch Intern Med* 2003 ; **163** (18) : 2219-2229.
- 21- *Prescrire* Rédaction "Accident vasculaire cérébral : les signes cliniques initiaux. Évaluer méthodiquement les signes recueillis en urgence" *Rev Prescrire* 2011 ; **31** (328) : 123-127.
- 22- *Prescrire* Rédaction "Signes d'alerte à domicile après traumatisme crânien apparemment bénin" *Rev Prescrire* 2011 ; **31** (335) : 682.
- 23- Haute autorité de santé. Service des bonnes pratiques professionnelles "Confusion aiguë chez la personne âgée : prise en charge initiale de l'agitation" Recommandations, mai 2009 : 24 pages.
- 24- Charness ME "Overview of the chronic neurologic complications of alcohol" (mise à jour février 2014) UpToDate, Waltham 2014 ; version 22.2 : 11 pages.
- 25- *Prescrire* Rédaction "12-5-1 Des médicaments aggravent les troubles cognitifs" *Rev Prescrire* 2013 ; **33** (362 suppl. interactions médicamenteuses).
- 26- Haute autorité de santé. Service des bonnes pratiques professionnelles "Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge" Recommandations, décembre 2011 : 49 pages.
- 27- Haute autorité de santé - Service des bonnes pratiques professionnelles "Diagnostic et prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées" Argumentaire, mars 2008 : 93 pages.
- 28- Frank C "Dementia workup. Deciding on laboratory testing for the elderly" *Can Fam Physician* 1998 ; **44** : 1489-1495.
- 29- *Prescrire* Rédaction "Maladie de Creutzfeldt-Jakob : le poids de la iatrogénèse en France" *Rev Prescrire* 2007 ; **27** (289) : 863-866.
- 30- Paterson RW et coll. "Diagnosis and treatment of rapidly progressive dementias" *Neurol Clin Pract* 2012 ; **2** (3) : 187-200.
- 31- Filippi M et coll. "EFNS task force : the use of neuroimaging in the diagnosis of dementia" *Eur J Neurol* 2012 ; **19** (12) : 1487-1501.
- 32- Gifford DR et coll. "Systematic review of clinical prediction rules for neuroimaging in the evaluation of dementia" *Arch Intern Med* 2000 ; **160** : 2855-2862.
- 33- Sitoh YY et coll. "Evaluation of dementia : the case for neuroimaging all mild to moderate cases" *Ann Acad Med Singapore* 2006 ; **35** (6) : 383-389.
- 34- Gauthier S et coll. "Recommendations of the 4th Canadian Consensus Conference on the Diagnosis and Treatment of Dementia (CCCDTD4)" *Can Geriatr J* 2012 ; **15** (4) : 120-126.

- 35- *Prescrire* Rédaction "Contre-indications de l'IRM" *Rev Prescrire* 2000 ; **20** (210) : 695-696.
- 36- Jorm AF "The informant questionnaire on cognitive decline in the elderly (IQCODE) : a review" *Int Psychogeriatr* 2004 ; **16** (3) : 1-19.
- 37- Galvin JE et coll. "The AD8. A brief informant interview to detect dementia" *Neurology* 2005 ; **65** : 559-564.
- 38- Galvin JE et coll. "Validity and reliability of the AD8 informant interview in dementia" *Neurology* 2006 ; **67** : 1942-1948.
- 39- Derouesné C et coll. "Le Mini Mental State Examination (MMSE) : un outil pratique pour l'évaluation de l'état cognitif des patients par le clinicien. Version française consensuelle" *Presse Méd* 1999 ; **28** (21) : 1141-1148.



www.prescrire.org

Infos-Patients *Prescrire*

Les fiches Infos-Patients, révisées régulièrement, sont un support de communication avec les patients, téléchargeables sur www.prescrire.org. Par exemple, parmi les thèmes abordés dans ce numéro :

- Quelles aides pour arrêter de fumer ? (avril 2013)
- Vos ordonnances de médicaments sont rédigées en DCI (décembre 2012)
- Enfants et médicaments : limiter les accidents (novembre 2013)
- Soins des ulcères veineux de jambe (mars 2014)

©Prescrire

DCI	France	Belgique	Suisse
acide valproïque	DEPAKINE ^o ou autre	DEPAKINE ^o ou autre	DEPAKINE ^o ou autre
digoxine	DIGOXINE NATIVELLE ^o	LANOXIN ^o	DIGOXINE-SANDOZ ^o
metformine	GLUCOPHAGE ^o , STAGID ^o ou autre	GLUCOPHAGE ^o ou autre	GLUCOPHAGE ^o ou autre