



Dans ce numéro ...

- **L'évaluation de la démence en cabinet: Guide de planification de facturation à l'intention des médecins de famille**
 - Dr^{re} Leslie Anne Bailliu
 - Dr^{re} Bill Dalziel
- **La déficience Cognitive Légère**
 - Dr^{re} Andrew R. Frank
- **Présentation de Réseau de la démence de l'Ontario**

Comité de rédaction:

Dr Andrew R. Frank (Ottawa)
Dr Bill Dalziel (Ottawa)
Dr^{re} Andrea Moser (Muskoka)
Dr^{re} Joanne Clark (Sudbury)
Dr^{re} Lisa Van Bussel (London)
Dr^{re} Patricia LePage (Thunder Bay)

Rédacteur en chef

Dr Andrew R. Frank, M.D.
B.Sc.H. F.R.C.P.(C), neurologue,
troubles cognitifs et
comportementaux, clinique des
troubles de la mémoire, Hôpital
Élisabeth-Bruyère, Ottawa,
Ontario

Coprésidents de Réseau de la démence de l'Ontario

Dr Bill Dalziel, M.D.
Programme régional d'évaluation
gériatrique de l'Est de l'Ontario,
Hôpital d'Ottawa, Professeur
agrégé, Faculté de médecine,
Université d'Ottawa

M^{me} Kathy Wright
Directrice générale
Société Alzheimer d'Ottawa
et du comté de Renfrew

Pour plus d'information

Société Alzheimer d'Ottawa
et du comté de Renfrew
Téléphone : 613-523-4004
Télécopieur : 613-523-8522
Courriel : info@asorc.org

L'évaluation de la démence en cabinet : guide de planification et de facturation à l'intention des médecins de famille



*Dr W.B. Dalziel, FRCP(C),
Programme régional d'évaluation
gériatrique de l'Est de l'Ontario, Hôpital
d'Ottawa, professeur agrégé, Faculté de
médecine, Université d'Ottawa*



*Dr^{re} Leslie Anne Bailliu, B.Sc.
(physiothérapie), CCMF
(formation continue), Directrice
médicale, Unité de réadaptation
gériatrique, Hôpital Élisabeth-
Bruyère, Soins continus Bruyère*

L'évaluation appropriée de la démence peut se révéler complexe et chronophage en contexte de rémunération à l'acte. Heureusement, pour faciliter le processus, on peut fragmenter l'évaluation en visites multiples, plus courtes, plus ciblées et plus faciles à facturer.

La première « **visite** » relève généralement de l'un des trois scénarios suivants :

1. Dépistage chez une personne âgée asymptomatique mais exposée à un risque élevé
2. Évaluation de « pertes de mémoire » (habituellement signalées par la famille du patient)
3. Observation par vous-même ou votre personnel d'un signe précurseur (négligence de soi, inobservance, « confusion », manque de précision, etc.).

Suite en page 2

WEBINAIRE À L'INTENTION DES MÉDECINS DE FAMILLE

Alzheimer Knowledge Exchange *Online Event*
Linking People, Resources & Ideas

Thèmes abordés : 1) Liste des critères de conduite automobile sécuritaire
2) Guide de la facturation des consultations pour démence en Ontario

Animateur: Dr W.B. Dalziel, FRCP(C),
Programme régional d'évaluation
gériatrique de l'Est de l'Ontario

Inscrivez-vous sans tarder!

Date/Heure: Lundi 24 janvier 2011, de 12 h à 13 h

Remplissez le formulaire d'inscription en ligne sur <http://www.surveymonkey.com/s/VHRWLDW>

Exigences techniques :

Aspect visuel – L'exposé sera accessible au moyen d'une connexion Internet (à partir d'un portable ou d'un ordinateur de bureau reliés à Internet).

Aspect audio – La transmission audio se fera par le truchement du téléphone, grâce à un numéro sans frais.

Vous recevrez un courriel de confirmation de 24 à 48 heures avant la séance. Merci et au plaisir de vous compter parmi les participants!

Première Visite

1) 1^{er} scénario – Dépistage (risque élevé compte tenu de l'âge ou de l'état vasculaire du patient)	Vérification rapide de la mémoire - Rappel de trois mots (échec = 0 ou 1/3, rapport de cotes : 3,1) - Quadrupèdes nommés en 1 minute (échec = moins de 15, rapport de cotes : 20,2) - Dessin de l'horloge (résultat anormal – rapport de cotes : 24,0) et questions sur les fonctions cognitives, la capacité fonctionnelle et les changements de comportement	A007 (33,10 \$) ou dans le cadre d'un examen annuel
2) 2^e scénario – Problèmes de mémoire soulevés par la famille ou le patient (écarter la dépression) ou 3 ^e scénario – signes précurseurs	Revue des signes ABC avec le patient et l'aidant Activités de la vie courante Changements <u>behavioraux</u> Changements <u>cognitifs</u> Examen physique, analyses de laboratoire et tomographie par émission de positons (s'il y a lieu)	A003 (71,25 \$)

Autres scénarios possibles, selon les circonstances :

3) K002**	Entretien avec des membres de la famille du patient pour faire l'anamnèse et décider à sa place du traitement à suivre parce qu'il ne le peut lui-même, sa santé ne le lui permettant pas ou à cause de son inaptitude	58,35 \$ par unité
4) K005	1 ^o Soins psychiatriques (doivent être plus centrés sur le comportement ou les symptômes neuropsychiatriques)	58,35 \$ par unité

Deuxième Visite : l'évaluation neurocognitive

Si l'on réalise le mini-examen de l'état mental (MMSE) de Folstein et d'autres tests cognitifs, il est possible d'utiliser le code A007 pour la facturation. Cependant, il est recommandé d'utiliser le code K032*** (minimum de 20 minutes : test permettant d'évaluer la mémoire, l'attention, le langage, l'orientation visuospatiale et la fonction exécutive). On suggère de réaliser le test MoCA (*Montreal Cognitive Assessment*, accessible sur www.mocatest.org), le test des animaux nommés et le test des tracés (parties A et B) (utile dans le cas des patients qui conduisent). Si on évalue un autre problème au cours de la même visite, un autre code peut être ajouté à la facture (ex. : A007).

Troisième Visite : Annonce du diagnostic/rencontre de la famille

K013**	Séance de consultation (information, discussion sur le diagnostic, pronostic, traitement, conduite automobile, sécurité, etc.) (3 unités/année, après quoi il faut utiliser le code K033*** pour facturer) 34,05 \$/unité	58,35 \$ par unité
---------------	--	---------------------------

Visite de suivi

Si on prescrit au patient un inhibiteur de la cholinestérase ou de la mémantine, prévoir une visite de suivi au bout de 3 mois pour déterminer les bienfaits du traitement; les codes K032 (non assujéti à une limite) et A007 peuvent être utilisés, selon le cas.

K035***	Rapport sur l'aptitude à conduire, à transmettre au ministère des Transports	36,25 \$
K070***	Orientation du patient vers un CASC (centre d'accès aux soins communautaires)	31,75 \$
K071	Supervision de courte durée en CASC (conseil au personnel du CASC); maximum : 1 fois/semaine pendant 8 semaines; suivi de l'admission au CASC	21,40 \$
K072	Supervision de longue durée du CASC (maximum : 2 fois/mois dès la 9 ^e semaine suivant l'admission au CASC)	21,40 \$
K038	Formulaire de demande de soins de longue durée	45,15 \$

* Unité = Une demi-heure ou au moins 20 minutes

** Doit être planifié

*** Services non offerts par les équipes de santé familiale (FHT), les organisations de santé familiale (FHO) et les réseaux de santé familiale (FHN) = remboursé en totalité, même pour les patients inscrits

La déficience cognitive légère



**Dr Andrew R. Frank. B.Sc.H.
F.R.C.P.(C) , neurologue,
troubles cognitifs et
comportementaux, clinique
des troubles de la mémoire,
Hôpital Élisabeth-Bruyère,
Ottawa, Ontario**

Points saillants:

- ◆ Un diagnostic de DCL est associé à un risque accru de détérioration éventuelle vers la maladie d'Alzheimer.
- ◆ Dans certains cas, on peut envisager l'utilisation d'inhibiteurs de la cholinestérase pour le traitement de la DCL.

Au cours des dix dernières années, il y a eu une grande évolution dans la caractérisation clinique des patients ayant des troubles cognitifs légers se situant dans la « zone grise » entre la normalité cognitive et la démence.

Tandis que la démence représente une détérioration cognitive causant une perte d'autonomie fonctionnelle durant le jour, le diagnostic de « déficience cognitive légère » (DCL) peut être prononcé plus tôt, lorsqu'il y a une détérioration cognitive (confirmée par une évaluation cognitive objective) sans perte évidente de l'autonomie fonctionnelle diurne^{1,2}.

Exemple de cas : Un homme de 67 ans, qui vit avec sa femme, a depuis un an de plus en plus de pertes de mémoire pour des détails liés à des conversations récentes. Par exemple, il y a 2 ou 3 mois, on lui avait clairement demandé de passer chercher sa femme au magasin, ce qu'il n'a jamais fait, ayant oublié qu'on le lui avait demandé. Le patient est totalement autonome pour toutes les fonctions de jour, comme prendre ses médicaments et faire les courses, et il conduit prudemment. Il prend du ramipril pour son hypertension. Ses antécédents familiaux ne comprennent aucun cas de maladie neurologique. Son examen physique et ses examens hématologiques n'ont rien révélé d'anormal, de même que la tomodensitométrie de son cerveau. Son score au mini-examen de l'état mental (MMSE) est de 29 sur 30, mais les résultats obtenus aux tests neuropsychologiques le placent sous le huitième percentile au chapitre de la mémoire différée, par rapport aux sujets du même âge et du même sexe. Comme le patient a des symptômes cognitifs confirmés par des évaluations cognitives formalisées, mais qu'il peut fonctionner adéquatement le jour, on a posé un diagnostic de déficience cognitive légère (DCL).

Un diagnostic de DCL est un « signal d'avertissement » de risque accru de détérioration éventuelle vers la démence (le taux d'évolution vers une démence des patients atteints de DCL est d'environ 10 à 15 % par année, tandis que celui de la population normale est d'environ 1 à 2 %^{1,3}). Les patients atteints de DCL et leurs proches devraient être informés de ce risque, et on devrait augmenter les suivis cliniques. En outre, les patients atteints de DCL représentent une population cible idéale pour l'étude de nouveaux agents « modificateurs de la maladie » visant à ralentir le processus de neurodégénérescence associé aux troubles comme la maladie d'Alzheimer.

En effet, dans la forme la plus courante de DCL, c'est la mémoire à court terme qui est principalement touchée (DCL amnésique), et le risque d'évolution vers la maladie d'Alzheimer (accumulation anormale de bêta-amyloïde et de protéine tau dans le cerveau) est plus élevé. Toutefois, si la DCL touche d'autres domaines cognitifs comme le langage, les aptitudes visuospatiales, l'attention ou les fonctions exécutives (DCL non amnésique), elle peut quand même évoluer vers la démence à cause d'autres troubles, comme la maladie vasculaire, la démence à corps de Lewy ou une dégénérescence des lobes frontotemporaux^{4,5}.

Pour poser un diagnostic de DCL, il faut un bon jugement clinique quant à la nature et à la gravité des symptômes cognitifs, axé sur la présence ou l'absence d'une déficience fonctionnelle diurne bien marquée. Les évaluations de routine – comme les examens hématologiques (pour explorer la fonction thyroïdienne et doser la vitamine B12) – de même qu'une tomodensitométrie ou un examen d'IRM du cerveau – sont automatiquement indiqués.

Les tests neuropsychologiques sont très utiles pour détecter objectivement la détérioration cognitive nécessaire pour poser un

suite en page 4

La déficience cognitive légère (suite de la page 3)

diagnostic de DCL. Cependant, les évaluations en cabinet comme le Montreal Cognitive Assessment (MoCA) peuvent également révéler la présence d'une déficience cognitive⁶ (remarque : le test MoCA est accessible gratuitement en ligne au www.mocatest.org). On peut confier le patient à un centre spécialisé en cognition pour obtenir une évaluation cognitive en profondeur.

Aucun agent pharmaceutique n'a encore été approuvé pour le traitement de la DCL, puisque les essais cliniques sur les inhibiteurs de la cholinestérase (donépézil, rivastigmine et galantamine) se sont avérés négatifs^{7,8,9}. Toutefois, lors d'un essai, le donépézil a retardé de 6 à 12 mois⁷ l'évolution de la DCL vers la maladie d'Alzheimer, même si le retard de conversion ne s'est pas maintenu à la fin de l'essai, après 3 ans. Par conséquent, le traitement de la DCL par le donépézil ou un autre inhibiteur de la cholinestérase n'est habituellement pas recommandé, sauf si les patients sont très motivés à commencer le traitement ou que l'évolution vers le stade de démence semble imminente, puisqu'à ce stade le traitement par un inhibiteur de la cholinestérase est indiqué. La prise en charge des facteurs de risque vasculaire pourrait contribuer à prévenir le déclin chez les patients atteints de DCL et à maintenir les activités mentales, physiques et sociales¹⁰.

La DCL représente une structure de diagnostic clinique dans laquelle les patients ayant des symptômes cognitifs légers peuvent être caractérisés. Elle est associée à un risque accru d'aggravation éventuelle des symptômes et touche une population cible idéale chez laquelle les agents modificateurs de la maladie pourraient être des plus bénéfiques.

Références :

1. Petersen RC, Smith GE, Waring SC, *et al.* Mild cognitive impairment: clinical characterization and outcome. *Arch Neurol* 1999;56:303-8.
2. Winblad B, Palmer K, Kivipelto M, *et al.* Mild cognitive impairment-beyond controversies, towards a consensus: report of the International Working Group on Mild Cognitive Impairment. *J Intern Med* 2004;256:240-6.
3. Bennett DA, Wilson RS, Schneider JA, *et al.* Natural history of mild cognitive impairment in older persons. *Neurology* 2002;59:198-205.
4. Rasquin SM, Lodder J, Visser PJ, *et al.* Predictive accuracy of MCI subtypes for Alzheimer's disease and vascular dementia in subjects with mild cognitive impairment: a 2-year follow-up study. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2005; 19:113-9.
5. Meyer J, Xu G, Thornby J, *et al.* Longitudinal analysis of abnormal domains comprising mild cognitive impairment (MCI) during aging. *J Neurol Sci* 2002;201:19-25.
6. Nasreddine ZS, Phillips NA, Bedirian V, *et al.* The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc* 2005;53:695-9.
7. Petersen RC, Thomas RG, Grundman M, *et al.* Vitamin E and donepezil for the treatment of mild cognitive impairment. *N Engl J Med* 2005;352:2379-88.
8. Ferris S, Feldman H, Sfikas N, *et al.* Time to clinical diagnosis of dementia in MCI subjects receiving rivastigmine: a randomized, doubleblind, placebo-controlled study. *International Psychogeriatrics* 2005;17 (suppl. 2):S242-3.
9. Mayor S. Regulatory authorities review use of galantamine in mild cognitive impairment. *BMJ* 2005;330:276.
10. Gauthier S, Reisberg B, Zaudig M, *et al.* Mild Cognitive Impairment. *Lancet* 2006;367(9518):1262-70.

Réseau de la démence de l'Ontario



Réseau de la démence de l'Ontario (RDO) est un regroupement d'organismes régionaux préoccupés par la démence qui représentent les 14 réseaux locaux d'intégration des services de santé de la province. Son mandat : guider les réseaux régionaux de l'Ontario en vue de l'élaboration d'un système complet et adapté de prestation de services, d'information et de politiques gouvernementales dans le domaine de la démence.

Le Dr Bill Dalziel, du Programme régional d'évaluation gériatrique de l'Est de l'Ontario, et M^{me} Kathy Wright, directrice générale de la Société Alzheimer d'Ottawa et du comté de Renfrew assurent conjointement la présidence de l'organisme. L'un des premiers projets de RDO est de publier un bulletin sur la démence destiné aux médecins de la province. On a mis sur pied un comité de rédaction formé de médecins des quatre coins de la province (qui se pencheront sur des sujets d'intérêt) et de collaborateurs experts.

Vos impressions sur tous les aspects de ce bulletin sont les bienvenues. Veuillez faire part de vos commentaires à la Société Alzheimer d'Ottawa et du comté de Renfrew en écrivant à info@asorc.org ou en téléphonant au 613-523-4004.

Pour consulter les articles publiés précédemment sur la démence à l'intention des médecins, rendez-vous au : www.champlainedmentnetwork.org/en-resources.asp#PHYSICIANS.