

LE DÉPISTAGE ET LE DIAGNOSTIC DE LA DÉMENCE CHEZ LES PERSONNES AYANT UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE

- Hursula Mengue-Topio, Univ. Lille, ULR 4072 - PSITEC - Psychologie : Interactions Temps Émotions Cognition, F-59000 Lille, France
- Camille Lombart, Univ. Lille, ULR 4072 - PSITEC - Psychologie : Interactions Temps Émotions Cognition, F-59000 Lille, France

Avec le soutien de :

- Muriel Delporte, Univ. Lille, ULR 3589 – CeRIES – Centre de recherche « Individus Épreuves Sociétés », F-59000 Lille, France
- Vincent Caradec, Univ. Lille, ULR 3589 – CeRIES – Centre de recherche « Individus Épreuves Sociétés », F-59000 Lille, France
- Aline Chamahian, Aix-Marseille Université, rattachée au laboratoire Mesopolhis (UMR 7064) et chercheuse associée au laboratoire CeRIES (ULR 3589) de l'Université de Lille

Cette fiche est élaborée dans le cadre du projet DIMA [1]. Elle reprend le terme de démence employé dans les travaux scientifiques et les classifications internationales. La démence est à comprendre ici comme une maladie neurologique qui altère, de manière durable, le fonctionnement cognitif et adaptatif des personnes.

Le doute autour d'une maladie peut s'installer et s'accompagne généralement du repérage des premiers signes d'alarme. Si l'entourage et les personnes en restent là, cela les laisse dans l'incertitude, sans reconnaissance et avec un accès plus limité aux soins. Par conséquent, il est nécessaire d'identifier de manière objective les premiers signes d'une maladie et de poursuivre lorsqu'il le faut les investigations conduisant au diagnostic. Fréquemment, le dépistage et le diagnostic d'une maladie sont deux notions pouvant être confondues, ce qui amène à considérer le résultat de l'un avec autant de valeur que l'autre. Les pratiques associées au dépistage et au diagnostic sont étroitement liées mais elles se distinguent en plusieurs points.

[1] DIMA (Déficience Intellectuelle et Maladie d'Alzheimer) est une communauté mixte de recherche financée par l'IRES et la CNSA dans le cadre du programme « Autonomie : personnes âgées et personnes en situation de handicap » 2021. DIMA rassemble des professionnels universitaires et de terrain, des familles, des personnes en situation de handicap et des personnes ressources autour d'une problématique partagée : comment accompagner les personnes qui ont une déficience intellectuelle et qui sont confrontées à la maladie d'Alzheimer, parce qu'elles sont elles-mêmes atteintes par la maladie ou parce qu'elles sont confrontées à sa survenue chez leurs proches. La description du projet et des ressources sont disponibles à cette adresse : <https://www.social-project.fr/dima>

PETIT ÉCLAIRAGE SUR LES NOTIONS DE DÉPISTAGE ET DE DIAGNOSTIC

Un dépistage est un ensemble d'examens et de tests visant à détecter l'éventuelle présence d'une maladie à un stade précoce chez des personnes supposées en bonne santé et qui ne présentent pas de symptômes apparents. Le dépistage permet d'identifier et spécifier les troubles associés à une maladie de manière précoce afin de la traiter rapidement, ralentir ou stopper sa progression. Un dépistage peut cibler une population avec des hauts facteurs de risque, mettant en place des examens particuliers, généralement à intervalles réguliers. Si le résultat aux examens est négatif, un autre rendez-vous de contrôle est proposé. A l'inverse, dès lors que les suspicions existent, des évaluations complémentaires, dans le cadre d'une procédure diagnostique, sont recommandées.

Un diagnostic vise à confirmer la présence d'une maladie dans un cadre précis d'examens dirigé par un médecin. Le diagnostic s'effectue en fonction de critères publiés dans les classifications internationales comme le DSM (Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux) ou la CIM (Classification Internationale des Maladies) [1]. Le diagnostic vise à reconnaître la maladie et à mettre en place des interventions médicamenteuses et non médicamenteuses [2] auprès des personnes concernées et de leur entourage. Un diagnostic cible des personnes avec ou sans symptômes. Ainsi, pour établir un diagnostic, les professionnels de santé recueillent des preuves permettant de caractériser la maladie et des éléments leur permettant de la distinguer d'autres maladies possibles (diagnostic différentiel). On propose alors des évaluations différentes et complémentaires : un entretien clinique, des examens physiques, neurologiques, un examen de l'autonomie ainsi qu'un examen mental de la personne. Au terme de ce processus, une synthèse et des conseils d'orientation sont donnés.

En résumé ...

	Dépistage	Diagnostic
Objectif	Estime la probabilité d'existence de la maladie	Détermine la présence ou l'absence d'une maladie
Personnes concernées	S'applique aux personnes sans symptômes	Peut s'appliquer aux personnes avec ou sans symptômes
Temporalité dans le processus	Se fait en première intention afin de procéder à un tri	Se met en place lorsque c'est nécessaire et permet d'accéder à des services de santé appropriés et spécifiques
Expertises (Tourette, 2011)	L'entourage peut prendre part au dépistage. Les parents, les amis, les frères et sœurs ou les professionnels sont légitimes	Le diagnostic nécessite l'intervention de spécialistes différents

Ainsi, de nombreux points distinguent le dépistage du diagnostic. Néanmoins, tous deux s'appuient sur l'avis clinique des professionnels et l'utilisation de tests validés scientifiquement.

[1] Ce sont des référentiels en matière de santé mentale permettant de poser un diagnostic sur la base de critères précis, reconnaître les troubles mentaux et avoir un langage commun. Le DSM est publié par l'association américaine de psychiatrie alors que la CIM est publié par l'OMS.

[2] En 2018, Ninot définit les interventions non-médicamenteuses de la façon suivante : « intervention non invasive et non pharmacologique sur la santé humaine fondée sur la science. Elle a pour but de retarder l'apparition de la maladie, limiter son aggravation et atténuer ses conséquences. Elles ont des formes diverses comme un produit, une méthode, un programme ou un service dont le contenu doit être connu de l'utilisateur. Par exemple, il peut s'agir des programmes d'éducation thérapeutique, les serious games, le yoga, l'acupuncture... Elles ne constituent pas une alternative aux traitements biologiques conventionnels mais viennent en complément. »

LES TESTS : UN INSTRUMENT DE MESURE AU SERVICE DU DÉPISTAGE ET DU DIAGNOSTIC

C'est quoi un test ?

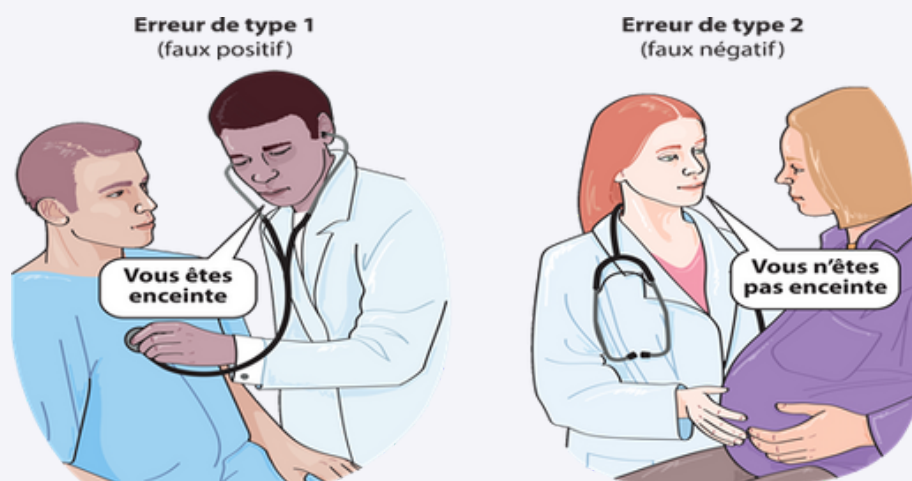
Un instrument de mesure efficace, notamment les tests, permet de dépister une maladie ou d'en poser le diagnostic. Pour cela, les tests doivent respecter deux concepts fondamentaux : la fidélité et la validité.

Un test doit être fidèle ou fiable. La fidélité correspond à la précision et à la constance des mesures obtenues à l'aide du test. En d'autres termes, il doit donner des résultats similaires quel que soit le jour et les circonstances de sa passation. Par exemple, si on pèse un objet sur une balance et que l'on répète l'opération, la balance est fiable si elle indique le même poids. De même, si la balance est fiable, elle affichera un poids identique lorsqu'une autre personne effectue l'opération. Tous les instruments de mesure comportent une part d'erreur. Néanmoins, lors de la construction du test, les chercheurs et cliniciens s'assurent de la fidélité de l'outil en mesurant celle-ci à l'aide de plusieurs évaluations répétées dans le temps (Fortin et Gagnon, 2016).

Un test doit être valide. Autrement dit, il doit mesurer ce pour quoi il a été conçu. Par exemple, une balance est censée indiquer le poids des objets et non la température. Comme pour la fidélité, les chercheurs et les cliniciens doivent s'assurer que les éléments de l'instrument représentent bien le domaine, le concept qu'ils veulent mesurer.

Les outils qui servent au dépistage et au diagnostic d'une maladie doivent satisfaire deux mesures importantes de validité : la sensibilité et la spécificité. La sensibilité d'un test correspond à sa capacité à détecter correctement la présence d'une maladie ou d'un état. Ainsi, les personnes malades obtiennent un résultat positif au test (vrai positif). La spécificité d'un test désigne sa capacité à reconnaître l'absence d'une maladie ou état. De ce fait, les individus sains obtiennent des résultats négatifs (vrai négatif).

La validité des tests de dépistage et de diagnostic s'apprécie aussi quant à la proportion des erreurs observées et qui peuvent être de deux types : le résultat au test est positif alors que la personne n'est pas malade (faux positif) ou à l'inverse le résultat au test est négatif alors que la personne est malade (faux négatif).



La démarche d'évaluation (dépistage et diagnostic) s'appuie sur des examens et des tests. Elle permet d'identifier précocement les troubles associés à une maladie. Cela permet de proposer des solutions d'accompagnement adaptées afin de ralentir l'évolution de la maladie et d'améliorer la qualité de vie des personnes, ce qui est le cas pour la démence.

LA DÉMENCE, DE QUOI PARLE-T-ON ?

Selon le DSM-V, la démence est un syndrome caractérisé par un déclin progressif et durable (plus de 6 mois) des capacités cognitives, fonctionnelles et adaptatives suffisamment grave pour interférer avec les habitudes de vie de la personne. D'origine neurologique, la démence se manifeste par l'apparition de problèmes de mémoire et l'un des éléments suivants : trouble du langage réceptif ou expressif à l'oral ou à l'écrit (aphasie), trouble des mouvements intentionnels (apraxie), trouble de la reconnaissance (agnosie), troubles de la planification, difficultés dans la résolution de problèmes, manque d'inhibition, déficit en flexibilité cognitive, difficultés à prioriser et à initier une action ... (trouble du fonctionnement exécutif). Tout ceci a un effet drastique sur la capacité de la personne à prendre soin d'elle.

La démence regroupe un ensemble de conditions hétérogènes et différentes. Même si la maladie d'Alzheimer est la forme la plus courante et la plus étudiée, il existe d'autres formes de démence (Camicioli, 2006) : les démences vasculaires (ex. liées à un infarctus), les démences à corps de Lewy (ex. maladie de Parkinson), les démences fronto-temporales (ex. démence sémantique), les hydrocéphalies à pression normale, les démences liées à une pathologie structurale (ex. tumeurs malignes), les maladies inflammatoires (ex. la sclérose en plaque), les démences infectieuses (ex. maladie de Creutzfeldt-Jakob), les démences d'origine métabolique (ex. maladie thyroïdienne), la toxicomanie (ex. éthylisme), les démences héréditaires et les autres syndromes neurodégénératifs en foyer.

Un diagnostic de démence réussi dépend des connaissances scientifiques relatives à la maladie et à son évolution, des moyens et des outils à disposition des professionnels de santé. La sensibilisation des acteurs concernés (i.e. les personnes elles-mêmes, les familles et les professionnels de l'accompagnement et les professionnels de santé) facilite l'accès à la démarche diagnostique. En fonction des particularités des personnes diagnostiquées, le processus peut être complexe car il peut exister des biais de jugement.

QU'EN EST-IL DE L'ÉVALUATION DE LA DÉMENCE DES PERSONNES AYANT UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ?

Nous savons que l'évaluation de la démence des personnes ayant une déficience intellectuelle doit être effectuée avec d'autres outils que ceux utilisés dans la population générale. Chez les personnes suspectées de démence, le MMSE est un test de référence participant au processus diagnostique. Néanmoins, ce test n'est pas approprié aux personnes ayant une déficience intellectuelle car il ne se montre pas assez sensible. En outre, évaluer la démence chez les personnes avec une déficience intellectuelle est complexe pour de multiples raisons. Les médecins de première ligne peuvent ignorer l'existence de la démence dans cette population, d'où l'importance de la formation et de la sensibilisation sur le sujet. A cela s'ajoute, pour l'équipe médicale impliquée dans la démarche diagnostique, le manque de critères diagnostiques prenant en compte les spécificités de la population. Concernant les tests de dépistage et de diagnostic, les professionnels peuvent être en difficulté pour choisir les tests pertinents car malgré une grande variabilité de tests, il n'existe pas de tests de référence. Ensuite, le clinicien peut être confronté à un manque de tests validés scientifiquement, c'est-à-dire standardisés, normés et accessibles. Par ailleurs, les personnes ayant une déficience intellectuelle présentent des déficits cognitifs et adaptatifs avant même de contracter une démence, ce qui rend difficile la distinction entre les déficits préexistants et les signes de démence. De plus, c'est une population qui présente des profils très hétérogènes ainsi que des comorbidités pouvant s'apparenter à la symptomatologie de la démence. L'entourage familial et professionnel peut également ne pas reconnaître les signes de démence. Enfin, le turn-over en établissement et l'éventuelle inaccessibilité de l'entourage familial risquent d'accentuer la méconnaissance du parcours de vie et du fonctionnement des personnes.

Même si nous sommes confrontés à d'importants obstacles, des outils de dépistage et des démarches diagnostiques sont élaborés.

LE DÉPISTAGE DE LA DÉMENCE CHEZ LES PERSONNES AYANT UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE

Le dépistage de la démence chez les personnes présentant une déficience intellectuelle repose sur l'observation d'un déclin des capacités cognitives et adaptatives, observé par la personne elle-même et/ou son entourage. Ce déclin peut avoir différentes causes réversibles ou irréversibles, qu'elles soient liées à la démence ou non. Il s'agit de prendre en considération la situation globale des personnes et d'effectuer des examens de contrôle (test de la vision, de l'audition, analyse de sang, de la thyroïde, cardiaque, IRM, EEG...). En effet, certains problèmes de santé non traités peuvent imiter la symptomatologie de la démence.

Situation : Samuel, 55 ans, habite dans un foyer de vie et ne travaille pas en ESAT. Il a une trisomie 21. Dans son quotidien, habituellement, il arrive à faire beaucoup de choses par lui-même comme s'habiller, manger, prendre soin de lui. L'équipe a remarqué que Samuel avait de plus en plus de difficulté dans son quotidien. Au repas, on a l'impression qu'il cherche sa fourchette autour de son assiette. Il oublie de débarrasser ses couverts alors qu'il débarrasse son assiette. En activité, il se montre de plus en plus passif jusqu'à montrer un retrait important. Certaines personnes de l'équipe pensent que c'est parce que Samuel commence à vieillir, d'autres pensent à la démence. Des examens de contrôle sont programmés pour mieux comprendre les difficultés de Samuel. Les comptes-rendus des examens indiquent que Samuel présente un glaucome. Par la suite, l'accompagnement évolue en fonction de cette nouvelle information.

Des outils de dépistage permettant d'identifier et de préciser les changements de comportement et suivre leurs évolutions de manière plus objective existent. En outre, ces outils permettent à l'entourage de se responsabiliser et de s'impliquer dans le dépistage du déclin des comportements fonctionnels et l'observation des besoins de santé (Rowe, 2016). Toutefois, un outil de dépistage ne permet pas à lui seul d'attester de la présence ou de l'absence d'une démence chez les personnes.

Parmi les outils de dépistage existant actuellement, on peut citer le DSQIID [4] (Deb, Hare, Prior, & Bhaumik, 2007). Il est basé sur les informateurs et il est conçu pour dépister la démence des personnes présentant une déficience intellectuelle. Cet outil se compose de 4 sections : un recueil des informations générales, le niveau de fonctionnement maximal présent ou passé, l'évaluation comportementale et symptomatologique de la personne, une série d'énoncés comparatifs. Il présente un score seuil de 20 à partir duquel la démence est suspectée. Si la démence est suspectée, des évaluations de santé formelle et approfondie doivent être menées. Lors de l'utilisation de ce score seuil, la sensibilité et la spécificité sont élevées. Le DSQIID montre un bon niveau de fidélité. Il est traduit en français (Rebillat, Hiance-Delahaye, Falquero, Radice, & Sacco, 2021) et accessible facilement [5]. Cet outil ne correspond pas à l'évaluation des personnes ayant une déficience intellectuelle sévère à profonde.

Un autre outil est traduit en français et accessible sur internet [6] : le GTN-ODP. Il est adapté du DSQIID et intègre d'autres grilles d'observation et d'évaluation. Il s'agit d'un outil qui doit être complété par un informateur connaissant la personne concernée depuis plus de 6 mois. L'administration de l'outil est relativement rapide (15-60 minutes). Il comprend plusieurs rubriques : fiche de renseignements, observation du changement de fonctionnement de la personne, état de santé physique ou mental, liste des traitements médicaux. A l'heure actuelle, cet outil ne comprend pas de score seuil à partir duquel une démence est suspectée. Cet outil donne l'occasion d'effectuer une évaluation qualitative plutôt que quantitative des changements de comportement potentiellement associés à la démence. Il manque des études pour déterminer si cet outil est validé scientifiquement. Les résultats du GTN-ODP doivent être complétés par des sources d'informations supplémentaires.

[4] Dementia Screening Questionnaire for Individuals with Intellectual Disabilities (DSQIID).

[5] . L'outil de repérage d'un syndrome démentiel chez les personnes présentant une déficience intellectuelle : démarche et recommandations des experts (Fleury, 2010) : <https://laressource.ca/fr/ressources/documents-et-publications/item/outils-de-reperage-d-un-syndrome-dementiel-chez-les-personnes-presentant-une-deficience-intellectuelle-demarche-et-recommandations-des-experts>

[6] . le GTN-ODP : <https://www.laressource.ca/fr/ressources/documents-et-publications/item/gtn-outil-de-depistage-precocoe-de-la-demence>

D'autres outils de dépistage existent, comme la liste de contrôle de la démence (Whitham, McBrien & Broom, 2010). Cet outil se présente sous la forme de 3 questions qui portent sur l'observation d'un déclin dans l'année à propos du fonctionnement de la mémoire, de l'humeur et du comportement. Les réponses se situent sur une échelle de 0 à 4 points allant de "pas de changement" à "changement important". A partir d'un score de 3 et plus, il est recommandé de demander une évaluation approfondie. C'est un outil rapide et simple d'utilisation mais la traduction française n'est pas encore disponible.

Les tests de dépistage sont effectués par les membres de l'entourage ayant une bonne connaissance de la personne concernée. Ils sont réalisés en première intention pour objectiver les changements et en comprendre la cause. Si une démence est suspectée, il est essentiel d'entreprendre une démarche diagnostique afin de reconnaître la maladie, d'ajuster l'accompagnement, d'orienter les personnes vers des services spécifiques et de mettre en place des interventions médicamenteuses et non médicamenteuses.

LE DIAGNOSTIC DE LA DÉMENCE CHEZ LES PERSONNES AYANT UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE

Le diagnostic de démence est posé lorsque le déclin (cognitif et adaptatif) est observé de manière durable, c'est-à-dire depuis plus de 6 mois, par rapport à un niveau de fonctionnement de base. Pour cette évaluation, il est recommandé d'adopter une approche multidimensionnelle en combinant différents examens, outils et sources d'information. Communément, l'investigation des fonctions biologiques repose sur des analyses de sang, des examens en neuro-imagerie (ex. IRM ou EEG), des ponctions lombaires, des biopsies périphériques et cérébrales (Camicioli, 2006). Les examens des fonctions biologiques peuvent être invasifs et inconfortables. Cela est parfois difficilement acceptable par les personnes ayant une déficience intellectuelle.

Malgré tout, des adaptations peuvent améliorer l'acceptabilité et l'acceptation de ces examens. Par exemple, on peut laisser la possibilité d'en parler à une personne de confiance, utiliser un langage et des supports adaptés, prendre un temps pour se familiariser avec les machines, le lieu d'examen et les professionnels de santé, faire des pauses, proposer des crèmes anesthésiantes, proposer des écouteurs pour écouter de la musique pendant l'examen (d'Abrera, Holland, Landt, Stocks-Gee & Zaman, 2013). Ainsi, de telles adaptations rendent possibles les examens de neuroimagerie auprès des personnes ayant une déficience intellectuelle (Prasher, Cumella, Natarajan, Rolfe, Shah & Haque, 2003).

Par ailleurs, les investigations s'appuient également sur une analyse complète des fonctions comportementales, cognitives et adaptatives des personnes ayant une déficience intellectuelle. Ainsi, Burt et Aylward (2000) ont mis au point une batterie de tests pour le diagnostic à destination de ce public (cf. Tableau 1). Elle est divisée en deux parties : une partie dans laquelle le clinicien évalue directement les personnes (mesures directes) et une autre partie qui nécessite de recueillir des informations auprès de l'entourage (mesures indirectes). Même si la batterie est efficace, son utilisation avec les personnes présentant une déficience intellectuelle sévère à profonde est limitée. De plus, l'administration de cette batterie de tests reste chronophage.

Mesures Directes		Mesures Indirectes	
Test for Severe impairment	Évalue la mémoire (mémoire à court et long terme) et d'autres domaines cognitifs (ex. langage expressif et réceptif, conceptualisation, connaissance générale)	DMR	Évalue les changements sur le plan fonctionnel (mémoire à court terme, à long terme, orientation, discours, compétence pratique) et émotionnel (humeur, activité, trouble du comportement)
Standfort Binet Sentences	Évalue la mémoire avec un rappel immédiat de mot en contexte		
Fuld	Évalue la mémoire avec un rappel immédiat et différé d'objets	Reiss Screen for Maladaptive Behavior	Évalue 38 comportements problématiques associés à la déficience intellectuelle, aux troubles psychiatriques et aux comportements inadaptes.
Autobiographical memory	Évalue la mémoire autobiographique		
Spatial Recognition Span	Évalue la mémoire avec un rappel immédiat spatial	DSDS	Évalue les changements sur le plan fonctionnel (mémoire à court terme, à long terme, orientation, discours, langage réceptif, dyspraxie, motricité fine, compétence pratique) et émotionnel (ex. humeur, activité, trouble du comportement, début de crise)
Orientation	Évalue l'orientation spatio-temporelle		
Verbal Fluency	Évalue la fluence verbale		
Simple commands	Évalue le langage réceptif		
Boston Naming Test	Évalue le vocabulaire expressif	SIB-R	Évalue les comportements adaptés et inadaptes
Purdue Pegboard	Évalue la motricité fine	ABS-RC	Évalue les comportements adaptés et inadaptes
Developmental Test of Visual Motor Integration	Évalue la perception des compétences moteurs	Stress index	Identifie les événements de vie qui pourraient être associés à un changement de comportement

CONCLUSION

Depuis plusieurs décennies, l'espérance de vie des personnes avec une déficience intellectuelle augmente. Comme dans la population générale, le vieillissement peut s'accompagner de nouvelles pathologies comme la démence. Dans les milieux de pratique, le dépistage, le diagnostic et l'accompagnement de ces personnes posent de nouveaux défis. En effet, même si la recherche s'y intéresse de plus en plus, les connaissances scientifiques sur le sujet restent balbutiantes. La reconnaissance de la démence chez les personnes avec une déficience intellectuelle se heurte à des obstacles tels que le manque de sensibilisation des médecins, la difficulté de mettre en place une évaluation valide scientifiquement, l'hétérogénéité des profils cognitifs et des comorbidités, le manque d'information fiable sur la personne concernée. Néanmoins, le dépistage est essentiel pour objectiver les changements observés. Cette démarche apporte des éléments pour argumenter la mise en place d'un diagnostic. In fine, cette démarche diagnostique permet de mettre en place des interventions médicamenteuses et non médicamenteuses, d'orienter vers des services plus spécifiques, de préparer l'avenir et plus globalement d'améliorer la qualité de vie de la personne.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

Bousquet, P. J., Daures, J. P., & Demoly, P. (2005). Principes, caractéristiques et interprétation des tests de diagnostic et de dépistage. *Revue française d'allergologie et d'immunologie clinique*, 45(4), 314-319.

Burt, D. B., Aylward, E. H., & members of the Working Group for the Establishment of Criteria for the Diagnosis of Dementia in Individuals with Intellectual Disability. (2000). Test battery for the diagnosis of dementia in individuals with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 44(2), 175-180.

Camicioli, R. (2006). Distinguer les différents types de démences. *Revue canadienne de la maladie d'Alzheimer et autres démence*, 8(4), 4-11.

d'Abrera, J. C., Holland, A. J., Landt, J., Stocks-Gee, G., & Zaman, S. H. (2013). A neuroimaging proof of principle study of Down's syndrome and dementia: ethical and methodological challenges in intrusive research. *Journal of Intellectual Disability Research*, 57(2), 105-118.

Deb, S., Hare, M., Prior, L., & Bhaumik, S. (2007). Dementia screening questionnaire for individuals with intellectual disabilities. *The British Journal of Psychiatry*, 190(5), 440-444.

Fleury, F. (2010), Outils de repérage d'un syndrome démentiel chez les personnes présentant une déficience intellectuelle : démarche et recommandations des experts. Longueuil : Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie.

Guessous, I., Cornuz, J., Gaspoz, J. M., & Paccaud, F. (2010). Dépistage: principes et méthodes. *Rev Med Suisse*, 6(256), 1390-4.

HAS (Haute Autorité de Santé) - Dépistage : objectif et conditions. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2632453/fr/depistage-objectif-et-conditions

Leclerc, R. (2007). Services en santé mentale pour les personnes ayant un handicap intellectuel: combler des lacunes. *Reflets: Revue ontarioise d'intervention sociale et communautaire*, 6(1), 90-106.

Ninot, G. (2018). Intervention non médicamenteuse INM : un concept pour lever les ambiguïtés sur les médecines douces et complémentaires. *Hegel*, 1, 2-3. <https://doi.org/10.4267/2042/65110>

Prasher, V., Cumella, S., Natarajan, K., Rolfe, E., Shah, S., & Haque, M. S. (2003). Magnetic resonance imaging, Down's syndrome and Alzheimer's disease: research and clinical implications. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47(2), 90-100.

Rebillat, A. S., Hiance-Delahaye, A., Falquero, S., Radice, G., & Sacco, S. (2021). The French translation of the dementia screening questionnaire for individuals with intellectual disabilities is a sensitive tool for screening for dementia in people with Down syndrome. *Research in Developmental Disabilities*, 118, 104068.

Rowe, M. (2016). Will General Practitioners be adequately prepared to meet the complexities of enhanced dementia screening for people with learning disabilities and Down syndrome: key considerations. *British Journal of Learning Disabilities*, 44(1), 43-48.

Whitham, S., McBrien, J., & Broom, W. (2010). Should we refer for a dementia assessment. *British Journal of Learning Disabilities*, 39, 17-21.

