

UNIVERSITE DE LIMOGES

FACULTE DE MEDECINE

ANNEE 2013

THESE N°

LE REPERAGE PRECOCE DE LA MALADIE D'ALZHEIMER EN MEDECINE GENERALE

ENQUETE AUPRES DE 205 MEDECINS GENERALISTES DE LA HAUTE-VIENNE

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

le 05 Février 2013

par

Matthieu BONHOMME

Né le 31 mai 1982 à Toulouse (31)

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. le Professeur Thierry DANTOINE Président

Mme le Professeur Nathalie DUMOITIER..... Juge

M. le Professeur Daniel BUCHON..... Juge

M. le Docteur Jean-Paul LEVENTOUX..... Juge

M. le Docteur Pierre BISMUTH..... Membre invité

UNIVERSITE DE LIMOGES

FACULTE DE MEDECINE

ANNEE 2013

THESE N°

LE REPERAGE PRECOCE DE LA MALADIE D'ALZHEIMER EN MEDECINE GENERALE
ENQUETE AUPRES DE 205 MEDECINS GENERALISTES DE LA HAUTE-VIENNE

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

le 05 Février 2013

par

Matthieu BONHOMME

Né le 31 mai 1982 à Toulouse (31)

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. le Professeur Thierry DANTOINE Président

Mme le Professeur Nathalie DUMOITIER..... Juge

M. le Professeur Daniel BUCHON..... Juge

M. le Docteur Jean-Paul LEVENTOUX..... Juge

M. le Docteur Pierre BISMUTH..... Membre invité

Le 01.09.2012

DOYEN DE LA FACULTE : Monsieur le Professeur Denis VALLEIX

ASSESEURS : Monsieur le Professeur Marc LASKAR

Monsieur le Professeur Jean-Jacques MOREAU

Monsieur le Professeur Pierre-Marie PREUX

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS :

ABOYANS Victor	CARDIOLOGIE
ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
ADENIS Jean-Paul	OPHTALMOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
ALDIGIER Jean-Claude	NEPHROLOGIE
ARCHAMBEAUD Françoise (CS)	MEDECINE INTERNE
ARNAUD Jean-Paul	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
AUBARD Yves (CS)	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
AUBRY Karine	O.R.L.
BEDANE Christophe	DERMATOLOGIE-VENERELOGIE
BERTIN Philippe (CS)	THERAPEUTIQUE
BESSEDE Jean-Pierre (CS)	O.R.L
BONNAUD François	PNEUMOLOGIE

BORDESSOULE Dominique (CS)	HEMATOLOGIE
CHARISSOUX Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
CLAVERE Pierre (CS)	RADIOTHERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre (CS)	PSYCHIATRIE D'ADULTES
COGNE Michel (CS)	IMMUNOLOGIE
COLOMBEAU Pierre	UROLOGIE
CORNU Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO- VASCULAIRE
COURATIER Philippe (C.S)	NEUROLOGIE
DANTOINE Thierry	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
DARDE Marie-Laure (C.S.)	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
DAVIET Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
DESCAZEAUD Aurélien	UROLOGIE
DESSPORT Jean-Claude	NUTRITION
DRUET-CABANAC Michel (CS)	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL
DUMAS Jean-Philippe (C.S.)	UROLOGIE
ESSIG Marie	NEPHROLOGIE
FAUCHAIS Anne-Laure	MEDECINE INTERNE
FEISS Pierre	ANESTHESIOLOGIE- REANIMATION
FEUILLARD Jean (CS)	HEMATOLOGIE
FOURCADE Laurent (CS)	CHIRURGIE INFANTILE
FUNALOT Benoît	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
GAINANT Alain (C.S.)	CHIRURGIE DIGESTIVE
GUIGONIS Vincent	PEDIATRIE
JACCARD Arnaud	HEMATOLOGIE

JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	IMMUNOLOGIE
LABROUSSE François (CS)	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
LACROIX Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
LASKAR Marc (C.S.)	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO- VASCULAIRE
LIENHARDT-ROUSSIE Anne (CS)	PEDIATRIE
LOUSTAUD-RATTI Véronique	HEPATOLOGIE
MABIT Christian (CS)	ANATOMIE
MAGY Laurent	NEUROLOGIE
MARQUET Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
MATHONNET Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
MELLONI Boris (CS)	PNEUMOLOGIE
MERLE Louis (CS)	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
MONTEIL Jacques (CS)	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
MOREAU Jean-Jacques (CS)	NEUROCHIRURGIE
MOULIES Dominique	CHIRURGIE INFANTILE
MOUNAYER Charbel	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
NATHAN-DENIZOT Nathalie (CS)	ANESTHESIOLOGIE- REANIMATION
PARAF François	MEDECINE LEGALE et DROIT de la SANTE
PLOY Marie-Cécile (CS)	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
PREUX Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
ROBERT Pierre-Yves (C.S.)	OPHTALMOLOGIE
SALLE Jean-Yves (C.S.)	MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION
SAUTEREAU Denis (CS)	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
STURTZ Franck (CS)	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE

TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE , DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES
TREVES Richard	RHUMATOLOGIE
TUBIANA-MATHIEU Nicole (CS)	CANCEROLOGIE
VALLAT Jean-Michel	NEUROLOGIE
VALLEIX Denis	ANATOMIE CHIRURGIE GENERALE
VERGNENEGRE Alain (CS)	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE et PREVENTION
VERGNE-SALLE Pascale	THERAPEUTIQUE
VIDAL Elisabeth (C.S.)	MEDECINE INTERNE
VIGNON Philippe	REANIMATION
VINCENT François	PHYSIOLOGIE
VIROT Patrice (CS)	
CARDIOLOGIE	
WEINBRECK Pierre (C.S)	MALADIES INFECTIEUSES
YARDIN Catherine (C.S)	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AJZENBERG Daniel	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
ANTONINI Marie-Thérèse (CS)	PHYSIOLOGIE
BOURTHOUMIEU Sylvie	CYTOLOGIE et HISTOLOGIE
BOUTEILLE Bernard	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
CHABLE Hélène	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
DURAND-FONTANIER Sylvaine	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)
ESCLAIRE Françoise	BIOLOGIE CELLULAIRE
HANTZ Sébastien	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
LAROCHE Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE

LE GUYADER Alexandre

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-
VASCULAIRE

MARIN Benoît

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la
SANTE et PREVENTION

MOUNIER Marcelle

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE
HOSPITALIERE

PICARD Nicolas

PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

QUELVEN-BERTIN Isabelle

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE

TERRO Faraj

BIOLOGIE CELLULAIRE

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

CAIRE François

NEUROCHIRURGIE

P.R.A.G

GAUTIER Sylvie

ANGLAIS

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

BUCHON Daniel

MEDECINE GENERALE

BUISSON Jean-Gabriel

MEDECINE GENERALE

DUMOITIER Nathalie

MEDECINE GENERALE

PREVOST Martine

MEDECINE GENERALE

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

MENARD Dominique

MEDECINE GENERALE

Remerciements

Monsieur le Professeur Thierry DANTOINE,

Vous me faites le grand honneur de présider ce jury de thèse et je vous en remercie. Soyez assuré de ma profonde reconnaissance.

Madame le Professeur Nathalie DUMOITIER,

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de ce jury de thèse. Merci pour la qualité de votre enseignement de la Médecine Générale.

Monsieur le Professeur Daniel BUCHON,

Je suis honoré que vous participiez à ce jury et je vous remercie de votre investissement pour la Médecine Générale.

Monsieur le Docteur Jean-Paul LEVENTOUX,

Je te suis reconnaissant d'accepter de siéger à ma thèse. Merci pour ta grande disponibilité et pour tout ce que tu m'as enseigné. J'admire tes compétences médicales et tes qualités humaines.

Monsieur le Docteur Pierre BISMUTH,

Je te remercie d'avoir accepté de diriger cette thèse. Ton esprit de synthèse m'a beaucoup aidé. Merci pour le temps que tu m'as accordé.

Remerciements

Je remercie le laboratoire de Biostatistiques et d'Informatique Médicale de la Faculté de Médecine de Limoges pour son aide dans le calcul des statistiques.

A Mme le Docteur Danielle GALINAT et Mr le Docteur Christian DELPEYROUX, merci de m'avoir aidé à initier ce travail de thèse ainsi que pour votre aide et votre disponibilité.

Remerciements

A ma doudou d'amour qui me soutient et me supporte depuis de nombreuses années, c'est grâce à toi que nous avons pu passer toutes ces différentes épreuves. Merci également pour ce magnifique cadeau que tu nous as fait en cette fin d'année 2012. Tu es la femme de ma vie.

A ma petite Manon, ma petite doudou d'amour, tu viens à peine d'arriver et ton papa est déjà fou de toi et fera tout pour t'aider tout au long de ta vie.

A mes parents, Mireille et Alain, qui m'ont bien poussé tout au long de mes études et ont eu raison. Merci pour votre amour et vos conseils, c'est grâce à vous que je présente mon travail aujourd'hui. Je vous aime.

A ma petite sœur Florence que j'embête depuis qu'on est enfant et qui a partagé avec moi les révisions avant les partiels (pas trop quand même pour moi...) mais aussi de nombreuses soirées arrosées. Je vous souhaite à toi et ton homme, Romain, le meilleur pour l'avenir, vous le méritez.

A mon petit frère Thomas dit La Miche qui, maintenant, n'est plus si petit que ça, j'espère pouvoir boire quelques bières écossaises ou du nord avec toi ou peut être jouer avec toi au rugby (va falloir quand même qu'on soit tous les deux un peu plus en forme...). Je te souhaite à toi aussi du bonheur pour ton avenir.

A ma grand-mère Raymonde qui me faisait faire mes devoirs quand j'étais petit dans le bureau, tu as aussi participé à ma réussite et je t'en suis reconnaissant. A mon grand-père René qui est disparu trop tôt, j'aurais aimé pratiquer avec toi des parties de pêche.

A mes grands-parents Denise et Claude, vous êtes un exemple pour moi et je reviens toujours avec un grand plaisir dans votre Aveyron où je suis toujours bien reçu avec de bons petits plats. Merci à vous deux.

A mes cousins, Anne et Philippe, promis je viendrai faire les fêtes de Dax. A Guillaume, je te souhaite toute la réussite possible. A Jérémie et Sophie, on va se voir un match du Stade Toulousain quand vous voulez.

A mes tantes et oncles, Nicole (ma chère marraine) et Raymond (toujours prêt pour une partie de belote), Tatie Josie et Florence et Bernard. Ne changez pas, c'est toujours un plaisir de vous voir pour de grosses bouffes.

A mes beaux-parents, Micheline et Jean-Luc, vous êtes d'une gentillesse gigantesque et avez un cœur énorme. Merci de m'avoir accueilli dans votre grande famille. Je suis toujours partant pour des pizzas ou des lasagnes maison.

A Mélanie et Julien, je vous souhaite à tous les deux de la réussite dans vos études. Merci encore pour votre aide lors de nos différents déménagements et pour votre tendresse envers notre petite Manon.

A Marion et Régis ainsi que leurs enfants Louis et Joseph, je vous souhaite le meilleur à tous les quatre. Malgré notre éloignement c'est toujours un plaisir de vous voir et de déguster de bons petits plats.

A tous mes amis de la faculté principalement les Affreux : Mathieu dit La Couff, Pierrot, Benny, Jean Sim le trublion du groupe et Max. On a passé des moments incroyables et inimaginables ensemble, nos études sont passées trop vite à vos côtés et il ne reste que des bons moments. Merci à tous les cinq pour le bonheur et le soutien que vous m'avez apportés.

Un grand merci à Pierrot qui m'aura bien coaché pour cette thèse avec des mails, sms, chambrages mais surtout des conseils précieux. Malgré tout ça, je te suis vraiment reconnaissant, heureusement tu étais là pour me motiver. J'espère que l'on travaillera ensemble à l'avenir.

A leurs compagnes respectives, Julia, Lorene, Fanny et Cyrielle, merci de nous supporter surtout quand nous sommes tous les cinq ensemble.

A Mumu, notre maman/professeur à tous, qui nous a suivi dans nos pérégrinations tout au long de ces années, tu as eu du courage pour tenir face aux blagues concernant ton (boulot)/vacance. Je te souhaite des années de bonheur avec ton nouveau chéri.

A Lucille et Guillaume, votre gentillesse et votre amitié m'ont beaucoup touché. Vous devez faire des parents merveilleux.

A tous mes amis rencontrés lors de mon internat dans la région limousine, Roman dit Bobroman (promis on se fera un gros tournoi live ensemble), Laurent le geek, Marie-Julie, Hélène, Marie la toulousaine, Vincent, Mathieu, Céline...

A Stéphanie et Julien dit Punky, qui forment une famille adorable avec Margaux la pro pour trinquer au champ et le dernier né Arthur qui ne leur laisse que peu de repos. Je vous souhaite plein de courage et de bonheur pour cette nouvelle vie à quatre, nous serons toujours là pour vous.

A Jenny et Nicolas dit Boulet, j'espère vous voir en région toulousaine d'ici peu, cela me ferait vraiment plaisir de pouvoir partager plus de moments ensemble. Prenez soin de votre petit Jules peut-être un futur golfeur avec un papa professionnel.

A Bérangère dit La Fée qui a partagé de nombreuses après-midi cinéphiles avec moi mais aussi de nombreuses fiestas qu'elle est toujours prête à organiser avec son grand coeur. Je te souhaite le meilleur, merci encore de m'avoir présenté l'amour de ma vie.

A Nadège et Paul dit Diablopolo, merci poulet d'avoir accepté d'être le parrain de ma fille. Vous êtes fantastiques tous les deux, ne changez rien ! Promis Polo on ira plus souvent à la pêche et on sortira des poutres de la Garonne. Je suis content La Neige que tu aies trouvé un boulot dans lequel tu t'épanouis.

A Carole et Mehdi, les bretons du groupe mais aussi des amis formidables. Mehdi tu es un exemple de réussite et je te souhaite de continuer sur ta lancée. Vous comptez beaucoup pour moi et vous êtes des parents adorables.

A Claire et Mat, les entrepreneurs, votre gentillesse est une force que vous ne devez pas perdre. C'est toujours un plaisir de partager des moments avec vous et de parler politique avec Claire. Un gros bisou à votre petite Emma. Mat c'est pour quand ta retraite rugbystique ?

A Guillaume et Pauline, les artistes, j'espère un jour pouvoir mettre dans mon salon une de vos œuvres !! Votre petite Lisa est une magnifique petite fille.

A tous mes amis rencontrés lors de parties de poker endiablées, Ozzo, Yannick mon boucher préféré, La Mèche, Tekin, Greg dit Gribouille, Babe, Amine, John, Raloud, mais aussi Seb, Khalach, Pierrot, Le Couz, Bruno, Pistache....

A tous mes amis rencontrés dans mes 2 clubs de rugby (La Vallée du Girou et Seilh), Nico Merca et son frère Jean Paul, Jeff la Guche, Martial, Xavier, Franck Marso, Jérôme dit Gégé, Ludo la jungle, Bertrand, Pierrick, Yves, Jean-Luc, Stéphane, Baptiste, Gregoire, Vincent, Jean-Alain, JM, Roland et j'en oublie. J'ai passé des moments fantastiques avec vous, j'aurais aimé continuer ce sport que j'aime tant.

A La Touille, tu es quelqu'un en or et sur qui on peut compter. Je suis toujours heureux de te voir et te souhaite de trouver ton bonheur parmi toutes les toulousaines.

A Marie dit la Beche (ou Bitch lol), toujours prête pour des soirées arrosées (mais pas trop quand même) et des jeux du paquet où on t'a souvent pris en flagrant délit de triche.

A Bertrand mon ami d'enfance et voisin, cela me fait toujours très plaisir de te revoir, tu es toujours le bienvenu à la maison. Entraîneur de rugby féminin ? Je n'aurais pas trouvé mieux pour trouver des filles à draguer.

A Marion et Bastien ainsi que Delphine et Nico, que je connais depuis que je suis tout petit, et avec qui je partage toujours de bons moments.

A Antho, un grand fou aussi musclé que Stallone, champion du jeu du paquet et nouveau mannequin pour modèle dénudé lol. Ne laisse pas trop trainer ton petit derrière lol.

A toute ma belle famille principalement les cousins, Cécile et Cédric (un petit bébé bientôt ?), Anne et Mat et leurs filles Loane et Lélia (ma petite filleule), Katia et Thierry et leurs magnifiques enfants, Arnaud et Anne ainsi que sa sœur Claire.

A tous les autres Bragato, Marie-France et Doudou le roi des cuistots, Anti et Jean-Claude, David et Myriam, Nathalie et Jean-Marc ainsi que les Pezous : Florence et Pascal, Maria et Alain et leurs filles, Anne et Thierry, Fabienne et ses filles, mémé Pezous.

A mon parrain, Gérard une personne avec un grand cœur avec qui je me régale à aller chercher des champignons.

A tous les amis de mes parents que j'apprécie depuis des années : Denise et Jean-Pierre (mon docteur à moi !!), Geneviève et Thierry, Nadia et Régis (mon kiné à moi !!), Françoise et Jacques, Valérie et Jean-Luc, Renata et Jean, Pierrette et Claude, Clémentine et François, Annie, Mado et Xavier, Cathie et Alain et j'en oublie.

A Christelle, mon infirmière à moi, une pro de la prise de sang à midi (réveils tardifs oblige)!!

A tous mes voisins et amis de Terregaie : Hélène et Jean-Michel, Tom, Jean-Claude, Nathalie et Franck, Pierrette et Michel. C'est vraiment un régal pour moi de venir en vacances au bord de la Dordogne, je suis amoureux de votre pays.

A Lisou et Alex les limougeauds de l'étape qui nous ont si bien accueilli chez eux. Quand vous voulez pour un WE à Terregaie avec vos petits bouts.

A mes différents services dans lesquels je suis passé durant mon internat : gynécologie-obstétrique et Médecine à Ussel, service des urgences de Brive, Gériatrie à Limoges.

A mes maitres de stage de médecine générale limousins : Dr Galinat, Dr Buisson et Dr Jean-Paul Leventoux le boss du plateau de Millevaches et un exemple pour moi.

A mes maitres de stage tarnais avec lesquels j'ai passé de gourmands jeudi soir à Lacaune : Xavier, Jean-Claude et Alain. Vous êtes tous les trois des médecins incroyables et je suis heureux d'avoir partagé ces 6 mois avec vous. Merci également à vos épouses respectives Sylvie dit La Fouine, Martine et Yvonne qui m'ont si bien accueilli. Merci à leurs secrétaires, Florence, Mireille, Audrey et Véro toujours prêtes à discuter et d'une aide précieuse. Enfin, merci à toute l'équipe de la maison de santé de Brassac, vous êtes une équipe formidable avec un grand cœur.

Merci à toutes ces personnes et ceux que j'ai oubliés (désolé d'avance) qui m'ont fait devenir celui que je suis et avec qui j'ai passé des moments inoubliables. Merci encore !!

SOMMAIRE

LISTE DES ABREVIATIONS.....	18
INTRODUCTION.....	20
I ETAT DES CONNAISSANCES.....	21
I.1 LA MALADIE D’ALZHEIMER : DEFINITION.....	21
I.2 EPIDEMIOLOGIE DE LA MALADIE D’ALZHEIMER.....	23
I.2.A Epidémiologie nationale : un problème de santé publique.....	23
I.2.A.1 Prévalence en France.....	23
I.2.A.2 Incidence en France.....	24
I.2.A.3 Tendances d’évolution.....	24
I.2.B Epidémiologie régionale.....	25
I.2.B.1 Prévalence en Limousin.....	25
I.2.B.2 Incidence en Limousin.....	25
I.2.C Limites épidémiologiques.....	26
I.3 LE DIAGNOSTIC DE LA MALADIE D’ALZHEIMER EN PRATIQUE.....	27
I.4 LE REPERAGE PRECOCE DE LA MALADIE D’ALZHEIMER.....	30
I.4.A Intérêt pour le patient.....	31
I.4.A.1 Prise en charge médicamenteuse.....	31
I.4.A.2 Prise en charge non médicamenteuse.....	32
I.4.B Intérêt pour les aidants et/ou la famille.....	33
I.4.C Intérêt pour la recherche médicale.....	33
I.4.D Les outils du repérage précoce de la Maladie d’Alzheimer.....	34
I.4.E Les freins au dépistage précoce de la Maladie d’Alzheimer.....	35
I.4.E.1 L’acceptation de la maladie par le grand public.....	35
I.4.E.2 La mise en pratique par les professionnels.....	36
I.4.E.3 Les difficultés financières.....	36
I.4.F La recherche et les nouveaux outils.....	37
II MATERIEL ET METHODE.....	38

II.1	Objectif principal.....	38
II.2	Objectifs secondaires.....	38
II.3	Méthode.....	38
III	RESULTATS.....	40
III.1	PROFIL DES MEDECINS GENERALISTES PARTICIPANTS.....	40
III.2	OBJECTIF PRINCIPAL : ETUDE DU REPERAGE PRECOCE DE LA MALADIE D'ALZHEIMER PAR LES MEDECINS GENERALISTES EN HAUTE-VIENNE.....	44
III.2.A	Plaintes des aidants et/ou de la famille.....	44
III.2.B	Renoncement au repérage précoce.....	46
III.2.C	Demande d'entretien avec la famille.....	46
III.2.D	Eléments recherchés à l'interrogatoire.....	47
III.2.E	Tests cognitifs.....	48
III.2.F	Diagnostics différentiels à évoquer en cas de tests perturbés.....	50
III.2.G	Orientation du patient en cas de repérage positif.....	51
III.2.H	Intérêts du repérage précoce de la Maladie d'Alzheimer.....	52
III.2.I	Moyens d'incitation des médecins généralistes au repérage précoce de la Maladie d'Alzheimer.....	53
III.2.J	Freins au repérage précoce de la Maladie d'Alzheimer.....	54
III.3	OBJECTIFS SECONDAIRES.....	55
III.3.A	Influence d'un diplôme gériatrique sur le repérage précoce de la maladie d'Alzheimer.....	55
III.3.A.1	Plaintes des aidants et/ou de la famille et des patients.....	55
III.3.A.2	Renoncement au repérage précoce.....	57
III.3.A.3	Demande d'entretien avec la famille.....	57
III.3.A.4	Eléments recherchés à l'interrogatoire.....	58
III.3.A.5	Tests cognitifs.....	60
III.3.A.6	Diagnostics différentiels à évoquer en cas de tests perturbés.....	62
III.3.A.7	Orientation du patient en cas de repérage positif.....	63

III.3.B Influence des freins théoriques au repérage précoce de la maladie d'Alzheimer sur la réalisation de tests cognitifs.....	64
IV DISCUSSION.....	66
IV.1 PROFIL DES MEDECINS GENERALISTES PARTICIPANTS.....	66
IV.2 OBJECTIF PRINCIPAL : LE REPERAGE PRECOCE DE LA MALADIE D'ALZHEIMER PAR LES MEDECINS GENERALISTES DE LA HAUTE-VIENNE.....	66
IV.2.A Plaintes des aidants et/ou de la famille et des patients.....	66
IV.2.B Renoncement au repérage précoce.....	68
IV.2.C Demande d'entretien avec la famille.....	68
IV.2.D Eléments recherchés à l'interrogatoire.....	69
IV.2.E Tests cognitifs.....	69
IV.2.F Diagnostics différentiels à évoquer en cas de tests perturbés.....	71
IV.2.G Orientation du patient en cas de repérage positif.....	72
IV.2.H Intérêts du repérage précoce de la Maladie d'Alzheimer.....	73
IV.2.I Moyens d'incitation des médecins généralistes au repérage précoce de la Maladie d'Alzheimer.....	75
IV.2.J Freins au repérage précoce de la Maladie d'Alzheimer.....	77
IV.3 OBJECTIFS SECONDAIRES.....	79
IV.3.A Influence d'un diplôme gériatrique sur le repérage précoce de la Maladie d'Alzheimer.....	79
IV.3.B Influence des freins théoriques au repérage précoce de la Maladie d'Alzheimer sur la réalisation de tests cognitifs.....	81
IV.4 SYNTHÈSE.....	82
IV.5 LIMITES METHODOLOGIQUES.....	85
V CONCLUSION.....	86
BIBLIOGRAPHIE.....	88
ANNEXES.....	95
TABLE DES MATIERES.....	108

LISTE DES ABREVIATIONS

ADL: Activities of daily living

ALD : Affection de longue durée

APA : Allocation personnalisée d'autonomie

ATCD : Antécédent

AVC: Accident vasculaire cérébral

CMRR : Centre mémoire de recherche et ressources

CODEX : Cognitive disorder examination

DESC : Diplôme d'études spécialisées complémentaires

DSM : Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorder

DU : Diplôme universitaire

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EURODEM : European Community Concerted Action on the Epidemiology and Prevention of Dementia Group

FDR : Facteur de risque

FMC : Formation médicale continue

GDS : Geriatric depression scale

GPCog : General practitioner assessment of cognition

GRECO : Groupe de recherche et d'évaluation des outils cognitifs

HAS : Haute autorité de santé

HTA : Hypertension artérielle

IADL : Instrumental activities of daily living

INPES : Institut national pour la prévention et l'éducation de la santé

MA : Maladie d'Alzheimer

MAIA : Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer

MCI : Mild cognitive impairment

MG : Médecin généraliste

MMSE : Mini mental state examination

NINCDS-ADRDA: National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke-Alzheimer Disease and Related Disorders Association

OLD : Observation list for early signs of dementia

ORS : Observatoire régional de santé

SMR : Service médical rendu

SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile

VL : Visite longue

INTRODUCTION

La Maladie d'Alzheimer est une affection neurodégénérative irréversible du système nerveux central se caractérisant par une détérioration durable et progressive des fonctions cognitives supérieures. L'âge est le facteur de risque le plus important et le mieux identifié dans la Maladie d'Alzheimer.

En France en 2006, on dénombre 12,5 millions de personnes de plus de 60 ans et il y aurait en 2004 plus de 850 000 patients atteints de démence. La structure d'âge de la population du Limousin l'expose particulièrement au risque de développer une maladie d'Alzheimer.

Le diagnostic de cette pathologie est clinique et dans plus de 50% des cas, la démence à son début n'est reconnue ni par la famille, ni par le médecin généraliste du fait des difficultés diagnostiques et des représentations de la maladie.

Cette pathologie représente un enjeu majeur de santé publique du fait de sa fréquence, de son pronostic et de ses conséquences médico-socio-économiques.

Les médecins généralistes sont en première ligne pour réaliser le repérage précoce de cette pathologie. Dans ce contexte, nous nous interrogeons sur les moyens mis à la disposition des médecins généralistes limousins et sur l'intérêt qu'ils portent au diagnostic de la maladie d'Alzheimer.

L'objectif de notre travail est d'étudier le repérage précoce de la maladie d'Alzheimer par les médecins généralistes de la Haute-Vienne à partir d'un questionnaire. Nous évaluerons la méthodologie, les incitations, les intérêts et les freins au repérage précoce de la maladie d'Alzheimer.

I ETAT DES CONNAISSANCES

I.1 LA MALADIE D'ALZHEIMER : DEFINITION

La Maladie d'Alzheimer (MA) est une affection neurodégénérative irréversible du système nerveux central. Elle se caractérise par une détérioration durable et progressive des fonctions cognitives supérieures. C'est la plus fréquente des démences [1], les autres démences se différenciant par leur étiopathogénie (dégénérative, infectieuse, vasculaire,...).

Du point de vue neuropathologique, la détérioration cognitive serait secondaire à l'apparition de lésions cérébrales associant :

- des plaques séniles extracellulaires, constituées d'un dépôt central de substance amyloïde
- une dégénérescence neuro-fibrillaire, constituée d'amas fibrillaires de protéine Tau en cours de dégénérescence, responsables de la non fonctionnalité du corps cellulaires neuronal [2-4].

Le diagnostic de certitude de la MA se fait donc en théorie par examen anatomopathologique.

En pratique, le diagnostic de MA est clinique ; il se fait devant un faisceau d'indices issus de l'interrogatoire, tests cognitifs, examens complémentaires et élimination des diagnostics différentiels, et de manière probabiliste. La phase clinique correspond à l'atteinte des régions corticales associatives entraînant le syndrome aphaso-apraxo-agnosique. Les troubles cognitifs sont toujours marqués par une évolution progressive mais continue. On peut constater une dégradation des fonctions mnésiques, avec une désorientation temporo-spatiale, ainsi qu'une atteinte des fonctions exécutives (faire des projets, organiser, ordonner) ainsi que des praxies (capacité à réaliser une activité motrice), des gnosies (capacité à reconnaître des objets) et du langage. Cette détérioration est suffisamment sévère pour avoir un retentissement sur la vie quotidienne du patient, à la différence du vieillissement cérébral normal.

Après quelques années d'évolution, des complications non cognitives dues à la MA peuvent apparaître ; il peut s'agir de troubles psycho-comportementaux (agressivité, anorexie, syndrome dépressif), de troubles de l'équilibre ou de la marche [5, 6].

Le facteur de risque le plus important et le mieux identifié dans la MA reste l'âge [7].

L'évolution se fera toujours par une lente et irréversible progression de ces déficiences jusqu'au décès le plus souvent par complications de décubitus.

Les critères de définition médicale de la MA proviennent des classifications du DSM IV (Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorder) [8] (Annexe 1) et du NINCDS-ADRDA dits de McKhann et al. (National Institute of Neurological and

Communicative Disorders and Stroke-Alzheimer Disease and Related Disorders Association) [9] (Annexe 2).

Selon ces deux classifications, la MA est un syndrome caractérisé par l'association de :

- Troubles de la mémoire toujours présents,
- Troubles au minimum d'une autre fonction cognitive (aphasie, apraxie, agnosie, fonctions exécutives),
- Retentissement sur les activités socioprofessionnelles,
- Evolution avec début progressif et déclin cognitif continu (phases de plateau possibles mais rares),
- Exclusion des autres causes de démence.

I.2 EPIDEMIOLOGIE DE LA MALADIE D'ALZHEIMER

I.2.A Epidémiologie nationale : un problème de santé publique

En France en 2006, on dénombre 12,5 millions de personnes de plus de 60 ans [10] et les estimations pour 2050 vont jusqu'à 20 millions de personnes, soit 35% de la population. Les femmes représentent plus de 2/3 des plus de 75 ans.

Il existe peu d'études permettant de donner des chiffres exacts de prévalence et d'incidence spécifiques de la MA. Cependant elles semblent être en constante augmentation.

I.2.A.1 Prévalence en France (Annexes 3, 4)

La prévalence d'une maladie est le rapport du nombre de cas recensés à un moment donné sur l'effectif de la population étudiée.

En France, la source principale est l'étude PAQUID, étude de cohorte menée en Gironde et en Dordogne depuis 1989 chez les personnes âgées de plus de 65ans, qui porte sur la prévalence des démences dont la MA. Elle a été réévaluée en 1999 sur les plus de 75 ans, survivants de la cohorte initiale. Selon les estimations, la MA représente environ 70% des cas de démence.

Les estimations françaises de prévalence chez les patients de plus de 75 ans sont données par la réactualisation de l'étude PAQUID. Celle-ci montre une prévalence estimée à 17,8% chez les sujets de plus de 75 ans dont 13,2% pour les hommes et 20.5% pour les femmes. La prévalence chez les sujets de plus de 75 ans n'était que de 7,7% en 1989 [11, 12, 15].

Il existe des méta-analyses européennes réalisées dans les années 1990 et réactualisées en 2000 par l'EURODEM (European Community Concerted Action on the Epidemiology and Prevention of Dementia Group) [13]. Elles estiment la prévalence de toutes les formes de démence chez les personnes de plus de 65 ans à 6,4%. Ces études montrent également une augmentation nette de la prévalence avec l'âge. Les estimations de l'EURODEM pour les formes précoces de démence montrent une prévalence :

- entre 65 et 69 ans : 1% chez les femmes et 1.6% chez les hommes,
- entre 60 et 64 ans : 0.5% chez les femmes et 1.6% chez les hommes,
- avant 60 ans : 0.1% chez les femmes et 0.2% chez les hommes.

La prévalence serait plus élevée chez les femmes, le risque relatif serait de 1,5 à 2 par rapport aux hommes.

En extrapolant ces données, il y aurait en France en 2004 plus de 850 000 patients atteints de démence dont 766 000 déments de plus de 75 ans et 618 000 femmes [10].

Une étude réalisée en 2007 a estimé à 298 451 individus le nombre de personnes de plus de 60 ans avec une MA ou une autre démence, soit une prévalence de 2,7% avec un âge moyen de 81,9 ans. Cette étude ne se base que sur les données de l'assurance maladie et ne prend en compte que les individus ayant une ALD pour démence et/ou un traitement spécifique. Le nombre total de démences diagnostiquées mais non traitées ou non déclarées ALD est estimé à 399 000 individus, soit 47% de l'estimation de 850 000 individus de l'étude PAQUID, ce qui équivaut aux 50% de patients non diagnostiqués [14].

I.2.A.2 Incidence en France

L'incidence d'une maladie est le nombre de nouveaux cas recensés dans une population donnée pendant une période limitée.

D'après les données d'incidence de l'étude PAQUID et les données Insee 2004, le nombre de nouveaux cas annuels en France est estimé à 225 000 individus.

Les études PAQUID et EURODEM permettent de donner des chiffres par tranche d'âge avec un taux d'incidence moyen augmentant fortement avec l'âge :

- De 2,4 personnes pour 1000 entre 65 et 69 ans à plus de 40 pour 1000 chez les hommes de plus de 90 ans et 81,7 pour les femmes de 90 ans et plus [13]
- D'environ 2 personnes pour 1000 entre 65 et 69 ans à plus de 57 individus pour 1000 chez les hommes de plus de 90 ans et 106,7 pour 1000 pour les femmes de 90 ans et plus [11]

I.2.A.3 Tendances d'évolution

Les tendances d'évolution démographique du nombre de personnes atteintes de MA sont réalisées à partir de projections statistiques de la population [10]. La population française totale augmente et la proportion de personnes âgées également : 28% de plus de 65 ans en 2040.

Le nombre absolu de diagnostics de MA semblerait augmenter lui aussi : de 850 000 en 2004 à 1 275 000 en 2020, et jusqu'à 2 150 000 en 2040 ; la prévalence serait passée de 7,7% à 17,8% entre 1989 et 1999 chez les personnes de plus de 75 ans [11,16].

I.2.B Epidémiologie régionale [10, 11, 13, 16, 17, 18]

La région Limousin est la région la plus âgée en France (âge moyen à 43,5 ans en 2005) et la deuxième en Europe. En 2005, les plus de 60 ans représentent 27,9% de la population et les projections pour 2030 augmentent avec près de 40% de la population qui aurait plus de 60 ans.

En 2006, en Limousin, il y a 208 300 individus de plus de 65 ans, 91 100 individus de plus de 75 ans et 23 200 individus de plus de 85 ans. En Haute-Vienne, 21,1% de la population a plus de 65 ans et 11,3% ont plus de 75 ans (contre respectivement 16,1 % et 8,1% pour la France métropolitaine).

Compte tenu de la structure d'âge de sa population, le Limousin est particulièrement exposé au risque de MA.

II.2.B.1 Prévalence en Limousin (Annexes 5, 6)

En 2006, on estime à près de 16 400 le nombre d'individus de plus de 65 ans atteints de démence et vivant en limousin, soit 9,7% des individus dans cette tranche d'âge (2,2% de la population générale). En Haute-Vienne, on estime ce nombre à 7 500. Parmi eux, 76% ont plus de 80 ans et 71% sont des femmes. Parmi ces patients atteints de démence, on estime à 12 500 le nombre d'individus atteints de MA.

II.2.B.2 Incidence en Limousin (Annexe 7)

Le nombre de nouveaux cas chaque année est estimé à environ 4 400 chez les 65 ans et plus dont 67% de femmes (2974 femmes contre 1432 hommes). Le taux d'incidence annuel dans cette tranche d'âge est de 26 pour 1000 contre 23,9 au niveau national. Toutes tranches d'âge inclus, ce taux serait de 6 pour 1000. En 2030, le nombre de personnes atteintes, du simple fait des évolutions démographiques, s'élèverait à 21 300 soit 2,9% de la population limousine totale.

I.2.C Limites épidémiologiques

Les études avant 65 ans ou chez les sujets très âgés sont rares.

Il n'existe pas de registre permettant un recensement des malades atteints par une MA. Les difficultés diagnostiques font que, de manière générale [4, 19, 20], seule une démence sur deux est diagnostiquée tous stades confondus et une sur trois aux stades légers de la maladie [1].

Les estimations peuvent être biaisées et parfois sous estimées du fait de plusieurs variables :

- la sensibilisation des professionnels et de la population au diagnostic de MA influence l'incidence diagnostique,
- l'augmentation de l'espérance de vie pouvant entraîner une augmentation effective de l'incidence (nouveaux cas), le facteur de risque principal étant l'âge,
- l'augmentation de la durée de la maladie grâce aux progrès thérapeutiques, et la durée d'évolution de la MA (temps moyen de survie), qui a une influence directe sur l'estimation du nombre de cas présents. D'après l'étude PAQUID, le temps moyen de survie est de 4,5 ans pour des sujets dont l'âge moyen au début de la démence est de 82 ans (au terme de 8 années de suivi).

Il est difficile actuellement de connaître le nombre de cas de MA en France, mais aussi d'obtenir des estimations correctes ; il est nécessaire d'actualiser régulièrement les chiffres de prévalence, incidence, et de survie ; cela n'est pas encore réalisé en France. Le plan Alzheimer 2008-2012 prévoit la mise en place d'un suivi épidémiologique grâce à une informatisation des consultations mémoire et la création d'une base de données nationale. En 2008, 14 Centres mémoire de recherche et ressources (CMRR) utilisaient le système Calliope (recueil de données informatisé) permettant la constitution de bases de données de patients atteints de MA et autres pathologies démentielles apparentées.

Malgré ces limites dans les estimations, le poids épidémiologique de la MA chez la personne âgée est incontestable. Sa gravité et son pronostic sévère en font un enjeu majeur de santé publique.

I.3 LE DIAGNOSTIC DE LA MALADIE D'ALZHEIMER EN PRATIQUE

Dans plus de 50% des cas, la démence à son début n'est reconnue ni par la famille [21], ni par le médecin généraliste (MG) [22,23], car le diagnostic est particulièrement difficile aux stades les plus précoces de la maladie.

Des critères diagnostiques validés doivent donc être utilisés pour effectuer un diagnostic.

En mars 2008, des recommandations professionnelles de bonne pratique concernant le diagnostic et la prise en charge de la MA ont été élaborées par la Haute Autorité de Santé (HAS) afin de sensibiliser et d'améliorer les pratiques des MG et des spécialistes.

Ces recommandations ont été réévaluées et modifiées en décembre 2011 [24]. Un chapitre dépistage a été rajouté par rapport à 2008 ciblant une population à risque.

Actuellement il n'est pas recommandé d'effectuer un dépistage de masse. Néanmoins le diagnostic précoce est indiqué dès l'apparition des premiers symptômes. Ainsi, une démarche diagnostique doit être proposée en cas de plaintes mnésiques, d'apparition ou d'aggravation de troubles cognitifs ou psycho-comportementaux (souvent perçus par l'entourage).

Ce dépistage s'adresse aux patients consultant en médecine ambulatoire et entrant en structure d'hébergement mais aussi au cours d'hospitalisation pour un symptôme pouvant accompagner, révéler ou provoquer un déclin cognitif.

Le repérage précoce (à des stades pauci symptomatiques) permet une information du patient et de sa famille sur le retentissement majeur de cette pathologie mais aussi une meilleure prise en charge thérapeutique [44-47] et médico-sociale [40- 43]. En effet, des manifestations délétères vont s'installer en quelques années modifiant l'image de la personne et créant des situations de souffrance pour le patient mais aussi son entourage.

En pratique, le diagnostic repose sur une démarche médicale [24] comprenant :

- un entretien avec le patient ainsi qu'un accompagnant capable de donner des informations fiables : il recherche les différentes plaintes notamment mnésiques, praxiques ou langage, reconstitue l'anamnèse tout en recherchant un début insidieux et une évolution progressive des symptômes. La recherche des antécédents médicaux permet d'éliminer des diagnostics différentiels ou comorbidités (antécédents familiaux de MA, facteurs de risques cardio vasculaires, prise de médicaments, alcool ou toxiques). La plupart du temps ces informations sont connues du MG de par sa

fonction de médecin de famille, mais cet entretien permet de faire une synthèse approfondie.

- un examen clinique rigoureux, général notamment neurologique. Ce dernier reste longtemps normal dans la MA et des anomalies doivent faire évoquer plutôt un diagnostic différentiel.

- une évaluation cognitive globale. Plusieurs tests sont réalisables. En pratique la réalisation du Mini mental State Examination (MMSE) (Annexe 8) dans sa version établie par le groupe de recherche et d'évaluation des outils cognitifs (GRECO) est le test de référence. Il a fait l'objet d'accord professionnel et il permet d'assurer le suivi car il est reproductible ; cependant il n'est pas spécifique à la MA et ne prend pas en considération l'âge, le niveau socio-culturel, l'état affectif et le niveau de vigilance du patient. Il existe d'autres tests de repérage plus fins mais ces derniers n'ont pas fait l'objet d'accord professionnel ; on peut citer l'épreuve de rappel des 5 mots de Dubois (Annexe 10), le test de l'horloge, le test de fluence verbale.

- une évaluation fonctionnelle à l'aide de l'échelle IADL (Annexe 9) ou IADL simplifiée : activités instrumentales de la vie quotidienne (IADL simplifiée). Elle permet d'étudier le retentissement sur la vie quotidienne du patient. La nécessité d'une aide pour au moins un des items constitue un retentissement significatif sur l'activité quotidienne du patient.

- enfin, l'évaluation d'un état dépressif par la réalisation du Geriatric Depression Scale (GDS) (Annexe 11), une dépression pouvant prendre l'aspect d'une démence mais aussi pouvant accompagner ou inaugurer une MA. Des examens biologiques peuvent être nécessaires en fonction du contexte (TSH, NFS, CRP, bilan rénal et hépatique, bilan hydro-électrolytique et vitaminique, bilan infectieux,...) et/ou d'imagerie (IRM cérébrale ou à défaut TDM cérébrale). De nombreux diagnostics différentiels peuvent perturber les tests cognitifs et faire croire à une MA à un stade précoce. Ils doivent être évoqués et infirmés pour pouvoir suspecter une MA. Ce sont les syndromes dépressifs, un syndrome confusionnel, un syndrome neurologique type AVC, les troubles métaboliques comme une dysthyroïdie, une infection, une néoplasie, un trouble hydro-électrolytique, une iatrogénie médicamenteuse, la sénilité.

On peut soupçonner une MA pour un MMSE inférieur à 24/30 pour un patient de bas niveau socio-culturel ou inférieur à 26/30 pour un patient avec un bon niveau socio-culturel avec IADL supérieur à 0, absence de troubles de l'humeur et du comportement et recherche négative d'étiologies curables ou spécifiques.

On identifie 3 stades dans la MA en fonction du résultat du MMSE :

- le stade léger: MMSE de 20 à 26/30,
- le stade modéré : MMSE de 11 à 19/30,
- le stade sévère : MMSE inférieur à 10/30.

La répétition de tests à distance et leur évolution défavorable est également en faveur d'une MA.

Devant un déclin cognitif, le MG pourra solliciter un confrère spécialiste gériatre, neurologue, ou psychiatre afin de mettre en place une stratégie diagnostique et thérapeutique et si besoin des mesures de protection et d'aides à domicile.

I.4 LE REPERAGE PRECOCE DE LA MALADIE D'ALZHEIMER

De manière générale, le dépistage de masse d'une pathologie nécessite plusieurs conditions [25] :

- la pathologie est fréquente et source de morbidité significative,
- il existe un traitement efficace,
- la pathologie et son histoire naturelle sont bien connues,
- lorsqu'elle n'est pas diagnostiquée, elle peut être source de complications sévères et non négligeables en terme de coût,
- utilisation d'outils de dépistage validés, sensibles, spécifiques, reproductibles, et acceptables économiquement et éthiquement.

Le repérage précoce de la MA se définit comme un dépistage à un stade pauci-symptomatique de la maladie. En l'état actuel des choses, aucune conférence de consensus ne le recommande [26].

Pourtant, cette pathologie représente un enjeu majeur de santé publique du fait de sa fréquence et de son pronostic. En France, la mise en place du premier plan Alzheimer [27] date de 2001 et annonçait six objectifs [28] :

- identifier les premiers symptômes et orienter,
- structurer l'accès à un diagnostic de qualité,
- préserver la dignité des personnes,
- soutenir et aider les personnes malades et leurs familles,
- améliorer la qualité des structures d'hébergement,
- favoriser les études et la recherche clinique.

Le deuxième plan ou plan Alzheimer 2004-2007 [29] contient cette fois dix objectifs. Le diagnostic précoce fait partie intégrante des objectifs à savoir :

- faciliter le diagnostic précoce afin de ralentir l'évolution de la maladie et de prévenir ses complications,
- mettre en place une politique d'accompagnement renforcée pour les malades à un stade précoce et les familles.

Le dernier plan ou Plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012 [30] renforce l'intérêt d'un repérage précoce de la maladie d'Alzheimer à condition que celui-ci soit

accompagné d'une mise en œuvre de moyens nécessaires afin de prévoir une prise en charge multidisciplinaire adaptée et individualisée sur le long terme au patient, permettant une meilleure maîtrise de l'évolution inéluctable de la maladie.

Les coûts humains et financiers de la pathologie dépendent de sa sévérité et donc du degré de dépendance.

Ce troisième plan insiste sur l'intérêt du dépistage précoce pour le patient, pour sa famille et/ou les aidants mais aussi pour la recherche.

I.4.A Intérêt pour le patient

Le repérage précoce des MA permet une entrée dans un système de soins spécifique pour le patient, permettant une prise en charge multidisciplinaire médico-psycho-sociale adaptée et un suivi médical régulier :

I.4.A.1 Prise en charge médicamenteuse [31-35]

D'après la méta-analyse PenTAG, les médicaments spécifiques (IACE, mémantine) montrent une supériorité face au placebo sur les troubles cognitifs après 6 mois de traitement avec une taille d'effet modeste. Néanmoins, l'efficacité de tels traitements sur la morbi-mortalité, le retard d'entrée en institution et l'impact sur le temps soignant n'est pas établi. Leur intérêt à un stade évolué de la maladie n'est pas démontré. La Commission note sur la base de témoignages et d'expériences que les traitements améliorent ou stabilisent l'état clinique (apathie, humeur, comportement,...) au stade modéré ou modérément sévère durant quelques mois.

Enfin, il semble que leur efficacité et leur durée d'action est d'autant plus grande que la prescription est précoce [36].

Le SMR a été évalué comme faible et l'ASMR de niveau V [35].

Ces traitements spécifiques, non efficaces sur la morbi-mortalité, ont également de nombreux effets secondaires indésirables (cardio-vasculaires, gastro-intestinaux, neuro-psychiatriques,...) [35]. Ils ne peuvent être introduits par le médecin généraliste, ce qui pourrait participer au sous diagnostic de la MA [37].

Il est recommandé de prendre en charge les différents facteurs de risque notamment cardio-vasculaires (HTA, hypercholestérolémie, diabète, tabac, alcoolisme) [38]. La prévention de la MA passe aussi par les recommandations de réduction du risque cardio-vasculaire applicable à la réduction du risque de MA [39].

I.4.A.2 Prise en charge non médicamenteuse

La prise en charge non médicamenteuse est multidisciplinaire et comprend plusieurs aspects.

Elle permet :

- une réhabilitation adaptée et une amélioration de l'impact de la maladie sur la vie quotidienne. Le principal intérêt du repérage se situerait plutôt à cette échelle de prise en charge : l'intérêt théorique serait de laisser au patient l'opportunité de s'informer, planifier les soins, prendre les décisions importantes et donc prévoir ses choix de vie (directives anticipées) [40], plutôt que d'attendre la dégradation de son autonomie amenant ses proches à prendre des décisions souvent difficiles et souvent dans l'urgence. Ethiquement, aucune personne ne peut être considérée comme un objet passif de soins. Le repérage précoce permet de prendre le temps nécessaire à l'appropriation par le malade de sa pathologie. Malheureusement, il n'existe pas d'études qui vérifient ou réfutent ces hypothèses.

- une prise en charge cognitive précoce sous forme de rééducation cognitive, thérapies,

- une prise en charge sociale et financière : demande d'ALD 15 (Affection de longue durée : maladie d'Alzheimer et autres démences) pour prise en charge à 100% [42], demande APA (Allocation personnalisée d'autonomie) [43], choix d'éventuelles institutions, désignation de la personne de confiance [41], prévention de toute maltraitance, protection juridique, maintien à domicile ou institutionnalisation.

- une prise en charge paramédicale [44-47] : un accompagnement du patient est nécessaire pour éviter un repli sur lui-même, d'éventuelles complications médicales, des périodes de crises ou encore des troubles du comportement. Les aidants, les professions paramédicales et les outils technologiques ont donc une place prépondérante dans la prise en charge. On peut citer les équipes spécifiques Alzheimer au sein des SSIAD (services de soins infirmiers à domicile), les aides ménagères à domicile, les orthophonistes (rééducation langage, déglutition, mémoire), les kinésithérapeutes (fonction motrice), les psychomotriciens et les ergothérapeutes (adaptation du domicile), le portage des repas, la télé-alarme.

Les MAIA (maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer) sont une mesure phare du plan Alzheimer [30] ; elles ont pour objectif d'assurer une prise en charge sanitaire et médico-sociale et un accompagnement coordonnés et personnalisés pour la personne atteinte de MA et sa famille. Le coordonnateur est le correspondant unique, responsable de la prise en charge globale, il est l'interlocuteur direct du patient et du MG : c'est le chef d'orchestre de la prise en charge médico-sociale et sanitaire.

La prise en charge multidisciplinaire doit permettre d'assurer une qualité de vie et un confort physique et psychique dans un environnement adapté, sachant que 25 à 60% des malades vivent à domicile [48,49]. L'objectif est de retarder le déclin cognitif, de retarder la perte d'autonomie et de prolonger d'environ 8 mois le maintien du patient à domicile [50].

I.4.B Intérêt pour les aidants et/ou la famille

Le repérage précoce permet un accompagnement précoce de la famille et/ou des aidants. Les aidants sont partie prenante de la prise en charge des patients. Une information objective et des formations spécifiques sur la MA doivent leur être délivrées.

Le plan Alzheimer insiste sur le fait de protéger les aidants, prévenir l'épuisement familial par la mise en place précoce et progressive des aides et soutiens. Un accompagnement devrait également être mis en place précocement pour éviter le repli sur soi et l'usure psychologique et physique des aidants [30]. Il existe pour cela de nombreuses plateformes d'accompagnement (MAIA, formation, soutien psychologique, groupe de parole) et de répit (accueil de jour et de nuit, hébergement temporaire). On peut également citer les nombreuses associations dont France Alzheimer qui a mis en place un numéro national depuis 2007 (*0 811 112 112*).

Néanmoins, les études montrent un bénéfice modeste du diagnostic précoce sur la santé des aidants [50].

I.4.C Intérêt pour la recherche médicale

La recherche sur la maladie d'Alzheimer en France n'est pas suffisamment développée et une structure nationale de coordination de la recherche a été mise en place (mesure 21 plan Alzheimer) [30] avec pour mission notamment de développer la recherche clinique, les mécanismes de la maladie n'étant encore que partiellement connus, d'améliorer les évaluations des thérapies non médicamenteuses, d'étudier et suivre d'importantes populations de malades grâce à des cohortes.

Une amélioration du repérage précoce permettrait une meilleure étude des mécanismes de la maladie à des stades précoces ainsi qu'une meilleure évaluation des thérapies non médicamenteuses qui sont principalement utiles jusqu'à un stade modérément sévère.

De plus, le repérage précoce rend possible et rapide l'accès aux thérapeutiques innovantes ou étant encore en étude. Ceci est particulièrement vrai pour le MCI (Mild

Cognitive Impairment) ou trouble cognitif léger [51]. Il s'agit de patients présentant un trouble mnésique objectivé par les tests cognitifs mais n'ayant aucun retentissement sur les activités de la vie quotidienne [52]. Ces patients ont un risque d'évolution vers un syndrome démentiel type Alzheimer de 12 à 15% par an soit 80% au bout de 6 ans. Ces patients sont le terrain idéal de recherche concernant le mécanisme physiopathologique de la maladie mais aussi les facteurs protecteurs et les éventuels traitements curateurs.

Le repérage précoce permettrait aussi l'étude génétique des patients atteints de MA notamment les formes monogéniques exceptionnelles caractérisées par un début précoce et une atteinte d'un sujet sur deux à chaque génération [38, 53, 54].

Enfin, cela permettrait d'augmenter les populations des études de cohorte : l'amélioration du repérage précoce induit une augmentation du nombre de patients diagnostiqués (50% des malades diagnostiqués et jusqu'à 30% à des stades légers).

I.4.D Les outils du repérage précoce de la MA

Etant donné l'intérêt que le repérage précoce de la MA peut potentiellement représenter, il apparaît nécessaire de disposer d'outils de dépistage adéquats [56].

Le plan Alzheimer 2008-2012 [30] et le rapport Ménard [39] évoquent la nécessité du repérage précoce mais n'apportent pas de mesures spécifiques ni de moyens donnés pour le repérage précoce par le médecin généraliste. Or, la plupart des patients atteints de MA vivent à domicile ; le médecin traitant est souvent le premier médecin que les patients consultent.

Le seul test recommandé par l'HAS reste le MMSE [55] dans sa version établie par le groupe de recherche et d'évaluation des outils cognitifs (GRECO) ; il n'est cependant pas spécifique au repérage précoce (ni même à la MA).

L'évaluation de l'autonomie du patient permet d'apprécier le retentissement des troubles cognitifs sur les activités de la vie quotidienne. L'HAS recommande pour cela l'échelle IADL pour les activités instrumentales de la vie quotidienne ou l'échelle IADL simplifiée aux 4 items les plus sensibles : utilisation du téléphone, utilisation des transports, prise de médicaments et gestion des finances [57].

L'échelle ADL permet d'évaluer les activités basiques de la vie quotidienne [58].

Une évaluation thymique à la recherche d'un syndrome dépressif peut également être effectuée, une dépression pouvant prendre l'aspect d'une démence mais aussi pouvant accompagner ou inaugurer une MA. Plusieurs échelles sont disponibles notamment le GDS (Geriatric Depression Scale) [59].

Tous ces tests sont chronophages pour le médecin généraliste ; néanmoins ce dernier peut les réaliser en plusieurs consultations.

En 2006, Brodaty a réalisé une revue des meilleurs outils de détection de la MA validés en médecine générale ayant un temps de passation inférieur à 5 minutes [60] ; le MMSE, la General practitioner assessment of Cognition (GPCog) [61], le 7 Minute Screen [62] et le Test de l'Horloge ont été les 4 outils retenus.

I.4.E Les freins au repérage précoce de la MA

I.4.E.1 L'acceptation de la maladie par le grand public

Des informations doivent être délivrées au grand public et aux professionnels de santé sur la reconnaissance des symptômes (pertes de mémoire ou réduction des activités de la vie quotidienne) et l'organisation du système de prise en charge [39].

La maladie d'Alzheimer est méconnue du grand public, c'est une maladie tabou, source d'angoisse et d'exclusion, de ruptures des liens sociaux. La médiatisation et parfois la vulgarisation de la MA en fait une maladie dégradante pour le grand public dont le pronostic est inéluctable (sans traitement curateur). De par ses caractéristiques (âge avancé, déficits sensoriels, isolement social et précarité de certains patients atteints), le repérage précoce est difficile. Au début de la maladie, les patients et leurs familles peuvent s'adapter aux déficiences et difficultés progressives et les imputer au vieillissement normal ; ils ont parfois tendance à minimiser les symptômes [21].

Une diffusion large et régulière des connaissances nouvelles est nécessaire, en délivrant des informations sur les principaux indicateurs de la maladie et les signaux d'alerte amenant à consulter [39].

I.4.E.2 La mise en pratique par les professionnels

Il existe dans le milieu médical une controverse concernant le diagnostic précoce de la MA. L'annonce du diagnostic pourrait selon certains avoir un effet néfaste chez des patients se sentant alors en bonne santé. Cependant, il n'existe pas d'étude démontrant les effets négatifs (dépression, anxiété) d'un diagnostic précoce. Enfin, d'après l'INPES, plus de 90% des patients et des familles souhaitent être informés du diagnostic.

Les plaintes mnésiques sont fréquentes en médecine générale : 65% des patients de plus de 75 ans se plaignent de leur mémoire sans signifier forcément un déficit mnésique. A l'inverse, l'anosognosie dans la MA peut être responsable d'une absence fréquente de plaintes mnésiques.

Le niveau de connaissance des médecins généralistes sur la MA est plutôt bon [63, 64] ; par contre la mise en pratique des recommandations par ces derniers serait jugée insuffisante [65, 66].

La complexité du diagnostic clinique de la MA explique en partie le sous diagnostic au stade précoce de la maladie (tests non spécifiques, complexes et chronophages [64, 67]).

La sensibilisation des professionnels de santé, par le biais de formations médicales continues (FMC) par exemple, est indispensable à l'amélioration du repérage précoce [39].

I.4.E.3 Les difficultés financières

Le plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012 prévoit une enveloppe totale de 1.6 milliards d'euros sur 5 ans. Il n'existe pas de financement prévu dans le cadre de l'amélioration du repérage précoce par les médecins généralistes. La création d'une visite longue (VL) a été décidée lors de la dernière convention médicale signée en juillet 2011 entre les syndicats représentatifs des médecins libéraux et l'Assurance maladie (Journal officiel le 25/09/2011).

Cette visite longue et complexe sera facturable à hauteur d'un montant de 2V +/- MD +/- IK soit un minimum de 46 euros. Elle concerne le suivi des patients souffrant de maladies neurodégénératives donc étant diagnostiqués MA. Il n'est pas prévu de financement pour une consultation de repérage précoce de la MA par le médecin généraliste qui est, elle aussi, longue et complexe.

I.4.F La recherche et les nouveaux outils

Certains auteurs ont développé des tests spécifiques de détection précoce de la MA comme l'OLD (Observation List for early signs of dementia) [69], le Test Your Memory cognitive Screen [70] ou en France le CODEX (Cognitive disorder Examination) [71] : ils sont encore à l'étude.

Certaines études ont proposé un processus de détection d'une population cible en individualisant 4 situations: le patient consultant pour une plainte mnésique spontanée, le patient consultant à l'initiative de sa famille pour un changement de comportement ou des troubles mnésiques, le patient présentant une perte d'autonomie récente et enfin le patient présentant un syndrome confusionnel qui devra être évalué à distance de l'épisode aigu [72].

Le MMSE est inefficace pour dépister les populations non sélectionnées et son usage systématique chez des patients de plus de 75 ans donne 86% de faux positifs [73-75]. Le ciblage des patients pourrait permettre au MG d'axer sa consultation sur le repérage d'une probable MA et d'effectuer les tests chez cette population cible.

Lors de situations authentifiées à risque de MA, le généraliste, à défaut de réaliser un bilan complet, pourrait proposer l'IADL simplifiée, le mini GDS et des tests cognitifs brefs [56].

Cette situation contraste avec la standardisation réussie des diagnostics de diabète ou d'HTA. Cette standardisation n'a pu aboutir qu'à la suite de plusieurs dizaines d'années de recherche. La MA a moins de 20 années de réflexion médicale sur son diagnostic. Les efforts de recherche préconisés et les structures mises en place par le plan Alzheimer 2008-2012 doivent perdurer dans le temps.

II MATERIEL ET METHODE

Au vu du contexte et des enjeux médicaux décrits précédemment, nous nous interrogeons sur les pratiques des MG limousins et sur l'intérêt qu'ils portent au diagnostic précoce de la maladie d'Alzheimer. La problématique posée est le retard de diagnostic dans la MA.

Nous étudions le repérage précoce de la MA par les médecins généralistes de la Haute-Vienne (Région Limousin).

Il s'agit d'une étude descriptive observationnelle à l'intention des médecins généralistes de la Haute -Vienne.

II.1 OBJECTIF PRINCIPAL

L'objectif principal est l'étude du repérage précoce de la MA par les MG de la Haute-Vienne à partir de plusieurs critères d'évaluation.

II.2 OBJECTIFS SECONDAIRES

Nous avons deux objectifs secondaires :

- étude de l'influence du diplôme de capacité en gériatrie du MG sur le repérage précoce de la MA,
- étude de l'influence des freins théoriques au repérage précoce de la MA sur la réalisation de tests mnésiques

II.3 METHODE

Afin de répondre à nos objectifs, nous avons établi un questionnaire (Annexe 12). Ce questionnaire est envoyé à l'ensemble des MG libéraux installés en Haute-Vienne le 01/03/2011. Quatre cent trois questionnaires sont adressés avec une enveloppe timbrée pour réponse. Pour être considérés comme analysables, les questionnaires doivent avoir été remplis et renvoyés par courrier entre le 01/04/2011 et le 31/05/2011.

Les résultats des questionnaires sont saisis sur le logiciel «Excel[®]». Les variables quantitatives sont décrites avec la moyenne, l'écart-type, le minimum et le maximum ; les variables qualitatives sont décrites avec la fréquence et le pourcentage. Pour répondre à nos objectifs secondaires, deux variables qualitatives sont utilisées. Un test de Chi² sera réalisé si tous les effectifs théoriques sont supérieurs à 5 (les effectifs théoriques sont les effectifs attendus lorsque l'hypothèse nulle du test est vérifiée (pourcentages observés sont identiques)) ; sinon, les résultats d'un test exact de Fisher seront interprétés.

Le seuil de significativité choisi pour l'ensemble des analyses statistiques est de 0,05. Le logiciel utilisé est « SAS 9.1.3[®] » (SAS Institute, Cary, USA[®]). L'analyse statistique est réalisée par une statisticienne de l'Unité de Recherche Clinique et Biostatistique du CHU de Limoges. Il n'y a pas de remplacement en cas de données manquantes.

Les profils des MG participants sont analysés à partir du questionnaire.

Pour répondre à notre objectif principal, trois critères d'évaluation sont retenus :

- *la méthodologie de repérage* des MG : repérage précoce de la MA à partir des plaintes des aidants et/ou de la famille et du patient, renoncement au repérage précoce en l'absence de plaintes, réalisation d'un entretien avec la famille, éléments de l'interrogatoire, tests cognitifs, diagnostics différentiels, orientation du patient ;
- *les outils facilitateurs* pour le repérage précoce de la MA : intérêts théoriques et éléments incitants au repérage ;
- *les freins* au repérage précoce de la MA.

Pour répondre à nos objectifs secondaires, deux critères d'évaluation sont retenus :

- afin d'étudier l'influence d'un diplôme gériatrique sur le repérage précoce, le critère d'évaluation retenu est la *méthodologie de repérage* (cf supra)
- afin d'étudier l'influence des freins théoriques au repérage précoce sur la réalisation de tests cognitifs, le critère d'évaluation est la *réalisation de tests cognitifs* (MMSE, IADL, test de l'horloge, 5 mots de Dubois et GDS).

Pour établir notre questionnaire, nous nous sommes inspirés des recommandations HAS [24], du rapport Ménard [39], du Plan Alzheimer 2008-2012 [30] et d'articles de la littérature.

III RESULTATS

205 questionnaires (soit environ 51%) ont été renvoyés dans les délais dont 3 questionnaires non répondus. 7 questionnaires ont été renvoyés hors délai. 191 questionnaires n'ont pas été renvoyés.

III.1 PROFIL DES PARTICIPANTS

Les caractéristiques démographiques des MG interrogés sont les suivantes : 64% (n=125) des MG ayant répondu au questionnaire sont des hommes et 35% (n=71) sont des femmes.

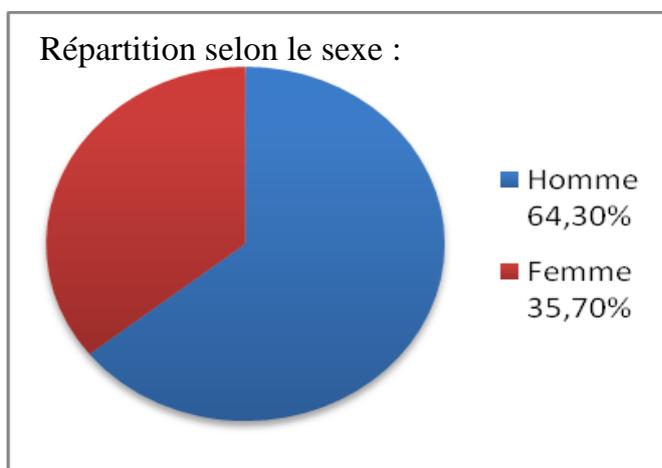


Fig.1 Répartition des MG selon le sexe

La répartition selon l'âge est la suivante : 45% (n=89) ont entre 50 et 59 ans et 23% (n=45) ont plus de 60 ans; 13% (n=25) ont entre 30 et 39 ans et 18,5% (n=36) ont entre 40 et 49 ans.

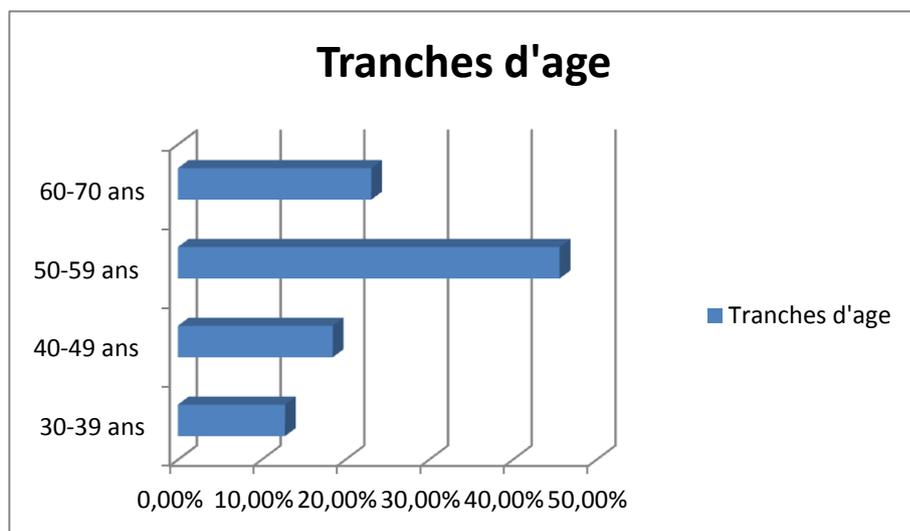


Fig.2 Répartition des MG selon la tranche d'âge

La répartition des MG en fonction du nombre d'années d'installation est la suivante : 18% (n=36) sont installés depuis moins de 10 ans, 19% (n=38) ont entre 10 et 19 années d'installation, 29% (n=57) ont entre 20 et 29 ans d'installation et 33% (n=65) sont installés depuis plus de 30 ans.

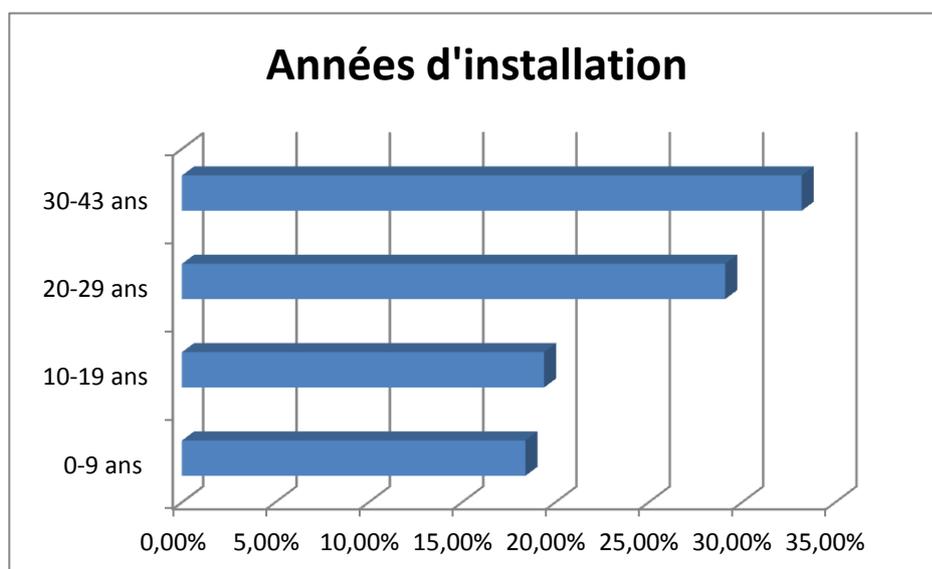


Fig.3 Répartition des MG selon le nombre d'années d'installation

La répartition des MG selon le type d'exercice est la suivante : 47,50% (n=94) ont un exercice urbain et 20,20% (n=40) ont un exercice rural. L'exercice semi-rural concerne 32% (n=64) des MG.

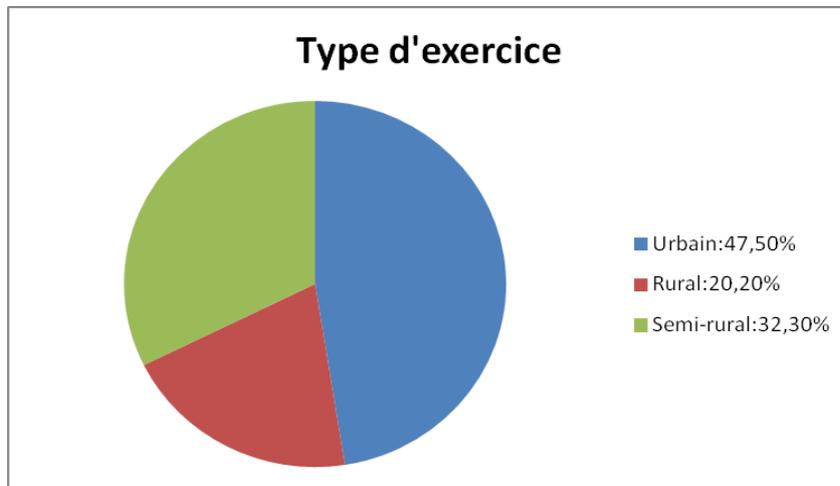


Fig. 4 Répartition des MG selon le type d'exercice

La répartition en fonction du mode d'exercice est la suivante : 55,10% (n=98) travaillent en groupe et 44,90% (n=88) sont médecin traitant de patients résidant en EHPAD.

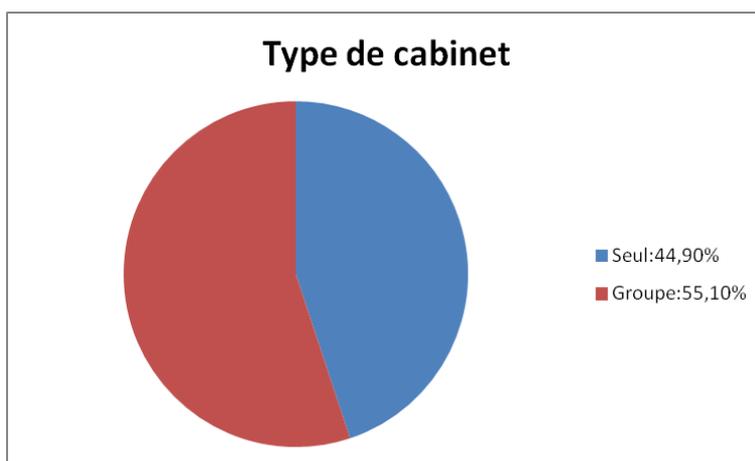


Fig.5 Répartition des MG selon le type de cabinet

On ne retrouve que 3,60% (n=7) de médecins coordonateurs mais 19,70% des MG ont une qualification gériatrique (DU, DESC, ou DIU).

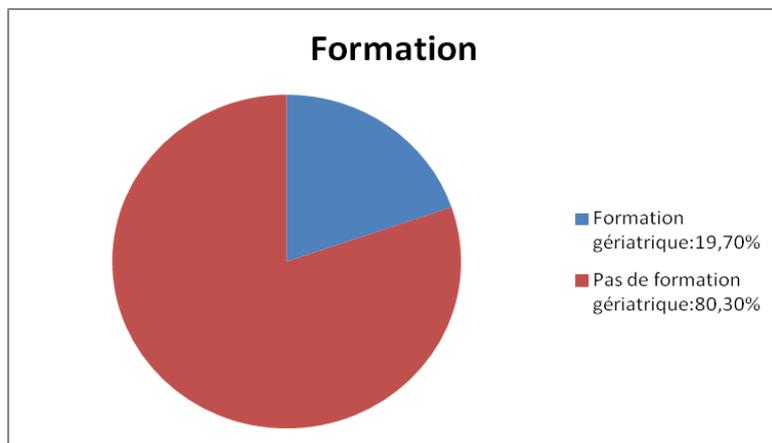


Fig.6 Répartition des MG selon la formation

III.2 OBJECTIF PRINCIPAL : ETUDE DU REPERAGE PRECOCE DE LA MA PAR LES MEDECINS GENERALISTES EN HAUTE-VIENNE

III.2.A Plaintes des aidants et/ou de la famille et des patients

Une plainte mnésique fait suspecter une MA pour 99% (n=195) des MG lorsque la plainte provient de la famille et 91,50% (n=182) des MG lorsque la plainte provient du patient.

Une perte d'autonomie pour les activités de la vie quotidienne va alerter 94,80% (n=182) des MG en cas de plainte de la famille et 76,40% (n=146) des MG en cas de plainte du patient.

Les troubles du comportement font suspecter une MA à 97,40% (n=190) des MG si la plainte provient de la famille mais seulement à 67,40% (n=128) des MG si elle provient du patient.

Des plaintes à type d'altération des fonctions sociales vont orienter 87,90% (n=168) des MG vers une MA lorsqu'elle provient de la famille et seulement 66,30% (n=124) des MG lorsqu'elle provient du patient.

Des troubles psychiatriques évoquent une MA pour 84% (n=157) des MG en cas de plainte de la famille et 61,70% (n=113) des MG en cas de plainte du patient.

Les troubles de l'orientation temporo-spatiale vont alerter 95,30% (n=183) des MG lorsque la plainte provient de la famille et 79,10% (n=148) des MG lorsqu'elle provient du patient.

Une plainte à type de troubles du langage fait suspecter une MA pour 71,60% (n=131) des MG si elle est issue de la famille et 58,90% (n=109) des MG si elle vient du patient.

Les plaintes de la famille ont une plus grande importance que les plaintes du patient lui-même en ce qui concerne la suspicion de MA.

La plainte faisant le plus évoquer une MA est la présence de troubles mnésiques, qu'elle provienne du patient ou de la famille. Celle qui fait le moins suspecter une MA est la présence de troubles du langage.

Les plaintes de la famille et/ ou du patient pouvant faire évoquer une suspicion de MA sont réparties de la manière suivante :

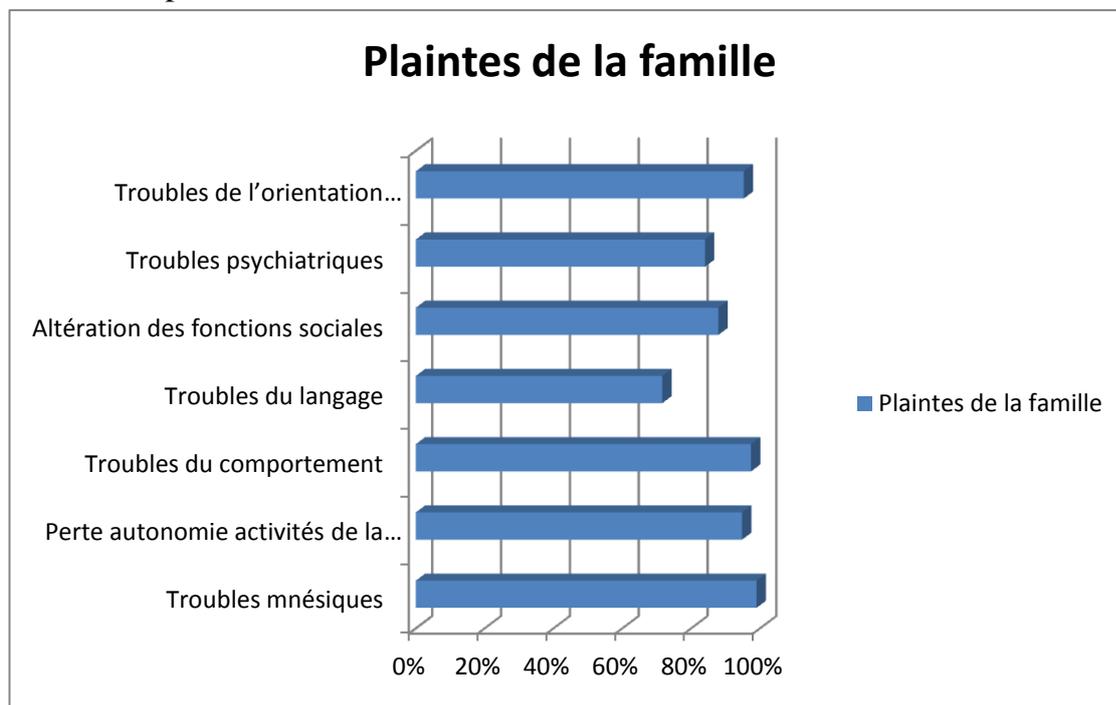


Fig.7 Plaintes de la famille pouvant faire évoquer une MA

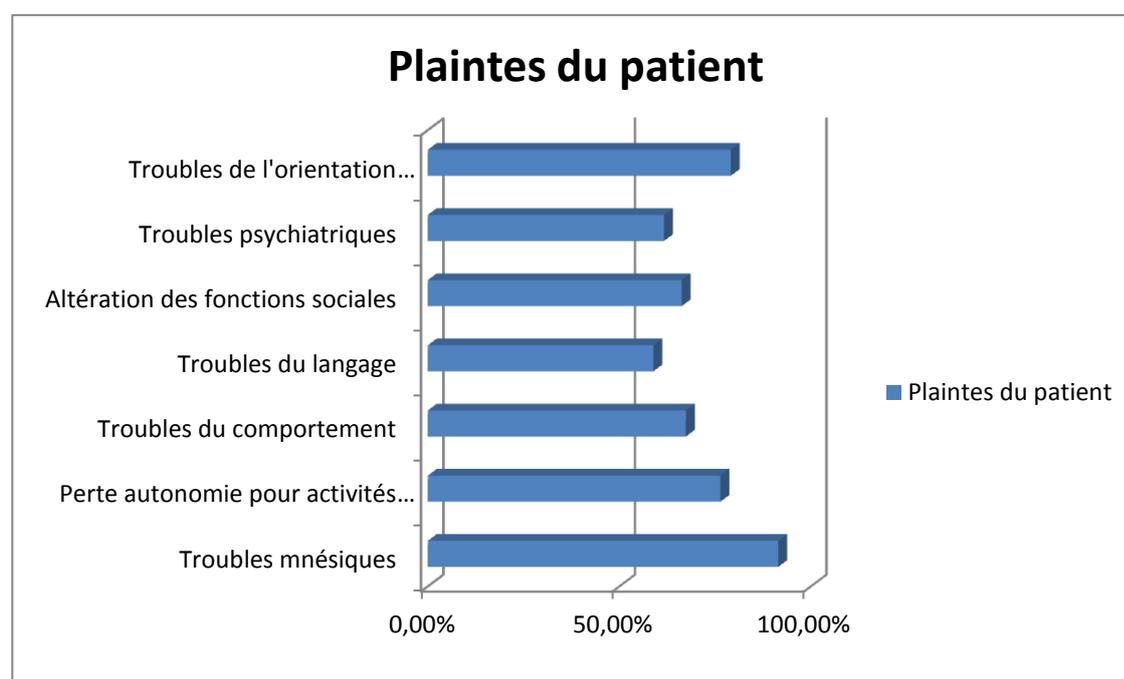


Fig.8 Plaintes du patient pouvant faire évoquer une MA

III.2.B Renoncement au repérage précoce

En l'absence de plaintes du patient ou de sa famille, 35% (n=70) des MG renoncent à un repérage précoce et 65% (n=130) réalisent un repérage malgré une absence de plaintes.

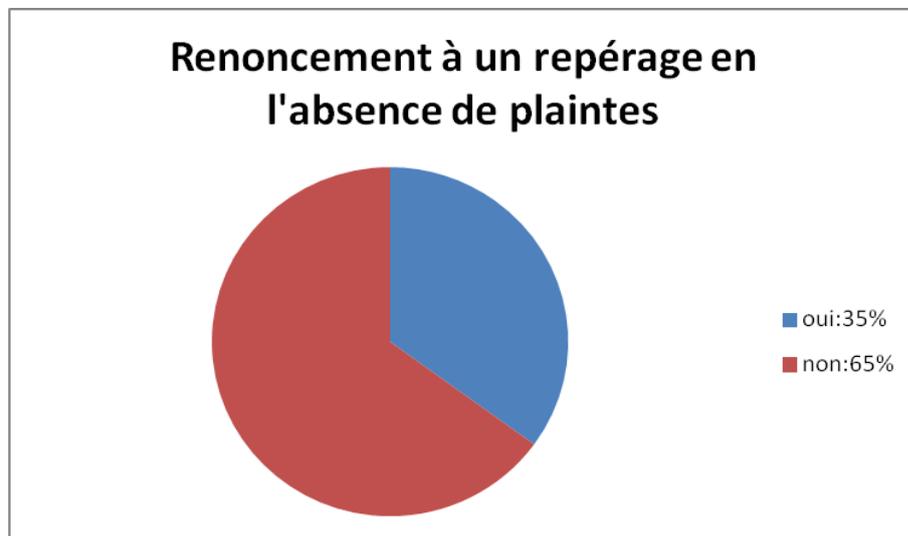


Fig.9 Renoncement au repérage précoce de la MA en l'absence de plaintes

III.2.C Demande d'entretien avec la famille

Suite à une plainte, 65% (n=129) des MG réalisent un entretien en présence de la famille et/ou de l'entourage et 35% (n=68) réalisent l'entretien sans l'entourage.

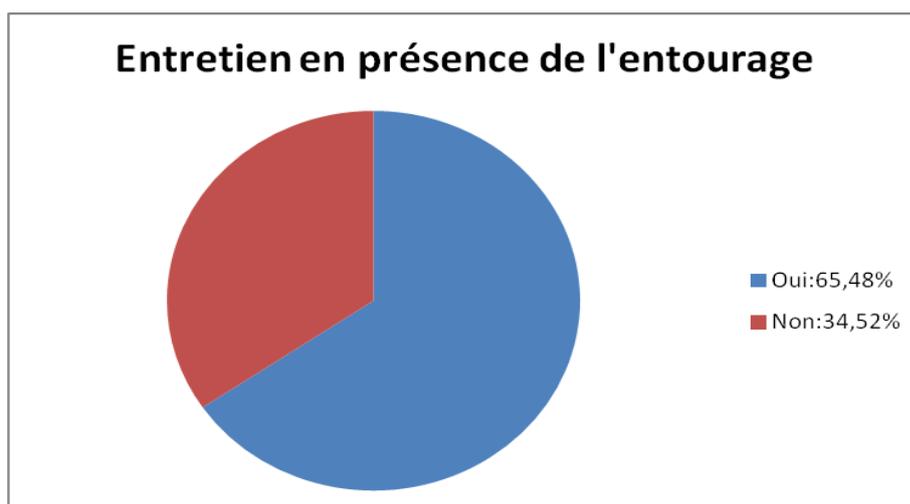


Fig.10 Entretien en présence de l'entourage

III.2.D Eléments recherchés à l'interrogatoire

Lors de l'entretien, 99,50% (n=191) des MG recherchent un syndrome dépressif ou un autre trouble psychiatrique.

Les traitements antérieurs et actuels, l'histoire de la maladie, les antécédents et facteurs de risque cardio-vasculaires sont également recherchés par respectivement 96,90% (n=187), 96,30% (n=184) et 96,40% (n=186) des MG.

92,20% (n=177) des MG vont se préoccuper de la situation sociale et familiale et 92,70% (n=177) des MG recherchent les antécédents neurologiques.

84,70% (n=161) cherchent un éventuel alcoolisme ou d'autres dépendances ; 74,30% (n=142) s'interrogent sur le niveau intellectuel et 74,50% (n=140) sur les antécédents familiaux de démence.

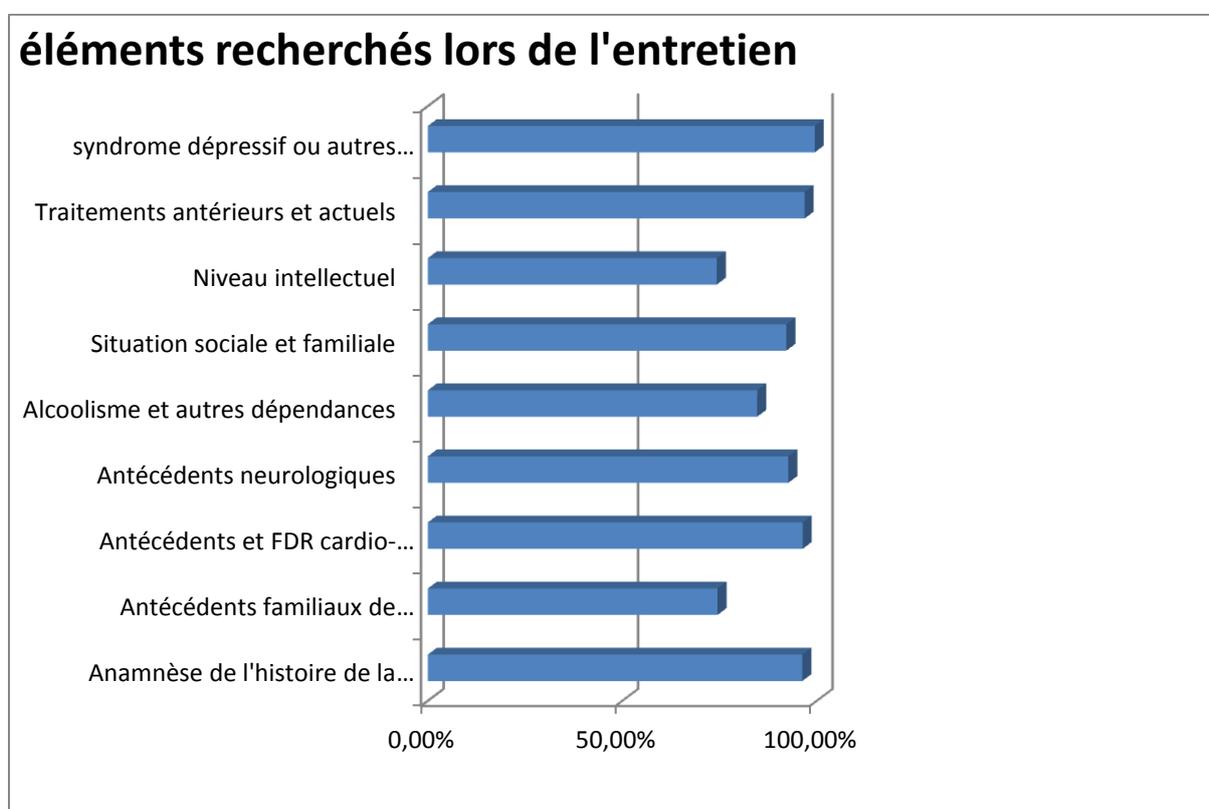


Fig.11 Eléments recherchés lors de l'entretien

III.2.E Tests cognitifs

85% des MG réalisent des tests cognitifs au cabinet. Ils sont réalisés *rarement* dans 33,10% (n=77) des cas et *toujours* dans 13,20% (n=26) des cas ; 15,20% (n=30) ne réalisent *jamais* de tests mnésiques.

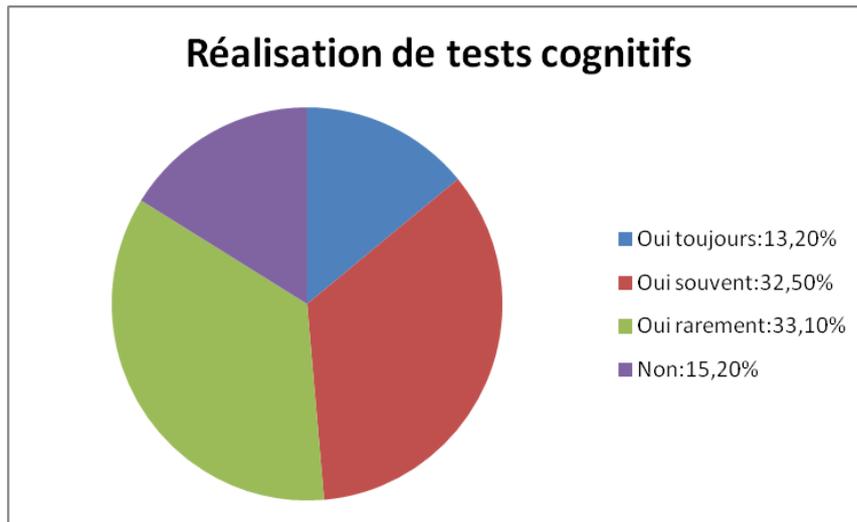


Fig.12 Réalisation par le MG de tests cognitifs

Le Test de l'horloge et le MMSE sont les plus utilisés respectivement par 91,60% (n=153) et 85,20% (n=138) des MG.

70,80% (n=114) des MG réalisent le test des 5 Mots de Dubois.

Les IADL et le GDS sont les tests les moins utilisés par respectivement 18,50% (n=27) et 10,60% (n=15) des MG.

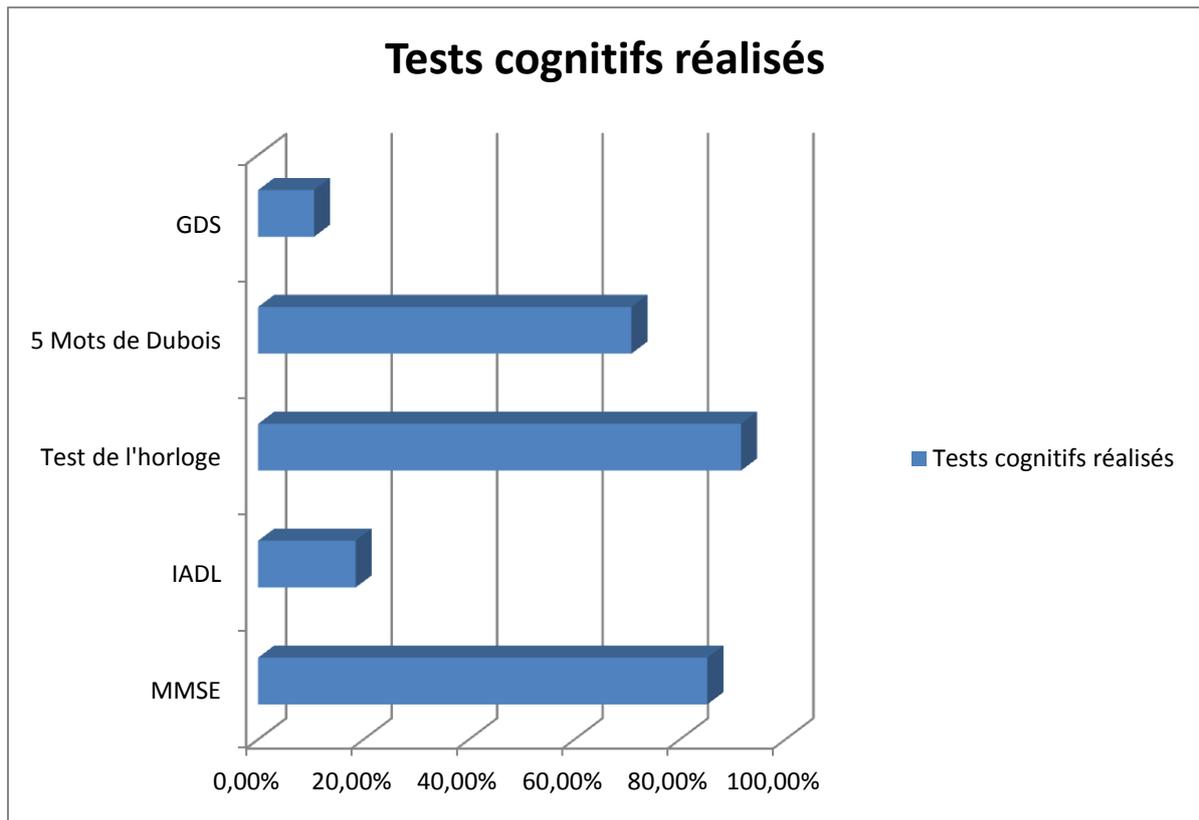


Fig.13 Tests cognitifs réalisés par les MG

III.2.F Diagnostics différentiels à évoquer en cas de tests perturbés

En cas de tests mnésiques perturbés, 92,40% (n=171) des MG évoquent un syndrome dépressif comme diagnostic différentiel. Un autre type de démence est évoqué par 91,50% (n=162) des MG, et une iatrogénie par 88,20% (n=157).

Un trouble métabolique, un syndrome confusionnel, la sénilité sont évoqués comme diagnostic différentiel par respectivement 76,50% (n= 140), 74,70% (n=130) et 72,90% (n=121) des MG ; 61,40% (n=108) des MG pensent à un syndrome neurologique type AVC en cas de tests perturbés.

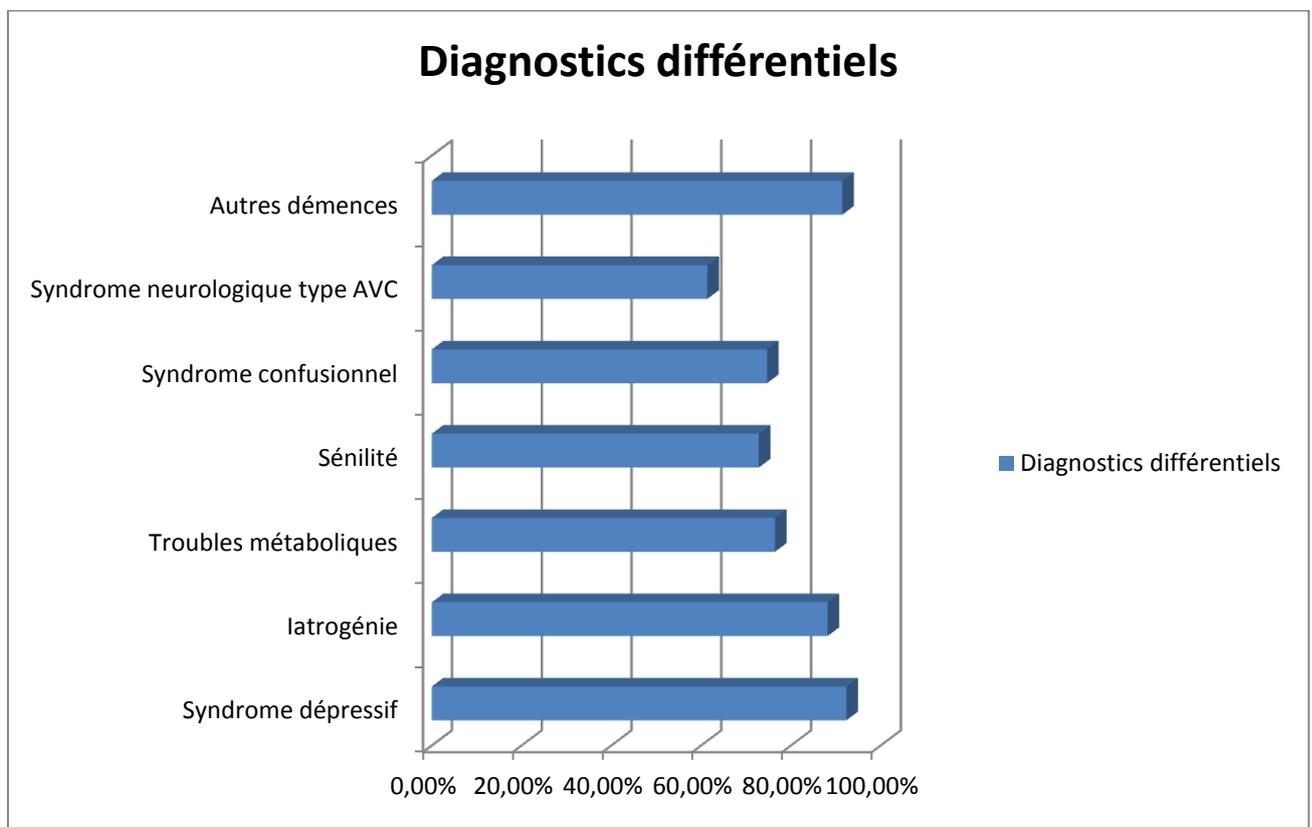


Fig.14 Diagnostics différentiels

III.2.G Orientation du patient en cas de repérage positif

A la suite d'un repérage positif, 89,30% (n=167) des MG adressent leur patient à une Consultation Mémoire et 80,40% (n=135) à un neurologue ; 43,20% (n=82) des MG orientent leur patient vers un gériatre.

Les psychologues et les psychiatres sont les spécialistes vers qui les MG disent le moins adresser leur patient (respectivement 0,70% et 16,70%).

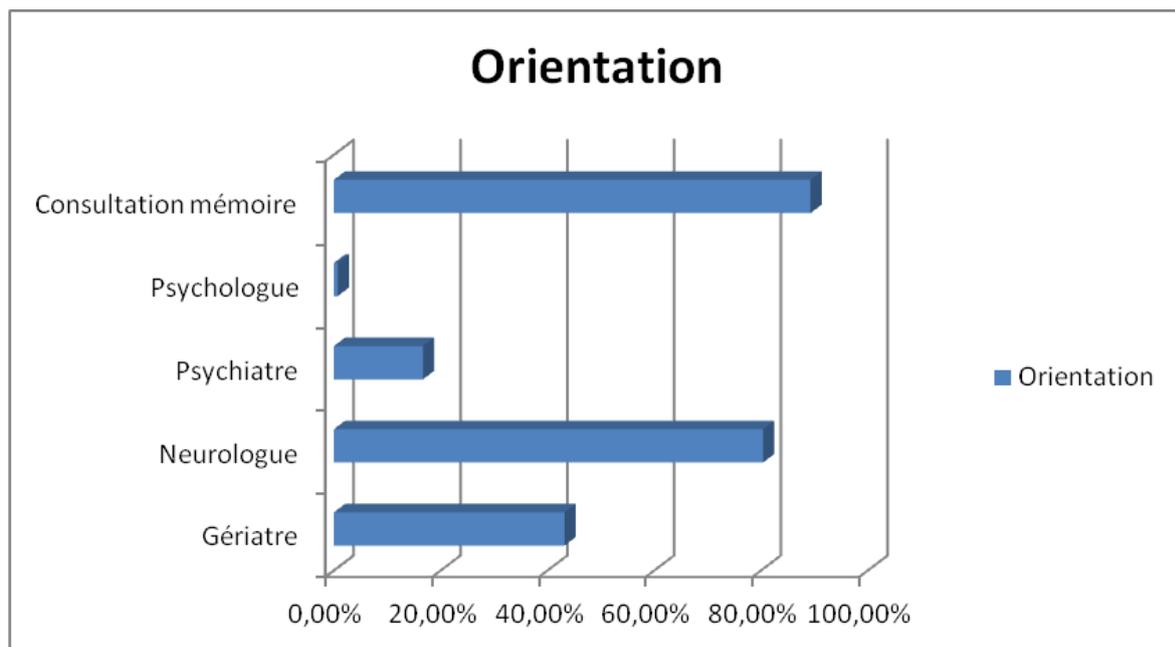


Fig.15 Orientation en cas de repérage positif

III.2.H Intérêts du repérage précoce de la MA

92,40% (n=182) des MG voient la prise en charge sociale précoce de la future perte d'autonomie comme un intérêt du repérage précoce de la MA.

De même, la stimulation cognitive la plus précoce possible (89,30% des MG), la prise en charge et le soutien de la famille (87,60%), le retardement de la mise en institution (82,80%) représentent des intérêts du repérage précoce de la MA.

Pour 79,20% (n=156) des MG, la mise en place d'un traitement spécifique, l'entrée dans un système de soins spécifique et la prise en charge à 100% au titre de l'ALD 15 sont des intérêts d'un repérage précoce.

61,40% (n=116) des MG voient dans la prévention de toute maltraitance un intérêt du repérage précoce.

22,80% (n=41) pensent que le repérage précoce représente un intérêt pour la recherche scientifique et seulement 10,80% (n=18) pensent qu'il n'y a aucun intérêt au repérage précoce actuellement.

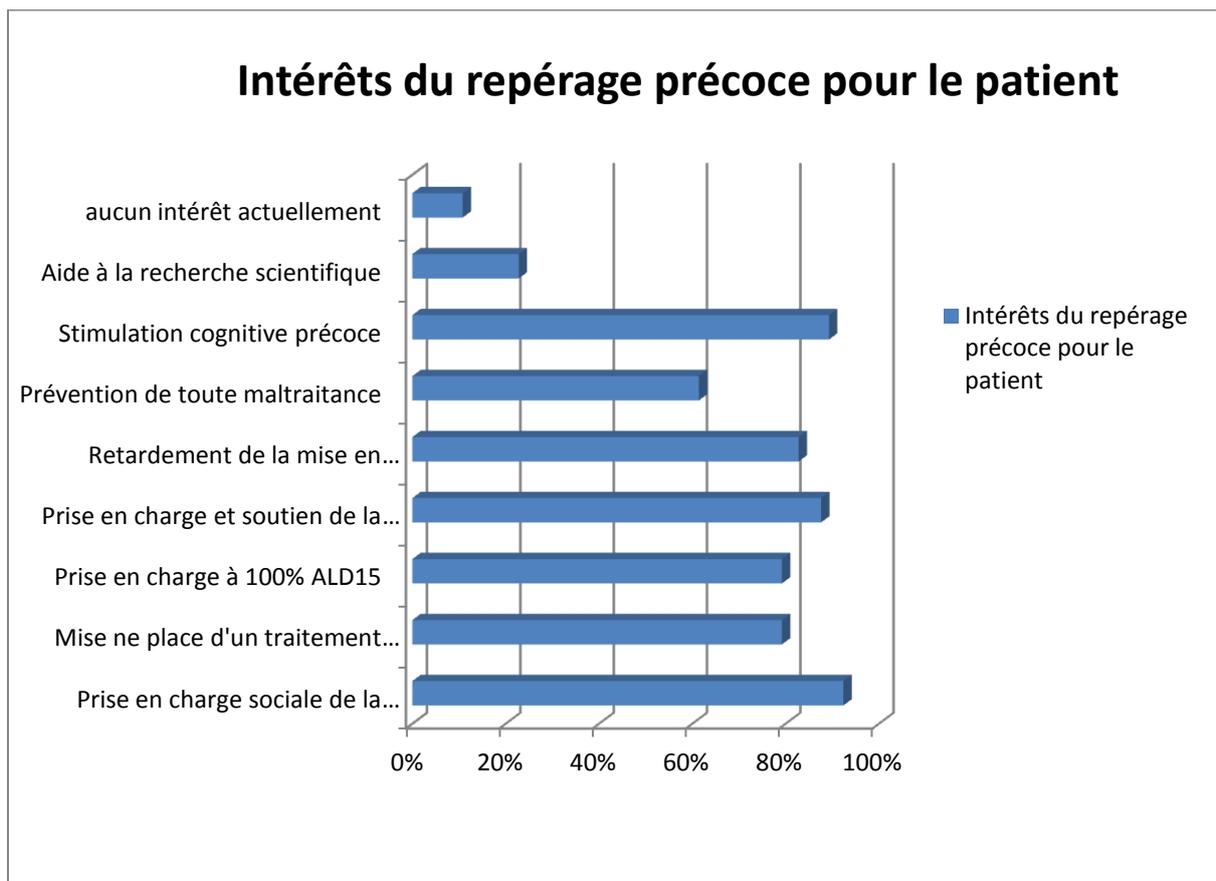


Fig.16 Intérêts du repérage précoce de la MA par les MG

III.2.I Moyens d'incitation des MG au repérage précoce de la MA

92,50% (n=185) des MG pensent que la découverte d'un traitement réellement efficace notamment sur la morbi-mortalité les inciterait au repérage précoce. De même, 85,20% (n=161) seraient incités au repérage précoce par l'élaboration de tests mnésiques simples et validés. La multiplication des centres de consultation mémoire, la formation et la sensibilisation des MG sur la MA et l'autorisation de prescription initiale des traitements spécifiques par les MG ne sont perçus comme des moyens incitatifs au repérage précoce de la MA respectivement par 60,10% (n=113), 57,30% (n=106) et 52% (n=101) des MG.

La mise en place d'une consultation de repérage précoce de la MA, rémunérée spécifiquement, représente une incitation pour 51% (n=98) des MG. Seulement 27,70% (n=52) des MG voient dans la réalisation de campagne d'information une incitation au repérage précoce ; 21,80% (n=41) pensent que l'utilisation des nouvelles technologies (télé médecine, création de bases de données, informatisation des questionnaires,..) va les inciter au repérage précoce.

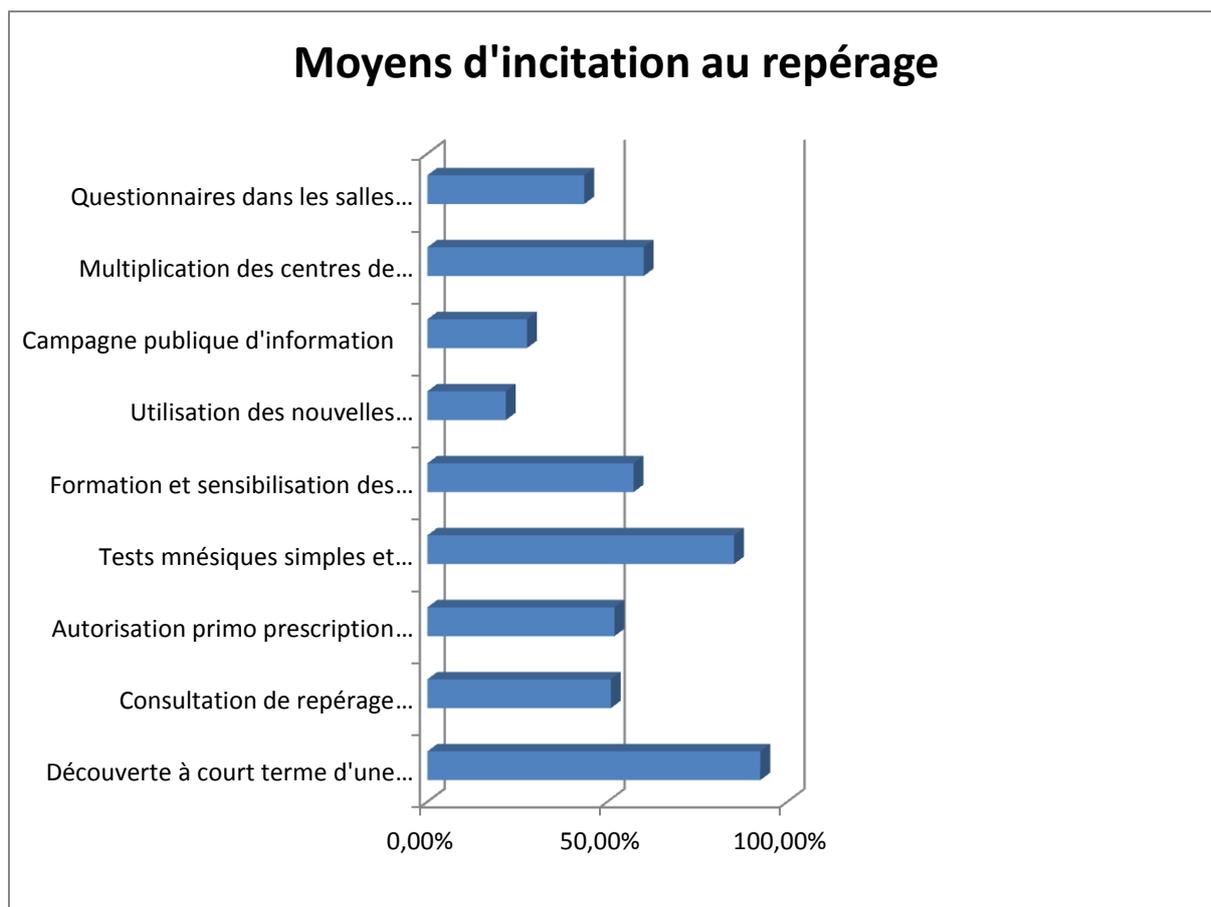


Fig.17 Moyens d'incitation des MG au repérage précoce de la MA

III.2.J Freins au repérage précoce de la MA

Parmi les freins au repérage précoce, 82,90% (n=160) des MG pensent que l'activité chronophage du dépistage est un frein. L'absence de thérapeutique efficace, l'absence de plaintes des patients ou de leur famille et la iatrogénie des traitements existants représentent un frein au repérage précoce pour respectivement 75,50% (n=148), 77,70% (n=150) et 74% (n=142) des MG.

La complexité des tests mnésiques est perçue comme un frein par 51,30% (n=98) des MG ; 54,50% (n=103) des MG pensent que l'absence de mesures spécifiques au rôle du médecin traitant est un frein au repérage précoce.

L'interdiction de primo prescription par les MG est le frein le moins cité (44%) ainsi que les effets néfastes d'un diagnostic chez des patients se sentant alors « en bonne santé » (47,20%).

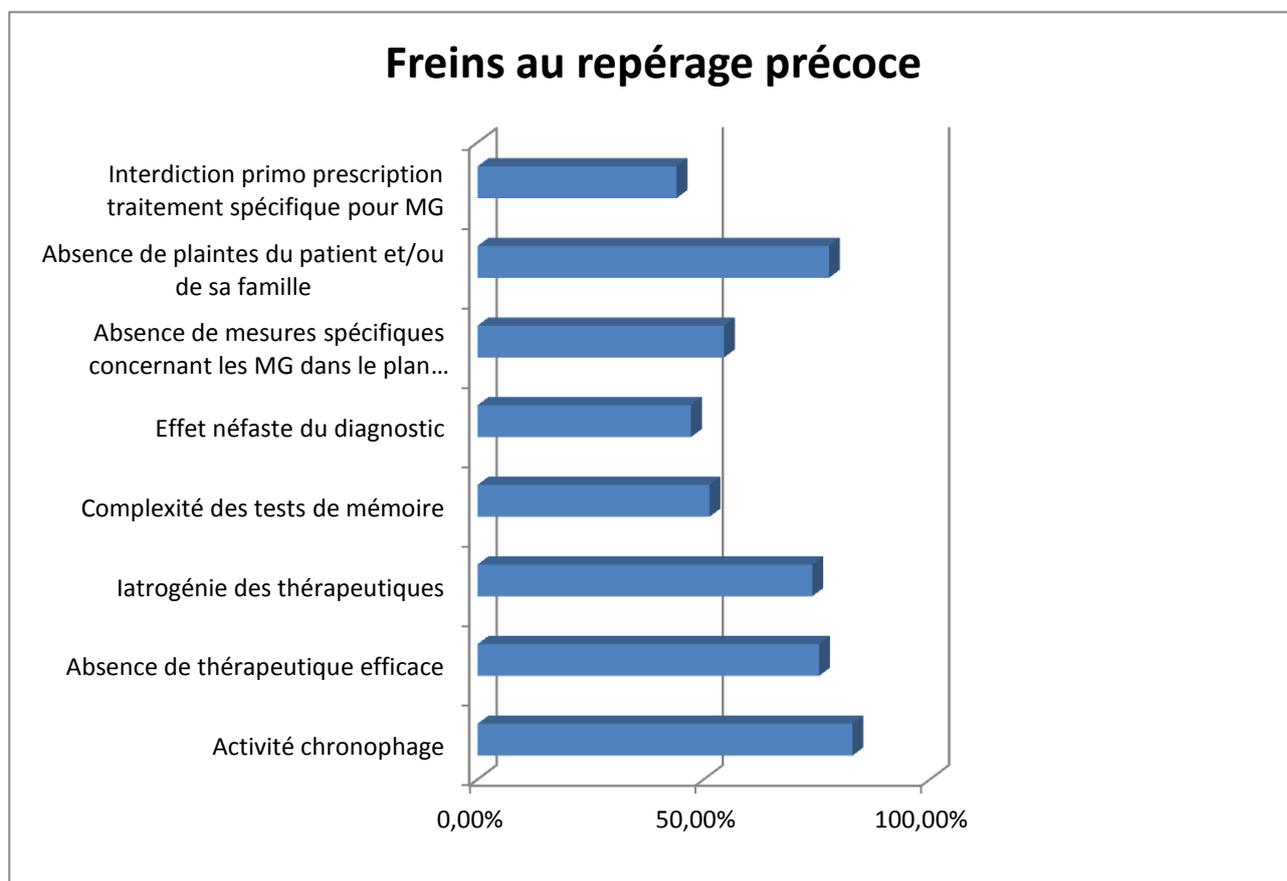


Fig.18 Freins au repérage précoce de la MA par les MG

III.3 OBJECTIFS SECONDAIRES

III.3.A Influence d'un diplôme gériatrique sur le repérage précoce de la MA

Le critère d'évaluation est la méthodologie de repérage précoce de la MA.

III.3.A.1 Plaintes des aidants et/ou de la famille et des patients

Parmi les plaintes pouvant faire évoquer une MA aucun test de comparaison n'est significatif.

Aucune plainte de la famille pouvant faire évoquer une MA n'est influencée par le fait que le MG ait un diplôme gériatrique.

Aucune plainte de la part du patient pouvant faire évoquer une MA n'est influencée par le fait que le MG ait un diplôme en gériatrie (tableau 1).

Plaintes	FAMILLE		PATIENT	
	Pourcentage (Fréquence)	p-value	Pourcentage (Fréquence)	p-value
Tr. mnésiques				
Pas de formation	50.0% (n = 1)	0.35 (*)	31.2% (n = 5)	0.20 (*)
Formation gériatrique	18.8% (n = 36)		18.3% (n = 33)	
Perte autonomie				
Pas de formation	30.0% (n = 3)	0.41 (*)	20.5% (n = 9)	0.80 (**)
Formation gériatrique	18.4% (n = 33)		18.8% (n = 27)	
Tr. comportement				
Pas de formation	0.0% (n = 0)	0.59 (*)	13.3% (n = 8)	0.16 (**)

Formation gériatrique	19.8% (n = 37)		22.0% (n = 28)	
Tr. du langage				
Pas de formation	20.0% (n = 10)	0.91 (**)	21.6% (n = 16)	0.4 (**)
Formation gériatrique	19.2% (n = 25)		16.7% (n = 18)	
Tr. fonctions sociales				
Pas de formation	9.1% (n = 2)	0.26 (*)	16.4% (n = 10)	0.52 (Chi ²)
Formation gériatrique	20.5% (n = 34)		20.3% (n = 25)	
Tr. psychiatriques				
Pas de formation	16.7% (n = 5)	0.72 (**)	18.8% (n = 13)	0.77 (*)
Formation gériatrique	19.5% (n = 30)		17.1% (n = 19)	
Tr. orientation				
Pas de formation	11.1% (n = 1)	1.00 (*)	15.8% (n = 6)	0.631 (**)
Formation gériatrique	19.4% (n = 35)		19.2% (n = 28)	

Tableau 1 Plaintes pouvant faire évoquer une MA

(*) : Fisher

(**) : Chi²

III.3.A.2 Renoncement au repérage précoce

Le fait que le médecin renonce à un repérage parce que le patient ou la famille ne se plaint pas n'est pas influencé par le fait que le médecin ait un diplôme en gériatrie.

Le test n'est pas significatif .

Renoncement au repérage	Pourcentage (Fréquence)	p-value
Pas de formation gériatrique	21.1% (n = 27)	0.54 (Chi ²)
Formation gériatrique	17.4% (n = 12)	

Tableau.2 Renoncement au repérage précoce

III.3.A.3 Demande d'entretien avec la famille

La réalisation d'un entretien, suite à une plainte, en présence de l'entourage et/ou de la famille n'est pas influencée par le fait que le médecin ait un diplôme en gériatrie.

Le test n'est pas significatif (tableau 3).

Entretien présence entourage	Pourcentage (Fréquence)	p-value
Pas de formation gériatrique	18.2% (n = 12)	0.63 (Chi ²)
Formation gériatrique	21.1% (n = 27)	

Tableau.3 Réalisation de l'entretien

III.3.A.4 Eléments recherchés à l'interrogatoire

Une seule recherche faite par le médecin est influencée par le fait que le médecin ait un diplôme en gériatrie. Il s'agit de la recherche du niveau intellectuel. En effet, la p-value associée au test est inférieure à 0,05. Ainsi, chez les médecins qui font cette recherche lors du dépistage, la proportion de médecins qui ont un diplôme en gériatrie est significativement plus importante (24%) que chez les médecins qui ne font pas cette recherche (10%).

Les autres recherches ne sont pas influencées par le fait que le médecin ait un diplôme en gériatrie. La p-value des tests associée n'est pas inférieure à 0,05 (tableau 4).

	Pourcentage (Fréquence)	p-value	Pourcentage (Fréquence)	p-value
Anamnèse			Sit. Sociale familiale	
Pas de formation	28.6% (n = 2)	0.63 (*)	13.3% (n = 2)	0.74 (*)
Formation gériatrique	20.2% (n = 37)		21.0% (n = 37)	
Atcd familiaux				
Pas de formation	22.9% (n = 11)	0.68(**)	10.2% (n = 5)	0.04 (**)
Formation gériatrique	20.1% (n = 28)		24.1% (n = 34)	
Atcd et FDR CV			Traitements	
Pas de formation	14.3% (n = 1)	1.00 (*)	16.7% (n = 1)	1.00 (*)
Formation gériatrique	20.6% (n = 38)		20.5% (n = 38)	
Atcd neuro.			Syndrome dépressif	

Pas de formation	14.3% (n = 2)	0.74 (*)	0.0% (n = 0)	1.00 (*)
Formation gériatrique	20.6% (n = 36)		20.1% (n = 38)	
Alcoolisme				
Pas de formation	27.6% (n = 8)	0.28(**)		
Formation gériatrique	18.9% (n = 30)			

Tableau.4 Eléments recherchés lors de l'entretien

(*) : Fisher

(**) : Chi²

III.3.A.5 Tests cognitifs

Le fait de faire un test mnésique toujours, souvent, rarement ou jamais n'est pas influencé par le fait que le médecin ait un diplôme en gériatrie.

Cependant, parmi les médecins qui les font, certaines utilisations sont influencées par la présence de diplôme.

Ainsi, chez les médecins qui utilisent le test IADL, il y a significativement plus de médecins qui ont un diplôme en gériatrie (48%) que chez ceux qui ne l'utilisent pas (14%).

La même chose est observée pour le test GDS. Chez les médecins qui l'utilisent il y a significativement plus de médecins qui ont le diplôme en gériatrie (60%) que chez ceux qui ne l'utilisent pas (16%).

L'utilisation des autres tests n'est pas influencée par la présence d'un diplôme en gériatrie chez le médecin. En effet, les p-values associées aux tests ne sont pas inférieures à 0,05 (tableau 5).

	Pourcentage (Fréquence)	p-value
Réalisation de tests		
Non	13.3% (n = 4)	0.34 (**)
Oui toujours	11.5% (n = 3)	
Oui souvent	25.8% (n = 16)	
Oui rarement	19.7% (n = 15)	

Tableau. 5a) Réalisation de tests mnésiques

(*) : Fisher

(**) : χ^2

	Pourcentage (Fréquence)	p-value	Pourcentage (Fréquence)	p-value
MMSE			Dubois	
Pas de formation	17.4% (n = 4)	0.79(*)	19.1% (n = 9)	0.75 (**)
Formation gériatrique	21.2% (n = 29)		21.4% (n = 24)	
IADL			GDS	
Pas de formation	13.6% (n = 16)	<0.0001 (**)	16.0% (n = 20)	<0.0001 (*)
Formation gériatrique	48.1% (n = 13)		60.0% (n = 9)	
Test de l'horloge				
Pas de formation	14.3% (n = 2)	0.73 (*)		
Formation gériatrique	21.3% (n = 32)			

Tableau. 5b) Réalisation de tests mnésiques

(*) : Fisher

(**) : Chi²

III.3.A.6 Diagnostics différentiels à évoquer en cas de tests perturbés

Aucun autre diagnostic évoqué en présence de tests perturbés n'est influencé par le fait que le médecin ait un diplôme en gériatrie. Toutes les p-values associées aux tests sont supérieures à 0,05 (tableau 6).

	Pourcentage (Fréquence)	p-value	Pourcentage (Fréquence)	p-value
Syndrome dépressif			Sd confusionnel	
Pas de formation	28.6% (n = 4)	0.49 (*)	20.4% (n = 9)	0.99(**)
Formation gériatrique	19.6% (n = 33)		20.5% (n = 26)	
Iatrogénie			Sde neurologique	
Pas de formation	10.0% (n = 2)	0.37 (*)	21.2% (n = 14)	0.69 (**)
Formation gériatrique	21.3% (n = 33)		18.7% (n = 20)	
Troubles métaboliques			Autres démences	
Pas de formation	25.6% (n = 11)	0.29(**)	13.3% (n = 2)	0.74 (*)
Formation gériatrique	18.2% (n = 25)		21.2% (n = 34)	
Sénilité				
Pas de formation	20.4% (n = 9)	0.95(**)		
Formation gériatrique	20.0% (n = 24)			

Tableau. 6 Diagnostics différentiels à évoquer si tests perturbés

(*) : Fisher (**) : Chi²

III.3.A.7 Orientation du patient en cas de repérage positif

En présence de tests perturbés, les médecins orientent leurs patients vers différentes personnes. Une de ces orientations est influencée par le fait que le médecin ait un diplôme en gériatrie. Il s'agit de l'orientation vers un neurologue. En effet, la p-value associée à ce test est inférieure à 0,05. Ainsi, chez les médecins orientant leurs patients vers un neurologue il y a une proportion moindre de médecins qui ont un diplôme en gériatrie (13%) que chez les médecins ne les orientant pas vers un neurologue (33%). Le reste des orientations des patients n'est pas influencé par le fait que le médecin ait un diplôme en gériatrie. Les p-values associées aux tests ne sont pas inférieures à 0,05 (tableau 7).

	Pourcentage (Fréquence)	p-value	Pourcentage (Fréquence)	p-value
Gériatre			Psychologue	
Pas de formation	20.8% (n = 15)	0.1664 (**)	17.3% (n = 24)	1.0000 (*)
Formation gériatrique	12.5 % (n = 10)		0.0% (n = 0)	
Neurologue			Consultation mémoire	
Pas de formation	33.3% (n = 11)	0.0048 (**)	5.0% (n = 1)	0.0832 (*)
Formation gériatrique	12.8% (n = 17)		21.8% (n = 36)	
Psychiatre				
Pas de formation	15.8% (n = 18)	0.5415 (*)		
Formation gériatrique	21.7% (n = 5)			

Tableau.7 Orientation du patient en cas de tests perturbés

(*) : Fisher (**) : χ^2

III.3.B Influence des freins théoriques au repérage précoce de la Maladie d'Alzheimer sur la réalisation de tests cognitifs

Un seul frein au repérage précoce est influencé par le fait que le médecin fasse des tests mnésiques. Il s'agit de la difficulté de ces tests.

Parmi les médecins qui les trouvent difficiles à réaliser, la proportion de médecins qui les font est significativement moins importante (76%) que chez les médecins qui pensent que ce n'est pas un frein au repérage (88%).

Les autres freins ne sont pas influencés par le fait que le médecin fasse des tests mnésiques lors de l'entretien. En effet, les p-values associées aux tests ne sont pas inférieures à 0,05.

	Pourcentage (Fréquence)	p-value	Pourcentage (Fréquence)	p-value
Activité chronophage			Effet néfaste du diagnostic	
Non réalisation	81.8% (n = 27)	0.86 (**)	85.3% (n = 87)	0.26 (**)
Réalisation de tests	83.1% (n = 133)		79.1% (n = 72)	
Absence de thérapeutique			Absence de mesure spécifique	
Non réalisation	83.3% (n = 40)	0.89 (**)	81.4% (n = 70)	0.58 (**)
Réalisation de tests	82.4% (n = 122)		84.5% (n = 87)	
Iatrogénie			Absence plaintes	
Non réalisation	88.0% (n = 44)	0.26 (**)	81.4% (n = 35)	0.77 (**)
Réalisation de tests	81.0% (n = 115)		83.3% (n = 125)	

Complexité des tests			Interdiction primo prescription	
Non réalisation	88.2% (n = 82)	0.036 (**)	81.3% (n = 87)	0.72 (**)
Réalisation de tests	76.5% (n = 75)		83.3% (n = 70)	

Tableau.8 Freins théoriques influençant la réalisation des tests

() : Fisher*

*(**) : Chi²*

IV DISCUSSION

IV.1 PROFIL DES MEDECINS GENERALISTES PARTICIPANTS

Les caractéristiques démographiques des MG interrogés sont comparables aux caractéristiques des MG de la Haute-Vienne.

La répartition des MG interrogés en fonction du sexe (64,30% d'hommes, 35,70% de femmes) et de l'âge (45% entre 50 et 60 ans) est proche de la répartition des MG libéraux de la Haute-Vienne (68% d'hommes, 32% de femmes, 58% entre 45 et 60 ans) [76].

Les proportions des MG travaillant dans un cabinet de groupe (55,10%) sont moins importantes que dans la région Limousin (67%) [76].

Une minorité de MG interrogés (20,20%) exercent dans un milieu rural. Dans le Limousin en 2009, 23% des médecins nouveaux inscrits au conseil de l'ordre se sont installés en zones rurales, la majorité des médecins ayant une activité urbaine ou péri urbaine [76,77].

Dans notre étude, la plupart des MG sont médecins traitant de patients résidant en EHPAD (79,20%) ; ils sont possiblement confrontés et sensibilisés à la MA du fait de sa prévalence et de son âge de survenue.

Sept MG interrogés (3,6%) sont aussi médecin coordonnateur. Certains médecins coordonnateurs exercent cette activité de manière exclusive et n'ont pas été sollicités par notre étude. Enfin, 19,70% des MG interrogés ont une formation gériatrique pouvant attester de l'intérêt qu'ils portent à la gériatrie et ses pathologies.

IV.2 OBJECTIF PRINCIPAL : LE REPERAGE PRECOCE DE LA MALADIE D'ALZHEIMER PAR LES MEDECINS GENERALISTES DE LA HAUTE-VIENNE

IV.2.A Plaintes des aidants et/ou de la famille et des patients

D'après notre étude, la plainte la plus évocatrice d'une suspicion de MA est la plainte mnésique, qu'elle provienne de la famille (99%) ou du patient (91,50%). Cette réponse semble logique, puisque l'altération de la mémoire est un critère diagnostique majeur et indispensable (DSM IV). La perte d'autonomie pour les activités de la vie quotidienne (94,80%), les troubles du comportement (97,40%) et de l'orientation temporo-spatiale (95,30%) et les altérations des fonctions sociales (87,90%) font aussi partie des plaintes majeures de la famille amenant à évoquer une MA.

Ces réponses sont confortées par les données de la littérature et les propositions de processus de détection sur population cible. Les plaintes à relever seraient les suivantes : les troubles mnésiques du patient (une plainte de ce type est un FDR de démence [78]), les changements de comportement ou troubles mnésiques relevés par la famille ou les aidants, un syndrome confusionnel aigu ou une perte d'autonomie récente [72].

Les troubles du comportement et les troubles psychiatriques sont évocateurs lorsque la plainte provient de la famille (respectivement 97,4% et 84%). Ils signalent un état d'avancement de la maladie et peuvent amener à une institutionnalisation par épuisement des aidants [50, 79]. Néanmoins, ils sont moins pris en compte lorsque la plainte provient du patient lui-même. Le diagnostic différentiel avec le syndrome dépressif est la difficulté majeure pour le MG (prévalence du syndrome dépressif chez la personne âgée évaluée de 1.8 à 5.5% pour une dépression majeure et 9.8% pour une dépression mineure) [80, 81].

La plainte faisant le moins évoquer une suspicion de MA est la présence de troubles du langage (71,60% et 58,90%). L'aphasie est pourtant un critère permettant de définir cliniquement la MA selon le DSM IV [8]. Les MG classent probablement l'aphasie parmi les symptômes évocateurs de diagnostics différentiels graves et aigus (accident vasculaire cérébral).

Pour le médecin traitant, les plaintes de la famille (pourcentage supérieur de réponses positives) semblent avoir plus d'importance que celles rapportées par le patient. Les symptômes pourraient avoir moins d'impact lorsqu'ils proviennent des patients : 76,40% (-18,40%) pour la perte d'autonomie, 67,40% (-30%) pour les troubles du comportement, 79,10% (-16,20%) pour les troubles de l'orientation temporo-spatiale, 66,30% (-21,6%) pour les altérations des fonctions sociales. Ces résultats concordent avec les résultats de certaines études : une consultation spécialisée est proposée au patient dans 54% des cas de plaintes mnésiques issues du patient mais dans 71% des cas de plaintes mnésiques issues de la famille [82]. L'anosognosie, le déni et les mécanismes compensatoires mis en place par le patient pour masquer les symptômes de MA peuvent expliquer la moindre prise en compte des plaintes par son MG. Enfin, les difficultés diagnostiques et les nombreux diagnostics différentiels à évoquer peuvent expliquer cette moindre importance donnée aux plaintes du patient.

De manière générale, la plainte la plus prise en compte par les MG est la plainte mnésique qu'elle provienne du patient ou de sa famille.

Pour les plaintes de la famille, les résultats sont toujours alarmants même si les troubles du langage et les troubles psychiatriques restent moins pris en compte probablement du fait des difficultés diagnostiques (diagnostics différentiels).

Pour les plaintes du patient, les symptômes sont moins pris en compte mais avec des tendances similaires : les troubles psychiatriques et du langage semblent avoir moins d'importance.

Le MG semble prendre plus en considération les plaintes de la famille que celles du patient. Lorsqu'elles sont rapportées, ces plaintes sont de véritables signaux d'alerte devant amener le MG à éventuellement débiter des investigations.

IV.2.B Renoncement au repérage précoce

Un tiers environ des MG interrogés renoncent à un repérage spontané en l'absence de plaintes. Or, la plainte mnésique survient tardivement dans l'évolution de la maladie. A un stade précoce, le patient conscient de ses troubles va les masquer ou s'adapter, puis secondairement oublier, banaliser, voire être anosognosique. L'absence de plaintes est considérée comme le principal obstacle rencontré par les MG lors de la prise en charge [82]. Une recherche active des troubles auprès des patients et de leur entourage peut apparaître comme une solution. Malheureusement, l'exploration en amont de la plainte avec un dépistage systématique des patients peut s'avérer inutile sur des patients non sélectionnés et sources de sur-diagnostics [56].

IV.2.C Demande d'entretien avec la famille

Un tiers environ des MG disent ne pas réaliser d'entretien avec la famille. Ce chiffre est d'autant plus important que les patients sont souvent anosognosiques. L'avis de la famille ou de l'entourage devient primordial, surtout si leurs plaintes sont plus prises en compte. Les MG peuvent présenter des difficultés organisationnelles (disponibilité du médecin et des aidants, temps de la consultation, famille éloignée, patients isolés, seuls) pour effectuer un entretien avec la famille. L'HAS recommande un entretien réalisé avec un accompagnant capable de donner des informations fiables [24].

IV.2.D Eléments recherchés à l'interrogatoire

Nous avons interrogés les MG sur les éléments recherchés lors de l'entretien parmi les éléments proposés dans les recommandations faites par l'HAS [24].

La présence d'un syndrome dépressif ou d'autres troubles psychiatriques est l'élément le plus recherché par les MG (99,5%). L'anamnèse (recherche un mode de début insidieux et une évolution progressive des troubles) (96,30%), de même que les antécédents (ATCD) et facteurs de risque cardio-vasculaires (96,40%), les ATCD neurologiques (92,70%), les traitements antérieurs et actuels (96,90%), la situation sociale et familiale (92,20%), sont des éléments recherchés par la majorité des médecins.

Le MG, de par sa fonction de médecin traitant et médecin de famille, est déjà en possession de ces éléments. Les MG ayant répondu au questionnaire l'ont signalé dans leurs réponses. Ces éléments déjà connus ou à recueillir interfèrent dans la décision diagnostique. En plus d'en avoir la connaissance, il faut savoir confronter les antécédents du patient à chaque situation clinique.

Le niveau intellectuel (74,30%) et les ATCD familiaux de démence (74,50%) sont les éléments les moins recherchés lors de l'entretien. On peut penser que la MA est perçue comme une maladie « nouvellement » identifiée par les MG qui ne pensent pas à d'éventuels antécédents familiaux ou personnels du patient (niveau d'éducation et d'études). Les ATCD familiaux de démence restent un FDR de MA à part entière et le niveau intellectuel peut influencer sur les tests cognitifs en masquant ou en surdiagnostiquant une MA.

IV.2.E Tests cognitifs

Les MG disent réaliser des tests cognitifs dans le cadre d'une suspicion de MA : 32,50% disent en réaliser souvent, 33,10% disent en réaliser rarement, 15,20% n'en réaliseraient pas.

L'HAS recommande au minimum la réalisation du MMSE, de l'IADL et du GDS avec la possibilité de réaliser d'autres tests au bon vouloir des médecins [24].

Selon les études, les MG réalisent entre 65% [83] et 71,76% [84] de tests cognitifs suite à une plainte mnésique. Il semble que les MG réalisent un nombre élevé de tests (85% des MG de la Haute-Vienne) lors de l'entretien. Cependant, seulement 13,20% les réalisent dans tous les cas lors d'une suspicion de MA.

En 2003, une enquête réalisée auprès de MG faisant partie du réseau Sentinelles [85] montrait que le MMSE était le test le plus réalisé (76%) suivi par le test de l'horloge (34%), le test de Dubois (33%) et l'IADL (32%).

En 2004, une étude [83] cite toujours le MMSE comme le plus utilisé (54%) alors que l'étude de Croisile et Rothoft cite lui l'IADL (60,6%) [84].

En 2006, une étude de l'ORS du Limousin [86] montre un taux de réalisation pour le MMSE à 73%, à 45% pour le test de Dubois, à 54% pour le test de l'horloge et à 9% pour l'IADL. De plus, selon l'étude, les tests ont fait l'objet d'une bonne acceptabilité, d'une durée relativement brève. A l'opposé, une étude néerlandaise montrait en 2000 que les médecins avaient l'impression de faire un affront à leurs patients par des questions jugées trop simples [87].

En 2007, le MMSE est toujours utilisé par 72% des MG de la Haute-Vienne qui utilisent également le test de l'horloge à la recherche de troubles praxiques et des fonctions exécutives (83%). Le Test de Dubois (capacités de rappel différé) est cité par 45% des MG mais les IADL seulement par 24% [82].

Les résultats de notre étude montrent une amélioration de tous ces chiffres avec un taux de réalisation du test de l'Horloge à 91,60%, du MMSE à 85,20%. Les 5 Mots de Dubois sont réalisés par 70,80% des MG mais les IADL, qui évaluent le retentissement sur la vie quotidienne et sont fortement évocateurs de démence si les tests sont perturbés, ne sont réalisés que par 18,50% des MG.

De même, le GDS n'est utilisé que par 10,60% des MG alors que ceux-ci recherchent à 99,50% un syndrome dépressif lors de l'entretien. Les MG effectuent des tests cognitifs mais semblent évaluer l'autonomie et la dépression à partir de leur sens clinique.

Les MG disent manquer de temps et pourtant réalisent le test le plus long : le MMSE. Ils ne réalisent pas les tests plus rapides (IADL ou mini IADL). Les modifications des activités de la vie quotidienne seraient pourtant un meilleur indice prédictif de démence que les troubles cognitifs [88] et de légères modifications des IADL sont souvent observées 2 ans avant le diagnostic de MA [89].

Ils ne réalisent pas le test des 5 Mots qui semble être actuellement le meilleur test pour le dépistage d'un syndrome hippocampique débutant (sensibilité de 83,6% et une spécificité de 84,9%) [90].

Aucun autre test (test des fluences, GPCog,...) n'a été cité en réponse libre.

Les MG ne semblent donc pas réaliser les tests les plus rapides et les plus spécifiques ; le manque de temps ou de formation sont les hypothèses les plus probables.

Rappelons que les tests « maisons » ne sont pas validés ni spécifiques, et surtout ne sont pas reproductibles dans le temps.

IV.2.F Diagnostics différentiels à évoquer en cas de tests perturbés

Le syndrome dépressif est le diagnostic différentiel le plus souvent évoqué par les MG (92,40%) suivi par les autres démences (91,50%) et la iatrogénie médicamenteuse (88,20%). Les troubles métaboliques (dysthyroïdie, néoplasie, infection, troubles hydro-électrolytiques,...) (76,50%), un syndrome confusionnel (74,70%) sont moins pris en considération. On retrouve, dans la littérature, ces proportions avec une évocation prédominante du syndrome dépressif pour 86% des MG [82].

Les diagnostics différentiels doivent être évoqués et infirmés avant de conclure à une MA ; un examen clinique complet ainsi que des examens biologiques et radiologiques sont recommandés par l'HAS [24].

Le syndrome dépressif peut prendre l'aspect d'une démence, en cas de doute un test thérapeutique par antidépresseurs peut être réalisé pendant 6 mois. Il peut aussi accompagner ou inaugurer une MA rendant le diagnostic de MA difficile. Il existe des différences plus ou moins subtiles, le mode d'installation d'un syndrome dépressif étant plutôt aigu, avec des plaintes plutôt majorées, des performances variables aux tests cognitifs et une évolution plus rapide que dans la MA [91].

Il apparaît logique que le syndrome dépressif soit le diagnostic différentiel le plus souvent évoqué par les MG de par sa fréquence et ses caractéristiques pouvant mimer une MA. Le GDS présente tout son intérêt pour ne pas méconnaître un syndrome dépressif pouvant faire croire à une éventuelle MA. Notre étude nous montre qu'ils utilisent très peu le GDS ; on peut penser que l'entretien et l'examen clinique leur suffit à poser le diagnostic de dépression, pathologie à laquelle ils sont quotidiennement confrontés [80, 81].

Les autres démences font partie des diagnostics différentiels à dédouaner avant d'évoquer une MA, certaines étant curables. On peut citer les démences infectieuses (syphilis, Whipple, Lyme, virales,...), les démences neurochirurgicales (tumeur,...) et les autres démences dégénératives (démence à corps de Lewy, fronto-temporale, vasculaire et mixte, la maladie de Creutzfeldt-Jakob). Elles sont recherchées à l'examen clinique ainsi qu'à l'aide d'examens biologiques ou radiologiques. Les MG ont bien noté l'importance de ce diagnostic différentiel (94%).

La iatrogénie reste un diagnostic différentiel important (88,20%) pour les MG. La population susceptible d'avoir une MA est une population plutôt âgée, souvent polymédiquée et donc à risque de iatrogénie. Les MG ont bien identifié cette difficulté et l'évocation d'une MA est également le moment de revoir l'ensemble des traitements du patient.

Le syndrome confusionnel (74,70%) se différencie de la démence, entre autre, par l'histoire de la maladie qui retrouve un début brutal et un caractère réversible. Néanmoins, l'altération globale des fonctions cognitives peut faire penser à une MA et un contrôle à 6 mois est nécessaire en cas de doute (une confusion peut également révéler un syndrome démentiel).

La sénilité est un diagnostic différentiel pour 72,9% des MG alors que les troubles mnésiques ne font pas partie du vieillissement physiologique. Il est difficile de savoir ce que les médecins entendent par sénilité : probablement une démence non diagnostiquée ou bien une MCI. La MCI est une entité à part entière et probablement une étape pré-démentielle ; elle se présente sous forme de troubles mnésiques sans retentissement sur les activités de la vie quotidienne et l'autonomie [52].

Les syndromes neurologiques type AVC ne sont évoqués que par 61% des MG probablement de part leur présentation clinique. Néanmoins, ils sont à prendre en compte car les démences vasculaires et mixtes sont dues aux lésions cérébrales provoquées par les AVC.

IV.2.G Orientation du patient en cas de repérage positif

Dans notre étude, les MG disent orienter principalement leurs patients à forte suspicion de MA vers les neurologues (80%) et les centres de Consultation Mémoire (89,30%) en Haute-Vienne en 2011. Les gériatres ne représentent que 43,20% des correspondants et les psychiatres 16,70%. Un MG interrogé a dit adresser ses patients à des psychologues, probablement dans le but de réaliser des tests neuropsychologiques.

En Haute-Vienne, 36 gériatres sont en activité pour 25 neurologues et 106 psychiatres. Ces derniers ne sont peut-être pas considérés comme des spécialistes pouvant prendre en charge les MA. Les centres de consultation mémoire, malgré leur faible nombre en Haute-Vienne (4 centres : CHU Limoges, CH St Junien, CH St Yrieix et Clinique St Maurice), ont été bien identifiés par les MG comme orientation privilégiée pour les troubles cognitifs. Il faut noter qu'en 2004, moins de 10% des MG adressaient leurs patients à des centres de consultation mémoire [83].

Dans l'étude de Croisile et Rothoft, le neurologue était l'interlocuteur spécialiste premier (84,67%) loin devant le gériatre (21,96%) et le psychiatre (8,56%) [84]. Dans une autre étude [83], les patients étaient adressés préférentiellement aux neurologues (68%) ou aux gériatres (62%) et très peu aux psychiatres (11%). Les résultats de l'étude de l'ORS [86] montrent que malgré un repérage positif en consultation, un nouveau repérage est proposé à un an pour la moitié des cas : une action véritable n'est

donc proposée par le MG que dans 50% des cas. Les raisons avancées sont multiples : refus de la consultation spécialisée par le patient, minimisation du problème par le médecin et/ou le patient (déni), décision différée pour raisons diverses (difficultés de mise en place de stratégie globale, pas de primo-prescription des traitements spécifiques pour les médecins généralistes,...).

IV.2.H Intérêts du repérage précoce de la Maladie d'Alzheimer

Notre étude montre que le repérage précoce de la MA possède, selon les MG, plusieurs intérêts pour le patient.

La prise en charge sociale précoce de la future perte d'autonomie (aides à domicile, adaptation du domicile, informations sur les EHPAD) représenterait selon les MG le principal intérêt (92,40%). Les MG pensent que la prise en charge et le soutien de la famille et des aidants (87,60%) (par le biais d'informations sur la maladie et son évolution, des Maisons d'aide et d'information sur la MA ou MAIA, d'associations...), la stimulation cognitive la plus précoce possible (89,30%), le retardement de la mise en institution (82,20%) représenteraient des intérêts importants au repérage précoce de la MA.

Les coûts humains et financiers de la maladie sont liés à la sévérité de la démence et l'efficacité et la durée d'action des traitements spécifiques sont d'autant plus grandes que la prescription est précoce. Un diagnostic précoce permet une meilleure prise en compte des phénomènes psychologiques accompagnant le début de la maladie chez le patient comme dans son entourage [56, 92].

Il permet l'entrée dans un système de soins spécifique avec un suivi personnalisé comprenant un aspect pharmacologique (traitements spécifiques [24]) et non pharmacologique (structuration des aides, thérapies, éducation thérapeutique) [72].

Plus de 90% des MG pensent que l'information et le soutien à la famille notamment par des aides à domicile sont utiles [82].

Concernant la prise en charge non médicamenteuse (thérapies, aides, informations,...) du patient et de son entourage, les résultats des études sont variables : aucun effet sur la charge de travail pour les aidants pour des stades de démences légères et modérées, effet modeste sur la santé des aidants, ou alors prolongation d'environ 8 mois du maintien du patient à domicile pour les démences graves [50, 93].

La mise en place d'un traitement spécifique précoce et l'entrée dans un système de soins spécifique (79,20%) serait un intérêt majeur du repérage précoce de la MA pour les MG interrogés. Les données de la littérature montrent que le traitement spécifique médicamenteux est jugé utile par 73% des MG [82].

Ces résultats semblent en contradiction avec les chiffres du Limousin (37% de patients traités) [17] ainsi qu'avec le rapport d'évaluation rendu par la Commission de transparence du médicament du 19 octobre 2011 (SMR faible des traitements spécifiques malgré amélioration modeste des troubles cognitifs après 6 mois de traitement ; efficacité sur la morbi-mortalité, sur le retard d'entrée en institution, sur la réduction des troubles du comportement non établie) [35]. Les traitements spécifiques ont un intérêt seulement jusqu'au stade modérément sévère de la maladie et n'ont pas démontré leur efficacité au stade pré-démontiel.

Notre étude ne prend en compte que l'expérience et les témoignages des MG et la Commission note également une amélioration ou une stabilisation de l'état clinique au stade modéré, durant quelques mois, observée de façon empirique par les professionnels de santé.

La prise en charge à 100% au titre de l'ALD 15 est vue comme étant d'un intérêt majeur par la plupart des MG interrogés (79,20%). Paradoxalement, l'estimation du nombre de démences en Limousin est bien supérieur au nombre d'ALD en terme d'incidence (seulement 14% en ALD) ou de prévalence (seulement 18% en ALD) [17].

Pour 61,4% des MG la prévention de toute forme de maltraitance représente un intérêt au repérage précoce, et l'aide à la recherche scientifique n'est relevée que par 22,80% des MG pour le repérage précoce de la MA.

Les patients atteints de MA sont des personnes vulnérables, dépendantes, ayant des troubles du comportement allant jusqu'à l'agressivité et donc potentiellement soumises à des maltraitances (physique, psychologiques, financière, sexuelle...). La prévention des maltraitances envers les patients atteints de MA nécessite une politique de prévention basée sur l'information, l'écoute, le soutien de la famille et des aidants. Les MG de notre étude voient un intérêt dans le soutien des familles et leur information sur la maladie (87,60%) mais ne voient pas dans ce soutien une sorte de prévention des maltraitances (61,40%).

La recherche clinique scientifique est peu prise en compte par les MG interrogés dans notre étude ; elle n'est qu'à ses débuts et nécessite un nombre conséquent de patients à inclure dans des essais thérapeutiques ou des études de cohorte. Le repérage précoce de la MA représenterait une chance d'inclure des patients dans des études de thérapeutiques pouvant modifier le cours évolutif de la maladie mais aussi des études sur la prévention de la MA.

94% des MG de la Haute-Vienne voient un intérêt au dépistage précoce de la maladie [82]. Dans notre étude, 89,20% des MG interrogés pensent que le repérage précoce présente un intérêt. Le repérage précoce de la MA à des stades pauci symptomatiques

pourrait permettre de laisser le patient décider de son avenir tout en connaissant sa maladie et son évolution inexorable [30-39]. Il n'existe pas d'étude sur ce sujet.

IV.2.I Moyens d'incitation des MG au repérage précoce de la MA

D'après notre étude, la découverte d'une thérapeutique non plus symptomatique mais curatrice de la MA semble être le plus important facteur incitant les MG au repérage précoce (92,50%). Cette absence de traitement curatif est un des freins principal (cf infra) : les médecins s'interrogent sur l'utilité d'un repérage précoce en l'absence de traitement curatif.

25% des MG pensent que les thérapies médicamenteuses actuelles sont inefficaces [82]. Ce résultat entre en contradiction avec le manque d'intérêt pour la recherche scientifique : c'est grâce à la recherche que de nouveaux traitements seront découverts.

L'élaboration de tests validés plus simples permettrait selon 85,20% des MG d'améliorer le repérage précoce. On peut se demander si la complexité des tests cognitifs rebute les MG ou si c'est plutôt leur durée qui les freine (cf infra).

La multiplication des centres mémoire (60,10%) peut inciter les MG au dépistage; un accès plus facile aux spécialistes compétents et le sentiment de soutien des MG dans leur démarche de repérage amélioreraient le repérage précoce. Pour 35% des MG, le délai d'attente est encore trop long ce qui peut nuire à l'efficacité de la prise en charge [82].

Pour 57,30% des MG, la sensibilisation et la formation sur la maladie par le biais de FMC auraient un effet positif sur le repérage précoce de la MA. De nombreuses formations gériatriques sont disponibles pour les MG mais on constate que seulement 19,70% des MG possèdent un diplôme gériatrique. Le manque de valorisation dans la prise en charge de ces pathologies (seulement 15% des MG considèrent la prise en charge gratifiante [87]), le caractère inexorable de cette maladie sont peut être des facteurs expliquant ce faible pourcentage. De plus, de nombreuses FMC se déroulent chaque année sur le sujet et le taux de participation est loin des 50%. Le rapport Ménard insiste sur la sensibilisation des professionnels de santé indispensable à l'amélioration du repérage précoce [39]. La question de l'impact de la formation sur les capacités diagnostiques sera étudiée dans les objectifs secondaires.

L'idée d'une consultation spécifique de repérage dédiée au MG et rémunérée spécifiquement est une solution pour 51% des MG interrogés. On peut s'interroger sur l'effet bénéfique de mesures incitatives financières sur le repérage précoce. Le rôle de médecin traitant va bien au-delà de la question financière. Cette consultation reste une solution à étudier et approfondir.

Pour 52% des MG, l'autorisation de prescription initiale des traitements spécifiques pourrait les inciter au repérage précoce. Cela peut paraître paradoxal puisque 41% ne sont pas convaincus par ces traitements [94]. Les MG ont peut être interprété cette question : une autorisation de prescription est une valorisation de l'acte médical pour le MG, ou alors une autorisation de prescription curative.

L'utilisation des nouvelles technologies, l'élaboration de campagnes ministérielles et l'utilisation de questionnaires auto-remplis par le patient dans les salles d'attente ne représentent pas des solutions pour la majorité des MG.

L'utilisation des nouvelles technologies ne représente une solution que pour 21,80% des MG interrogés. On peut se demander si la démographie des MG (quasiment 70% ont plus de 50 ans) n'influencent pas les réponses sur l'utilisation des nouvelles technologies ; de même les patients cibles du repérage sont encore naïfs en matière de nouvelles technologies et les caractéristiques même de la MA et de ses patients (troubles cognitifs, grand âge, anosognosie, déni) pourraient constituer une difficulté à leur utilisation.

L'utilisation de questionnaires auto-remplis ne représente pas une solution pour la majorité des MG (43,60%). On peut aussi penser que des difficultés seraient retrouvées lors de l'utilisation de questionnaires dans les salles d'attente avec le risque de surdiagnostics (réalisation par des patients non sélectionnés).

Les campagnes ministérielles publiques d'information ont, en général, une bonne efficacité sur le grand public. Une campagne du type « parlez-en à votre médecin » serait probablement bien perçue et écoutée par les patients mais ne semble pas convaincre les MG interrogés (27,70%). Cela pourrait cependant permettre d'améliorer cette vision de maladie tabou.

La découverte d'une thérapeutique curatrice de la MA ainsi que l'élaboration de tests cognitifs validés plus simples seraient les meilleurs moyens d'inciter les MG au repérage précoce.

IV.2.J Freins au repérage précoce de la Maladie d'Alzheimer

Le frein le plus important semble être le temps passé au repérage précoce : l'activité chronophage est signalée par 82,90% des MG. La durée minimale d'une consultation pour bilan de troubles mnésiques est évaluée à 30 à 60 minutes [85] alors que la durée moyenne d'une consultation en France est de 16 minutes [95]. D'autres études confirment cette notion pour 48% [82] à 55% des MG [83]. Le médecin doit effectuer les tests cognitifs, un interrogatoire et un examen clinique. Il peut tout à fait les réaliser au cours de plusieurs consultations [24].

Plus de 80% des MG estiment que le temps est le principal frein du repérage précoce ; 51% sont en faveur de la création d'une consultation spécifique rémunérée. Une telle consultation pourrait valoriser le rôle difficile et chronophage du repérage, et constituer une solution au manque de temps.

La complexité des tests est un frein au repérage précoce pour 51% des MG. On peut supposer que c'est le temps de passation des tests qui freine ; l'élaboration de tests plutôt courts et la formation des médecins à ces tests est une priorité pour améliorer le repérage précoce de la MA (cf IV.2.E et IV.2.I).

L'absence ou l'insuffisance de plaintes constitue un frein pour 77% des MG interrogés. Ce frein a déjà été relevé dans certaines études [82]. Les causes sont multiples : agnosonosie, méconnaissance de la maladie et banalisation des symptômes, déni d'une maladie tabou faisant peur, isolement social de certains patients, déficits sensoriels multiples.

L'absence de traitement curatif et la iatrogénie des traitements symptomatiques sont des freins importants pour les MG (respectivement 75,5% et 74%). Le manque d'efficacité, notamment sur la morbi-mortalité [35], et les effets indésirables digestifs, cardio-vasculaires, et neuropsychiatriques semblent être les principaux freins à la prescription [35]. Des études récentes montraient que 47% des MG voyaient dans l'absence de thérapeutique un frein au repérage précoce [83] et 41% pour la Facing dementia survey [94]. En 2007, le SMR était considéré comme important car l'instauration de ces traitements représentait une occasion de mettre en place et d'adapter la prise en charge médico-sociale [96]. Les MG ont probablement de moins en moins confiance dans les traitements spécifiques actuels du fait de la réévaluation de la commission du médicament en 2011 [35].

44% des MG pensent que la non autorisation de prescription initiale de ces traitements spécifiques est un frein au repérage précoce, probablement du fait du manque d'efficacité et d'effets indésirables.

Le plan Alzheimer 2008-2012 confirme également l'intérêt d'un repérage précoce de la MA notamment par les MG mais ne donne pas de moyens spécifiques et ne prend pas de mesures spécifiques au MG [30]. Le plan Alzheimer met en avant différentes raisons pouvant expliquer l'intérêt du repérage précoce : réhabilitation adaptée, accompagnement des patients et aidants, choix de vie par le patient lui-même. L'absence de mesures spécifiques est pourtant un frein au repérage précoce pour 54% des MG interrogés.

Pour 47,20% des MG, l'effet néfaste du diagnostic est un frein au diagnostic précoce. Ce chiffre semble plutôt élevé malgré l'absence d'études confirmant d'éventuels effets

négatifs d'un diagnostic précoce. D'après l'INPES, 91% des patients et des familles veulent être informés du diagnostic malgré son caractère inexorable.

D'après les MG interrogés, l'activité chronophage et l'insuffisance de plaintes représenteraient les deux freins principaux au repérage précoce de la MA. L'absence de thérapeutique curatrice et la iatrogénie des traitements existants seraient également des freins importants au repérage précoce.

IV.3 OBJECTIFS SECONDAIRES

IV.3.A Influence d'un diplôme gériatrique sur le repérage précoce de la MA

Notre étude montre que la possession d'un diplôme gériatrique n'a pas d'influence sur la prise en compte des plaintes soulevées par la famille et évocatrice de MA ($p > 0,05$). De même, la possession de ce diplôme n'influence pas la prise en compte des plaintes du patient évocatrices ($p > 0,05$). Ainsi, les MG ayant un diplôme en gériatrie sont alertés par les mêmes plaintes que les MG non diplômés.

Le renoncement à un repérage précoce, en l'absence de plaintes, n'est pas influencé par la possession d'un diplôme gériatrique ($p > 0,05$). Un repérage « actif » par le MG, une information et une sensibilisation du grand public et des professionnels de santé peuvent représenter des solutions théoriques. Néanmoins, ce repérage « actif » ne doit être réalisé que sur des patients sélectionnés et non pas comme un dépistage systématique qui est source de surdiagnostics [56]. Les critères de sélection des patients sont encore à étudier.

La réalisation d'un entretien, suite à une plainte, en présence de la famille et/ou des aidants n'est pas influencée par le fait que le MG ait un diplôme en gériatrie ($p > 0,05$). Cet entretien recommandé par la HAS ne semble donc pas être influencé par ce paramètre.

Parmi les éléments recherchés lors de l'entretien, seule la recherche du niveau intellectuel semble influencée par le fait que le MG possède un diplôme gériatrique ($p = 0,0378$). Parmi les MG effectuant cette recherche, la proportion ayant un diplôme gériatrique est significativement plus importante (24% contre 10%). Les autres éléments recherchés lors de l'entretien ne sont pas influencés par la possession d'un diplôme ($p < 0,05$). Les MG possédant un diplôme gériatrique seraient plus sensibilisés à l'impact du niveau intellectuel sur les résultats de certains tests cognitifs. Cette question soulève une ambiguïté, les MG pouvant déjà connaître ces éléments ; au préalable, il apparaît plus important de questionner le patient ou son entourage sur d'éventuels éléments nouveaux (changement de comportement, retentissement sur les activités de la vie quotidienne).

La réalisation de tests cognitifs n'est pas influencée par le fait que le MG possède un diplôme en gériatrie ($p > 0,05$).

Par contre, le type de test utilisé est influencé par le fait d'avoir une formation gériatrique : il existe une différence d'ordre qualitative : les MG possédant un diplôme gériatrique réalisent plus souvent l'IADL ($p < 0,0001$) et plus souvent le GDS ($p < 0,0001$). L'utilisation des autres tests n'est pas influencée par la possession d'un diplôme gériatrique.

Les MG avec une formation gériatrique sont plus sensibilisés à l'intérêt de ces deux tests tout en utilisant également le MMSE, le test de l'Horloge et le test des 5 Mots de Dubois. On retrouve cette différence dans la littérature [82] : l'IADL serait plus réalisée par les gériatres (50%) que par les MG (14%) et le GDS également (60% contre 19%). Il semblerait que ces deux tests de réalisation rapide et simple soient mal connus des MG. Le GDS permet de dédouaner un syndrome dépressif et l'IADL, qui est un reflet de l'autonomie pour les activités de la vie quotidienne, a un meilleur indice prédictif de démence, en cas d'anomalies, que les troubles cognitifs [88]. De plus, l'atteinte des IADL apparaît 3 à 5 ans avant le diagnostic de démence [56]. L'HAS recommande l'utilisation du MMSE, de l'IADL et du GDS ; d'autres tests peuvent être utilisés et le test des 5 Mots de Dubois qui permet d'identifier les démences corticales ainsi que le test de l'horloge sont de plus en plus utilisés. On peut penser que les MG se fient à leur sens clinique pour diagnostiquer un syndrome dépressif sans utiliser nécessairement le GDS. Une sensibilisation des MG non diplômés en gériatrie sur l'utilisation des IADL et du GDS pourrait être cependant utile.

Les diagnostics différentiels à évoquer en cas de tests perturbés ne sont pas influencés par le fait que le MG possède un diplôme gériatrique (tests non significatifs). Le syndrome dépressif, la iatrogénie et les autres types de démence restent les diagnostics différentiels les plus importants évoqués par les MG diplômés.

L'orientation vers un neurologue, en cas de tests positifs, est influencée par le fait d'avoir un diplôme gériatrique. Les MG diplômés en gériatrie orientent moins leurs patients vers un neurologue ($p=0.0048$). On peut penser que ces MG diplômés vont plutôt orienter leurs patients vers un centre de Consultation Mémoire ou un gériatre. Il est possible que leur formation complémentaire les encourage à orienter les patients vers des spécialistes ayant la même formation.

La méthodologie de repérage de la MA entre les MG est peu influencée par la possession d'un diplôme gériatrique. Les MG non diplômés en gériatrie sont bien informés sur la méthodologie de repérage de la MA. Par contre, les tests de dépistage GDS et IADL seraient plus utilisés par les MG ayant un diplôme gériatrique. Il semble que le neurologue ne soit pas un interlocuteur privilégié pour les MG possédant un diplôme de gériatrie.

IV.3.B Influence des freins théoriques au repérage précoce de la MA sur la réalisation de tests cognitifs

Les médecins ont été interrogés sur huit freins théoriques au repérage précoce. La plupart de ces freins n'ont pas d'influence sur la réalisation de tests cognitifs ($p > 0,05$).

La « complexité des tests » est le seul frein qui semble influencer la réalisation de tests cognitifs ($p < 0,05$) :

- parmi les MG considérant que la complexité des tests n'est pas un frein au repérage précoce, 88% disent les réaliser en pratique ;
- parmi les MG trouvant les tests cognitifs complexes, 76% disent les réaliser en pratique.

Bien que l'on constate une différence statistiquement significative entre ces 2 groupes ($p = 0,0355$), on remarque qu'un nombre élevé de MG (76%) réalisent les tests cognitifs même s'ils les jugent complexes. L'influence de la complexité des tests ne semble donc pas majeure sur leur réalisation.

En 2004 et en 2007, d'autres études concluaient déjà que l'utilisation de tests de dépistage plus simples et plus courts permettrait d'optimiser les pratiques et ainsi d'améliorer le dépistage de la MA [82, 83]. Depuis, il n'y a pas eu de tests nouvellement recommandés par l'HAS. Le MMSE, l'IADL et le GDS restent les références actuelles [24]. D'autres proposent aux MG de réaliser en pratique courante les 4 items de l'IADL simplifié, le GDS et des tests cognitifs courts comme les 5 Mots de Dubois [72].

IV.4 SYNTHÈSE

Les caractéristiques démographiques des MG interrogés sont comparables aux caractéristiques des MG de la Haute-Vienne. Notre échantillon est représentatif de la population de MG de la Haute-Vienne.

Parmi les plaintes à repérer de manière précoce (désorientation, fonctions sociales, troubles du comportement ou troubles mnésique, perte d'autonomie) la plainte la plus prise en compte par les MG interrogés est la plainte mnésique, qu'elle provienne du patient ou de sa famille.

Les plaintes de la famille sont toujours considérées par les MG interrogés. Les troubles du langage et les troubles psychiatriques restent moins pris en compte possiblement du fait des difficultés de diagnostics différentiels.

Les plaintes du patient sont prises en compte par les MG interrogés avec des tendances similaires mais globalement inférieures aux plaintes des familles ; les troubles psychiatriques et du langage sont également moins considérés.

Il semblerait que le MG tienne plus compte des plaintes de la famille que celles du patient. Devant l'importance donnée aux témoignages de l'entourage capable de donner des réponses fiables, il apparaît indispensable d'effectuer un entretien en présence de ces derniers.

L'ensemble de ces plaintes doivent constituer un signal amenant à débiter des investigations. Or, en l'absence de plaintes, 35% des MG renoncent au repérage précoce. Une recherche active de ces plaintes par un interrogatoire spontané permettrait probablement une amélioration du repérage. Les critères de sélection des patients à interroger restent encore à définir.

La plupart des éléments recherchés lors de l'interrogatoire sont déjà connus par les MG de par sa fonction de médecin traitant et médecin de famille.

Les MG de la Haute-Vienne disent réaliser des tests cognitifs, principalement le test de l'horloge, le MMSE et les 5 Mots de Dubois.

Les IADL et le GDS recommandés par l'HAS sont peu réalisés. Les modifications des activités quotidiennes sont pourtant un bon indice prédictif de démence et le GDS permet d'éliminer un éventuel diagnostic différentiel de dépression. Aucun autre test n'a été cité par les MG de la Haute-Vienne en réponse libre.

Malgré la faible utilisation du GDS, le syndrome dépressif reste le diagnostic différentiel le plus souvent évoqué. Une utilisation plus fréquente de ce test semble être une nécessité pour ne pas méconnaître une dépression. Les MG semblent se fier à leur sens clinique pour évaluer la dépression. Un interrogatoire précis et minutieux

ainsi qu'un examen clinique complet et biologique sont indispensables avant de conclure à une MA.

Les MG de la Haute-Vienne ont identifiés les Centres Mémoire comme étant l'orientation privilégiée en cas de repérage positif. Une multiplication de ces consultations inciterait les MG au repérage précoce et permettrait probablement une meilleure prise en charge des patients suspects de MA. Les neurologues sont aussi des interlocuteurs privilégiés, probablement de par leur statut de spécialiste du système nerveux central.

Le repérage précoce de la MA représente plusieurs intérêts pour les MG de la Haute-Vienne. La prise en charge de la perte d'autonomie par la mise en place d'aides à domicile, l'adaptation du domicile et l'information sur les EHPAD sont des enjeux majeurs lors du repérage précoce d'un patient atteint de MA. Selon les MG, la prise en charge et le soutien de la famille et des aidants, la stimulation cognitive la plus précoce possible du patient, le retardement de la mise en institution, la mise en place d'un traitement et l'entrée dans un système de soins spécifique, la prise en charge à 100% (malgré le peu de patients atteints en ALD) représentent des enjeux importants du repérage précoce. Ces données sont conformes aux recommandations du rapport Ménard [39].

La prévention de toute maltraitance (personnes vulnérables et dépendantes) et l'aide à la recherche scientifique (études épidémiologiques mais aussi études de thérapeutiques) ne sont pas encore associées à l'idée du repérage précoce de la MA.

L'effet néfaste du diagnostic est perçu par la moitié des MG comme étant un frein au repérage précoce ; cependant nous n'avons pas d'études confirmant ou infirmant ces données.

Le repérage précoce présente un intérêt pour le patient et sa famille : lui permettre de décider et de prévoir son avenir tout en ralentissant l'évolution de la maladie, et soutenir et informer la famille et les aidants.

L'absence de traitement efficace sur la morbi-mortalité et la iatrogénie des traitements existants sont des freins importants au repérage précoce. D'après les MG interrogés, la découverte d'une thérapeutique curative resterait le meilleur moyen pour les inciter à effectuer un repérage précoce. La réévaluation défavorable des traitements par la Commission du Médicament montre bien l'intérêt de la découverte de nouvelles thérapeutiques. La recherche scientifique représente un enjeu majeur pour améliorer la prise en charge.

L'élaboration de tests cognitifs plus simples et plus courts faciliterait le repérage précoce par les MG interrogés. Leur temps de réalisation et leur complexité restent des

freins importants. Une alternative est la réalisation de tests au cours de plusieurs consultations.

La primo prescription des traitements spécifiques par le MG ne semble pas être indispensable pour les inciter au repérage précoce : cela n'est pas perçu comme étant un frein principal au repérage précoce de la MA.

La formation et la sensibilisation des MG n'inciteraient que moyennement les MG au repérage précoce ; il en est de même pour l'idée d'une consultation rémunérée spécifique pour les MG.

L'absence de plaintes du patient et/ou de son entourage reste un des freins principal au repérage précoce de la MA. Un repérage « actif » par le MG, une information et une sensibilisation du grand public et des professionnels de santé aux troubles cognitifs et à la MA pourraient représenter des solutions pour ne pas sous-estimer l'aspect lent et insidieux d'installation des troubles d'autant plus que le déni et l'anosognosie accompagnent souvent cette maladie. Ce repérage « actif » ne doit être réalisé que sur des patients sélectionnés et non pas comme un dépistage systématique qui est source de surdiagnostics [56]. Les critères de sélection des patients sont encore à étudier.

Le Plan Alzheimer 2008-2012 ne prévoit pas de mesures spécifiques au MG mais place celui-ci au centre de la prise en charge. Une définition claire du rôle des MG dans le repérage précoce semble donc indispensable ainsi que des moyens financiers permettant d'assumer cette mission.

La méthodologie de repérage de la MA semble être similaire entre les MG ayant un diplôme gériatrique et ceux n'en ayant pas. Néanmoins, les MG possédant un diplôme gériatrique disent réaliser plus souvent les IADL (ou le mini-IADL) et le GDS recommandés par l'HAS. Une sensibilisation des MG sur ces tests semble utile pour améliorer le repérage précoce des MA ; enfin, la formation gériatrique spécifique (diplôme) ne semble pas avoir d'impact pour améliorer le diagnostic de MA.

Enfin, la complexité des tests reste un obstacle à leur réalisation ce qui inciterait à créer puis valider de nouveaux tests.

IV.5 LIMITES METHODOLOGIQUES

Le questionnaire analyse le ressenti des médecins et non la réalité de la pratique (biais de mémorisation). Une étude de pratique demande des moyens financiers et humains bien plus importants. Ceci étant, notre enquête retrouve des éléments qui concordent avec les données de la littérature et nous permettent de dégager des axes de travaux plus importants.

L'analyse statistique retrouve également des résultats cohérents, les items de réponse du questionnaire ont été élaborés à partir d'articles ou des travaux ; certains choix ont été faits dans l'élaboration des questions en vue d'une interprétation plus simple en terme de méthodologie. Certaines questions ainsi que leurs réponses ont provoqué des redondances dans l'analyse (moyens incitateurs et freins) mais ont surtout permis d'établir des concordances. Les réponses binaires (oui/non) vont dans ce sens là et ont facilité l'analyse méthodologique. Un espace de réponse libre en fin de question a cependant été proposé aux MG afin de ne pas amputer leur réflexion et leurs remarques.

Certains MG n'ont pas répondu à toutes les questions : il n'y a pas eu de remplacement en cas de variable manquante.

Tous les MG de la Haute-Vienne n'ont pas répondu au questionnaire (biais de représentativité) ; néanmoins, l'échantillon réalisé et le taux de participation des MG de la Haute-Vienne (51%) sont considérables.

Nous n'avons pas interrogés les médecins sur le type et la date d'obtention du diplôme gériatrique. Nous avons considéré que ce diplôme est relativement avancé au vu de la moyenne d'âge de l'échantillon.

Les MG ayant répondu ont choisi de répondre au questionnaire (biais de sélection). Il est possible que la plupart des médecins ayant choisi de répondre au questionnaire soient des médecins intéressés par le sujet et parfois mieux formés. La diversité des réponses obtenues laisse cependant penser que ce biais de sélection est peu important.

Certains résultats de tests statistiques peuvent faire l'objet d'un manque de puissance (notamment tests de Fisher).

V CONCLUSION

Dans les années à venir, de par le vieillissement de la population et la dépendance qu'elle entraîne, la MA va devenir un problème majeur de santé publique. Une formation adaptée et rigoureuse des MG sera incontournable pour faire face à ce problème.

Une mise à niveau sur certains tests cognitifs (GDS ou IADL) semble utile pour faciliter le repérage précoce de la MA.

Ceci pourrait s'effectuer par le biais de FMC ou de formations gériatriques, ainsi que d'une diffusion d'information et d'une meilleure communication. La complexité des tests et leur caractère chronophage est une difficulté majeure évoquée par les MG. La création de nouveaux tests plus simples et plus rapides pourrait permettre d'améliorer la prise en charge par les MG de patients suspects de MA.

L'intérêt du patient et de sa famille est au centre des préoccupations du MG. Le repérage précoce de la MA fait partie de ces préoccupations.

Les caractéristiques cliniques des patients à risque de développer une MA ne sont pas encore bien définies ; il s'agirait de favoriser la sélection des patients à risque pour améliorer le repérage et proposer des tests cognitifs à des patients suspects. Ceci nécessiterait un ciblage des patients à risque. Dans ce sens, il ne faudrait pas méconnaître les troubles du langage, les troubles psychiatriques, et les plaintes de la famille. Enfin, une information publique pour améliorer l'image de la maladie et sa prise en charge permettrait de lever certains tabous.

Les centres de Consultation Mémoire sont identifiés comme l'interlocuteur privilégié en cas de repérage positif. Leur multiplication pourrait permettre d'améliorer le repérage précoce et le diagnostic des patients atteints de MA, mais aussi de faciliter les études épidémiologiques et le développement de la recherche clinique.

La découverte d'un traitement curatif, médicamenteux ou autre, grâce à la recherche scientifique, est une priorité pour développer et stimuler le repérage précoce de la MA. La recherche scientifique doit donc être au premier plan. Elle pourrait aussi permettre

de découvrir des marqueurs biologiques ou d'imagerie simples et efficaces afin d'identifier les patients à risque.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Hui JS, Wilson RS, Bennet DA et al. Rate of cognitive decline and mortality in Alzheimer's disease. *Neurology*, 2003 ; 61 : 1356-1361.
- [2] Gillabert C. Immunothérapie de la maladie d'Alzheimer. *Repères en Gériatrie*, 2005, 55 : 385-389.
- [3] Sellal F, Kruczek E. *Maladie d'Alzheimer*. Rueil-Malmaison, Doin, 2001 ; 1, 146p.
- [4] France Alzheimer et maladies apparentées, Union Nationale des Associations Alzheimer 2006. *Le Livre Vert de la Maladie d'Alzheimer : Etat des lieux et Perspectives*, France Alzheimer et maladies apparentées. Union Nationale des Associations Alzheimer, Paris, 2006 ; 65p.
- [5] Khang P, Weintraub N, Espinoza RT. The use, benefits, and costs of cholinesterase inhibitors for Alzheimer's dementia in long-term care: are the data relevant and available? *J Am Med Dir Assoc*, 2004 ; 5(4) : 249-55.
- [6] Soto ME, Reynish E, Nourashémi F, et al. Aspects cliniques de la maladie d'Alzheimer. *Presse Med*, 2007 ; 36 : 1491-9.
- [7] Chen JH, Lin KP, Chen YC. Risk factors for dementia. *J Formos Med Assoc*. 2009 ; 108(10) : 754-64.
- [8] American Psychiatric Association. Committee on Nomenclature and Statistics. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV)*, critères diagnostiques (Washington DC, 1994). Traduction française par JD Guelfi et al. Paris, Masson, 1996.
- [9] Mc Khann G, Frachman D, Folstein M, et al. Clinical diagnosis of Alzheimer's disease : report of the NINCDS-ADRDA Work Group under the auspices of Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's disease. *Neurology*, 1984 ; 34 : 939-944.
- [10] Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE). *Projections démographiques pour la France, ses régions et ses départements (Horizons 2030-2050)*. INSEE Résultats, 2003 ; 16 : 3-38.
- [11] Ramarosan H, Helmer C, Barberger-Gateau P, et al. Prévalence de la démence et de la maladie d'Alzheimer chez les personnes de 75 ans et plus : données réactualisées de la cohorte PAQUID. *Rev Neurol*, 2003 ; 159, 4 : 405-411.
- [12] Dartigues JF, Gagnon M, Michel P, et al. Le programme de recherche PAQUID sur l'épidémiologie de la démence. Méthodologie et résultats initiaux. *Rev Neurol*, 1991 ; 147 : 225-230.
- [13] Hofman A, Rocca WA, Brayne C, et al. The prevalence of dementia in Europe : a collaborative study of 1980-1990 findings. Eurodem Prevalence Research Group. *Int. J. Epidemiol*, 1991 ; 20 : 736-748.
- [14] Joinville O, Tuppin Ph, Lamy C, et al. La maladie d'Alzheimer et autres démences diagnostiquées chez les 60 ans et plus: caractéristiques de la population et recours aux soins

des assurés du régime général en 2007. Pratiques et organisations des soins, 2009 ; 40, no2 : 81-90.

[15] Lobo A, Launer LJ, Fratigioni L, et al. Prevalence of dementia and major subtypes in Europe: A collaborative study of population based cohorts. Neurologic Diseases in the Elderly Research Group. Neurology, 2000 ; 54 (Suppl5) : S4-S9.

[16] Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM). Maladie d'Alzheimer Enjeux scientifiques, médicaux et sociétaux. Editions INSERM, 2007 ; 655p.

[17] Observatoire Régional de la Santé du Limousin (ORS du Limousin). La Maladie d'Alzheimer et les troubles apparentés en Limousin, 2009. Disponible sur : <<http://www.ors-limousin.org>>. (Page consultée le 15/05/2012)

[18] Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé (OPEPS). Rapport sur la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées, 2005 ; 256p.

[19] Kurz X, Scuvee-Moreau J, Salmon E, et al. Dementia in Belgium: prevalence in aged patients consulting in general practice. Rev Med Liege, 2001 ; 56 : 835-839.

[20] Tyas SL, Tate RB, Wooldrage K, et al. Estimating the incidence of dementia : the impact of adjusting for subject attrition using health care utilization data. Ann Epidemiol 2006 ; 16 : 477-484.

[21] Ross GW, Abbott RD, Petrovitch H, et al. Frequency and characteristics of silent dementia among elderly Japanese-American men. The Honolulu-Asia aging study. JAMA 1997 ; 277 : 800-5.

[22] O'Connor DW, Pollitt PA, Hyde JB, Brook CPB, Reiss BB, Roth M. Do general practitioners miss dementia in elderly patients? BMJ, 1988 ; 297 : 1107-10.

[23] Callahan CM, Hendrie HC, Tierney WM. Documentation an evaluation of cognitive ampairement in elderly primary care patients. Ann intern Med, 1995;122:422-9.

[24] Haute autorité de Santé (HAS). Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge. Décembre 2011. Disponible sur : <<http://www.has-sante.fr>>. (Page consultée le 10/8/2012)

[25] Wilson JMG, Jungner G. Principles and practice of screening for disease. WHO, Geneva, Public Health Papers, 1968 ; 34.

[26] US Preventive Services Task Force. Screening for Dementia. Recommendations and Rationale. Ann Intern Med, 2003 ; 138 (11) : 925-6

[27] Ministère des affaires sociales et de la santé. Plan "Alzheimer et maladies apparentées" 2001-2005. Octobre 2001. Disponible sur : <<http://www.sante.gouv.fr>>. (Page consultée le 10/10/2012)

[28] Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, Direction générale de la santé. Circulaire du 16 avril 2002 relative à la mise en œuvre du programme d'actions pour

les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées. Bulletin Officiel, 2002 ; 2002-18.

[29] Ministère des affaires sociales et de la santé. Plan "Alzheimer et maladies apparentées" 2004-2007. Disponible sur : <<http://www.sante.gouv.fr>>. (Page consultée le 10/10/2012)

[30] Plan "Alzheimer et maladies apparentées" 2008-2012. Novembre 2008. Disponible sur : <<http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/IMG/pdf/plan-alzheimer-2008-2012.pdf>>. (Page consultée le 12/05/2012)

[31] Kaduskiewicz H, et al. Cholinesterase inhibitors for patients with Alzheimer's disease: systematic review of randomised clinical trials. *BMJ*, 2005 ; 331, 321.

[32] Prescrire Rédaction. Les anticholinestérasiques dans la maladie d'Alzheimer. *Rev Prescrire*, 2003 ; 23 : 534-6.

[33] Schneider LS. AD2000: donepezil in Alzheimer disease. *Lancet*, 2004;363:2100-1.

[34] AD2000 Collaborative group. Long-term donepezil treatment in 565 patients with Alzheimer's disease : randomised double-blind trial. *Lancet*, 2004 ; 363 : 2105-15.

[35] Commission de la transparence. Rapport d'évaluation des médicaments Alzheimer. Haute autorité de Santé (HAS). Octobre 2011. Disponible sur : <<http://www.has-sante.fr>>. (Page consultée le 11/5/2012)

[36] Winblad B, Wimo A, Engelad K, et al. Etude sur trois ans du Donézépil dans la maladie d'Alzheimer : effets d'un traitement précoce et continu. *Reprint Dement Geriatr Cogn Disord*, 2006 ; 21 : 353-63.

[37] Renshaw J, Scurfield P, Cloke L, et al. General practitioners' views on the early diagnosis of dementia. *Br J Gen Pract*, 2001 ; 51 : 37-38.

[38] Vighetto A. Facteurs de risque et de protection de la maladie d'Alzheimer. *Lettre du Neurologue*, numéro spécial, 2006 ; 5.

[39] Ménard J. Rapport au président de la république, Commission nationale chargée de l'élaboration de propositions pour un plan national concernant la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées, novembre 2007. Disponible sur : <<http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-menard.pdf>> . (Page consultée le 01/01/2012)

[40] Loi du 22 avril 2005 sur les droits des malades et sur la fin de vie, Art. L. 1111-11

[41] Loi du 22 avril 2005 sur les droits des malades et sur la fin de vie, Art. L. 1111-12.

[42] HAS, ALD 15 Maladie d'Alzheimer et autres démences. Guide ALD, Mai 2009. Disponible sur : <<http://www.has-sante.fr>>. (Page consultée le 2/4/2012)

- [43] Allocation personnalisée d'autonomie, Code de l'action sociale et des familles : articles L232-1 à L232-2 , Code de l'action sociale et des familles : articles R232-1 à R232-6
- [44] Belmin J, Verny M. Prévention de la Maladie d'Alzheimer : espoirs et déceptions. *Presse Med*, 2006 ; 35 : 1291-92.
- [45] Baudu C. Que peut-on attendre des thérapies cognitives dans la maladie d'Alzheimer ? *Réseau Démence*, 2004 ; 7 : 4.
- [46] Aquino JP, Guisset MJ, Joel ME, et al. ANAES. Prise en charge non médicamenteuse de la maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés. Mai 2003.
- [47] Derouesné C, Baudin-Madec V, Kerromes I. Prise en charge non médicamenteuse de la maladie d'Alzheimer. *Rev. Prat*, 1998 ; 48 : 1918-22.
- [48] Gillette-Guyonnet S, Nourhashemi F, Andrieu S et al. The REAL.FR research program on Alzheimer's disease and its management: methods and preliminary results. *J Nutr Health Aging*, 2003 ; 7 : 91-96.
- [49] Reynish E, Cortes F, Andrieu S et al. The ICTUS Study: A Prospective longitudinal observational study of 1,380 AD patients in Europe. Study design and baseline characteristics of the cohort. *Neuroepidemiology*, 2007 ; 29 : 29-38.
- [50] Collectif. Intervenir au niveau de la famille pour retarder le placement institutionnel des patients atteints de maladie d'Alzheimer. *Bibliomed*, 1997 : 47. Disponible sur : <http://www.unaformec.org>. (Page consultée le 22/5/2012)
- [51] Petersen RC, Thomas RG, Grundman M, et al. Vitamine E and Donepezil for the treatment of mild cognitive impairment. *N Engl J Med*. 2005 ; 352 : 2379-88.
- [52] Michel BF, Croisile B. Quoi de neuf sur la planète MCI ? *Lettre du Neurologue*, 2006, n° spécial : 6-9.
- [53] Snowdon DA, Greiner LH, Mortimer JA, et al. Brain infarction and the clinical expression of Alzheimer's disease. The nun study. *JAMA*, 1997, 277 : 813-817.
- [54] Amouyel P. Epidémiologie et facteurs de risqué de la maladie d'Alzheimer. *Rev. Prat.*, 1998, 48 : 1879-1883.
- [55] Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*, 1975 ; 12 : 189-98.
- [56] Thomas JM. Early screen of the Alzheimer's disease by the general practitioner. Review of the literature *Rev Med Brux*, 2005 ; 26 : 279-88.
- [57] Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, 1969 ; 9 : 179-86.

- [58] Katz S, Ford AB, Moskowitz RW et al. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*, 1963 ; 185 : 914-19.
- [59] Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res*, 1982-1983 ; 17 : 37-49.
- [60] Brodaty H, Low LF, Gibson L, Burns K. What is the best dementia screening instrument for general practitioners to use? *Am J Geriatr Psychiatry*, 2006 ; 14 : 391-400.
- [61] Thomas P, Hazif-Thomas C, Billon R et al : Un nouvel instrument de dépistage de la démence chez la personne âgée, le Gpcog. *Rev Ger et Gerontol* 2004 ; 102 : 83-8.
- [62] Solomon PR, Hirschhoff A, Kelly B et al. A 7 minute neurocognitive screening battery highly sensitive to Alzheimer's disease. *Arch Neurol*, 1998 ; 55 : 349-55.
- [63] Tsolaki M, Papaliagkas V, Anogianakis G et al. European Alzheimer Disease Consortium. Consensus statement on dementia education and training in Europe. *J Nutr Health Aging*, 2010 ; 14(2) : 131-35.
- [64] Turner S, Iliffe S, Downs M et al. General practitioners' knowledge, confidence and attitudes in the diagnosis and management of dementia. *Age Ageing*, 2004 ; 33: 461-7.
- [65] Waldorff FB, Almind G, Mäkelä M et al. Implementation of a clinical dementia guideline. A controlled study on the effect of a multifaceted strategy. *Scand J Prim Health Care*, 2003 ; 21 : 142-7.
- [66] Wilcock J, Iliffe S, Turner S et al. Concordance with clinical practice guidelines for dementia in general practice. *Aging Ment Health*, 2009 ; 13: 155-61.
- [67] Hinton L, Franz CE, Reddy G et al. Practice constraints, behavioral problems, and dementia care: primary care physicians' perspectives. *J Gen Intern Med*, 2007 ; 22 : 1487-92.
- [68] Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. Arrêté du 22 septembre 2011 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes.
- [69] Hopman-Rock M, Tak EC, Staats PG. Development and validation of the Observation List for early signs of Dementia (OLD). *Int J Geriatr Psychiatry*, 2001 ; 16 : 406-14.
- [70] Brown J, Pengas G, Dawson K et al. Self administered cognitive screening test (TYM) for detection of Alzheimer's disease: cross sectional study. *BMJ*, 2009 ; 9 : 338 : b2030.
- [71] Belmin J, Pariel-Madjlessi S, Surun P et al. The cognitive disorders examination (Codex) is a reliable 3-minute test for detection of dementia in the elderly (validation study on 323 subjects) *Presse Med*, 2006 ; 36 : 1183-90.
- [72] Villars H, Oustric S, Andrieu S et al . The primary care physician and Alzheimer's disease: an international position paper. *J Nutr Health Aging*, 2010 ; 14(2) : 110-20.

- [73] Tangalos EG, Smith GE, Ivnik RJ et al : The MMSE in general practice : clinical acceptability and acceptance. *Mayo Clin Proc* 1996 ; 71 : 829-37.
- [74] White N, Scott A, Woods RT, et al. The limited utility of the MMSE in screening people over the age of 75 years for dementia in primary care. *Br J Gen Practice*, 2002 ; 52 : 1002-3
- [75] Brodaty H, Clarke J, Ganguli M et al. Screening for cognitive impairment in general practice. *Alzheimer Dis Assoc Disord*, 1998 ; 12 : 1-13.
- [76] Le Breton-Lerouillois G. Conseil national de l'Ordre des Médecins. La démographie médicale à l'échelle des bassins de vie en région limousin. Situation au 1^{er} juin 2011.
- [77] Le Breton-Lerouillois G. Conseil national de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en région limousin. Situation au 1^{er} janvier 2009.
- [78] Coley N, Ousset PJ, Andrieu S, et al. Memory complaints to the general practitioner: data from the GuidAge study. *J Nutr Health Aging*, 2008 ; 12: 66S-72S.
- [79] Steele C., Rovner B, Chase GA, et Al. Psychiatric symptoms and nursing home placement of patients with Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry*. 1990 ; 147(8) : 1049-51.
- [80] Jalenques I. Dépressions du sujet âgé, *Annuaire de Gériatrie 2009*, 3ème édition, 2009, p 63 - 65.
- [81] Clément JP. *Psychiatrie de la personne âgée*. Paris, Médecine Science Flammarion, 2010, 649p.
- [82] Beauvais M. Evaluation de la qualité de la prise en charge des patients atteints de la Maladie d'Alzheimer par les médecins généralistes de la Haute-Vienne. Th. Med. Limoges : 2007, 170p.
- [83] Chamard-Rocher S. Opinions et pratiques des médecins généralistes du Cher concernant le diagnostic et la prise en charge des maladies d'Alzheimer et des maladies apparentées. *Mémoire de capacité en gériatrie*. Limoges : Université de Limoges, 2005, 32p.
- [84] Croisile B, Rothoft JM. Plaintes de mémoire en médecine de ville : présentation et prise en charge. *La revue de Gériatrie* 2004 ; Tome 29 (n°3) : 179-188.
- [85] Cantegreil-Kallen I, Lieberherr D, Garcia A, et al. Detection of Alzheimer's disease in general medicine : preliminary results of a Sentinelles general practitioner's network survey. *Rev. Med. Interne*, 2004, 25, 8, 548-555.
- [86] Preux PM, Burbaud F, Ferley JP. Faisabilité du repérage des troubles cognitifs en médecine générale en Limousin. *ORS Limousin*, 2006.
- [87] Van Hout H, Vernooij-Dassen M, Bakker K, et al. General practitioners on dementia: talks, practices and obstacles. *Patient Education and Counseling*, 2000, 39 : 219-225.

- [88] van Hout HP, Vernooij-Dassen MJ, Hoefnagels WH et al. Dementia : predictors of diagnostic accuracy and the contribution of diagnosis recommendations. J Fam Pract, 2002 ; 51 : 693-9
- [89] Touchon J, Ritchie K : Prodromal cognitive disorder in Alzheimer's disease. Int J Geriatr Psychiatry, 1999 ; 14 : 556-63
- [90] Cowppli-Bony P, Fabrigoule C, Letenneur L, et al. Le test des 5 mots : validité dans la détection de la maladie d'Alzheimer dans la population générale. Rev Neurol, 2005 ; 161 : 1205-12.
- [91] Yesavage JD. Differential diagnosis between depression and dementia. AM. J. Med., 1993, 94, supp5A : 23S-28S.
- [92] Derouesné C, Lacomblez L. Manifestations précoces de la Maladie d'Alzheimer. Rev du Généraliste et de la Gériatrie, 2002 ; 89 : 393-8
- [93] Gallois P, Vallee JP, Le Noc Y. Diagnostic précoce de la maladie d'Alzheimer : comment et pourquoi ?, Rev. Medecine, 2007, 3 ; 118-122.
- [94] Gallez C. Rapport sur la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées. Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé. Assemblée Nationale n° 2454, Sénat n° 466, Paris, 2005, 286p.
- [95] Etude du Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (HCAAM) sur le temps de travail médical des médecins libéraux, mai 2007.
- [96] Commission de la transparence. Haute autorité de Santé (HAS). Rapport d'évaluation des médicaments Alzheimer. 2007. Disponible sur : <<http://www.has-sante.fr>>. (Page consultée le 1/9/2012).

Annexe 1 : Critères diagnostiques de la démence de type Alzheimer, DSM-IV-TR

A. Apparition de déficits cognitifs multiples, comme en témoignent à la fois :

1. une altération de la mémoire (altération de la capacité à apprendre des informations nouvelles ou à se rappeler les informations apprises antérieurement) ;
2. une (ou plusieurs) des perturbations cognitives suivantes :
 - a. aphasie (perturbation du langage)
 - b. apraxie (altération de la capacité à réaliser une activité motrice malgré des fonctions motrices intactes)
 - c. agnosie (impossibilité de reconnaître ou d'identifier des objets malgré des fonctions sensorielles intactes)
 - d. perturbation des fonctions exécutives (faire des projets, organiser, ordonner dans le temps, avoir une pensée abstraite).

B. Les déficits cognitifs des critères A1 et A2 sont tous les deux à l'origine d'une altération significative du fonctionnement social ou professionnel et représentent un déclin significatif par rapport au niveau de fonctionnement antérieur.

C. L'évolution est caractérisée par un début progressif et un déclin cognitif continu.

D. Les déficits cognitifs des critères A1 et A2 ne sont pas dus :

1. à d'autres affections du système nerveux central qui peuvent entraîner des déficits progressifs de la mémoire et du fonctionnement cognitif (par exemple : maladie cérébrovasculaire, maladie de Parkinson, maladie de Huntington, hématome sous-dural, hydrocéphalie à pression normale, tumeur cérébrale) ;
2. à des affections générales pouvant entraîner une démence (par exemple : hypothyroïdie, carence en vitamine B12 ou en folates, pellagre, hypercalcémie, neurosyphilis, infection par le VIH) ;
3. à des affections induites par une substance.

E. Les déficits ne surviennent pas de façon exclusive au cours de l'évolution d'un syndrome confusionnel.

F. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un trouble de l'Axe I (par exemple : trouble dépressif majeur, schizophrénie).

Codification fondée sur la présence ou l'absence d'une perturbation cliniquement significative du comportement :

Sans perturbation du comportement : si les troubles cognitifs ne s'accompagnent d'aucune perturbation cliniquement significative du comportement.

Avec perturbation du comportement : si les troubles cognitifs s'accompagnent d'une perturbation cliniquement significative (par exemple : errance, agitation) du comportement.

Préciser le sous-type :

À début précoce : si le début se situe à 65 ans ou avant.

À début tardif : si le début se situe après 65 ans.

Annexe 2 : Critères diagnostiques de la maladie d'Alzheimer, NINCDS-ADRDA

1. Critères de maladie d'Alzheimer probable :

- syndrome démentiel établi sur des bases cliniques et documenté par le Mini-Mental State Examination, le Blessed Dementia Scale ou tout autre test équivalent et confirmé par des preuves neuropsychologiques
- déficit d'au moins deux fonctions cognitives
- altérations progressives de la mémoire et des autres fonctions cognitives
- absence de trouble de conscience
- survenue entre 40 et 90 ans, le plus souvent au-delà de 65 ans
- en l'absence de désordres systémiques ou d'une autre maladie cérébrale pouvant rendre compte par eux-mêmes, des déficits mnésiques et cognitifs progressifs

2. Ce diagnostic de maladie d'Alzheimer probable est renforcé par :

- la détérioration progressive des fonctions telles que le langage (aphasie), les habilités motrices (apraxie) et perceptives (agnosie)
- la perturbation des activités de la vie quotidienne et la présence de troubles du comportement
- une histoire familiale de troubles similaires surtout si confirmés histologiquement
- le résultat aux examens standards suivants :
- normalité du liquide céphalo-rachidien
- EEG normal ou siège de perturbations non spécifiques comme la présence d'ondes lentes
- présence d'atrophie cérébrale d'aggravation progressive

3. Autres caractéristiques cliniques compatibles avec le diagnostic de maladie d'Alzheimer probable après exclusion d'autres causes :

- période de plateaux au cours de l'évolution
- présence de symptômes tels que dépression, insomnie, incontinence, idées délirantes, illusions, hallucinations, réactions de catastrophe, désordres sexuels et perte de poids. Des anomalies neurologiques sont possibles surtout aux stades évolués de la maladie, notamment des signes moteurs tels qu'une hypertonie, des myoclonies ou des troubles de la marche.
- crises comitiales aux stades tardifs
- scanner cérébral normal pour l'âge

4. Signes rendant le diagnostic de maladie d'Alzheimer probable incertain ou improbable :

- début brutal
- déficit neurologique focal tel que hémiparésie, hypoesthésie, déficit du champ visuel, incoordination motrice à un stade précoce
- crises convulsives ou troubles de la marche en tout début de maladie

5. Le diagnostic clinique de la maladie d'Alzheimer possible :

- peut être porté sur la base du syndrome démentiel, en l'absence d'autre désordre neurologique, psychiatrique ou systémique susceptible de causer une démence, en présence de variante dans la survenue, la présentation ou le cours de la maladie ;
- peut être porté en présence d'une seconde maladie systémique ou cérébrale susceptible de produire un syndrome démentiel mais qui n'est pas considérée comme la cause de cette démence ;
- et pourrait être utilisé en recherche clinique quand un déficit cognitif sévère progressif est identifié en l'absence d'autre cause identifiable.

6. Les critères pour le diagnostic de maladie d'Alzheimer certaine sont :

- les critères cliniques de la maladie d'Alzheimer probable ;
- et la preuve histologique apportée par la biopsie ou l'autopsie.

Annexe 3 : Prévalence des démences chez les hommes et chez les femmes (Euroderm)

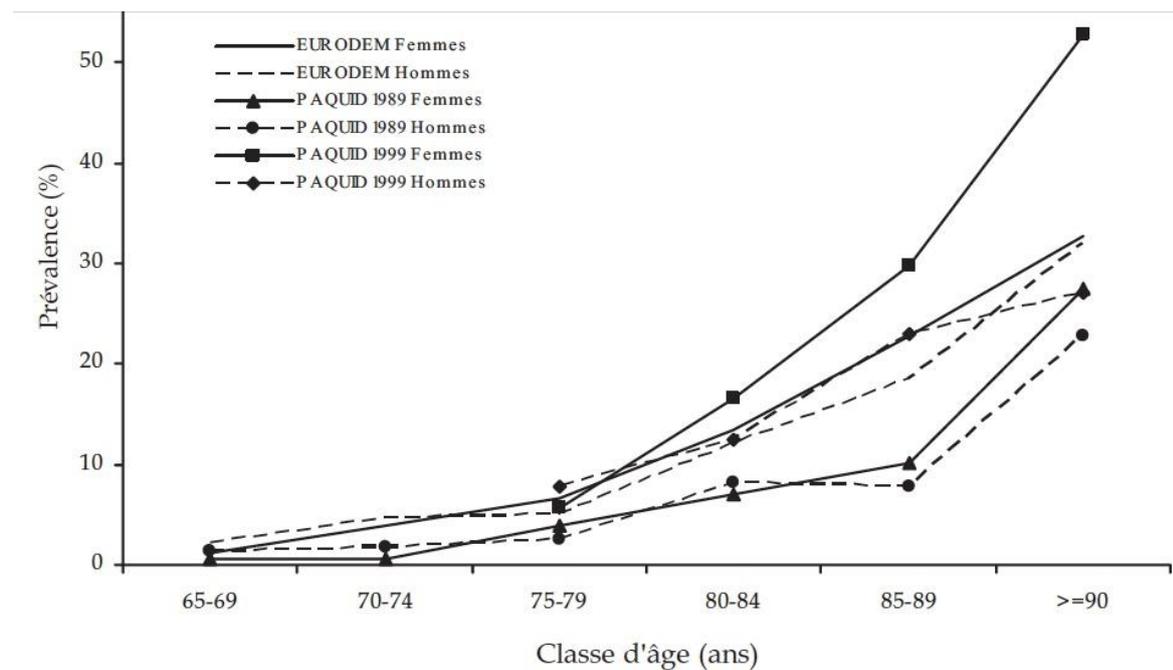
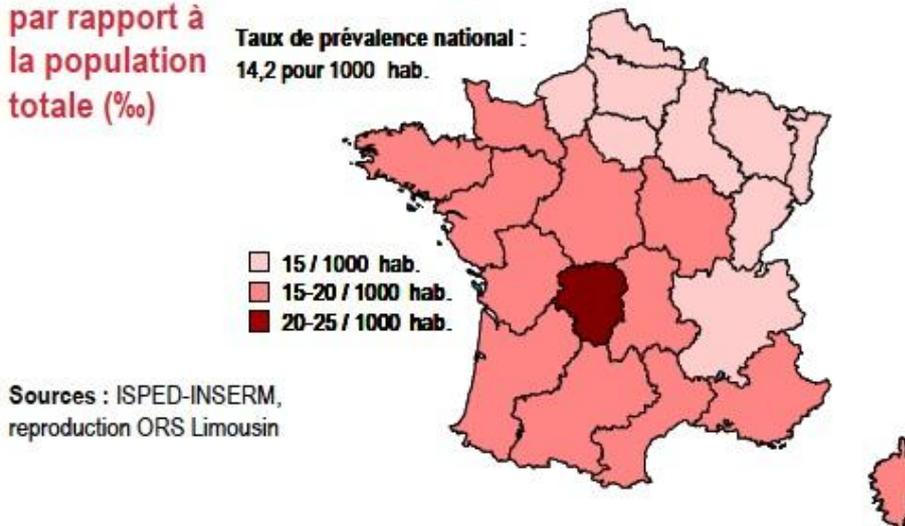


Figure 15.1 : Prévalence des démences chez les hommes et chez les femmes
 Données de la méta-analyse Eurodem sur des études des années 1990 (Lobo et coll., 2000)
 Données initiales de l'étude Paquid (1988-1989) (Letenneur et coll., 1993)
 Données lors du suivi à 10 ans de l'étude Paquid (1998-1999) (Ramaroson et coll., 2003)

Annexe 4 : Répartition régionale du taux de prévalence des démences en 2004

Fig. 1 Répartition régionale du taux de prévalence des démences chez les 65 ans ou plus en 2004 par rapport à la population totale (‰)



Annexe 5 : Prévalence de la maladie d'Alzheimer selon le territoire de santé (Limousin)

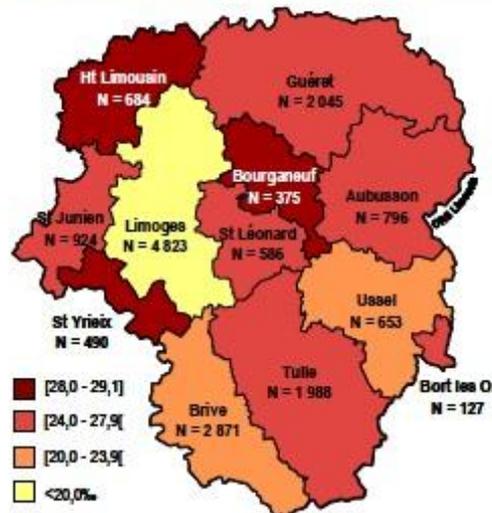
Fig. 2 Prévalence* de la maladie d'Alzheimer chez les 65 ans ou plus en 2006 selon le territoire de santé sur la population totale

Limousin :
N = 16 363 - Taux : 22,4 ‰

Corrèze :
N = 5 639 - Taux : 24,3 ‰

Creuse :
N = 3 216 - Taux : 28,8 ‰

Hte-Vienne :
N = 7 507 - Taux : 21,2 ‰



* Nombre de cas et taux pour 1 000 hab. standardisé sur l'âge

Modélisation réalisée par l'ORS du Limousin, d'après ISPED-INSERM, INSEE (Pop. 2006)

Annexe 6 : Estimation du nombre de cas en Limousin en 2006

Tab. 1 Estimation du nombre de cas prévalents de démence par sexe et âge en Limousin en 2006

Tranches d'âge	H.	Tx %	F.	Tx %	Ens.	Tx %
65-69 ans ⁽³⁾	134	0,8	234	1,2	368	1,0
70-74 ans ⁽³⁾	325	1,8	723	3,2	1048	2,6
75-79 ans ⁽²⁾	1205	7,7	1238	5,7	2443	6,5
80-84 ans ⁽²⁾	1439	12,5	3151	16,6	4590	15,0
85 ans ou plus ⁽²⁾	1657	23,9	6257	38,4	7914	34,4
Total 65 ans ou +	4760	6,8	11603	11,7	16363	9,7
Total 75 ans ou +	4301	12,6	10646	18,7	14947	16,4

Modélisation réalisée par l'ORS du Limousin, d'après ISPED-INSERM, INSEE (Pop. 2006)

Hypothèse : prévalence régionale par âge et sexe identique à celle estimée par les études :

(3) "Faenza et Granarolo", Italie (2005) - (2) PAQUID, France (2003)

Annexe 7 : Estimation du nombre de nouveaux cas en Limousin en 2006

Tab. 2 Estimation du nombre de nouveaux cas* de démence et taux pour 1 000 habitants, par sexe et âge en Limousin en 2006

Tranches d'âge	H.	Tx ‰	F.	Tx ‰	Ens.	Tx ‰
65-69 ans	35	2,0	51	2,6	86	2,3
70-74 ans	157	8,7	120	5,3	277	6,8
75-79 ans	318	20,3	384	17,7	702	18,7
80-84 ans	436	37,9	801	42,2	1237	40,5
85-89 ans	291	61,2	712	79,0	1003	73,4
90 ans ou +	195	89,4	907	124,5	1102	116,0
Total 65 ans ou +	1 432	20,5	2 974	30,0	4 407	26,1

Modélisation : ORS du Limousin, d'après ISPED-INSERM

Selon l'étude PAQUID (1988-2001)*

* Données d'incidence de l'étude PAQUID (1988-2001) réanalysées, appliquées à la population estimée par l'INSEE pour la région en 2006

Annexe 8 : Mini Mental State Examination (MMSE) (Version consensuelle GRECO)

Orientation / 10

Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire.

Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez.

Quelle est la date complète d'aujourd'hui ?

Si la réponse est incorrecte ou incomplète, posez les questions restées sans réponse, dans l'ordre suivant :

1. En quelle année sommes-nous ?
2. En quelle saison ?
3. En quel mois ?
4. Quel jour du mois ?
5. Quel jour de la semaine ?

Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous trouvons.

6. Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes ?
7. Dans quelle ville se trouve-t-il ?
8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ?
9. Dans quelle province ou région est située ce département ?
10. A quel étage sommes-nous ?

Apprentissage / 3

Je vais vous dire trois mots ; je vous voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir

car je vous les redemanderai tout à l'heure.

11. Cigare Citron Fauteuil
12. Fleur ou Clé ou Tulipe
13. Porte Ballon Canard Répéter les 3 mots.

Attention et calcul / 5

Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ?

14. 93 15. 86 16. 79 17. 72 18. 65

Pour tous les sujets, même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander :

Voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers ? Rappel / 3

Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandés de répéter et de retenir tout à l'heure ?

11. Cigare Citron Fauteuil
12. Fleur ou Clé ou Tulipe
13. Porte Ballon Canard

Langage / 8

Montrer un crayon. 22. Quel est le nom de cet objet ?

Montrer votre montre. 23. Quel est le nom de cet objet ?

24. Ecoutez bien et répétez après moi : « PAS DE MAIS, DE SI, NI DE ET »

Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : « Ecoutez bien et faites ce que je vais vous dire :

25. Prenez cette feuille de papier avec votre main droite,
26. Pliez-la en deux,
27. Et jetez-la par terre. »

Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractère : « FERMEZ LES YEUX » et dire au sujet :

28. « Faites ce qui est écrit ».

Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo, en disant :

29. « Voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière. »

Praxies constructives / 1

Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander : 30. « Voulez-vous recopier ce dessin ? »

Annexe 9 : Echelle d'Activités Instrumentales de la Vie Courante (IADL)

Identification du Patient :

Date :

Capacité à ... Cocher puis relier les points pour visualiser l'évolution :

A – ... Utiliser le téléphone

- 1 – De sa propre initiative, cherche et compose les numéros
- 2 – Compose un petit nombre de numéros bien connus
- 3 – Répond au téléphone mais n'appelle pas
- 4 – Incapable d'utiliser le téléphone

B – ... Faire les courses

- 1 – Fait les courses de façon indépendante
- 2 – Fait seulement les petits achats tout seul
- 3 – A besoin d'être accompagné quelque soit la course
- 4 – Totalement incapable de faire les courses

C – ... Préparer les repas

- 1 – Prévois, prépare et sert les repas de façon indépendante
- 2 – Prépare les repas si on lui fournit les ingrédients
- 3 – Est capable de réchauffer les petits plats préparés
- 4 – A besoin qu'on lui prépare et qu'on lui serve ses repas

D – ... Entretenir le domicile

- 1 – Entretiens seul la maison avec une aide occasionnelle pour les gros travaux
- 2 – Ne fait que les travaux d'entretien quotidiens
- 3 – Fais les petits travaux sans parvenir à garder un niveau de propreté suffisant
- 4 – A besoin d'aide pour toutes les tâches d'entretien du domicile
- 5 – Ne participe pas du tout à l'entretien du domicile

E – ... Faire la lessive

- 1 – Fait toute sa lessive perso. ou la porte lui-même au pressing
- 2 – Lave les petites affaires
- 3 – Toute la lessive doit être faite par d'autres

F – ... Utiliser les moyens de transport

- 1 – Peut voyager seul et de façon indépendante
- 2 – Peut se déplacer seul en taxi ou par autobus
- 3 – Peut prendre les transports en commun s'il est accompagné
- 4 – Transport limité au taxi ou à la voiture avec accompagnement
- 5 – Ne se déplace pas du tout

G – ... Prendre les médicaments

- 1 – S'occupe lui-même de la prise (dosage et horaire)
- 2 – Peut les prendre par lui-même s'ils sont préparés à l'avance
- 3 – Incapable de les prendre de lui-même

H – ... Gérer son budget

- 1 – Totalement autonome (fait des chèques, paye ses factures,...)
- 2 – Se débrouille pour les dépenses au jour le jour, mais a besoin d'aide pour gérer à long terme
- 3 – Incapable de gérer l'argent nécessaire à payer ses dépenses au jour le jour

Annexe 10 : Test des 5 mots de Dubois

Nom : _____ Prénom : _____ Age : _____ Date : _____
_____ Evalueur : _____

ETAPE D'APPRENTISSAGE

Rappel spontané

Rappel avec indice

- | | | |
|--------------------------|----------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Boisson | <input type="checkbox"/> |
| | <u>Limonade</u> | |
| <input type="checkbox"/> | Ustensile de cuisine | <input type="checkbox"/> |
| | <u>Passoire</u> | |
| <input type="checkbox"/> | Véhicule | <input type="checkbox"/> |
| | <u>Camion</u> | |
| <input type="checkbox"/> | Bâtiment | <input type="checkbox"/> |
| | <u>Musée</u> | |
| <input type="checkbox"/> | Insecte | <input type="checkbox"/> |
| | <u>Sauterelle</u> | |

Score d'apprentissage : _____ / 5

Tâche interférente

ETAPE DE MEMOIRE

Rappel spontané

Rappel avec indice

- | | | |
|--------------------------|----------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Boisson | <input type="checkbox"/> |
| | <u>Limonade</u> | |
| <input type="checkbox"/> | Ustensile de cuisine | <input type="checkbox"/> |
| | <u>Passoire</u> | |
| <input type="checkbox"/> | Véhicule | <input type="checkbox"/> |
| | <u>Camion</u> | |
| <input type="checkbox"/> | Bâtiment | <input type="checkbox"/> |
| | <u>Musée</u> | |
| <input type="checkbox"/> | Insecte | <input type="checkbox"/> |
| | <u>Sauterelle</u> | |

Score de mémoire : _____ / 5

SCORE TOTAL : _____ / 10

Annexe 11 : Echelle gériatrique de dépression (GDS)

NOM : Prénom : Date :

- 1 - Etes-vous satisfait(e) de votre vie? oui non*
- 2 - Avez-vous renoncé à un grand nombre de vos activités? oui* non
- 3 - Avez-vous le sentiment que votre vie est vide? oui* non
- 4 - Vous ennuyez-vous souvent? oui* non
- 5 - Envisagez-vous l'avenir avec optimisme? oui non*
- 6 - Etes-vous souvent préoccupé(e) par des pensées qui reviennent sans cesse?
oui* non
- 7 - Etes-vous de bonne humeur la plupart du temps? oui non*
- 8 - Craignez-vous un mauvais présage pour l'avenir? oui* non
- 9 - Etes-vous heureux la plupart du temps? oui non*
- 10 - Avez-vous souvent besoin d'aide, oui* non
- 11 - Vous sentez-vous souvent nerveux(se) au point de ne pouvoir tenir en place?
oui* non
- 12 - Préférez-vous rester seul(e) dans votre chambre plutôt que d'en sortir?
oui* non
- 13 - L'avenir vous inquiète-t-il? oui* non
- 14 - Pensez-vous que votre mémoire est plus mauvaise que celle de la plupart des gens?
oui* non
- 15 - Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre à notre époque? oui non*
- 16 - Avez-vous souvent le cafard ? oui* non
- 17 - Avez-vous le sentiment d'être désormais inutile? oui* non
- 18 - Ressassez-vous beaucoup le passé? oui* non
- 19 - Trouvez-vous que la vie est passionnante? oui non*
- 20 - Avez-vous des difficultés à entreprendre de nouveaux projets? oui* non
- 21 - Avez-vous beaucoup d'énergie? oui non*
- 22 - Désespérez-vous de votre situation présente? oui* non
- 23 - Pensez-vous que la situation des autres est meilleure que la vôtre et que les autres ont
plus de chance que vous?
oui* non
- 24 - Etes-vous souvent irrité(e) par des détails? oui* non
- 25 - Eprenez-vous souvent le besoin de pleurer? oui* non
- 26 - Avez-vous du mal à vous concentrer? oui* non
- 27 - Etes-vous content(e) de vous lever le matin? oui non*
- 28 - Refusez-vous souvent les activités proposées? oui* non
- 29 - Vous est-il facile de prendre des décisions? oui non*
- 30 - Avez-vous l'esprit aussi clair qu'autrefois? oui non*

Chaque réponse marquée * vaut un point.

Score 0 à 5 : normal

Score entre 5 et 9 : indique une forte probabilité de dépression

Score à 10 et plus : indique presque toujours une dépression

Annexe 12 : questionnaire adressé aux médecins généralistes participants

IDENTIFICATION DU MEDECIN

Sexe : **femme** **homme** Année de naissance : 19__ Année de 1^{ère} installation :

Exercice : **urbain** **rural** **semi-rural** Type de cabinet : **seul** **en groupe**

Intervention en EHPAD : **en tant que coordonnateur** **en tant que médecin traitant**

Possédez-vous une formation gériatrique (DIU, DESC, DU) ? **Oui** **Non**

METHODOLOGIE

1-Quelles sont les plaintes du patient et/ou de sa famille pouvant vous faire évoquer une suspicion de démence type Alzheimer (MA) ?

Plaintes	Du patient	De sa famille
Troubles mnésiques	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Perte d'autonomie pour les activités de la vie quotidienne	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Troubles du comportement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Troubles du langage	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Altérations des fonctions sociales	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Troubles psychiatriques	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Troubles de l'orientation temporo-spatiale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autres	_____	_____
	_____	_____

2-Une absence de plaintes du patient et/ou de sa famille vous fait-il renoncer à un repérage précoce ? **Oui** **Non**

3-Demandez-vous à effectuer l'entretien, suite à une plainte, en présence de l'entourage et/ou de la famille ?

Oui **Non**

4-Que recherchez-vous plus particulièrement lors de l'entretien ?

Anamnèse de l'histoire de la maladie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Antécédents familiaux de démence	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Antécédents et facteurs de risque cardio-vasculaire (diabète, HTA, cholestérol, AVC...)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Antécédents neurologiques	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Alcoolisme et autres dépendances	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Situation sociale et familiale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Niveau intellectuel	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Traitements antérieurs et actuels	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Syndrome dépressif ou autres troubles psychiatriques	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autres :	

5-Effectuez-vous des tests mnésiques au cabinet lors de l'entretien ?

Non **Oui toujours** **Oui souvent** **Oui rarement**

Si Oui, lesquels utilisez-vous ?

MMSE (mini mental state examination)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	IADL (instrumental activities of daily living)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Test de l'horloge	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	5 Mots de Dubois	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
GDS (geriatric depression scale)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Autres :			

6-Quels autres diagnostics évoquez-vous si les tests sont perturbés ?

Syndrome dépressif	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Iatrogénie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Troubles métaboliques (dysthyroïdie, infection, néoplasie, troubles hydro-électrolytiques,...)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Sénilité (MCI mild cognitive impairment)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Syndrome confusionnel	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Syndrome neurologique type AVC	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autres démences	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Autres :			

7-A la suite d'un repérage positif, pour confirmer votre hypothèse diagnostique, vous orientez votre patient de préférence vers :

Gériatre	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Neurologue	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Psychiatre	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Psychologue	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Consultation mémoire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	si oui, laquelle ?	

PERSPECTIVES D'AVENIR

1-Selon vous, quel est l'intérêt d'un repérage précoce de la démence type Alzheimer par les médecins généralistes ?

Prise en charge sociale précoce de la future perte d'autonomie (aides à domicile, information sur les EHPAD, adaptation du domicile,...)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Mise en place d'un traitement spécifique précoce et entrée dans un système de soins spécifique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Prise en charge à 100% (ALD 15)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Prise en charge et soutien de la famille (information sur la maladie et son évolution, Maison d'aide et d'information sur la MA (ou MAIA), associations,...)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Retardement de la mise en institution	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Prévention de toute maltraitance	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Stimulation cognitive la plus précoce possible	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Aide pour la recherche scientifique sur la maladie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Aucun intérêt au repérage précoce actuellement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autres :	

2-Selon vous, qu'est-ce qui inciterait les Médecins Généralistes au repérage précoce ?

La découverte à court terme d'une thérapeutique réellement efficace	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
La mise en place d'une consultation de repérage rémunérée spécifiquement pour les médecins généralistes	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
L'autorisation de la prescription initiale des traitements spécifiques	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
L'élaboration de tests de mémoire simples et validés	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
La formation et la sensibilisation des médecins généralistes sur la maladie (FMC par exemple)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

L'utilisation des nouvelles technologies (télémédecine, création de bases de données, informatisation des questionnaires...)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Une campagne ministérielle publique d'information (type « parlez-en à votre médecin »)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
La multiplication des centres de consultation mémoire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
L'utilisation de questionnaires validés dans les salles d'attente, que le patient remplirait lui-même et montrerait à son médecin traitant	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autres :	

3-Quels sont les différents freins, selon vous, au repérage précoce ?

Activité chronophage	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Absence de thérapeutique actuellement efficace	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Introgénie importante des thérapeutiques existantes (réévaluation de la balance bénéfice risque par l'HAS prévue pour 2011)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Complexité des tests de mémoire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Effet néfaste du diagnostic chez des patients qui se sentent alors « en bonne santé » (anxiété, dépression, syndrome de glissement,...)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Absence de mesures spécifiques concernant le rôle du médecin traitant dans le plan Alzheimer 2008-2012	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Absence de plaintes des patients ou de leur famille	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Interdiction de prescription initiale de traitement pour les Médecins Généralistes	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autres :	

Merci d'avoir pris le temps de répondre à mon questionnaire.

SOMMAIRE

LISTE DES ABREVIATIONS

INTRODUCTION

I ETAT DES CONNAISSANCES

I.1 LA MALADIE D'ALZHEIMER : DEFINITION

I.2 EPIDEMIOLOGIE DE LA MALADIE D'ALZHEIMER

I.2.A Epidémiologie nationale : un problème de santé publique

I.2.A.1 Prévalence en France

I.2.A.2 Incidence en France

I.2.A.3 Tendances d'évolution

I.2.B Epidémiologie régionale

II.2.B.1 Prévalence en Limousin

II.2.B.2 Incidence en Limousin

I.2.C Limites épidémiologiques

I.3 LE DIAGNOSTIC DE LA MALADIE D'ALZHEIMER EN PRATIQUE

I.4 LE REPERAGE PRECOCE DE LA MALADIE D'ALZHEIMER

I.4.A Intérêt pour le patient

I.4.A.1 Prise en charge médicamenteuse

I.4.A.2 Prise en charge non médicamenteuse

I.4.B Intérêt pour les aidants et/ou la famille

I.4.C Intérêt pour la recherche médicale

I.4.D Les outils du repérage précoce de la Maladie d'Alzheimer

I.4.E Les freins au dépistage précoce de la Maladie d'Alzheimer

I.4.E.1 L'acceptation de la maladie par le grand public

I.4.E.2 La mise en pratique par les professionnels

I.4.E.3 Les difficultés financières

I.4.F La recherche et les nouveaux outils

II MATERIEL ET METHODE

II.1 Objectif principal

II.2 Objectifs secondaires

II.3 Méthode

III RESULTATS

III.1 PROFIL DES MEDECINS GENERALISTES PARTICIPANTS

III.2 OBJECTIF PRINCIPAL : ETUDE DU REPERAGE PRECOCE DE LA MALADIE D'ALZHEIMER PAR LES MEDECINS GENERALISTES EN HAUTE-VIENNE

III.2.A Plaintes des aidants et/ou de la famille et des patients

III.2.B Renoncement au repérage précoce

III.2.C Demande d'entretien avec la famille

III.2.D Eléments recherchés à l'interrogatoire

III.2.E Tests cognitifs

III.2.F Diagnostics différentiels à évoquer en cas de tests perturbés

III.2.G Orientation du patient en cas de repérage positif

III.2.H Intérêts du repérage précoce de la Maladie d'Alzheimer

III.2.I Moyens d'incitation des Médecins Généralistes au repérage précoce de la Maladie d'Alzheimer

III.2.J Freins au repérage précoce de la Maladie d'Alzheimer

III.3 OBJECTIFS SECONDAIRES

III.3.A Influence d'un diplôme gériatrique sur le repérage précoce de la Maladie d'Alzheimer

III.3.A.1 Plaintes des aidants et/ou de la famille et des patients

III.3.A.2 Renoncement au repérage précoce

III.3.A.3 Demande d'entretien avec la famille

III.3.A.4 Eléments recherchés à l'interrogatoire

III.3.A.5 Tests cognitifs

III.3.A.6 Diagnostics différentiels à évoquer en cas de tests perturbés

III.3.A.7 Orientation du patient en cas de repérage positif

III.3.B Influence des freins théoriques au repérage précoce de la Maladie d'Alzheimer sur la réalisation de tests cognitifs

IV DISCUSSION

IV.1 PROFIL DES MEDECINS GENERALISTES PARTICIPANTS

IV.2 OBJECTIF PRINCIPAL : LE REPERAGE PRECOCE DE LA MALADIE D'ALZHEIMER PAR LES MEDECINS GENERALISTES DE LA HAUTE-VIENNE

IV.2.A Plaintes des aidants et/ou de la famille et des patients

IV.2.B Renoncement au repérage précoce

IV.2.C Demande d'entretien avec la famille

IV.2.D Eléments recherchés à l'interrogatoire

IV.2.E Tests cognitifs

IV.2.F Diagnostics différentiels à évoquer en cas de tests perturbés

IV.2.G Orientation du patient en cas de repérage positif

IV.2.H Intérêts du repérage précoce de la Maladie d'Alzheimer

IV.2.I Moyens d'incitation des Médecins Généralistes au repérage précoce de la Maladie d'Alzheimer

IV.2.J Freins au repérage précoce de la Maladie d'Alzheimer

IV.3 OBJECTIFS SECONDAIRES

IV.3.A Influence d'un diplôme gériatrique sur le repérage précoce de la Maladie d'Alzheimer

IV.3.B Influence des freins théoriques au repérage précoce de la Maladie d'Alzheimer sur la réalisation de tests cognitifs

IV.4 SYNTHESE

IV.5 LIMITES METHODOLOGIQUES

V CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

TABLE DES MATIERES

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

THESE MEDECINE GENERALE

TITRE :

Le repérage précoce de la Maladie d'Alzheimer en Médecine Générale : enquête auprès de 205 médecins généralistes de la Haute-Vienne.

RESUME

La Maladie d'Alzheimer est une affection neurodégénérative irréversible du système nerveux central. Sa prévalence, son pronostic et ses conséquences médico-socio-économiques en font un enjeu majeur de santé publique. Depuis 2001, trois plans Alzheimer ont été mis en place ; il existe toujours un retard diagnostique important. L'objectif de ce travail est d'étudier le repérage précoce de la Maladie d'Alzheimer par les médecins généralistes de la Haute-Vienne à partir d'un questionnaire évaluant leur méthodologie, les incitations, les intérêts et freins théoriques au repérage précoce. Nos résultats montrent que les plaintes de la famille sont toujours mieux prises en compte par le médecin généraliste que celles émanant du patient, la plainte mnésique étant la plus considérée. Parmi les tests cognitifs réalisables, les médecins privilégient le Mini Mental State. Le diagnostic différentiel le plus souvent évoqué est le syndrome dépressif, mais le Geriatric Depression Scale est peu utilisé. Les centres mémoire sont l'orientation privilégiée en cas de repérage positif. Les intérêts théoriques au repérage précoce sont bien identifiés mais l'absence de plaintes, l'absence de traitement curatif, la complexité et le caractère chronophage des tests restent des freins majeurs au repérage. Une mise à niveau sur certains tests et/ou la création de tests plus simples et plus courts pourraient avoir un impact sur ce repérage. Délivrer une information éclairée au grand public permettrait de lever certains tabous. Enfin, une sélection des patients à risque pourrait améliorer ce repérage et la recherche scientifique doit être encouragée pour développer un traitement curatif.

MOTS CLES :

Maladie d'Alzheimer

Repérage précoce

Médecine générale

Tests cognitifs

Questionnaire

