

UNIVERSITÉ de CAEN - NORMANDIE

-----  
UFR de SANTÉ

Année 2023

**THÈSE POUR L'OBTENTION**  
**DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

Présentée et soutenue publiquement le : 13 Avril 2023

par

Madame SANOUILLER Lara

Née le 13 Novembre 1994 à Caen (*Calvados*)

TITRE DE LA THÈSE :

**Etude des pratiques professionnelles des médecins généralistes de Normandie concernant le repérage précoce et le suivi des patients atteints de maladie d'Alzheimer et maladies apparentées**

**Président :** Monsieur le Professeur MARTINAUD Olivier

Membres : Madame le Docteur DERLON Aurélie, « *Directrice de thèse* »

Monsieur le Docteur MAGNANI Claude

Madame le Docteur DUBREUIL Anne-Lise

**Année Universitaire 2022/2023****Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

**Assesseurs**

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)  
Professeur Anne-Sophie VOISIN (recherche)  
Professeur Lydia GUITTET (recherche)  
Professeur Emmanuel BABIN (3<sup>ème</sup> cycle)

**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS**

M.	AGOSTINI Denis	Biophysique et médecine nucléaire
M.	AIDE Nicolas	Biophysique et médecine nucléaire
M.	ALEXANDRE Joachim	Pharmacologie clinique
M.	ALLOUCHE Stéphane	Biochimie et biologie moléculaire
M.	ALVES Arnaud	Chirurgie digestive
M.	AOUBA Achille	Médecine interne
M.	BABIN Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	BÉNATEAU Hervé	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M.	BENOIST Guillaume	Gynécologie - Obstétrique
M.	BERGER Ludovic	Chirurgie vasculaire
M.	BERGOT Emmanuel	Pneumologie
Mme	BRAZO Perrine	Psychiatrie d'adultes
M.	BROUARD Jacques ( <i>surnombre universitaire</i> )	Pédiatrie
M.	BUI Thanh-huy Eric	Psychiatrie d'adultes
M.	BUSTANY Pierre	Pharmacologie
Mme	CLIN-GODARD Bénédicte	Médecine et santé au travail
M.	DAMAJ Ghandi Laurent	Hématologie
M.	DAO Manh Thông	Hépatologie-Gastro-Entérologie
M.	DE BOYSSON Hubert	Médecine interne
M.	DELAMILLIEURE Pascal	Psychiatrie d'adultes
M.	DENISE Pierre	Physiologie
Mme	DOLLFUS Sonia	Psychiatrie d'adultes
Mme	DOMPMARTIN-BLANCHÈRE Anne	Dermatologie
M.	DREYFUS Michel	Gynécologie - Obstétrique
M.	DU CHEYRON Damien	Réanimation médicale
Mme	ÉMERY Evelyne	Neurochirurgie

<b>M.</b>	<b>ESMAIL-BEYGUI Farzin</b>	Cardiologie
<b>Mme</b>	<b>FAUVET Raffaèle</b>	Gynécologie – Obstétrique
<b>Mme</b>	<b>FAVRAIS Géraldine</b>	Pédiatrie
<b>M.</b>	<b>FISCHER Marc-Olivier</b>	Anesthésiologie et réanimation
<b>M.</b>	<b>GABEREL Thomas</b>	Neurochirurgie
<b>M.</b>	<b>GUÉNOLÉ Fabian</b>	Pédopsychiatrie
<b>Mme</b>	<b>GUITTET-BAUD Lydia</b>	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
<b>M.</b>	<b>HAMON Martial</b>	Cardiologie
<b>Mme</b>	<b>HAMON Michèle</b>	Radiologie et imagerie médicale
<b>M.</b>	<b>HANOUS Jean-Luc</b>	Anesthésie et réa. médecine péri-opératoire
<b>M.</b>	<b>HITIER Martin</b>	Anatomie –ORL Chirurgie Cervico-faciale
<b>M.</b>	<b>HULET Christophe</b>	Chirurgie orthopédique et traumatologique
<b>M.</b>	<b>ICARD Philippe</b>	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
<b>M.</b>	<b>JOIN-LAMBERT Olivier</b>	Bactériologie - Virologie
<b>Mme</b>	<b>JOLY-LOBBEDEZ Florence</b>	Cancérologie
<b>M.</b>	<b>JOUBERT Michael</b>	Endocrinologie
<b>M.</b>	<b>LAUNOY Guy</b>	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
<b>M.</b>	<b>LE HELLO Simon</b>	Bactériologie-Virologie
<b>Mme</b>	<b>LE MAUFF Brigitte</b>	Immunologie
<b>Mme</b>	<b>LELONG-BOULOUARD Véronique</b>	Pharmacologie fondamentale
<b>Mme</b>	<b>LEVALLET Guénaelle</b>	Histologie, embryologie et cytogénétique
<b>M.</b>	<b>LOBBEDEZ Thierry</b>	Néphrologie
<b>M.</b>	<b>LUBRANO Jean</b>	Chirurgie viscérale et digestive
<b>M.</b>	<b>MAHE Marc-André</b>	Cancérologie
<b>M.</b>	<b>MANRIQUE Alain</b>	Biophysique et médecine nucléaire
<b>M.</b>	<b>MARCÉLLI Christian</b>	Rhumatologie
<b>M.</b>	<b>MARTINAUD Olivier</b>	Neurologie
<b>M.</b>	<b>MILLIEZ Paul</b>	Cardiologie
<b>M.</b>	<b>MOREAU Sylvain</b>	Anatomie/Oto-Rhino-Laryngologie
<b>M.</b>	<b>MOUTEL Grégoire</b>	Médecine légale et droit de la santé
<b>M.</b>	<b>NORMAND Hervé</b>	Physiologie
<b>M.</b>	<b>PARIENTI Jean-Jacques</b>	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
<b>M.</b>	<b>PELAGE Jean-Pierre</b>	Radiologie et imagerie médicale
<b>Mme</b>	<b>PIQUET Marie-Astrid</b>	Nutrition
<b>M.</b>	<b>QUINTYN Jean-Claude</b>	Ophthalmologie
<b>Mme</b>	<b>RAT Anne-Christine</b>	Rhumatologie
<b>M.</b>	<b>REPESSE Yohann</b>	Hématologie
<b>M.</b>	<b>ROD Julien</b>	Chirurgie infantile
<b>Mme</b>	<b>THARIAT Juliette</b>	Radiothérapie
<b>M.</b>	<b>TILLOU Xavier</b>	Urologie
<b>M.</b>	<b>TOUZÉ Emmanuel</b>	Neurologie
<b>Mme</b>	<b>VABRET Astrid</b>	Bactériologie - Virologie
<b>M.</b>	<b>VERDON Renaud</b>	Maladies infectieuses
<b>M.</b>	<b>VIVIEN Denis</b>	Biologie cellulaire

## **PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS**

<b>Mme</b>	<b>BELLOT Anne</b>	Pédiatrie
<b>Mme</b>	<b>CHATELET Valérie</b>	Néphrologie
<b>M.</b>	<b>COUETTE Pierre André</b>	Médecine Générale
<b>M.</b>	<b>GUILLAUME Cyril</b>	Médecine palliative
<b>M.</b>	<b>LABOMBARDA Fabien</b>	Cardiologie
<b>M.</b>	<b>LE BAS François</b>	Médecine Générale
<b>M.</b>	<b>PIEDNOIR Emmanuel</b>	Maladies infectieuses et tropicales
<b>M.</b>	<b>QUEFFEULOU Guillaume</b>	Néphrologie
<b>Mme</b>	<b>VILLOT Anne</b>	Gynécologie-Obstétrique

## **PRCE**

<b>Mme</b>	<b>LELEU Solveig</b>	Anglais
------------	----------------------	---------

## **PROFESSEURS ÉMÉRITES**

<b>Mme</b>	<b>CHAPON Françoise</b>	Histologie, embryologie
<b>M.</b>	<b>DEFER Gilles</b>	Neurologie
<b>M.</b>	<b>DERLON Jean-Michel</b>	Neurochirurgie
<b>M.</b>	<b>GUILLOIS Bernard</b>	Pédiatrie
<b>M.</b>	<b>HURAUULT de LIGNY Bruno</b>	Néphrologie
<b>Mme</b>	<b>KOTTLER Marie-Laure</b>	Biochimie et biologie moléculaire
<b>M.</b>	<b>LE COUTOUR Xavier</b>	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
<b>M.</b>	<b>LEPORRIER Michel</b>	Hématologie
<b>M.</b>	<b>RAVASSE Philippe</b>	Chirurgie infantile
<b>M.</b>	<b>REZNIK Yves</b>	Endocrinologie
<b>M.</b>	<b>TROUSSARD Xavier</b>	Hématologie
<b>M.</b>	<b>VIADER Fausto</b>	Neurologie

**Année Universitaire 2022/2023****Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

**Assesseurs**

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)  
Professeur Anne-Sophie VOISIN (recherche)  
Professeur Lydia GUITTET (recherche)  
Professeur Emmanuel BABIN (3<sup>ème</sup> cycle)

**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS**

Mme	BECHADE Clémence	Néphrologie
M.	BESNARD Stéphane	Physiologie
Mme	BONHOMME Julie	Parasitologie et mycologie
Mme	BOULANGER Marion	Neurologie
M.	BROSSIER David	Pédiatrie
M.	COULBAULT Laurent	Biochimie et Biologie moléculaire
M.	CREVEUIL Christian	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
Mme	DINA Julia	Bactériologie – Virologie
Mme	DUBOIS Fatéméh	Histologie, embryologie et cytogénétique
Mme	DUPONT Claire	Pédiatrie
M.	ÉTARD Olivier	Physiologie
M.	GRUCHY Nicolas	Génétique
M.	HODZIC Amir	Physiologie
M.	ISNARD Christophe	Bactériologie Virologie
M.	JUSTET Aurélien	Pneumologie
Mme	KRIEGER Sophie	Pharmacie
M.	LEGALLOIS Damien	Cardiologie
M.	LE GOUIL Mériadeg	Bactériologie-Virologie
M.	MENAHM Benjamin	Chirurgie digestive
M.	MACREZ Richard	Médecine d'urgence
M.	MITTRE Hervé	Biologie cellulaire
M.	MOLIN Arnaud	Génétique
M.	SAINT-LORANT Guillaume	Pharmacie
M.	TOUTIRAIS Olivier	Immunologie

**M. VEYSSIERE Alexis** Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie  
**M. VILLAIN Cédric** Médecine interne

**MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE**

**M. HUMBERT Xavier**

**MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS**

**Mme ARMAND Audrey** Médecine générale  
**M. BANSARD Mathieu** Médecine générale  
**Mme NOEL DE JAEGHER Sophie** Médecine générale  
**M. PITHON Anni** Médecine générale  
**M. POUILLAIN PIERRE** Médecine générale

**MAITRE DE CONFERENCES ÉMÉRITE**

**Mme BENHAÏM Annie** Biologie cellulaire



## REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur MARTINAUD, je vous remercie de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse. Je vous prie d'agréer l'expression de ma sincère reconnaissance.

A Madame le Docteur DERLON, Aurélie je te remercie d'avoir accepté de diriger ce travail, de ton engouement, de nos échanges passionnants et de ta gentillesse.

A Monsieur le Docteur MAGNANI, je vous remercie d'avoir accepté de diffuser mon questionnaire et de participer à mon jury de thèse. Je vous prie de croire à ma profonde gratitude.

A Madame le Docteur DUBREUIL, je vous remercie d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse et de l'intérêt que vous portez à ce travail.

A Monsieur NADIN Lawrence, je vous remercie pour votre aide dans l'analyse de mes résultats et pour votre disponibilité.

A Madame le Docteur GUARY, je vous remercie pour votre aide, vos précieux conseils et votre réactivité.

A Madame le Docteur ARMAND, je vous remercie pour votre sincère écoute et votre bienveillance.

A Monsieur le Docteur MALBEC, Patrick je te remercie de ton soutien indéfectible et de croire en moi.

Aux médecins généralistes des Groupes Qualités, je vous remercie d'avoir participé à cette étude.

A toutes ces rencontres personnelles et professionnelles qui m'ont apportés.

A toi, Jeanne, merci de m'avoir laissé ta porte ouverte jusqu'à la fin.

A tous mes proches, à mes ami(e)s, à ma famille, à mes sœurs, à mes parents, merci d'être là dans les bons comme dans les mauvais moments, merci pour votre amour, vos tendresses, vos rires et vos joies au quotidien.

A Bazou, merci pour ta ronronthérapie.

A toi, mon amour, merci d'être là, merci d'être toi.

A mon papi, qui m'a donné l'envie de parler de cette maladie. Je t'aime, je ne t'oublierai pas.





*« Il faut commencer à perdre la mémoire, ne serait-ce que par brides, pour se rendre compte que cette mémoire est ce qui fait toute notre vie. Une vie sans mémoire ne serait pas une vie (...) Notre mémoire est notre cohérence, notre raison, notre sentiment, et même notre action.*

*Sans elle, nous ne sommes rien (...).»*

Luis Bunuel



## ABREVIATIONS

AAP : Association Américaine de Psychiatrie

AB : Béta-Amyloïde

ADAS : Alzheimer Disease Assessment Scale

ADL : Activities of Daily Living

ADMR : Aide à Domicile en Milieu Rural

ALD : Affection Longue Durée

AMP : Aide Médico-Psychologique

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

AAP : Association Américaine de Psychiatrie

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

APOE : APOlipoprotéine E

ARS : Agence Régionale de Santé

AS : Aide Soignant(e)

ASALEE: Action de SAnté Libérale En Equipe

ASG : Assistant de Soins en Gériatrie

ASV : Adaptation de la Société au Vieillissement

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

BEC : Batterie d'Evaluation Cognitive

BEPC : Brevet d'Etudes du Premier Cycle du second degré

CAP : Certificat d'Aptitude Professionnelle

CEP : Certificat d'Etudes Primaires

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CDOM : Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

(6)-CIT : Cognitive Impairment Test

CLERS : Comité Local d'Ethique de la Recherche en Santé

CLIC : Centres Locaux d'Information et de Coordination

CMG : Collège de Médecine Générale

CMRR : Centres Mémoire de Ressources et de Recherche

CODEX : COgnitive Disorders EXamination

CRP : Protéine C Réactive

CTA : Coordinations Territoriales d'Appui

DAD : Disability Assessment for Dementia

DLFT : Démence Lobaire Fronto-Temporale

DNF : Dégénérescence NeuroFibrillaire

DSM : Diagnostic and Stastitical Manual of mental disorders

EDF : Echelle de Dysfonctionnement Frontal

EEG : ElectroEncéphaloGramme

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

ESA : Equipe Spécialisée Alzheimer

ETP : Education Thérapeutique du Patient

FFN : Fédération Française de Neurologie

FMA : Fondation Médéric Alzheimer

FMC : Formation Médicale Continue

GDS : Geriatric Depression Scale

GGT : Gamma-Glutamyl Transférase

GP-Cog : General Practitioner Cognition

GQ : Groupes Qualité

GRECO: Groupe de Recherche et d'Evaluation des Outils Cognitifs

HAS : Haute Autorité de Santé

HDJ : Hôpital De Jour

HPN : Hydrocéphalie à Pression Normale

HSD : Hématome Sous-Dural

IADL : Instrumental Activities of Daily Living

IDSP : Infirmier Délégué à la Santé Publique

IPA : Infirmières en Pratique Avancée

IPP : Inhibiteurs de la Pompe à Proton

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

INSEE: Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IWG : International Working Group

MA : Maladie d'Alzheimer

MAIA : Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champs de l'Autonomie

MAMA : Maladie d'Alzheimer et Maladies Apparentées

MCI : Mild Cognitive Impairment

MDPH : Maison Départementale de Personnes Handicapées

MIS : Memory Impairment Screen

MMSE : Mini Mental State Examination

MNA : Mini Nutritional Assessment

MoCA : Montreal Cognitive Assessment

NFS : Numération Formule Sanguine

NIA-AA : National Institute on Aging et l'Alzheimer's Association

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

NPI : NeuroPsychiatric Inventory

NSC : Niveau Socio-Culturel

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PASA: Pôle d'Activités et de Soins Adaptés

PL : Ponction Lombar

PMND : Plan Maladies NeuroDégénératives

PTA : Plateformes Territoriales d'Appui

RBP : Recommandations de Bonne Pratique

SAAD : Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile

SAOS : Syndrome d'Apnée Obstructive du Sommeil

SCI : Subjective Cognitive Impairment

SFGG : Société Française de Gériatrie et de Gériologie

SMR : Service Médical Rendu

SCPD : Symptômes Comportementaux et Psychologiques de la démence

SPLF : Société de Psychogériatrie de Langue Française

SSIAD : Services de Soins Infirmiers A Domicile

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

TDM : TomoDensitoMétrie

TEP : Tomographie par Emission de Positrons

TNC : Trouble Neuro-Cognitif

TSH : ThyroStimuline Hypophysaire

UCC : Unités Cognitivo-Comportementales

UHR : Unités d'Hébergement Renforcées

URML : Union Régionale des Médecins libéraux

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

## INDEX

### TABLEAUX

Tableau 1 - Données démographiques des médecins généralistes interrogés

Tableau 2 - Examens complémentaires prescrits

Tableau 3 - Comparaison des pratiques selon les données démographiques des médecins [1]

Tableau 4 - Comparaison des pratiques selon les données démographiques des médecins [2]

Tableau 5 - Comparaison des pratiques selon les données démographiques des médecins [3]

### FIGURES

Figure 1 - Contexte de repérage

Figure 2 - Répartition des signes d'appel menant au repérage

Figure 3 - Réalisation d'une consultation dédiée

Figure 4 - Estimation du temps nécessaire au repérage

Figure 5 - Estimation du nombre de consultation nécessaire

Figure 6 - Cadre d'un entretien initial

Figure 7 - Outils utilisés pour l'évaluation cognitive

Figure 8 - Outils utilisés pour l'évaluation fonctionnelle

Figure 9 - Outils utilisés pour l'évaluation psycho-comportementale

Figure 10 - Délai de ré-évaluation si repérage négatif

Figure 11 - Orientation spécialisée si repérage positif

Figure 12 - Réalisation d'une consultation d'annonce

Figure 13 - Démarches médico-sociales entreprises

Figure 14 - Collaboration avec les dispositifs de coordination

Figure 15 - Fréquence de suivi du patient atteint de MAMA

Figure 16 - Fréquence de réalisation de Visites Longues

Figure 17 - Organisation d'une consultation annuelle dédiée à l'aidant

Figure 18 - Outils d'évaluation de l'aidant

Figure 19 - Principaux intérêts du repérage précoce

Figure 20 - Principaux freins au repérage précoce

Figure 21 - Principales pistes de travail pour faciliter le repérage précoce





## SOMMAIRE

I. INTRODUCTION	<b>1</b>
A. MALADIE D'ALZHEIMER ET MALADIES APPARENTÉES	<b>2</b>
1. GENERALITES	2
2. MALADIE D'ALZHEIMER	2
a. EPIDEMIOLOGIE	2
b. PHYSIOPATHOLOGIE	3
c. SIGNES CLINIQUES	4
d. DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS	6
3. DIAGNOSTIC	7
a. CRITERES DIAGNOSTIQUES	7
b. RETARD ET SOUS-DIAGNOSTIC	9
4. PLANS GOUVERNEMENTAUX	10
B. RECOMMANDATIONS	<b>11</b>
1. REPERAGE PRECOCE	11
a. ENTRETIEN ET EXAMEN CLINIQUE	11
b. EVALUATION GLOBALE	12
c. EXPLORATIONS COMPLEMENTAIRES	13
d. ORIENTATION SPECIALISEE	14
e. ANNONCE DIAGNOSTIQUE	15
2. SUIVI	15
a. PLAN DE SOIN	15
b. DISPOSITIFS DE COORDINATION	16
c. THERAPEUTIQUES (NON-)MEDICAMENTEUSES	17
d. SUIVI DU PATIENT	19
e. SUIVI DE L'AIDANT NATUREL	20
II. MATERIEL ET METHODE	<b>21</b>
A. ETUDE	<b>21</b>
B. POPULATION	<b>21</b>
C. RECUEIL DE DONNEES	<b>21</b>

D. OBJECTIFS	<b>22</b>
E. METHODE STATISTIQUE	<b>22</b>
III. RESULTATS	<b>25</b>
A. OBJECTIF PRINCIPAL	<b>25</b>
1. DONNEES DEMOGRAPHIQUES	25
2. ETUDE DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES	26
a. REPERAGE PRECOCE	26
b. SUIVI	34
3. POINT DE VUE DES PRATICIENS	37
B. OBJECTIF SECONDAIRE	<b>40</b>
IV. DISCUSSION	<b>45</b>
A. RESUME DES RESULTATS	<b>45</b>
B. FORCES ET LIMITES	<b>45</b>
C. DISCUSSION DES RESULTATS	<b>47</b>
1. REPERAGE PRECOCE	47
a. ENTRETIEN ET EXAMEN CLINIQUE	47
b. EVALUATION GLOBALE	48
c. EXPLORATIONS COMPLEMENTAIRES	50
d. ORIENTATION SPECIALISEE	50
e. ANNONCE DIAGNOSTIQUE	52
2. SUIVI	52
a. PLAN DE SOIN	52
b. DISPOSITIFS DE COORDINATION	53
c. THERAPEUTIQUES (NON-)MEDICAMENTEUSES	53
d. SUIVI DU PATIENT	54
e. SUIVI DE L'AIDANT NATUREL	54
CONCLUSION	<b>57</b>
BIBLIOGRAPHIE	<b>59</b>
ANNEXES	<b>67</b>

## I. INTRODUCTION

La Maladie d'Alzheimer et les Maladies Apparentées (MAMA) sont des maladies chroniques et incurables autour desquelles demeurent beaucoup d'inconnues et d'incertitudes. Pourtant, avec l'augmentation de la longévité humaine, elles sont amenées à être de plus en plus présentes dans notre quotidien. D'après l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), il faut s'attendre à une accélération du vieillissement en Normandie en 2050 et une augmentation du nombre de personnes dépendantes d'ici 2030(1). On peut donc craindre une hausse de l'incidence de ces maladies sur notre territoire. Leurs coûts pour la société et leurs impacts négatifs sur la qualité de vie des personnes malades et de leurs aidants, en font une priorité de santé publique(2).

Aujourd'hui, les bienfaits du repérage précoce de ces maladies pour le patient, son entourage, les médecins et la société sont confirmés(3). Malgré les progrès de la recherche avec notamment la découverte de biomarqueurs affinant la certitude diagnostique, la clinique prime. Les médecins généralistes sont alors les mieux à même d'initier la démarche diagnostique et occupent une place essentielle dans l'élaboration du plan de soin et le suivi(4).

Néanmoins, pour les médecins généralistes, les recommandations de bonne pratique (RBP) toujours en vigueur sont celles de la Haute Autorité de Santé (HAS) de 2011. Alors, dix ans après, ces recommandations sont-elles toujours appliquées et applicables en cabinet de médecine générale ?

L'objectif principal de notre enquête est d'étudier les pratiques professionnelles des médecins généralistes de Normandie dans la prise en charge des patients atteints de MAMA. L'objectif secondaire est de rechercher des différences significatives dans ces pratiques.

## A. MALADIE D'ALZHEIMER ET MALADIES APPARENTÉES

### 1. GENERALITES

Les MAMA sont des maladies chroniques qui ont pour caractéristiques communes des troubles neurocognitifs au premier plan. Elles peuvent être d'origine neurodégénérative (70 %), vasculaire (10 %) ou mixte (20 %). Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), elles touchent 55,2 millions de personnes dans le monde en 2019. Avec l'allongement de l'espérance de vie, ce nombre est amené à croître dans les années à venir (estimé à 139 millions en 2050). Ces maladies sont la première cause de handicap, de dépendance lourde du sujet âgé et d'institutionnalisation(5).

Elles ont un impact socio-économique considérable englobant des coûts directs (engendrés par les soins médicaux et non médicaux) difficilement mesurables par la diversité des prises en charge; des coûts indirects (engendrés par les complications de la maladie) encore plus difficilement évaluables; et des coûts intangibles (engendrés par le retentissement psychologique et émotionnel sur le patient et son entourage) non mesurables. En d'autres termes, les soins prodigués peuvent être de nature formelle (c'est à dire quantifiable) et/ou informelle (dispensés par les aidants naturels). Ces coûts vont varier en fonction du stade de la maladie. Quelle que soit l'étude, le coût annuel estimé reste plus élevé chez les patients institutionnalisés(6–8).

### 2. MALADIE D'ALZHEIMER

#### a. EPIDEMIOLOGIE

La plus commune des MAMA est la maladie d'Alzheimer (MA), d'origine neurodégénérative et représentant environ 70 % des cas. Elle touche approximativement 900 000 personnes en France en 2019(5). Ses coûts ont récemment été estimés, annuellement en France, par la Fondation Médéric Alzheimer (FMA): 5,3 milliards d'euros pour la prise en charge médicale et paramédicale du secteur sanitaire, au moins 9 milliards d'euros pour le secteur médico-social et 14 milliards d'euros pour l'aide informelle(9).

L'âge est le principal facteur de risque de cette maladie multifactorielle, touchant 2 à 4 % de la population des plus de 65 ans et 15 % des plus de 80 ans. Pourtant elle n'est pas considérée comme une conséquence inéluctable du vieillissement(5). Le sexe ratio est de deux femmes pour un homme. Les autres étiologies et facteurs de risques sont plus ou moins bien établis.

Il existe deux formes d'Alzheimer(10,11) :

- La forme familiale ou héréditaire, causée par la mutation du gène codant pour la préséniline 1 (PSEN1), préséniline 2 (PSEN2) ou pour la protéine précurseur de l'amyloïde (APP). Cette forme, à transmission autosomique dominante, concerne moins d'1 % des cas et se déclare généralement avant 60 ans.
- La forme sporadique, la plus commune, générée par l'environnement, le mode de vie et potentiellement une part de génétique avec la présence de l'allèle E4 à l'état homozygote ou hétérozygote sur le gène de l'apolipoprotéine E. Les facteurs de risque modifiables les plus documentés sont d'origine cardiovasculaire (hypertension artérielle, diabète, hypercholestérolémie, tabagisme, obésité, ...) et néfastes principalement aux âges médians de la vie (40 – 60 ans). A l'inverse, il existe des facteurs protecteurs par leur impact positif sur la plasticité cérébrale et la réserve cognitive. Ces facteurs sont la stimulation intellectuelle, le développement des activités sociales et de loisirs, l'activité physique régulière et l'alimentation équilibrée de type méditerranéen.

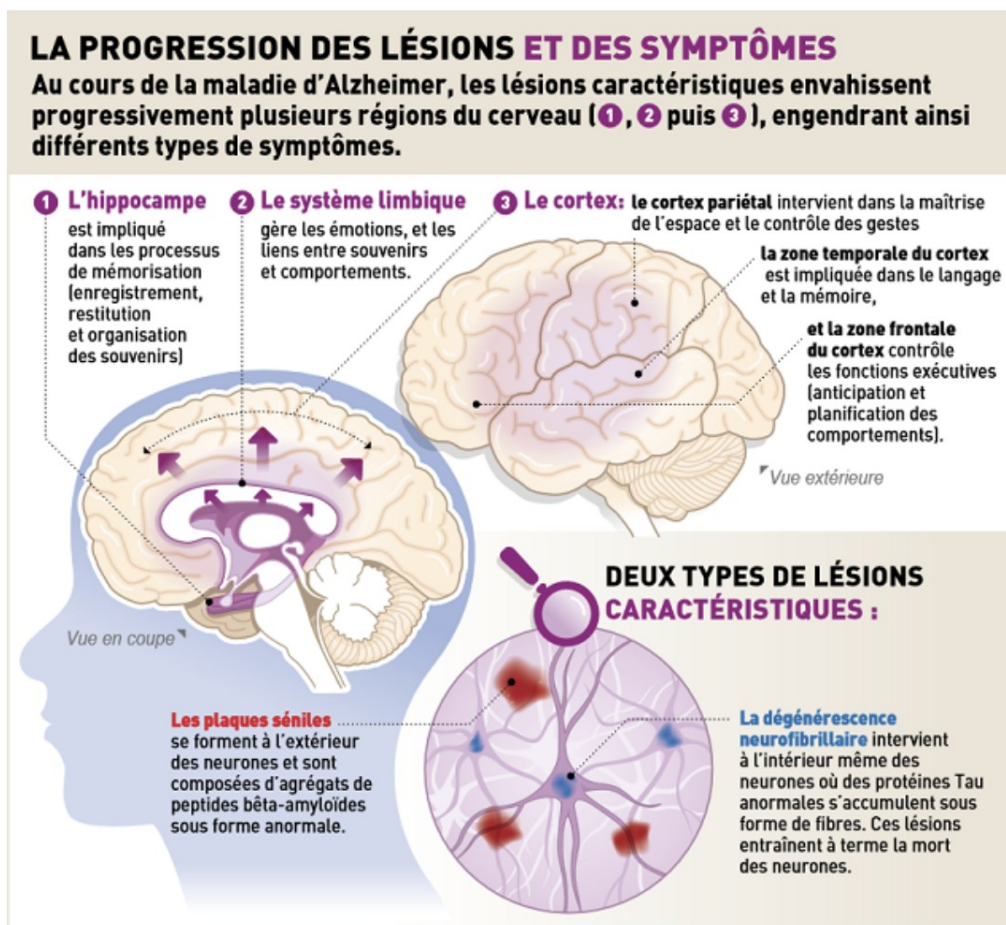
Le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP), au niveau national, dans son rapport de décembre 2017(12) et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), au niveau international, dans son guide de 2019(13), développent des stratégies de prévention à l'égard de tous ces facteurs pour prévenir les dommages cérébraux et retarder voire éviter les troubles neurocognitifs.

## b. PHYSIOPATHOLOGIE

Sur le plan physiopathologique, la MA résulte de l'apparition et la dissémination de deux lésions cérébrales: les plaques séniles (plaques amyloïdes) formées par l'agrégation de dépôts extracellulaires de peptides Béta-Amyloïdes (AB) anormaux et la Dégénérescence NeuroFibrillaire (DNF) provoquée par des dépôts intraneuronaux de protéines Tau anormalement phosphorylées, aboutissant à la perte synaptique et neuronale par neuro-inflammation. Là encore, quelques doutes persistent notamment concernant le

déroulement exact des événements intracérébraux. L'hypothèse de la cascade amyloïde initialement décrite par J. Hardy et G. Higgins en 1992 est aujourd'hui remise en question(10). Il faut compter une dizaine d'années entre l'apparition de ces lésions et celle des premiers symptômes.

L'atrophie cérébrale occasionnée par ces lésions débute souvent au niveau de l'hippocampe puis atteint les régions cérébrales voisines (système limbique, cortex pariéto-temporo-frontal). Chaque région contrôle une ou plusieurs fonctions cognitives. L'hétérogénéité organique est responsable d'une hétérogénéité clinique(5).



Source : Fondation pour la Recherche Médicale

### c. SIGNES CLINIQUES

Sur le plan clinique, le patient va présenter une dégradation progressive de ses fonctions cognitives.

La première fonction affectée est souvent la mémoire (amnésie). Cette fonction est vaste, regroupant la mémoire de travail (ou mémoire immédiate), la mémoire des faits récents (ou

mémoire épisodique), la mémoire à long terme qui comprend la mémoire autobiographique et la mémoire sémantique (liée aux connaissances générales, à long terme), la mémoire procédurale/implicite (liée aux automatismes inconscients) et la mémoire perceptive (liée aux modalités sensorielles). Dans la MA, la mémoire initialement perturbée est généralement celle des faits récents(14).

Le travail de mémorisation d'une information se fait en trois étapes : l'encodage (ou l'enregistrement), le stockage et la récupération. Dans la MA, c'est le stockage qui est défectueux alors que dans le vieillissement normal, c'est plutôt l'encodage et la récupération du fait notamment de troubles attentionnels(15).

Parmi les autres fonctions cognitives qui peuvent s'altérer au cours de la maladie, il y a(16) :

- l'attention complexe
- le langage, par l'apparition de troubles d'expression ou de compréhension (aphasie)
- les fonctions exécutives, par la difficulté à planifier, à décider et à s'adapter (troubles dysexécutifs)
- les praxies par la difficulté à réaliser certaines activités ou la perte de certains gestes (dyspraxie, apraxie)
- lesgnosies par l'incapacité à reconnaître des visages ou objets familiers (agnosie)
- la cognition sociale par la difficulté à reconnaître les émotions d'autrui

Chaque activité de la vie quotidienne engage simultanément plusieurs de ces fonctions. Au fur et à mesure du temps, le patient va perdre la capacité à réaliser les activités d'abord élaborées (arts diverses), puis instrumentales complexes (gérer les finances, cuisiner, ...) et enfin de base (se laver, se nourrir, ...). C'est ce qu'on appelle la perte d'autonomie. Cela signifie que le patient n'est plus en capacité de se gouverner lui-même (libre arbitre). Lorsque la mise en place d'aide (matérielle et/ou humaine) est nécessaire, le patient devient alors dépendant(17). Là encore, une dizaine d'années peut s'écouler entre les premiers symptômes et la dépendance totale du patient.

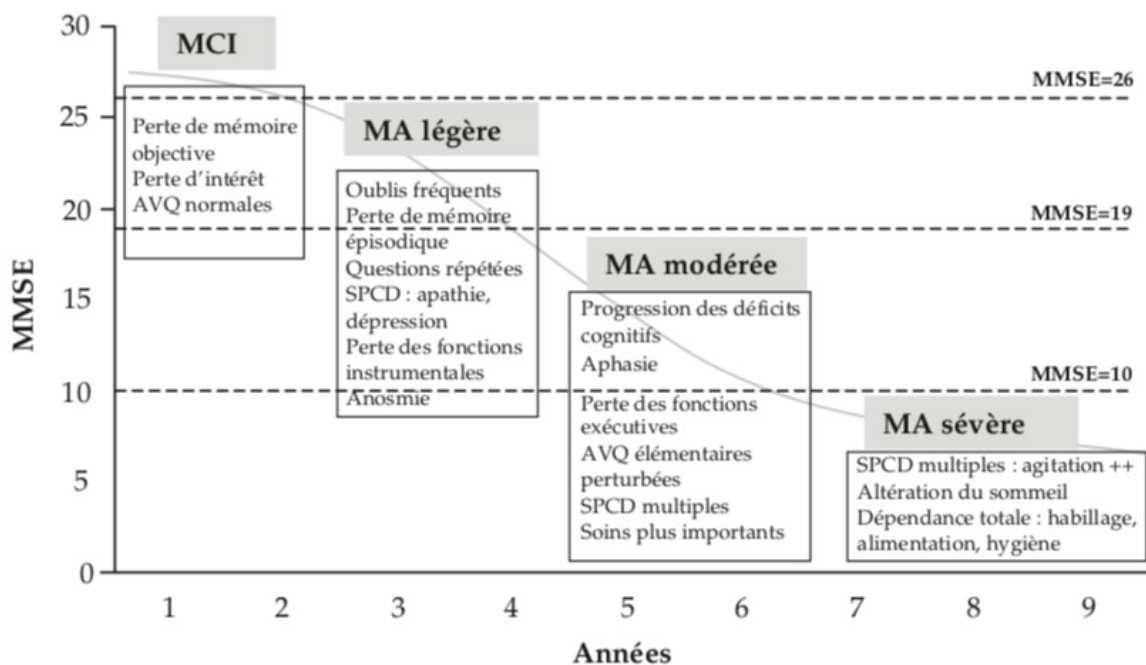
Au cours de l'évolution, des troubles psycho-comportementaux nommés Symptômes Comportementaux et Psychologiques de la démence (SCPD), peuvent apparaître : une apathie, un symptôme dépressif, une agressivité, une opposition, ... Ces troubles peuvent fluctuer au cours du temps engendrant d'importantes répercussions sur la qualité de vie du patient et de son entourage(13).



La maladie évolue selon un continuum. On peut la diviser en trois stades successifs(18):

- La phase pré-clinique : patient asymptomatique mais biomarqueurs positifs.
- La phase « pré démentielle » ou prodromale ou Mild Cognitive Impairment (MCI): troubles cognitifs objectivés sans retentissement sur le quotidien.
- La phase « démentielle » ou MA: présence d'un retentissement sur le quotidien.

Le concept de MCI a été proposé par Flicker et al. en 1991 pour définir l'état cognitif séparant les troubles cognitifs liés à l'âge de ceux liés à la démence(19). A l'entrée dans la MA, l'espérance de vie est en moyenne de 8,5 ans, avec des extrêmes allant de 2 à 20 ans(10).



**Figure 11.1 : Progression des symptômes de la maladie d'Alzheimer (d'après Feldman et Woodward, 2005)**

MMSE : Mini Mental State Examination ; MCI : Mild Cognitive Impairment ; MA : Maladie d'Alzheimer ; AVQ : Activités de la vie quotidienne ; SPCD : Symptômes psychologiques et comportementaux des démences

#### d. DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS

Les principaux diagnostics différentiels de la MA sont(20) :

- Les Maladies Apparentées : les démences d'origine vasculaire (évolution en marche d'escalier), mixte (combinaison de mécanismes dégénératifs et vasculaires), la maladie à corps de Lewy (présence de signes extra-pyramidaux et d'hallucinations

visuelles précocement), la Démence Lobaire Fronto-Temporale (DLFT) (présence de troubles exécutifs au premier plan), ...

- Le vieillissement normal : possible perturbation de l'attention soutenue et donc du processus de mémorisation à l'étape de l'encodage et de la récupération mais conservation de l'étape du stockage, et possible perturbation du langage à type de manque du mot mais conservation de la compréhension.
- L'état confusionnel : troubles cognitifs d'apparition soudaine, fluctuants dans le temps avec perturbation de l'attention et de la conscience/vigilance. Il peut être révélateur d'une MA.
- Les troubles psychiatriques tels que la dépression : perturbation du processus de mémorisation à l'étape de l'encodage et de la récupération du fait de troubles attentionnels. Un syndrome dépressif peut également être révélateur d'une MA.

Et plus rarement: l'Hydrocéphalie à Pression Normale (HPN), l'Hématome Sous-Dural (HSD) chronique, les troubles biologiques tels que l'hypothyroïdie, l'avitaminose et l'hypoglycémie, les démences infectieuses, l'intoxication médicamenteuse, l'intoxication alcoolique, le Syndrome d'Apnée Obstructive du Sommeil (SAOS), ...

### 3. DIAGNOSTIC

#### a. CRITERES DIAGNOSTIQUES

Pour aider les médecins dans leur pratique médicale, l'Association Américaine de Psychiatrie (AAP) a conçu le Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (DSM). Dans sa dernière version (DSM 5) française de 2015, le terme « démence », englobant l'ensemble des MAMA, est supprimé et remplacé par le terme Trouble Neuro Cognitif (TNC) majeur (*Cf. Annexe 1*). L'ancien stade pré-déméntiel (ou MCI) est alors nommé TNC léger. D'après ce manuel, tout déclin cognitif objectivé par rapport à un niveau antérieur de fonctionnement dans un ou plusieurs domaines cognitifs est un TNC. Le TNC majeur se distingue du TNC léger par la présence d'une perte d'autonomie nécessitant au moins la mise en place d'aide pour les activités instrumentales complexes de la vie. Le TNC majeur peut être caractérisé de léger, moyen ou grave selon l'importance des difficultés rencontrées par le patient dans son quotidien. Une fois le diagnostic de TNC majeur ou léger posé, il est alors possible de porter un diagnostic étiologique comme celui de MA. Le TNC majeur dû à la MA se distingue du TNC léger dû à la MA par l'atteinte d'au moins une fonction cognitive supplémentaire (en plus de la mémoire)(21).

Le diagnostic de MA repose également sur les critères diagnostiques définis par le National Institute of Neurological and Communicative Diseases and Stroke et l'Alzheimer's Disease and Related Disorders Association (NINCDS-ADRDA) datant de 1984 (Cf. Annexe 2).

Dans les deux cas (DSM 5 ou NINCDS-ADRDA), le diagnostic retenu ne peut être que « probable » ou « possible ». Encore aujourd'hui, la certitude n'est établie que sur la base d'une preuve histologique par biopsie cérébrale faite de manière exceptionnelle et généralement en post-mortem.

Dans une démarche clinico-biologique, de nouveaux critères ont été établis par deux groupes d'experts : le International Working Group (IWG) en 2007 puis 2014 et le National Institute on Aging et l'Alzheimer's Association (NIA-AA) en 2011. Il s'agit des marqueurs biologiques suivant :

<b>Méthode</b>	<b>Examen</b>	<b>Modifications dans la maladie</b>
<b>Marqueurs lésionnels spécifiques (AB et tau) :</b>  - Traceurs isotopiques d'amyloïde  - Dosage dans le LCR	- TEP amyloïde  - Ponction lombaire	- Dépôts augmentés d'AB  - Taux diminué d'AB et taux augmenté de protéine tau et tau phosphorylée
<b>Marqueurs de dégénérescence neuronale et de dommage cérébral :</b>  - Métabolisme du glucose au 18FDG  - Atrophie hippocampique et corticale	- TEP-FDG  - IRM	- Hypométabolisme (aires spécifiques)  - Atrophie (aires spécifiques)

Ces critères augmentent le seuil de certitude diagnostique mais ne sont pas encore de pratique courante et restent essentiellement de l'ordre de la recherche. Les critères cliniques restent au centre du diagnostic(22–24).

## b. RETARD ET SOUS-DIAGNOSTIC

Encore aujourd'hui, plus de la moitié des patients n'auraient pas de diagnostic posé de MA(25). D'après une étude, le taux combiné de démence non détectée à l'échelle mondiale serait de 61,7 % (IC à 95 % de 55 % à 68 %)(26). La MA est sous-diagnostiquée, et ce principalement chez les personnes âgées. L'étude des Trois cités a montré que sur un échantillon de 498 personnes atteintes de démence, environ un tiers ne s'étaient jamais plaint à leur médecin généraliste et que parmi les deux tiers ayant exprimé une plainte, seule la moitié avait ensuite consulté un spécialiste. Il a aussi été observé de manière significative qu'après 85 ans, uniquement 20 % des patients étaient adressés au spécialiste contre 46 % entre 65 et 74 ans(27).

Au sous-diagnostic, s'ajoute un retard diagnostic. Ceci est corroboré par la Facing Dementia Survey, enquête européenne datant de 2004 - 2005 qui a montré que le délai entre le moment où les symptômes étaient remarqués par un soignant et le diagnostic était de 20 mois en moyenne au niveau européen et de 24 mois pour la France(28). Selon les médecins français interrogés dans cette étude, lors de leur première consultation pour ce motif, 39 % des patients étaient à un stade légers de MA (MMSE > 20), tandis que 52 % étaient à un stade modéré (MMSE 10 - 20) et 7 % à un stade sévère (MMSE < 10)(29).

Cette insuffisance diagnostique peut s'expliquer par plusieurs facteurs liés à la fois au patient, à l'entourage et au médecin. Parmi eux, il y a : la confusion initiale entre le vieillissement cérébral normal et la MA ; la difficulté d'évaluation du déclin cognitif et du retentissement sur l'autonomie et l'indépendance (présence de comorbidités, absence de recul sur l'état antérieur,... ) ; le déni des troubles ou l'évitement volontaire par le patient et/ou son entourage ; ou encore la peur des conséquences négatives de l'annonce par le médecin (crainte de stigmatisation)(30). Pourtant, selon une enquête de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) de 2008 portant sur les représentations sociales de la MA en France, 91 % des personnes interrogées souhaiteraient connaître leur diagnostic si elles avaient des signes évocateurs de la maladie(31).

Même si le dépistage systématique en population générale n'est pas recommandé à ce jour, le diagnostic précoce est quant à lui au coeur des réflexions(32,33). Dans une revue de la littérature de 2019, il est dit que le diagnostic précoce permettrait avant tout, au patient d'être acteur de sa prise en charge en anticipant des décisions médico-sociales, juridiques et financières, voire en accédant à la recherche ; à l'entourage de mieux se préparer aux altérations ultérieures ainsi que de bénéficier d'un soutien psychologique adapté ; et enfin à

la société d'améliorer son coût global en évitant les comportements à risque et en retardant l'institutionnalisation(3,16).

L'autre terme fréquemment utilisé est celui de « repérage précoce » qui est l'idée d'intervenir dès le stade de MCI ou TNC légers. Selon un rapport de 2020 de la commission Lancet, le MCI serait une fenêtre d'intervention potentielle pour retarder voire réduire l'apparition de MA. En effet à ce stade, l'évolution est hétérogène et d'après certaines études, plus de 40 % des sujets s'amélioreraient au cours du suivi(10). Dans ce rapport, il est évoqué qu'en agissant sur les douze facteurs de risque modifiables identifiés (sédentarité, tabagisme, diabète, ...), on pouvait espérer réduire de 40 % les cas de MA(34).

Enfin, un terme également employé est celui de « diagnostic au moment opportun » (« *timely diagnosis* »), désignant la période où le patient, sa famille et le médecin sont dans la même dynamique de soins(11).

#### 4. PLANS GOUVERNEMENTAUX

Depuis l'an 2000, dans une optique de stratégie nationale, des plans gouvernementaux se succèdent, formulant des axes stratégiques par ordre de priorité et permettant la création de différents établissements et dispositifs spécifiques(31,35) :

- Le plan Alzheimer 2001 - 2004, avec la création des Centres Mémoire Ressources Recherche (CMRR) (en lien avec les consultations mémoire), de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) et des Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC).
- Le plan Alzheimer 2004 - 2007, avec le développement des consultations mémoire, la reconnaissance des « maladies d'Alzheimer et autres démences » en Affection Longue Durée (ALD 15), et la création des réseaux, des accueils de jour et des hébergements temporaires.
- Le plan Alzheimer 2008 - 2012, avec la création de la visite longue, des Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer renommées en 2012 Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champs de l'Autonomie (MAIA), des Pôles d'Activités et de Soins Adaptés (PASA), des Unités d'Hébergement Renforcées (UHR), des Unités Cognitivo-Comportementales (UCC), des Equipe Spécialisée Alzheimer (ESA), et des plateformes de répit.
- Le Plan des Maladies NeuroDégénératives (PMND) 2014 - 2019, avec le développement des consultations mémoire, MAIA, PASA, UHR, UCC, ESA, accueils de jour, hébergements temporaires et plateformes de répit, dans le but de renforcer significativement le maillage territorial en structures médico-sociales.

## B. RECOMMANDATIONS

Les différents médecins intervenants dans la prise en charge des MAMA peuvent s'appuyer sur des Recommandations de Bonnes Pratiques (RBP). Les premières ont été publiées par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) en 2000(33) puis révisées par la Haute Autorité de Santé (HAS), anciennement l'ANAES, en 2008 puis 2011(32). En 2018, l'HAS publie un guide apportant des précisions pour certaines étapes de la prise en charge dont le diagnostic précoce et les thérapies non médicamenteuses(36). Dans cet ouvrage, l'HAS cite un travail de 2017 réalisé par les représentants du Collège de Médecine Générale (CMG), de la Fédération des CMRR, de la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie (SFGG), de la Fédération Française de Neurologie (FNN), de la Société de Psychogériatrie de Langue Française (SPLF) et la gouvernance du plan « maladies neurodégénératives ». Cet écrit a pour projet d'uniformiser les pratiques en établissant une stratégie nationale graduée et personnalisée de diagnostic des troubles cognitifs(37) (Cf. Annexe 3).

### 1. REPERAGE PRECOCE

Le médecin généraliste, par son statut de médecin de premier recours et par sa relation privilégiée avec le patient et sa famille, joue un rôle clé dans le repérage précoce des troubles cognitifs. Il a également un rôle de pivot essentiel dans l'élaboration du plan de soin, le suivi global du patient et l'accompagnement des familles(38,39).

#### a. ENTRETIEN ET EXAMEN CLINIQUE

En pratique, d'après l'HAS, les signes devant alerter le médecin généraliste et le conduire à déclencher une démarche diagnostique sont (32) :

- la plainte cognitive ou psychique émanant du patient
- l'inquiétude de l'entourage vis à vis de la santé mentale et psychique du patient
- une consultation ou hospitalisation pour un symptôme pouvant être en lien avec un trouble cognitif
- l'institutionnalisation

Le médecin généraliste peut alors proposer une première phase d'évaluation réalisable sur une ou plusieurs consultations. Cette évaluation initiale comprend un entretien, un examen clinique et une évaluation cognitive globale et fonctionnelle.

Dans son guide de 2018, l'HAS préconise la réalisation d'un premier entretien en colloque singulier puis, avec l'accord du patient, un entretien séparé avec l'entourage(36). Krolak-Salmon P. et al. insistent sur l'importance d'un entretien avec l'entourage afin de tenir un interrogatoire minutieux et d'obtenir une anamnèse structurée et détaillée(37).

Selon l'HAS, un examen clinique exhaustif doit être réalisé afin d'apprécier l'état général du patient, son état de vigilance et de rechercher des déficits sensori-moteurs pouvant limiter la passation de certains tests de repérage(32). Pour Krolak-Salmon P. et al., l'examen neurologique peut éventuellement éclairer sur une étiologie possible(37).

## b. EVALUATION GLOBALE

L'HAS(32) recommande, pour l'évaluation cognitive globale du patient, d'utiliser la version du Mini-Mental State Examination (MMSE) du Groupe de Recherche et d'Evaluation des Outils Cognitifs (GRECO) (*Cf. Annexe 4*), et pour l'interprétation des résultats, de se référer à l'article « Etalonnage français du MMS » de Kalafat M. et al de 2003(40). Dans cette étude, il est confirmé que les performances au MMSE dépendent essentiellement du Niveau Socio-Culturel (NSC). Jean Poitrenaud, un des auteurs, y propose alors un entretien standardisé et des critères pour estimer le NSC (*Cf. Annexes 5 et 6*). Après avoir déterminé le NSC du patient et réalisé le MMSE en suivant les consignes de passation présentées dans l'étude (*Cf. Annexe 7*), le médecin peut interpréter le résultat obtenu en se référant au tableau des scores issu de cette même étude (*Cf. Annexe 8*).

Laurence Hugonot-Diener, dans son guide pratique de la consultation gériatrique de 2022, présente une version simplifiée de ce tableau des scores (41) (*Cf. Annexe 9*).

Les autres tests de repérage cités par l'HAS de manière non exhaustive sont dans son guide de 2011 : le test des 5 mots de Dubois, le Memory Impairment Screen (MIS), le test de l'horloge et le test de fluence verbale, et dans celui de 2018 : le Montreal Cognitive Assessment (MoCA), le General Practitioner Cognition (GP-COG), le 6 item Cognitive Impairment Test (6-CIT) et le COgnitive Disorders Examination (CODEX). Il n'existe aucun accord professionnel à ce jour quant à l'utilisation de ces outils(32,36).

Pour l'évaluation fonctionnelle, l'HAS propose d'utiliser l'échelle simplifiée des activités instrumentales de la vie quotidienne (IADL simplifiée)(32).

Lorsqu'un trouble cognitif de type MAMA est suspecté, l'HAS précise que « *la réalisation des évaluations cognitive globale, fonctionnelle, thymique et comportementale est laissée à l'appréciation du binôme médecin spécialiste-médecin généraliste traitant. Elles peuvent être réalisées en partie par le médecin généraliste, en s'appuyant sur une équipe multidisciplinaire qualifiée* ». Les tests cités sont alors pour l'évaluation fonctionnelle : l'IADL de Lawton, l'échelle Activities of Daily Living (ADL) de Katz et le Disability Assessment for Dementia (DAD) ; et pour l'évaluation psycho-comportementale : le Geriatric Depression Scale (GDS), le NeuroPsychiatric Inventory (NPI) et l'échelle de dysfonctionnement frontal (EDF)(32).

Pour valoriser le travail du médecin, il existe une cotation spécifique intitulée « Test d'évaluation d'un déficit cognitif » (« ALQP006 ») lui permettant d'être rémunéré à hauteur de 69,12€. Cette cotation n'est possible qu'une fois par an et se limite à l'utilisation de certains tests tels que les 15 mots de Rey, l'Alzheimer Disease Assessment Scale (ADAS) et la Batterie d'Evaluation Cognitive (BEC) 96. Aucun de ces outils n'apparaît dans les RBP.

### c. EXPLORATIONS COMPLEMENTAIRES

A ce stade, si aucune anomalie n'est retrouvée à l'examen, l'HAS conseille un suivi régulier avec une ré-évaluation médicale comparative à 6 - 12 mois(32). Krolak-Salmon P. et al. adhèrent à cette idée et insistent sur l'importance de ce suivi pour la mise en œuvre de démarches de prévention primaire, secondaire ou tertiaire telles que l'activité physique, la nutrition et la stimulation cognitive(37).

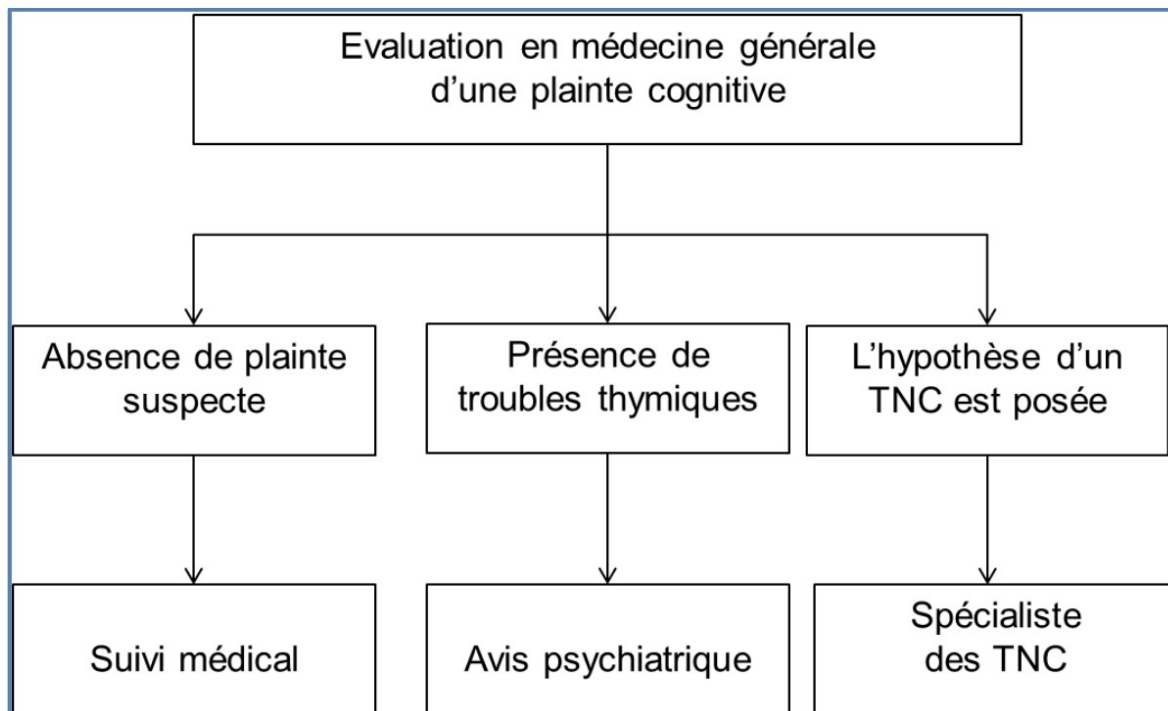
Krolak-Salmon P. et al. et l'HAS dans son guide de 2018, insistent également sur l'importance de cette évaluation initiale pour suspecter un diagnostic différentiel tel qu'une dépression et permettre alors la mise en place d'une prise en charge spécialisée adaptée(36,37).

En revanche, si des troubles cognitifs sont objectivés, l'HAS recommande de prescrire systématiquement un dosage sanguin de ThyroStimuline Hypophysaire (TSH), un hémogramme, une Protéine C Réactive (CRP), une natrémie, une calcémie, une glycémie, une albuminémie, une créatinine et la clairance de la créatinine. Un dosage de la vitamine B12 et des folates, un bilan hépatique, une sérologie syphilitique, du VIH et de Lyme peuvent être demandés en fonction du contexte clinique. L'HAS recommande également systématiquement la prescription d'une imagerie cérébrale en privilégiant l'Imagerie par Résonance Magnétique (IRM) nucléaire à la TomoDensiMétrie (TDM)(32).



Krolak-Salmon P. et al. précisent qu'à ce stade, dans certains cas, le médecin généraliste peut être à même de porter le diagnostic de TNC léger et majeur selon le DSM 5(37).

Ci-dessous l'algorithme décisionnel exposé dans le guide de l'HAS de 2018(36) :



#### d.ORIENTATION SPECIALISEE

Une fois le trouble cognitif objectivé, l'HAS recommande au médecin généraliste d'adresser son patient au spécialiste. Ce dernier peut être un neurologue, un gériatre ou un psychiatre. Ce médecin réalise une évaluation neuropsychologique et prescrit des examens complémentaires (Tomographie par Emission de Positrons (TEP), ponction lombaire, ElectroEncéphaloGramme (EEG)...) s'il le juge nécessaire, afin de confirmer ou non le diagnostic de TNC et poser un diagnostic étiologique. Il participe également à l'élaboration du plan de soins et au suivi(32).

Pour une expertise pluridisciplinaire et multidimensionnelle, le médecin généraliste peut adresser son patient en consultation mémoire proposée dans des centres mémoire. Ces centres ont pour avantage de proposer les services d'un neurologue, d'un gériatre, d'un psychiatre mais également d'un neuropsychologue, d'infirmiers et d'assistants sociaux. En 2019, on en recense 602 sur le territoire français(42). Lorsque la situation est jugée

complexe en consultation mémoire, le patient est adressé dans un Centre Mémoire de Ressource et de Recherche (CMRR)(43).

Dans son guide de 2018(36), l'HAS précise que « *toute personne présentant un trouble cognitif documenté par un médecin généraliste doit être adressé à un médecin spécialiste de la mémoire* » et qu'« *il existe des formes atypiques ou plus rares pour lesquelles un avis spécialisé doit être obtenu sans délai* » qui sont :

- Age < 70 ans
- Antécédents familiaux
- Formes atypiques (forme non amnésique, ...)
- Situation complexe (SPCD importants,...)
- Demande insistante du patient ou de son entourage

#### e. ANNONCE DIAGNOSTIQUE

Selon l'HAS, la responsabilité de l'annonce diagnostique revient au spécialiste qui pose le diagnostic étiologique. Il incombe ensuite au médecin généraliste de reprendre cette annonce avec son patient pour vérifier la bonne compréhension de cette dernière et répondre à ses questionnements. Pour aider les praticiens dans cette démarche, des RBP ont été établies par l'HAS en 2009(44). La démarche d'annonce doit être structurée, évolutive et dynamique et peut s'organiser sur une ou plusieurs consultations. Elle doit être opportune et individualisée. En principe, elle doit initialement être faite au malade puis, avec son accord, à la personne de son choix(25).

## 2. SUIVI

#### a. PLAN DE SOIN

Au décours de l'annonce, le médecin généraliste, en tant que prescripteur, peut entamer la démarche de soins. Mais l'HAS stipule dans son guide de 2018, qu'« *il n'est pas nécessaire d'attendre le diagnostic étiologique pour discuter des premières mesures d'un plan d'aides et de soins. L'acceptation du plan (...) nécessite parfois un temps de persuasion et d'argumentation* »(36).

Selon l'HAS(32,44), le plan de soins et d'aides consiste en :

- la mise en place de l'Affection Longue Durée (ALD) 15
- la prescription de thérapies médicamenteuses et non médicamenteuses
- l'évaluation gériatrique globale dont nutritionnelle
- l'orientation du patient et/ou de son entourage vers un psychologue/psychiatre
- l'orientation vers les services sociaux et autres dispositifs de coordination. Le médecin traitant peut conseiller son patient sur l'ouverture d'un dossier à la Maison Départementale de Personnes Handicapées (MDPH) (si < 60 ans et en situation de handicap ou présentant des pathologies chroniques) ou d'un dossier APA (si > 60 ans et en perte d'autonomie) pour obtenir des aides financières.
- la mise en place de mesures juridiques telles que la désignation d'une personne de confiance, l'élaboration des directives anticipées et la réalisation d'un mandat de protection future. Ces mesures doivent être réfléchies dès le début de la prise en charge.

Pour valoriser ce temps destiné à l'information du patient sur la stratégie thérapeutique, il existe la cotation « G + MIS », rémunérée à hauteur de 55€.

Le plan de soins et d'aide reste avant tout un projet collectif. Il s'élabore en partenariat avec les spécialistes engagés et les ressources sanitaires et sociales de proximité(37). Cette collaboration multidisciplinaire, par le nombre d'acteurs engagés, complexifie la prise en charge mais reste pour autant incontournable(33).

## b. DISPOSITIFS DE COORDINATION

Parmi les dispositifs de coordination existants, il y a :

- les réseaux de santé. En 2005, une étude fait l'état des lieux des réseaux de santé Alzheimer en France, soit au total 166 réseaux déployés sur 61 départements français(45).
- les MAIA, composées de pilotes et de gestionnaires de cas sollicités pour les situations jugées « complexes »
- les CLIC, composés de chargés de coordination

- les Coordinations/Plateformes Territoriales d'Appui (CTA/PTA), composées de coordinateurs, d'infirmiers d'appui, d'assistants sociaux, d'un temps médical et de secrétaire

Tous ces dispositifs ont pour mission commune de faciliter les parcours de soins en accompagnant les patients, les familles et les professionnels de santé et en prônant le travail en réseau entre les différents professionnels. Pour limiter les interlocuteurs, la loi du 24 juillet 2019 lance le projet de fusionner ces structures en un dispositif unique, le Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC). Ce projet devait s'achever en juillet 2022 pour l'ensemble des territoires français(46).

Les autres intervenants dans le parcours de soin sont, de manière non exhaustive(47) :

- les Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS)
- les Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD) comme l'Aide à Domicile en Milieu Rural (ADMR)
- les Service de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD), composés d'infirmiers coordonnateurs, d'infirmiers, d'aides-soignants, d'aides médico-psychologiques, de psychologues, d'ergothérapeutes, de psychomotriciens et de pédicures-podologues
- les plateformes d'accompagnement et de répit, proposant diverses prestations comme l'accueil de jour, l'hébergement temporaire, le répit à domicile, la garde itinérante de nuit, les séjours vacances ou encore les activités couple aidant-aidé
- les associations de patients telles que France Alzheimer, proposant diverses prestations comme des formations pour les aidants, des groupes de parole, des activités et des sorties ou encore des cafés mémoire

### c. THERAPEUTIQUES (NON-)MEDICAMENTEUSES

Sur le plan thérapeutique, la prise en charge doit être personnalisée, multidimensionnelle (cognitive, psychique, fonctionnelle, sociale) et globale (patient, entourage, environnement)(36).

Depuis le 1<sup>er</sup> aout 2018 en France, les médicaments spécifiques de la MA (Donézépil, Galantamine, Rivastigmine et Mémantine) ne sont plus remboursés du fait d'un Service

Médical Rendu (SMR) jugé insuffisant (efficacité non prouvée ou non pertinente, effets indésirables non négociables, et nombreuses interactions médicamenteuses)(48,49).

La recherche thérapeutique actuelle repose principalement sur l'immunothérapie passive et active mais cela est encore au stade de l'expérimentation(50). Compte tenu des limites actuelles sur le plan médicamenteux, beaucoup d'interventions non médicamenteuses se développent, reposant essentiellement sur des moyens humains. Ces thérapies sont moins coûteuses et dénuées d'effets secondaires. De nombreux corps de métiers sont susceptibles d'intervenir (ergothérapeute, infirmier, kinésithérapeute, orthophoniste, psychologue, psychomotricien, auxiliaire de vie, associations sportives, ...)(36).

Parmi les différentes interventions non médicamenteuses, il y a (51) :

- la stimulation cognitive
- la stimulation sensorielle et du comportement : par la musicothérapie, la luminothérapie, l'aromathérapie, la stimulation multisensorielle, ... etc
- la stimulation de l'activité motrice
- l'aménagement du lieux de vie
- la surveillance médicale

Jusqu'à maintenant, l'efficacité, sur le plan cognitif, des différentes approches non médicamenteuses était controversée selon les études(52–54). Néanmoins, une revue récente de la littérature a identifié des avantages à court terme de la stimulation cognitive chez les patients atteints de démence légère à modérée(55).

La prescription de « 12 à 15 séances de soins de réhabilitation et d'accompagnement à domicile », par le médecin généraliste, est conseillée au stade léger et modéré de la MA (MMSE > 15). Ces séances sont réalisées par des Equipes Spécialisées Alzheimer (ESA), équipes pluridisciplinaires composées d'infirmiers coordonnateurs, d'ergothérapeutes et/ou de psychomotriciens et d'Assistants de Soins en Gérontologie (ASG) qui sont des Aides Soignants (AS) ayant reçu une formation spécifique pour la prise en charge de la MA. Ces équipes sont formées à la réadaptation, la stimulation et l'accompagnement des malades et de leur entourage et ont pour objectifs, le maintien et la stimulation des capacités résiduelles, l'apprentissage de stratégies de compensation, l'adaptation de l'environnement, ainsi que l'amélioration de la relation patient-aidant(56). Ces 12 à 15 séances sont réalisables sur une période maximale de 3 mois et sont renouvelables annuellement.

Les autres prescriptions que le médecin généraliste peut faire sont : des séances d'orthophonie, des séances de kinésithérapie et un suivi psychologique.

Selon les besoins et le stade de la maladie, les Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) disposent d'unités adaptées, les UCC, avec du personnel spécifique (psychomotricien, psychologue, ergothérapeute, assistant de gérontologie), pour accueillir le patient atteint de MA et présentant des troubles du comportement non gérables à domicile ou dans les structures habituelles.

Dans l'objectif d'un maintien à domicile aussi longtemps que possible, l'accès à des accueils de jour est une solution. 85 % de ces structures sont rattachées à un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) et 15 % sont autonomes. Ce sont des structures de soins pour le patient (par le biais d'ateliers thérapeutiques) et de répit pour l'aidant.

L'accès aux séjours en hébergement temporaire est également possible pour la poursuite des soins. L'EHPAD, qui permet un accueil temporaire ou définitif selon le stade de la maladie, dispose d'espaces spécifiquement adaptés, les PASA et les UHR. Dans ces lieux de vie, sont proposés un projet de soins et des activités sociales et thérapeutiques personnalisées(32).

#### d. SUIVI DU PATIENT

Concernant le suivi, celui-ci doit également être multidimensionnel et interdisciplinaire. Sauf complication particulière, une consultation annuelle chez le médecin généraliste et chez le spécialiste est recommandée(32).

Dans le cadre du Plan Alzheimer 2008 - 2012, une visite longue est créée pour améliorer la prise en charge des patients atteints de MAMA à domicile. Elle a pour objectifs notamment l'évaluation gérontologique, la prévention de la iatrogénie médicamenteuse, l'évaluation environnementale, la détection des situations à risque, le repérage de l'épuisement chez l'aidant, et l'information sur le plan de soins et d'aides. Depuis avril 2022, cette visite longue, réalisée par le médecin généraliste à domicile ou en EHPAD, est revalorisée par l'utilisation possible de la cotation associée « VL » à chaque trimestre. Cette cotation permet au médecin d'être rémunéré à hauteur de 70€ (« VL + MD\* » = 60€ + 10€)(56).

*\*Majoration de Déplacement*

## e. SUIVI DE L'AIDANT NATUREL

Si on inclut les aidants naturels (ou informels), 2 à 3 millions de personnes sont actuellement impactées par les MAMA en France(5).

En 2010, dans le cadre du plan Alzheimer 2008 - 2012, l'HAS publie des RBP pour le suivi médical des aidants(31). Ces dernières recommandent aux médecins généralistes et à tous les autres acteurs intervenants dans la prise en charge des patients atteints de MAMA, de réaliser une consultation annuelle dédiée à l'aidant(57).

Lors de cette consultation, peuvent être proposés:

- un examen clinique global et une vérification des éléments de prévention (calendrier vaccinal, examens de dépistage, ...)
- une évaluation de l'état de santé global à l'aide de différents outils : le Mini Nutritional Assessment (MNA) pour l'évaluation de l'état nutritionnel, l'échelle IADL pour l'état physique et l'autonomie, le Hamilton, le questionnaire de Beck et le GDS pour l'état psychique, et l'échelle de Zarit ou de mini-Zarit pour l'évaluation du fardeau de la maladie sur l'aidant(33)
- une information claire et adaptée sur la maladie et son évolution
- une information et une orientation vers les dispositifs de coordination tels que les réseaux, les plateformes de répit et les associations de famille afin d'offrir du soutien sous forme de formations, de psychothérapie, ...

Dans ces RBP, l'HAS précise qu'«une prise en charge diversifiée et prolongée est à privilégier»(57).

## II. MATERIEL ET METHODE

### A. ETUDE

Nous avons mené une étude quantitative, transversale et descriptive auprès d'un échantillon de médecins généralistes de Normandie. L'enquête a été faite par sondage anonyme en ligne. Cette étude a reçu un avis favorable par le Comité Local d'Ethique de la Recherche en Santé (CLERS). Le numéro d'identification de l'étude est le 2307.

### B. POPULATION

Les médecins généralistes de Normandie sont la population cible de notre étude et les médecins généralistes participants aux Groupes Qualités (GQ) normands sont la population source. Pour former notre échantillon, après le refus de l'Union Régionale des Médecins libéraux (URML) de Normandie et des différents Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins (CDOM) de la région de nous transmettre les coordonnées des praticiens, nous avons pris contact avec le Docteur Magnani Claude, coordonnateur des GQ normands. Ce dernier a accepté de diffuser le lien de notre questionnaire par mail à tous les médecins inscrits à ces groupes, soit au total 375 participants. Les GQ sont des groupes de réflexion portant sur différentes thématiques pour homogénéiser les pratiques et améliorer la qualité des soins individuels et collectifs.

### C. RECUEIL DES DONNEES

Pour recueillir nos données, nous avons élaboré un questionnaire à destination des médecins généralistes (*Cf. Annexe 10*), se basant sur les RBP de l'HAS de 2011 intitulées « Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge »(32).

Ce questionnaire est composé de trente-deux questions, se succédant dans l'ordre chronologique de la prise en charge. Deux d'entre elles sont numériques. Vingt-neuf d'entre elles sont fermées, dont douze à choix multiples, et dix-sept à choix unique. Parmi les douze questions à choix multiples, neuf donnaient la possibilité d'ajouter une réponse libre. Enfin, trois questions n'apparaissaient pas systématiquement mais dépendaient de la réponse donnée à la question précédente.



Ce sondage est divisé en quatre sous-parties :

- Données démographiques des médecins répondants (six questions)
- Pratique du repérage précoce (quatorze questions)
- Pratique après confirmation du diagnostic (huit questions)
- Point de vue des médecins sur le repérage précoce (trois questions et un espace de commentaires libres)

Le questionnaire a été réalisé sur la plateforme LimeSurvey.

Une première ébauche du questionnaire a été envoyée de manière aléatoire à quelques médecins des GQ afin d'avoir leur avis sur le fond et la forme. La version définitive a ensuite été rendue accessible du 23 avril 2021 au 19 juillet 2021 pour l'ensemble des médecins via un lien hypertexte envoyé par mail. Deux relances ont été faites, chacune à un mois d'intervalle pour améliorer nos chances de réponses.

Sur l'ensemble des questionnaires reçus ( $n = 81$ ), trois étaient incomplets. Ils ont néanmoins été pris en compte dans l'analyse des résultats. Il n'y a pas eu de remplacement des données manquantes.

## D. OBJECTIFS

L'objectif principal de l'étude est de faire l'état des lieux des pratiques professionnelles des médecins généralistes de Normandie concernant le repérage précoce des patients atteints de MAMA, leur prise en charge globale et leur suivi ainsi que celui de leur entourage. Leur opinion sur la pertinence du repérage précoce tel que proposé par l'HAS est également recueillie afin d'élaborer des pistes de travail et axes d'amélioration.

L'objectif secondaire est de rechercher l'existence de différences significatives dans les pratiques en fonction des données démographiques des médecins interrogés.

## E. METHODE STATISTIQUE

L'analyse statistique a été réalisée avec l'aide de Monsieur Nadin Lawrence, interne en biostatistique du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Caen. Nous avons réalisé une

analyse statistique descriptive univariée pour répondre à l'objectif principal et descriptive bivariée pour répondre à l'objectif secondaire.

Toutes les variables sont qualitatives sauf l'âge qui est de nature quantitative. Certaines variables ont été binarisées pour faciliter l'interprétation. Pour comparer les variables qualitatives, on a utilisé le test de Fisher (si échantillon < 5) et le test du Khi2 (si échantillon > 5). Le test de Student a été utilisé pour comparer les variables quantitatives (moyennes d'âge). Le seuil de significativité statistique (*p-value*) est < 0,05. Un seuil de « quasi-significativité » a également été admis, avec *p-value* entre 0,05 et 0,1, dans le but d'observer des tendances dans les pratiques. L'inflation du risque alpha n'a pas été prise en compte au vu des nombreuses variables testées.

Les variables utilisées pour l'analyse bivariée sont :

Pour les pratiques :

- la réalisation d'une consultation dédiée au repérage : oui / non
- le temps jugé nécessaire au repérage : < 30 minutes / > 30 minutes
- le nombre de consultations jugées nécessaires au repérage : 1 / ≥ 2
- la ré-évaluation lors d'un repérage négatif : oui / non
- l'utilisation de la cotation « ALPQ006 » : oui / non
- la réalisation d'une consultation d'annonce : oui / non
- la réalisation de visites longues : oui / non
- l'utilisation de la cotation « VL » : oui / non
- la réalisation d'une consultation annuelle dédiée à l'aidant : oui / non
- le suivi de l'aidant : oui / non
- la réalisation d'une évaluation fonctionnelle : oui / non
- la réalisation d'une évaluation psycho-comportementale : oui / non
- l'existence de freins au repérage précoce : oui / non

Pour les données démographiques :

- l'âge : moyenne
- le sexe : masculin / féminin
- le temps depuis l'obtention de la thèse : < 10 ans / 10 - 20 ans / > 20 ans
- le département d'exercice : Calvados / autre
- le milieu d'exercice : (semi-)rural / urbain



### III. RESULTATS

#### A. OBJECTIF PRINCIPAL

Sur les 375 questionnaires envoyés, 81 nous ont été retournés complétés, soit un taux de réponse de 21,6 %.

#### 1. DONNEES DEMOGRAPHIQUES

L'ensemble des données démographiques des médecins interrogés apparaît dans le Tableau 1. La répartition des sexes des médecins répondants était équilibrée, avec 52 % de femmes (n = 42) et 48 % d'hommes (n = 39). La moyenne d'âge était de 46 ans, avec un écart-type de 12 ans. Ces médecins provenaient essentiellement du Calvados (48 %) et de la Manche (36 %). Pour 55 % d'entre eux, leur pratique était urbaine (n = 45). La majorité d'entre eux (94 %) n'avaient aucune formation spécifique en gériatrie ou neurologie de type DU/DIU/DESC/Capacité.

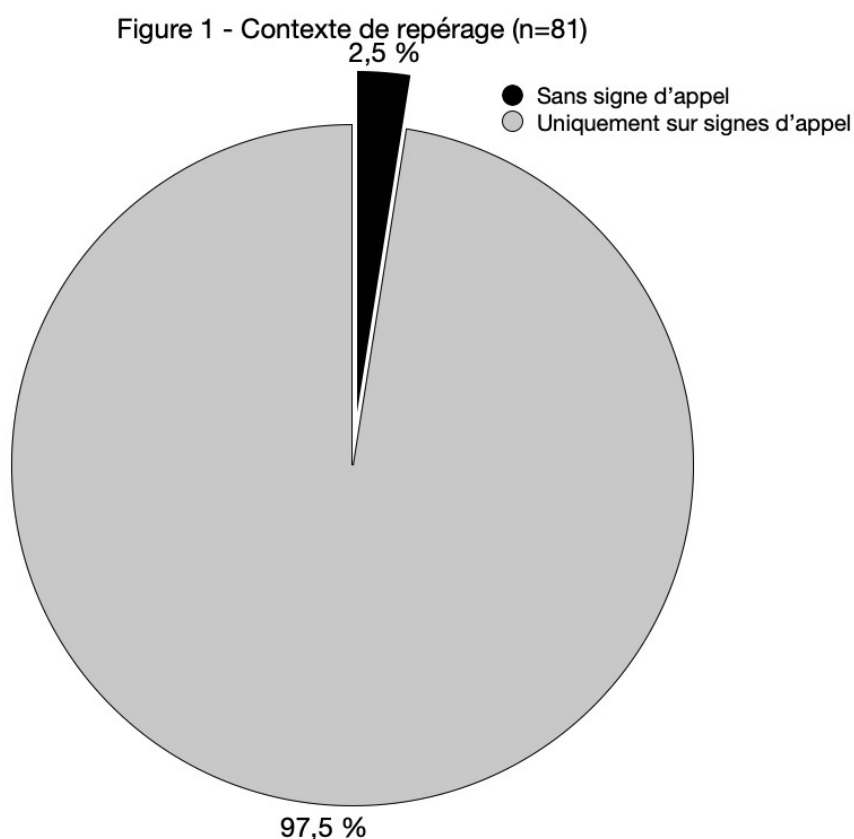
Tableau 1 - Données démographiques des médecins généralistes interrogés (n=81)

	Effectif
<b>Age (moyenne, min-max)</b>	46 (29-75)
<b>Sexe</b>	
Masculin	39 (48%)
Féminin	42 (52%)
<b>Temps depuis obtention de la thèse</b>	
< 10 ans	35 (43%)
10 à 20 ans	16 (20%)
> 20 ans	30 (37%)
<b>Département d'exercice</b>	
Calvados	39 (48%)
Orne	3 (4%)
Manche	29 (36%)
Eure	6 (7%)
Seine-Maritime	4 (5%)
<b>Milieu D'exercice</b>	
Rural	8 (10%)
Semi-rural	28 (35%)
Urbain	45 (55%)
<b>Formation spécifique en gériatrie ou neurologie (DU/DIU, DESC/Capacité, ...)</b>	
Oui	5 (6%)
Non	76 (94%)

## 2. ETUDE DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

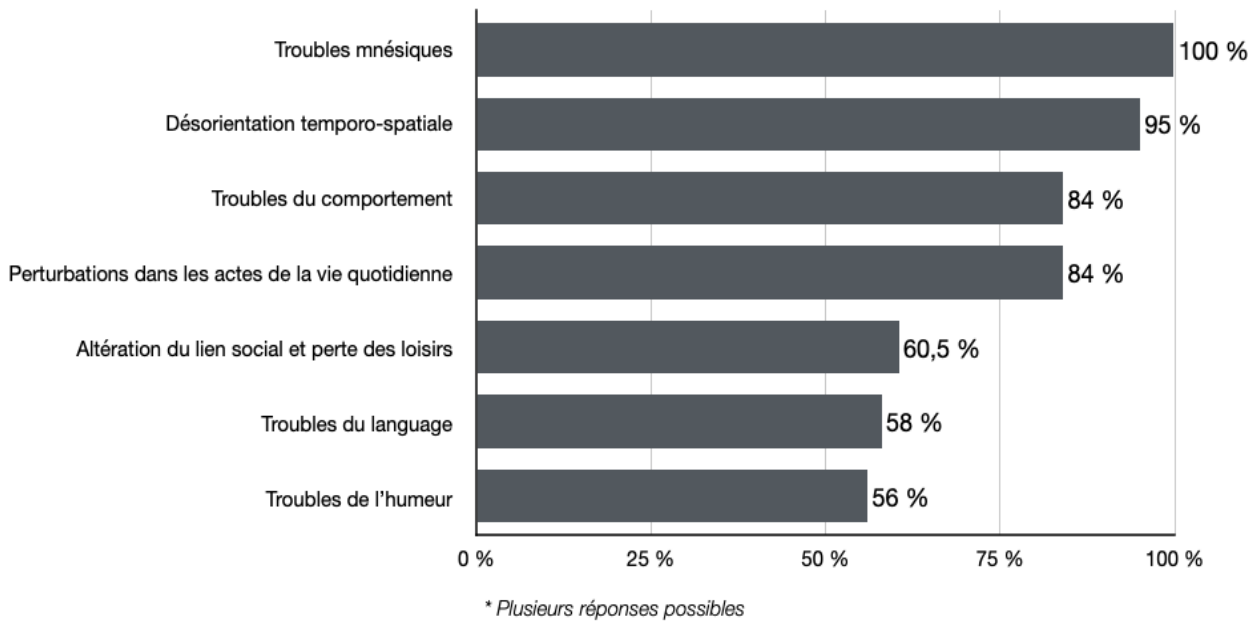
### a. REPERAGE PRECOCE

Sur la façon d'entamer un repérage précoce, 97,5 % des médecins interrogés s'accordaient à répondre qu'ils le font uniquement sur signes d'appel (exprimés par le patient ou l'entourage, ou repérés en consultation) (Cf. Figure 1).



Sur la Figure 2, on observe la répartition des signes d'appel menant au repérage en fonction de leur prise en compte par ces médecins. Les troubles mnésiques étaient considérés comme des signes d'appel pour l'ensemble des médecins, alors que l'altération du lien social, les troubles du langage et les troubles de l'humeur l'étaient pour 60,5 %, 58 % et 56 % d'entre eux respectivement.

Figure 2 - Répartition des signes d'appel menant au repérage (n=79) \*



Pour les médecins ayant comme pratique d'initier cette démarche sans signe d'appel (n = 2), le dépistage systématique était réalisé respectivement à l'âge de 65 et 83 ans.

Pour le repérage des troubles cognitifs, 70 % des médecins y dédiaient une consultation (Cf. Figure 3), 75 % estimaient qu'un temps de 15 à 30 minutes était nécessaire (Cf. Figure 4), et 60,5 % jugeaient essentiel de répartir cette évaluation sur plusieurs consultations (Cf. Figure 5).

Figure 3 - Réalisation d'une consultation dédiée (n=81)

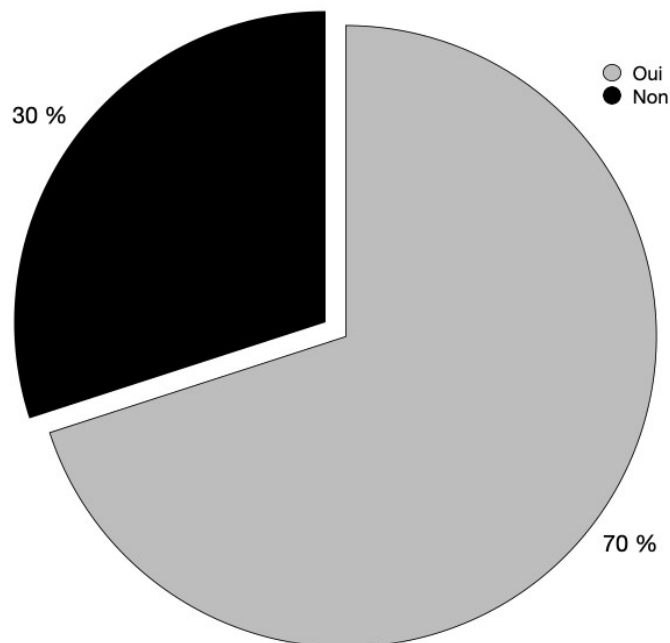


Figure 4 - Estimation du temps nécessaire au repérage (n=81)

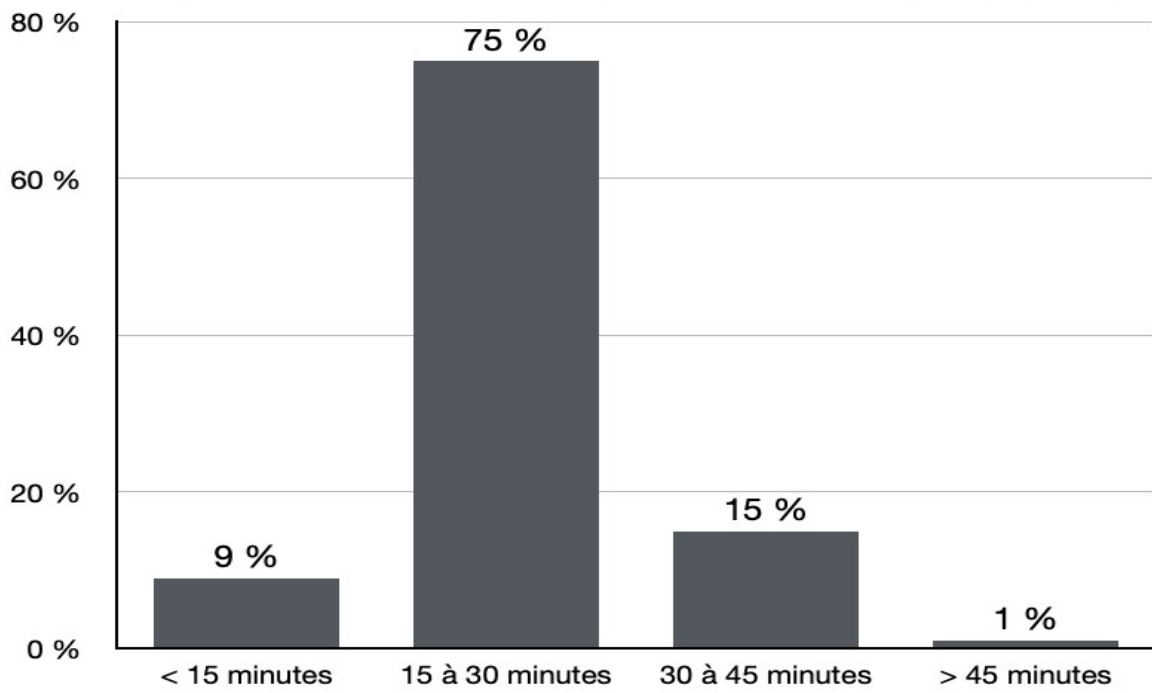
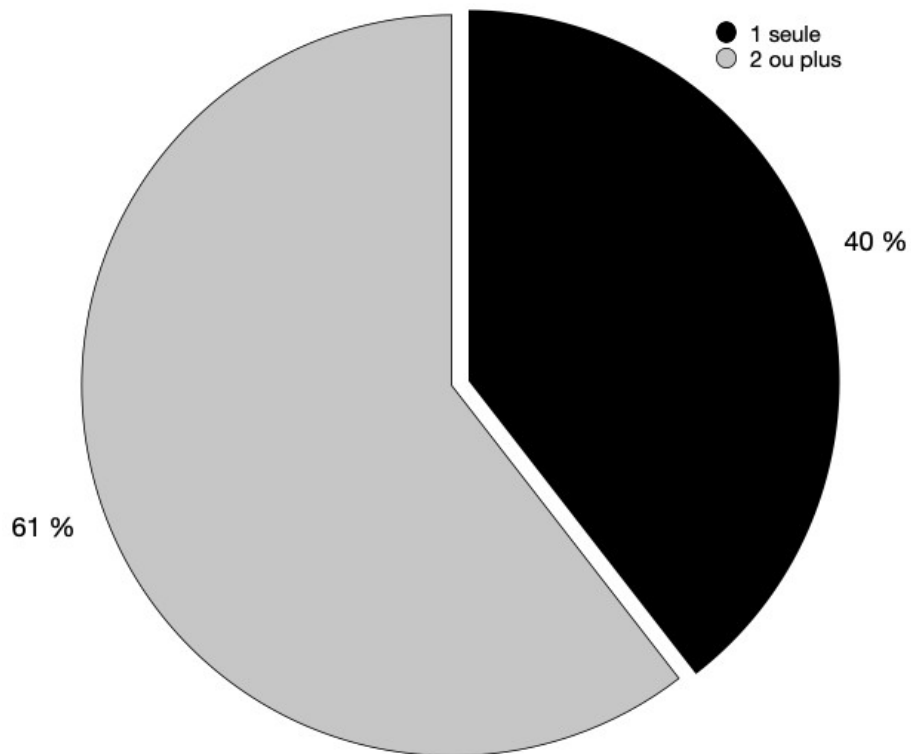
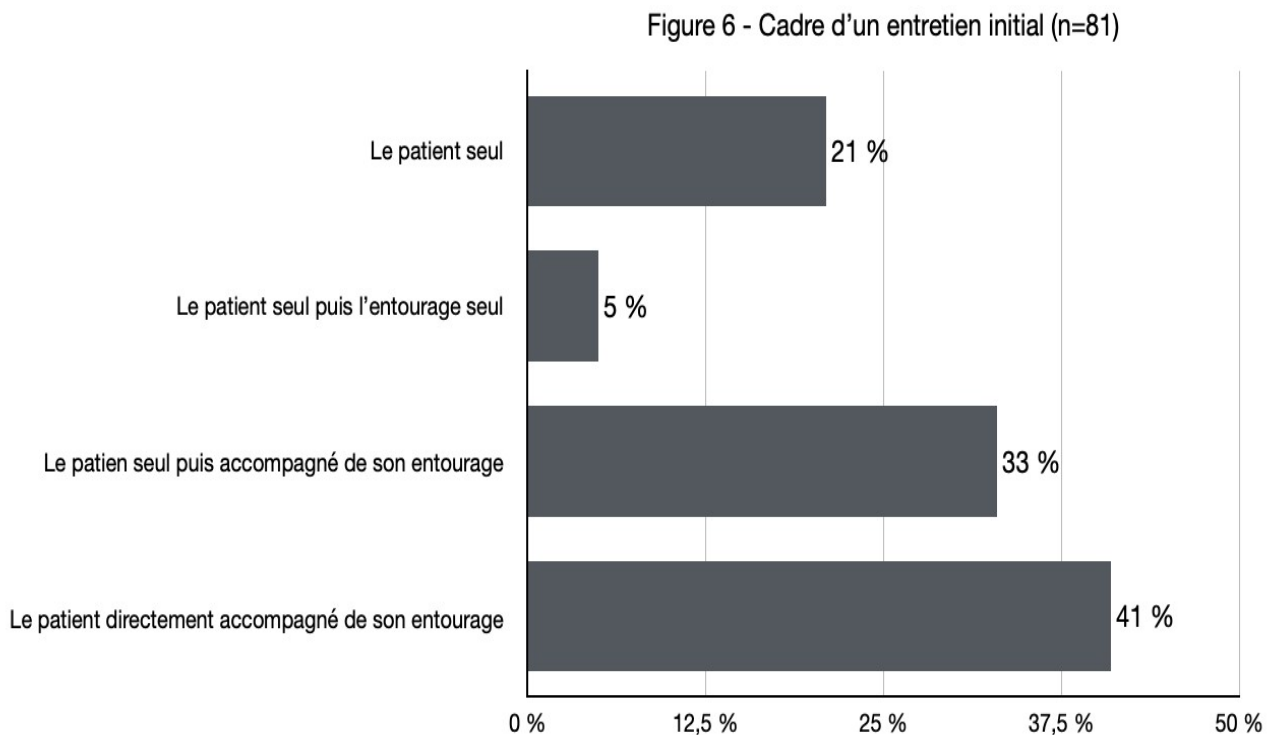


Figure 5 - Estimation du nombre de consultation nécessaire (n=81)



Pour la rémunération de cet acte, une petite majorité des médecins interrogés (54 %) n'utilisait pas la cotation « ALPQ006 ».

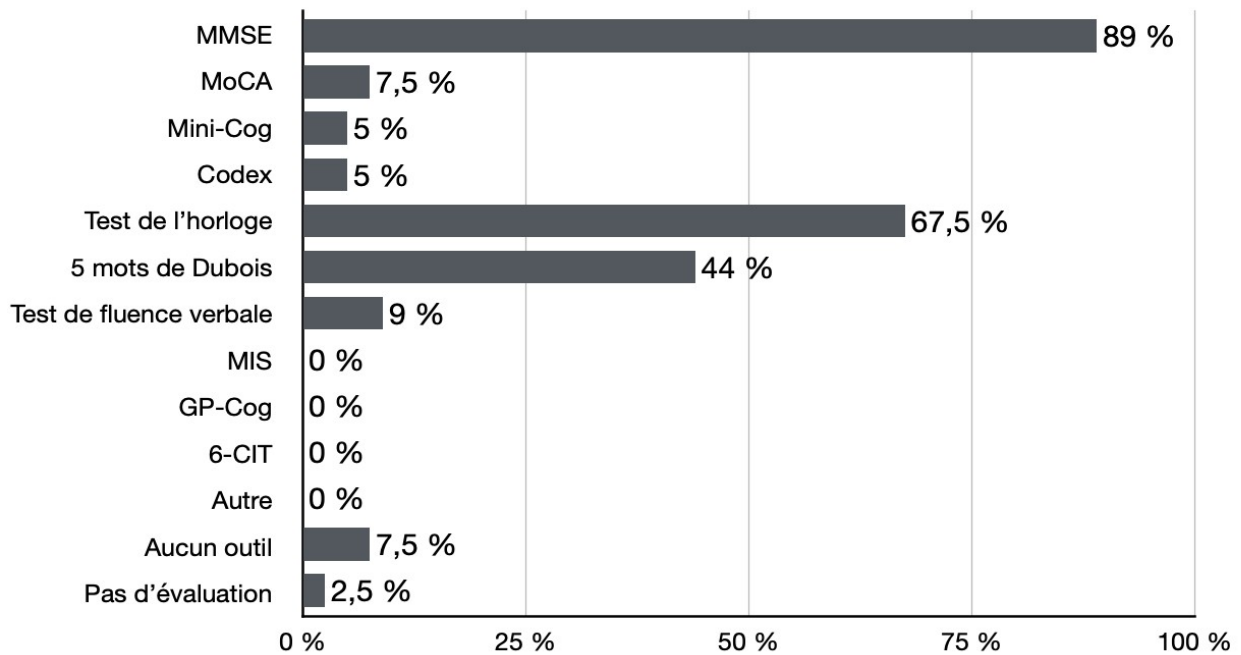
Le plus souvent, les entretiens initiaux avaient lieu avec le patient directement accompagné de son entourage (41 %). La Figure 6 montre la répartition des différents types de consultations envisagées.



Pour l'évaluation cognitive, 7,5 % des médecins n'utilisaient aucun outils contre 41 % et 51 % pour l'évaluation fonctionnelle et l'évaluation psycho-comportementale, respectivement. Parmi tous les outils cités, les plus utilisés étaient le MMSE (89 %), le test de l'horloge (67,5 %) et le test des 5 mots de Dubois (44 %) pour l'évaluation cognitive ; l'échelle IADL (27,5 %) pour l'évaluation fonctionnelle ; et le GDS (19 %) pour l'évaluation psycho-comportementale. A noter, que 32,5 % des médecins interrogés ne faisaient pas d'évaluation fonctionnelle et 27,5 % d'évaluation psycho-comportementale alors que seulement 2,5 % d'entre eux ne faisaient pas d'évaluation cognitive (Cf. Figures 7, 8 et 9).



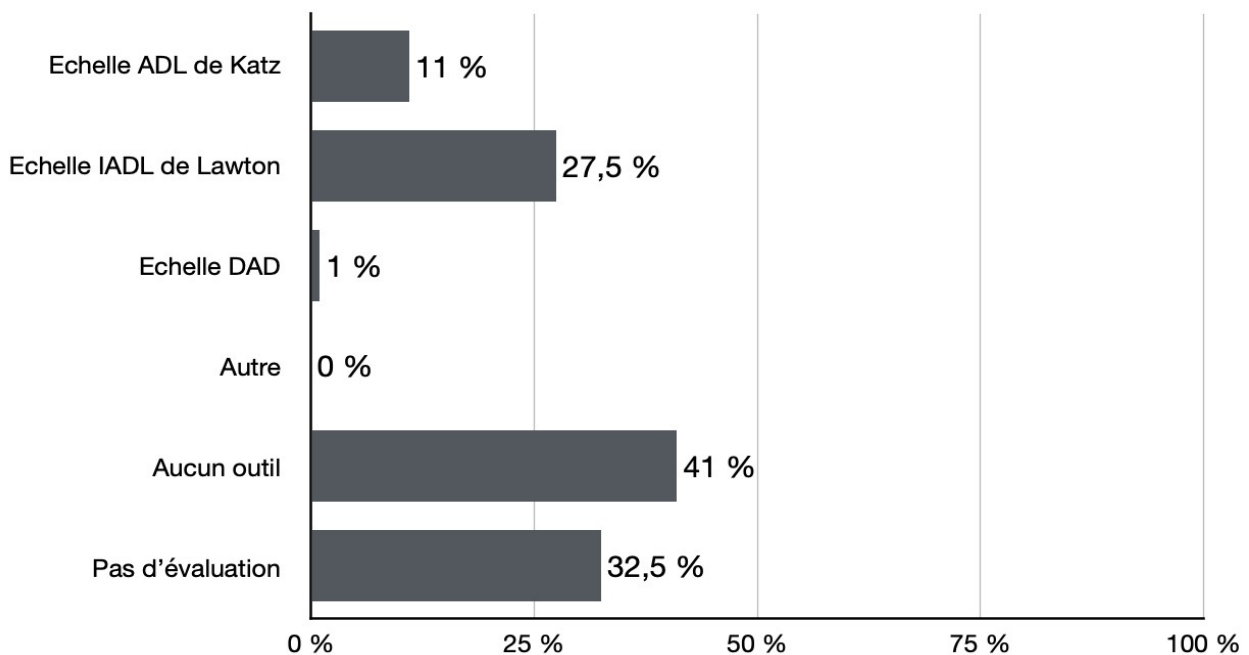
Figure 7 - Outils utilisés pour l'évaluation cognitive (n=80)\*



\* Plusieurs réponses possibles

MMSE (Mini Mental State Examination), MoCA (Montreal Cognition Assessment), Codex (Cognitive disorders examination), MIS (Memory Impairment Screen), 6-CIT (6-Cognitive Impairment Test)

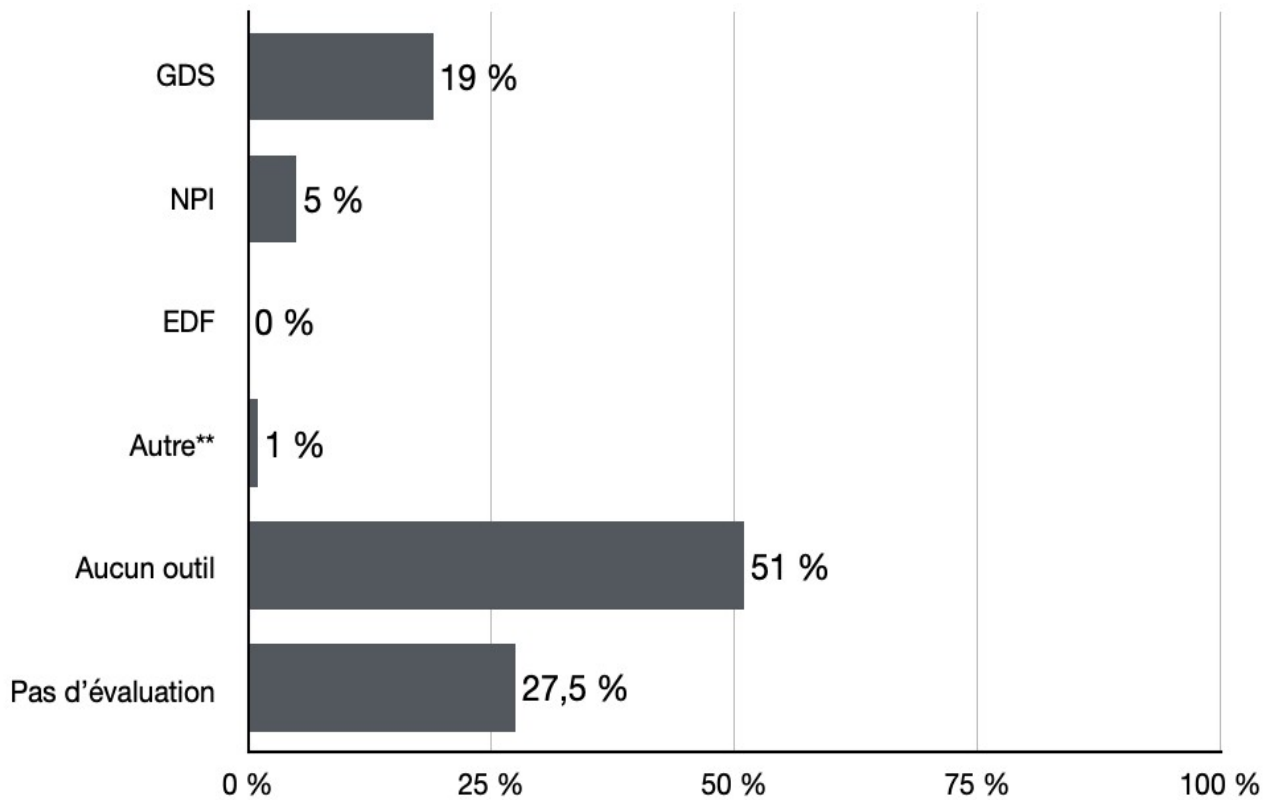
Figure 8 - Outils utilisés pour l'évaluation fonctionnelle (n=80)\*



\* Plusieurs réponses possibles

ADL (Activities of Daily Living), IADL (Instrumental Activities of Daily Living), DAD (Disability Assessment for Dementia)

Figure 9 - Outils utilisés pour l'évaluation psychocomportementale (n=80)\*



\* Plusieurs réponses possibles

GDS (Geriatric Depression Scale), NPI (NeuroPsychiatric Inventory), EDF Echelle de Dysfonctionnement Frontale)

\*\* Hamilton

Concernant les examens complémentaires, les marqueurs biologiques les plus prescrits étaient l'hémogramme (90 %), la natrémie (95 %), la glycémie (87,5 %), la TSH (85 %) et le bilan rénal (94 %). Pour l'imagerie cérébrale, 64 % des médecins demandaient une IRM et 36 % un scanner (Cf. Tableau 2).

Tableau 2 - Examens complémentaires prescrits (n=80)\*

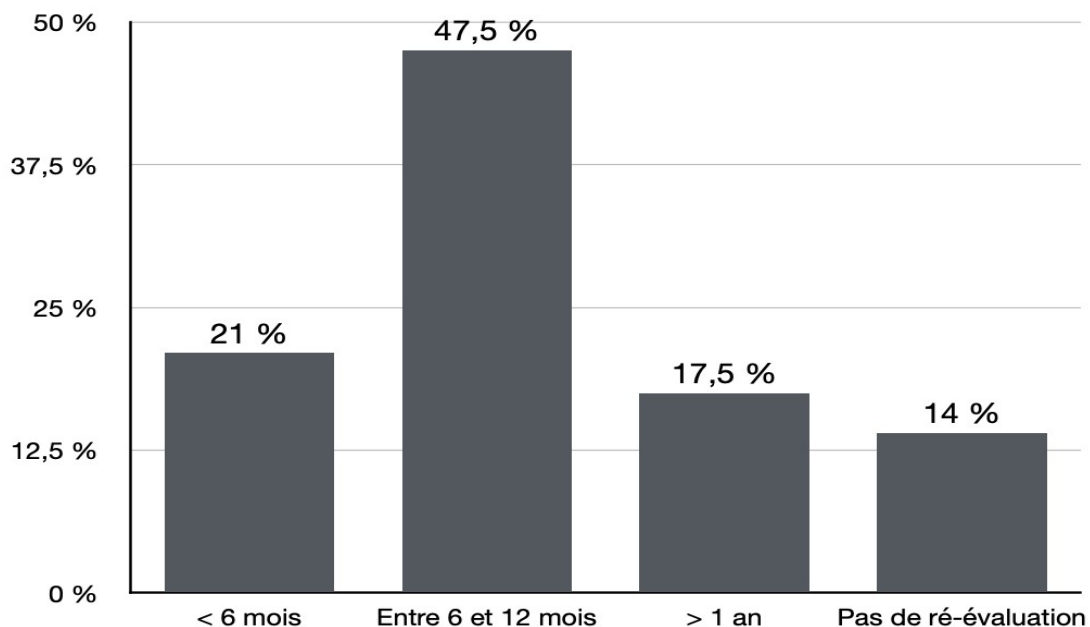
	Effectif
<b>Hémogramme</b>	72 (90%)
<b>CRP</b>	58 (72,5%)
<b>Natrémie</b>	76 (95%)
<b>Calcémie</b>	50 (62,5%)
<b>Glycémie</b>	70 (87,5%)
<b>TSH</b>	68 (85%)
<b>Albuminémie</b>	61 (76%)
<b>Bilan rénal (créatine, clairance)</b>	75 (94%)
<b>Bilan hépatique (transaminases, GGT)</b>	55 (69%)
<b>Vitamine B9, B12</b>	56 (70%)
<b>Sérologie syphilitique, VIH, maladie de Lyme</b>	31 (39%)
<b>Scanner cérébral</b>	29 (36%)
<b>IRM cérébral</b>	51 (64%)
<b>Aucun examen</b>	1 (1%)

\* Plusieurs réponses possibles

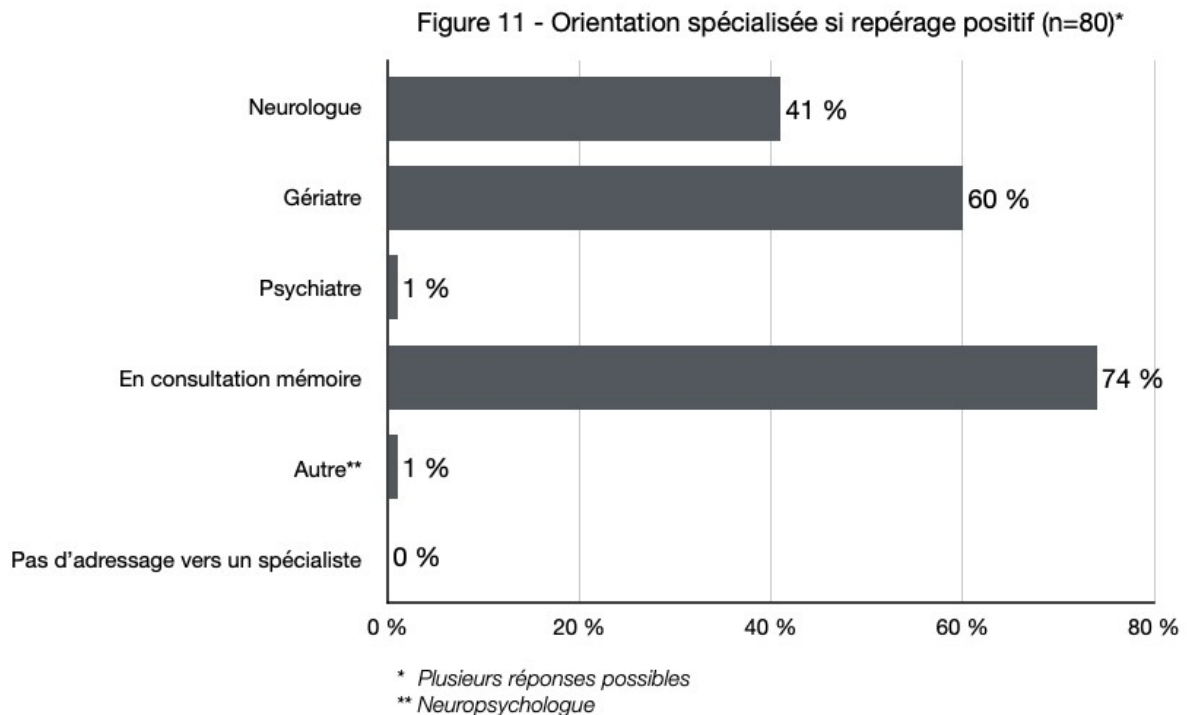
CRP (C Reactive Protein), TSH (Thyroid Stimulating Hormon), GGT (Gamma Glutamyl Transférase), VIH (Virus de l'Immunodéficience Humaine), IRM (Imagerie par Résonance Magnétique)

Si le repérage précoce n'était pas en faveur d'une MAMA, 47,5 % des médecins prévoyaient de réévaluer leur patient six à douze mois plus tard (Cf. Figure 10).

Figure 10 - Délai de ré-évaluation si repérage négatif (n=80)

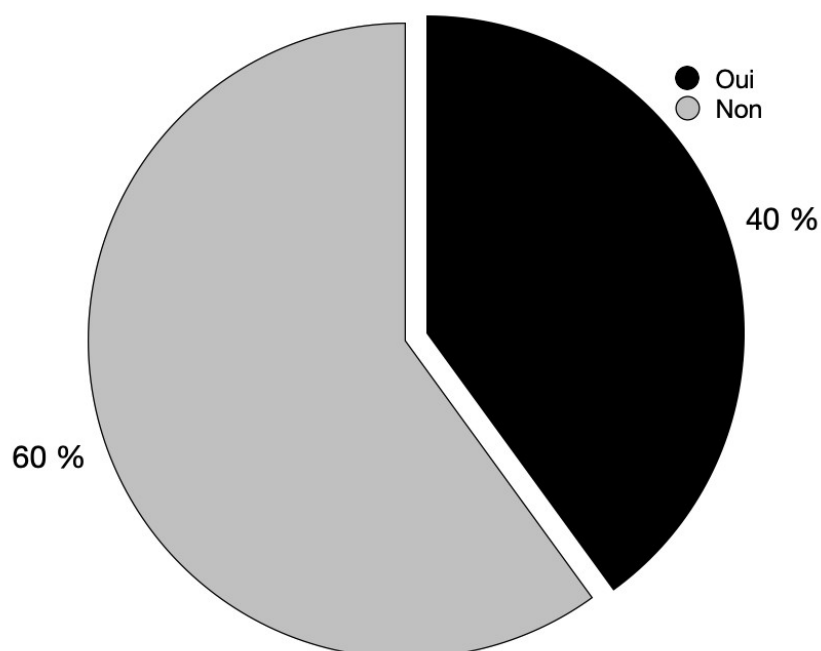


En revanche, si le repérage précoce était en faveur d'une MAMA, l'ensemble des médecins interrogés (n = 80) adressait le patient vers un spécialiste. Les spécialistes les plus sollicités étaient ceux de la consultation mémoire (74 %), le gériatre (60 %) et le neurologue (41 %) (Cf. Figure 11).



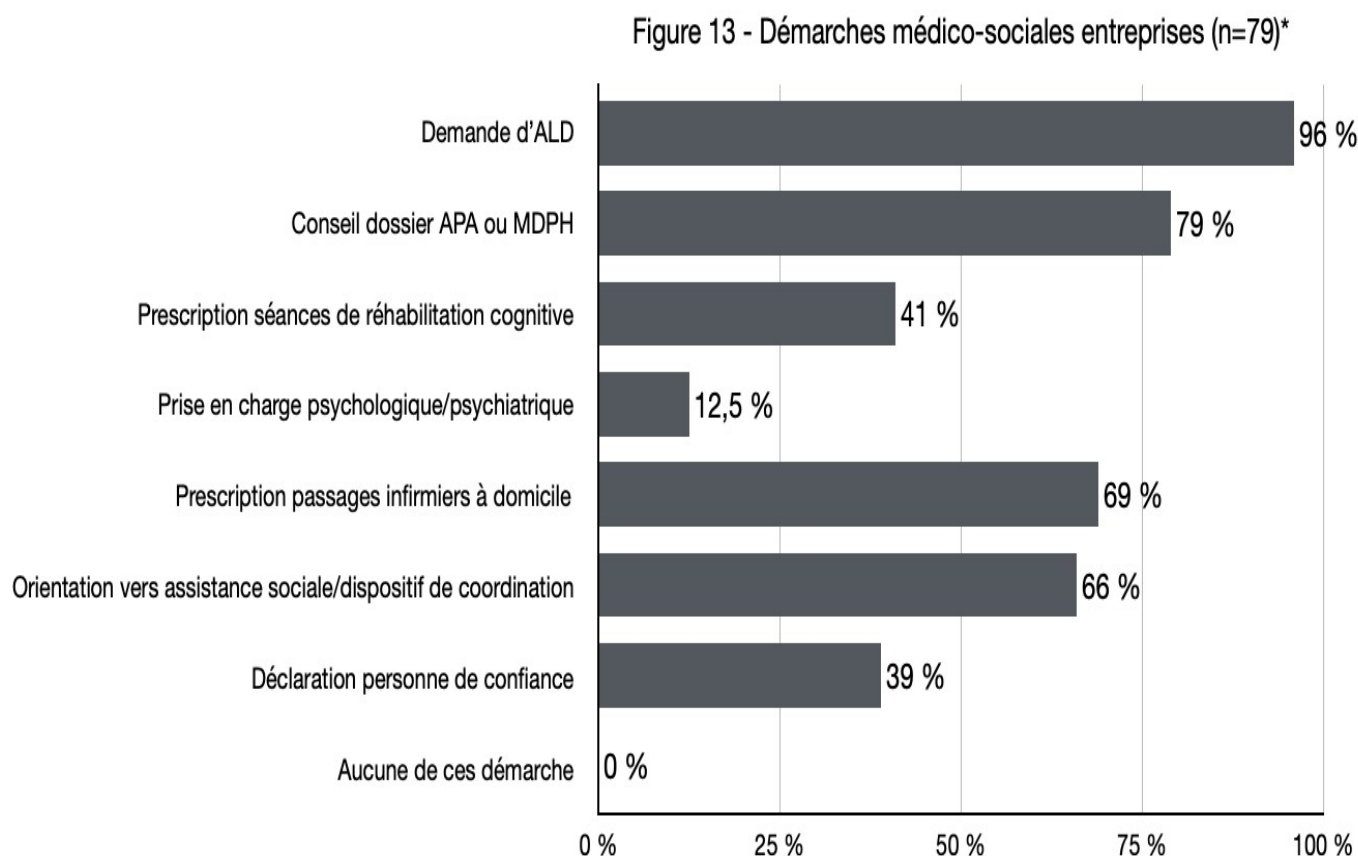
Les résultats de l'enquête indiquaient que 60 % des médecins ne faisaient pas de consultation d'annonce une fois le diagnostic confirmé par le spécialiste (Cf. Figure 12).

Figure 12 - Réalisation d'une consultation d'annonce (n=80)



## b. SUIVI

Les principales démarches entreprises par les médecins généralistes étaient la demande d'ALD (pour 96 % d'entre eux), le conseil pour l'ouverture d'un dossier APA ou MDPH (pour 79 % d'entre eux), la prescription de passages infirmiers à domicile (pour 69 % d'entre eux) et l'orientation vers l'assistante sociale ou un dispositif de coordination (pour 66 % d'entre eux) (Cf. Figure 13).

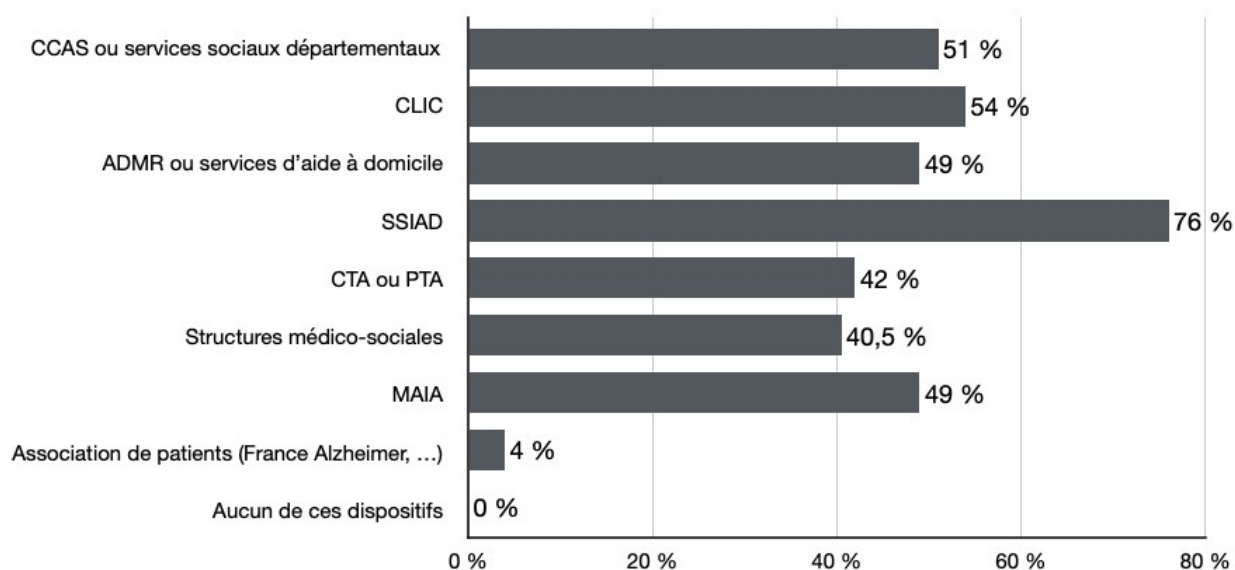


\* Plusieurs réponses possibles

ALD (Affection Longue Durée), APA (Allocation Personnalisée à l'Autonomie),  
MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées)

Sur la Figure 14, on observe que parmi les différents dispositifs de coordinations cités, le SSIAD était celui avec lequel les médecins avaient le plus l'habitude de travailler (76 % d'entre eux). A l'inverse, les associations de patients telle que France Alzheimer n'étaient sollicitées que par 4 % des médecins interrogés.

Figure 14 - Collaboration avec les dispositifs de coordination  
(n=79)\*

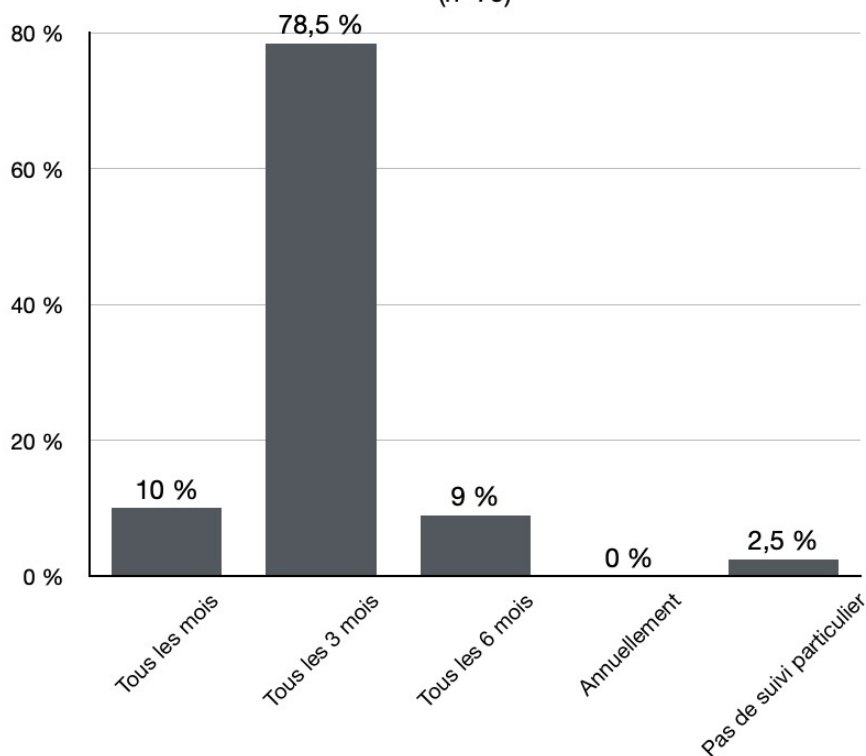


\* Plusieurs réponses possibles

CCAS (Centre Communal d'Actions Sociales), CLIC (Centre Local d'Information et de Coordination), ADMR (Aide à Domicile en Milieu Rural), SSIAD (Service de Soins Infirmiers A Domicile), CTA (Cellule Territoriale d'Appui), PTA (Plateforme Territoriales d'Appui), MAIA (Méthode d'Action pour l'Intégration des Services d'Aide et de Soins dans le champ de l'Autonomie)

Une large majorité des médecins prévoyait de revoir leur patient tous les 3 mois (78,5 % d'entre eux) (Cf. Figure 15).

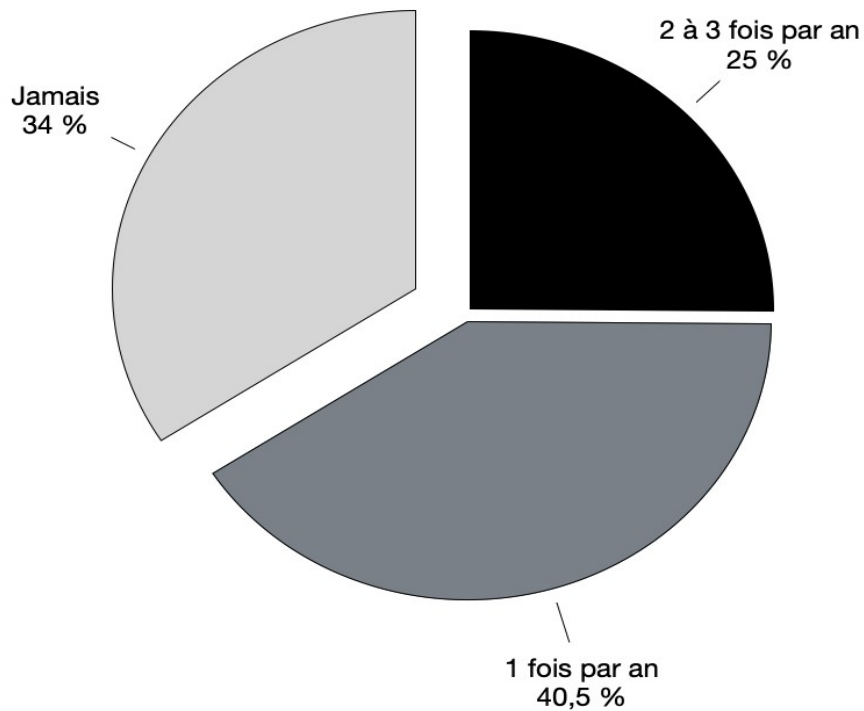
Figure 15 - Fréquence de suivi du patient atteint de MAMA  
(n=79)



MAMA (Maladie d'Alzheimer et Maladies Apparentées)

La Figure 16 expose la répartition des médecins sondés selon la fréquence de leurs visites longues au domicile du patient. Parmi ceux qui réalisaient au moins une visite longue par an (n = 52), 79 % utilisaient la cotation « VL ».

Figure 16 - Fréquence de réalisation de visites longues (n=79)



Concernant la prise en charge de l'aidant naturel, 73 % des médecins interrogés ne réalisaient pas de consultation annuelle dédiée, et 59,5 % n'utilisaient aucun outil pour son évaluation globale (Cf. Figures 17 et 18).

Figure 17 - Organisation d'une consultation annuelle dédiée à l'aidant (n=79)

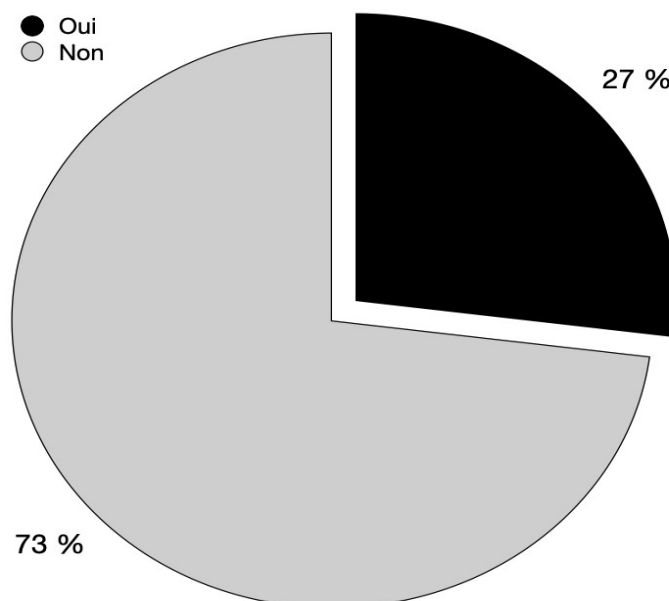
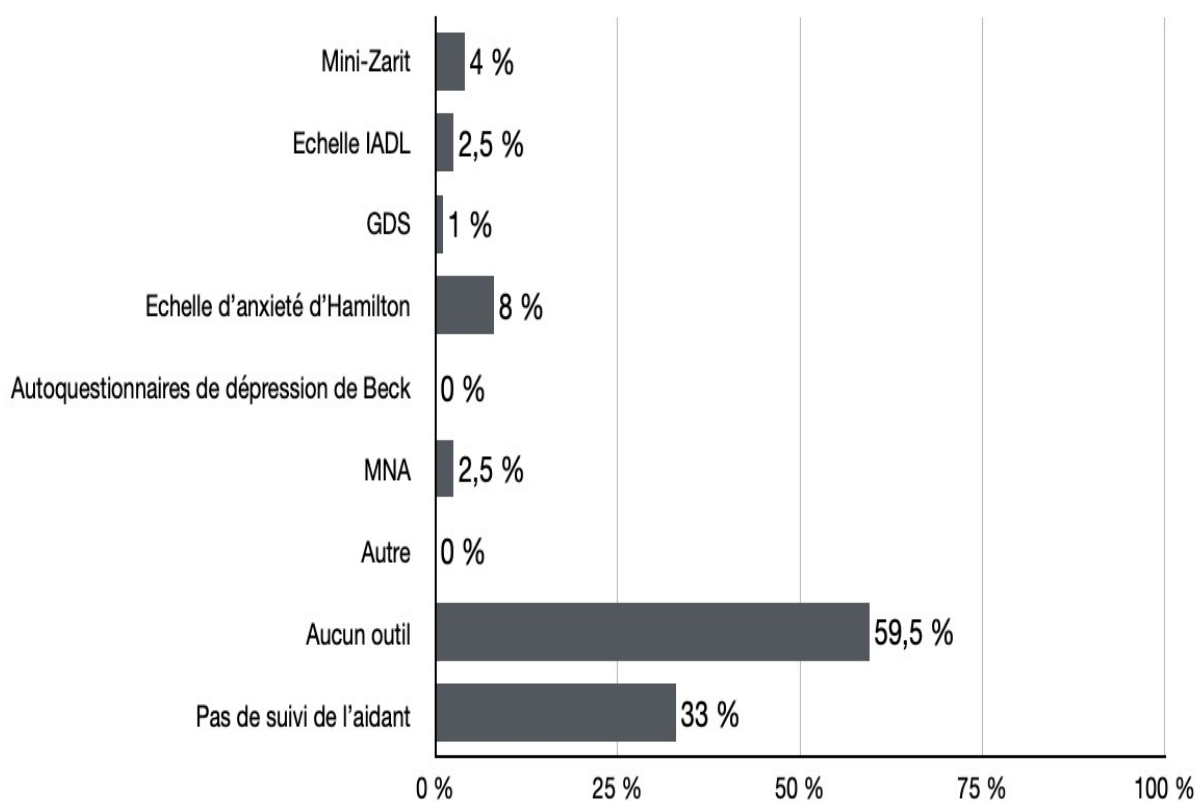


Figure 18 - Outils d'évaluation de l'aidant (n=79)\*



\* Plusieurs réponses possibles

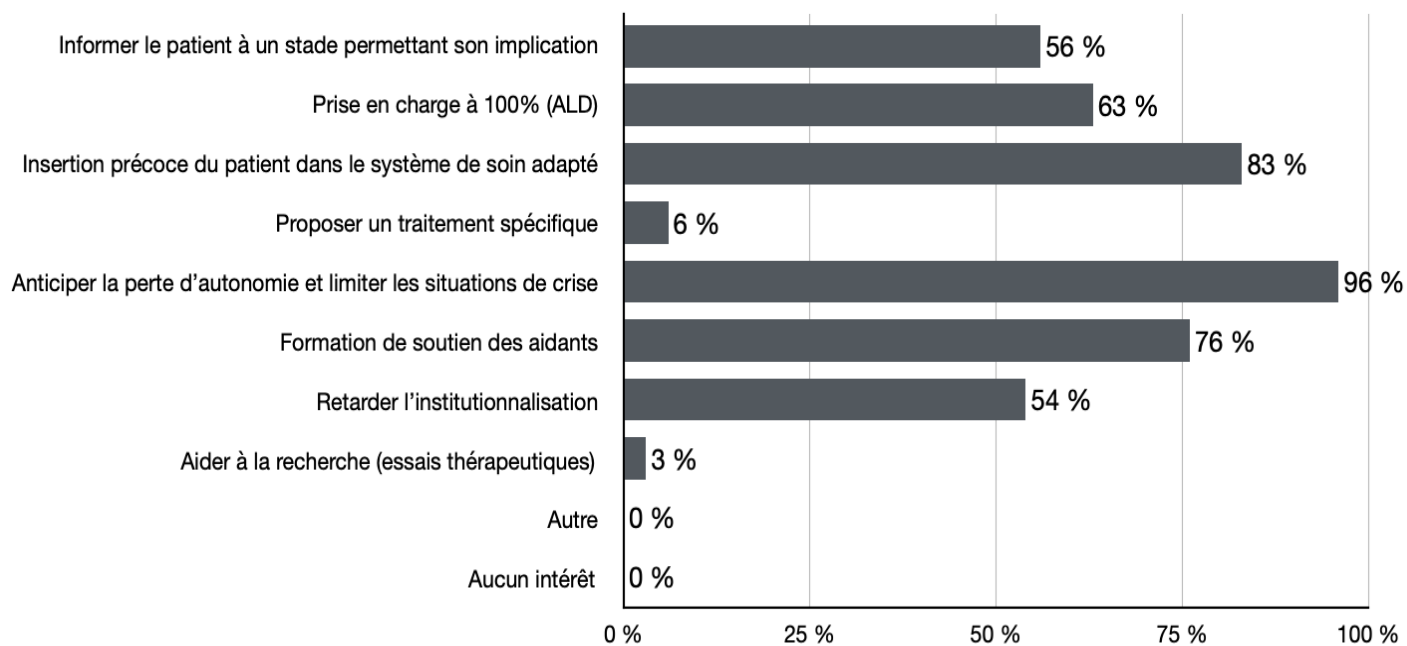
IADL (Instrumental Activities of Daily Living), GDS (Geriatric Depression Scale), MNA (Mini Nutritional Assessment)

### 3. POINT DU VUE DES PRATICIENS

Concernant la faisabilité du repérage précoce en médecine générale, les principaux intérêts sélectionnés par les praticiens étaient l'anticipation de la perte d'autonomie et la limitation des situations de crises (96 %), l'insertion précoce du patient dans le système de soins adaptés (83 %) et la formation et le soutien des aidants (76 %) (Cf. Figure 19). En revanche, les principaux freins cités étaient l'activité chronophage (69 %), l'absence de traitement curatif (42 %) et la surreprésentation des outils d'évaluation disponibles (35 %) (Cf. Figure 20). Enfin, les principales pistes de travail choisies étaient la simplification et l'adaptation des outils de repérage à disposition (72 %), l'amélioration de l'accès aux différents dispositifs de coordination (56 %) et la formation et la sensibilisation des médecins généralistes (50 %) (Cf. Figure 21).

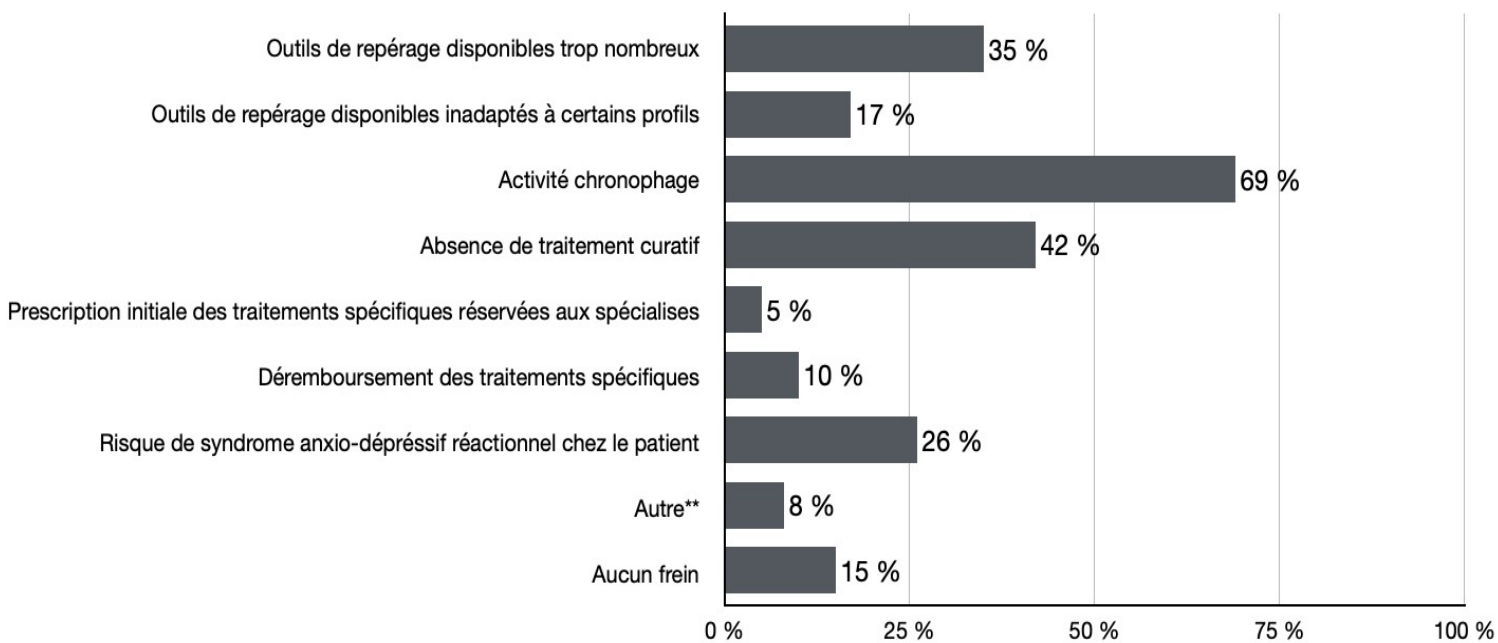


Figure 19 - Principaux intérêts du repérage précoce (n=78)\*



\* Plusieurs réponses possibles  
ALD (Affection Longue Durée)

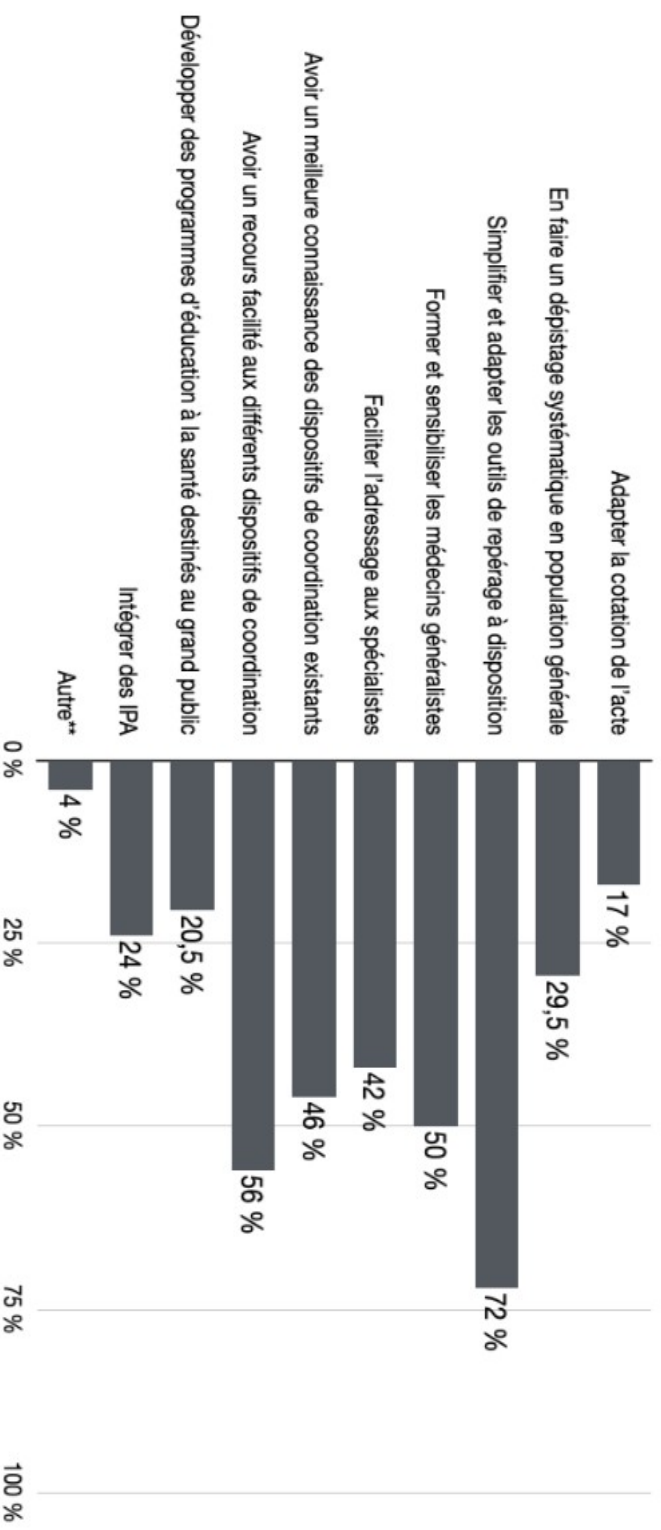
Figure 20 - Principaux freins au repérage précoce (n=78)\*



\* Plusieurs réponses possibles

\*\* Déni/Refus par le patient et/ou son entourage

Figure 21 - Principales pistes de travail pour faciliter le repérage précoce (n=78)\*



\* Plusieurs réponses possibles

\*\* Intégrer des ASALEE

IPA (Infirmières en Pratique Avancée), ASALEE (Action de Santé Libérale En Équipe)

## B. OBJECTIF SECONDAIRE

Concernant la pratique d'une consultation dédiée au repérage précoce, les médecins qui la réalisaient, en comparaison aux autres, exerçaient plus souvent dans le Calvados, de manière « quasi-significative » ( $p = 0,083$ ).

Concernant la rémunération, les médecins qui utilisaient la cotation « ALPQ006 » étaient « quasi-significativement » plus jeunes ( $p = 0,088$ ), thésés depuis moins longtemps ( $p = 0,076$ ) et plus souvent des hommes ( $p = 0,062$ ) que ceux ne l'utilisant pas. Et ils exerçaient significativement plus souvent dans le Calvados ( $p = 0,001$ ).

Comparé aux médecins qui effectuaient une évaluation fonctionnelle, ceux qui n'en faisaient pas exerçaient plus souvent dans le Calvados, de manière « quasi-significative » ( $p = 0,081$ ).

Comparativement aux médecins qui effectuaient une évaluation psycho-comportementale, ceux qui n'en faisaient pas étaient « quasi-significativement » thésés depuis moins longtemps ( $p = 0,082$ ).

Les médecins qui pratiquaient une consultation d'annonce, comparés aux autres, étaient, de manière « quasi-significative », plus souvent des hommes et exerçaient plus souvent dans le Calvados, avec  $p = 0,083$  dans les deux cas.

Les médecins qui formalisaient un suivi de l'aidant, par rapport à ceux qui ne le faisaient pas, étaient plus âgés, de manière « quasi-significative » ( $p = 0,063$ ).

Tableau 3 - Comparaison des pratiques selon les données démographiques des médecins

	Total	Consultation dédiée au repérage ?			Temps nécessaire au repérage ?			Nombre de consultations nécessaires au repérage ?			Ré-évaluation si repérage négatif ?			Utilisation de la cotation AI OP006 ?		
		Oui (n=57)	Non (n=24)	p*	< 30 min (n=68)	> 30 min (n=13)	p*	1 seule (n=32)	2 ou + (n=49)	p*	Oui (n=55)	Non (n=11)	p*	Oui (n=37)	Non (n=44)	p*
<b>Age (moyenne)</b>	46	45,3	47,5	0,46	45,8	46,5	0,86	47,7	44,8	0,29	45,6	43,5	0,62	43,5	48	0,09
<b>Sexe</b>				0,79			0,29			0,85		0,75				0,06
Masculin	39 (48%)	28 (49%)	11 (46%)		31 (46%)	8 (62%)		15 (47%)	24 (49%)		24 (44%)	4 (36%)		22 (59,5%)	17 (39%)	
Féminin	42 (52%)	29 (51%)	13 (54%)		37 (54%)	5 (38%)		17 (53%)	25 (51%)		31 (56%)	7 (64%)		15 (40,5%)	27 (61%)	
<b>Temps depuis obtention de la</b>				0,57			0,93			0,42		0,17				0,08
< 10 ans	35 (43%)	16 (46%)	9 (37%)		30 (44%)	5 (38%)		11 (34%)	24 (49%)		24 (44%)	7 (64%)		21 (57%)	14 (32%)	
10 à 20 ans	16 (20%)	12 (21%)	4 (17%)		13 (19%)	3 (23%)		7 (22%)	9 (18%)		13 (24%)	0 (0%)		6 (16%)	10 (23%)	
> 20 ans	30 (37%)	19 (33%)	11 (46%)		25 (37%)	5 (38%)		14 (44%)	16 (33%)		18 (33%)	4 (36%)		10 (27%)	20 (45%)	
<b>Département d'exercice</b>				0,08			0,65			0,52		0,51				0
Calvados	39 (48%)	31 (54%)	8 (33%)		32 (47%)	7 (54%)		14 (44%)	25 (51%)		26 (47%)	4 (36%)		25 (68%)	14 (32%)	
Autre	42 (52%)	26 (46%)	16 (67%)		36 (53%)	6 (46%)		18 (56%)	24 (49%)		29 (53%)	7 (64%)		12 (32%)	30 (68%)	
<b>Milieu d'exercice</b>				0,25			0,46			0,72		0,52				0,84
Rural/Semi-rural	36 (44%)	23 (40%)	13 (54%)		29 (43%)	7 (54%)		15 (47%)	21 (43%)		23 (42%)	6 (55%)		16 (43%)	20 (45,5%)	
Urbain	45 (56%)	34 (60%)	11 (46%)		39 (57%)	6 (46%)		17 (53%)	28 (57%)		32 (58%)	5 (45%)		21 (57%)	24 (54,5%)	

\* Tests du Chi2 ou de Fisher de comparaison de répartitions observées, hormis l'âge: test de Student

Tableau 4 - Comparaison des pratiques selon les données démographiques des médecins (suite)

	Total	Consultation d'annonce ?			Visites longues ?			Utilisation de la cotation VL ?			Consultations dédiées à l'aidant ?			Suivi de l'aidant ?		
		Oui (n=32)	Non (n=48)	p*	Oui (n=52)	Non (n=27)	p*	Oui (n=41)	Non (n=11)	p*	Oui (n=21)	Non (n=58)	p*	Oui (n=53)	Non (n=26)	p*
<b>Age (moyenne)</b>	46	47,9	44,8	0,25	46,9	44,7	0,43	47,6	44,6	0,496	49,7	44,9	0,119	47,9	42,6	0,06
<b>Sexe</b>				<b>0,08</b>			0,43			0,308			0,67			0,57
Masculin	39 (48%)	19 (59%)	19 (40%)		26 (50%)	11 (41%)		22 (54%)	4 (36%)		9 (43%)	28 (48%)		26 (49%)	11 (42%)	
Féminin	42 (52%)	13 (41%)	29 (60%)		26 (50%)	16 (59%)		19 (46%)	7 (64%)		12 (57%)	30 (52%)		27 (51%)	15 (58%)	
<b>Temps depuis obtention de la</b>				0,31			0,78			0,679			0,106			0,12
< 10 ans	35 (43%)	11 (34%)	24 (50%)		21 (40%)	13 (48%)		15 (37%)	6 (55%)		6 (29%)	28 (48%)		19 (36%)	15 (58%)	
10 à 20 ans	16 (20%)	6 (19%)	9 (19%)		10 (19%)	5 (19%)		8 (19,5%)	2 (18%)		3 (14%)	12 (21%)		10 (19%)	5 (19%)	
> 20 ans	30 (37%)	15 (47%)	15 (31%)		21 (40%)	9 (33%)		18 (44%)	3 (27%)		12 (57%)	18 (31%)		24 (45%)	6 (23%)	
<b>Département d'exercice</b>				<b>0,08</b>			0,43			0,308			0,349			0,69
Calvados	39 (48%)	19 (59%)	19 (40%)		26 (50%)	11 (41%)		22 (54%)	4 (36%)		8 (38%)	29 (50%)		24 (45%)	13 (50%)	
Autre	42 (52%)	13 (41%)	29 (60%)		26 (50%)	16 (59%)		19 (46%)	7 (64%)		13 (62%)	29 (50%)		29 (55%)	13 (50%)	
<b>Milieu d'exercice</b>				0,46			0,62			1			0,167			0,8
Rural/Semi-rural	36 (44%)	16 (50%)	20 (42%)		22 (42%)	13 (48%)		17 (41,5%)	5 (45,5%)		12 (57%)	23 (40%)		24 (45%)	11 (42%)	
Urbain	45 (56%)	16 (50%)	28 (58%)		30 (58%)	14 (52%)		24 (58,5%)	6 (54,5%)		9 (43%)	35 (60%)		29 (55%)	15 (58%)	

\* Tests du Khl2 ou de Fisher de comparaison de répartition observées, hormis l'âge: test de Student

Tableau 5 - Comparaison des pratiques selon les données démographiques des médecins (suite)

	Total	Evaluation fonctionnelle ?		p *	Evaluation psycho-comportementale ?		p *	Existence de freins ?		p *
		Oui (n=54)	Non (n=26)		Oui (n=58)	Non (n=22)		Oui (n=66)	Non (n=12)	
<b>Age (moyenne)</b>	46	47,1	43,7	0,228	46,8	44	0,35	46,1	47	0,817
<b>Sexe</b>				0,867			0,78			0,771
Masculin	39 (48%)	26 (48%)	12 (46%)		27 (47%)	11 (50%)		30 (45%)	6 (50%)	
Féminin	42 (52%)	28 (52%)	14 (54%)		31 (53%)	11 (50%)		36 (55%)	6 (50%)	
<b>Temps depuis obtention de la</b>				0,181			0,08			1
< 10 ans	35 (43%)	21 (39%)	14 (54%)		23 (40%)	12 (55%)		28 (42%)	5 (42%)	
10 à 20 ans	16 (20%)	9 (17%)	6 (23%)		9 (16%)	6 (27%)		13 (20%)	2 (17%)	
> 20 ans	30 (37%)	24 (44%)	6 (23%)		26 (45%)	4 (18%)		25 (38%)	5 (42%)	
<b>Département d'exercice</b>				0,081			0,44			0,735
Calvados	39 (48%)	22 (41%)	16 (62%)		26 (45%)	12 (55%)		31 (47%)	5 (42%)	
Autre	42 (52%)	32 (59%)	10 (38%)		32 (55%)	10 (45%)		35 (53%)	7 (58%)	
<b>Milieu d'exercice</b>				0,415			0,14			0,808
Rural/Semi-rural	36 (44%)	26 (48%)	10 (38%)		29 (50%)	7 (32%)		30 (45%)	5 (42%)	
Urbain	45 (56%)	28 (52%)	16 (62%)		29 (50%)	15 (68%)		36 (55%)	7 (58%)	

\* Tests du  $\chi^2$  ou de Fisher de comparaison de répartitions observées, hormis l'âge: test de Student



## IV. DISCUSSION

### A. RESUME DES RESULTATS

Dans cette enquête, nous observons une forte hétérogénéité des pratiques professionnelles, notamment concernant le déroulé de l'entretien initial, l'utilisation des outils de repérage, l'établissement du plan de soins et la collaboration avec les dispositifs de coordination. On note parfois un écart avec ce que l'HAS recommande, notamment de réévaluer le patient sans trouble cognitif objectivé à 6 - 12 mois, d'orienter le patient ayant un TNC vers le psychiatre, de laisser au spécialiste le soin d'annoncer le diagnostic, de suivre annuellement le patient et de dédier une consultation annuelle à l'aidant naturel. L'unique différence significative relevée est que la cotation « ALPQ006 » est plus souvent utilisée par les médecins exerçant dans le Calvados.

### B. FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE

Depuis leur découverte, en France comme ailleurs, les MAMA sont le sujet de nombreuses publications. Cette thématique est source d'intérêts mais également de difficultés et ce pour tous les individus impliqués (soignants, aidants formels et informels, patients, ...). En Normandie, deux thèses d'exercice de médecine générale ont récemment vu le jour : une étude qualitative portant sur les représentations des médecins vis à vis du diagnostic des troubles cognitifs(58) et une étude quantitative portant sur les pratiques du repérage précoce dans le Calvados(59). Notre étude est originale car elle aborde l'aspect financier de la problématique pour les médecins généralistes, interpèle sur les démarches médico-sociales, et inclut la prise en charge de l'aidant naturel dans la prise en charge globale du patient.

Le choix d'une étude quantitative portant sur l'analyse des pratiques professionnelles générales et non basées sur une situation particulière, aurait pu être source de biais dans la compréhension de certaines questions et dans l'interprétation de certains résultats. Mais la concordance de la plupart de nos résultats avec ceux de la littérature ne va pas dans ce sens, et fait de notre étude une représentation plutôt fidèle de la réalité.

Dans notre étude, il existe un biais de sélection certain limitant l'extrapolation des résultats à la population cible. Un biais de part la population source, composée uniquement de médecins inscrits aux GQ, et de part l'échantillon, formé sur la base du volontariat. Pour ces



deux raisons, il est logique de penser que les médecins interrogés sont plus sensibilisés et plus formés à la prise en charge des patients atteints de MAMA. Le fait que tous les médecins interrogés voient au moins un intérêt au repérage précoce, contrairement à d'autres études(59,60), renforce cette idée.

Le questionnaire semble long au premier abord (trente-deux questions). Pourtant, parmi les quatre-vingt-un médecins répondants, seulement trois n'y ont pas répondu entièrement. Ce qui montre un certain attrait pour notre enquête. La présence de nombreuses questions semi-ouvertes apporte une plus-value à notre étude, amenant des pistes de réflexions intéressantes.

Le taux de réponse (21,6 %) paraît faible mais concorde avec les taux généralement obtenus dans ce type d'étude. L'effectif de notre échantillon participe au manque de puissance de notre enquête. Il serait intéressant de la reproduire à plus grande échelle afin de voir s'il existe des différences significatives dans les pratiques de notre population cible.

Concernant la répartition des sexes, notre échantillon est comparable à la population source. Les médecins femmes constituent 51,8 % de notre échantillon et 50,1 % des GQ. En revanche, un écart réside lorsque l'on compare les effectifs par territoires. Les médecins bas normands représentent 72 % des GQ et 88 % de notre échantillon.

La proportion de médecins femmes dans notre échantillon (51,8 %) est également similaire à celle dans la population cible (48 %). En revanche, les moyennes d'âge ne sont pas superposables. En Normandie, la moyenne d'âge des médecins généralistes se situe entre 50 et 54 ans alors qu'elle est de 46 ans dans notre échantillon. Cela peut s'expliquer par le fait qu'une majorité des médecins répondants exercent dans le Calvados, département qui présente la plus forte densité de jeunes médecins(61). La disponibilité du questionnaire uniquement en ligne peut également expliquer cet écart.

## C. DISCUSSION DES RESULTATS

### 1. REPERAGE PRECOCE

#### a. ENTRETIEN ET EXAMEN CLINIQUE

Comme le recommande l'HAS, l'essentiel des médecins interrogés pratiquent le repérage des TNC uniquement sur signe d'appel. Comme dans d'autres études(60,62), le signe d'appel le plus évident est la plainte mnésique. Les plaintes les moins évidentes sont les troubles du langage et de l'humeur qui font pourtant partie des perturbations cognitives évocateurs d'une MAMA listées dans le guide de 2018 de l'HAS(36). Ce résultat peut s'expliquer par le fait que les médecins généralistes associent en priorité ces troubles cognitifs à d'autres diagnostics tels que l'Accident Vasculaire Cérébral (AVC) pour les troubles du langage et la dépression pour les troubles de l'humeur.

Actuellement, le dépistage des TNC en population générale n'est pas recommandé(32). Néanmoins, dans notre étude, presque un tiers des médecins l'évoquent comme piste de travail. Ce résultat peut se comprendre comme l'idée de vouloir intégrer cette conduite à la pratique quotidienne et plus particulièrement à la démarche clinique d'évaluation globale de la personne âgée.

Un frein au repérage non proposé dans notre questionnaire mais évoqué spontanément par plusieurs médecins interrogés en commentaire libre est le déni des troubles par le patient ou son entourage et leurs réticences vis à vis des explorations. Ce frein est également l'un des plus cités dans l'étude de Laure Alliacar(62). C'est un obstacle indéniable à une prise en charge optimale. Des échanges réguliers et éclairés avec le patient et son entourage sont souvent nécessaires au processus d'acceptation et ce, à chaque étape de la prise en charge. Mettre à disposition des patients en salle d'attente un auto-questionnaire comme l'échelle de Mac Nair (*Cf. Annexe 11*), pourrait leur faire prendre conscience de leurs troubles et les inciter à en parler avec leur médecin.

Comme le recommande l'HAS, plus des deux tiers des médecins interrogés dédient une consultation au repérage. Notre pourcentage est superposable à celui obtenu par Lesage H. et al. en 2018(63). Le manque de temps peut expliquer l'attitude du tiers restant de médecins.

La majorité des médecins convient l'entourage lors de l'entretien initial. Ils semblent alors avoir bien conscience de son rôle essentiel dans l'initiation de la démarche diagnostique. Contrairement à l'HAS qui prône le colloque singulier, la plupart des médecins déclarent s'entretenir directement avec le patient et son entourage. Là encore, le manque de temps peut être un des principaux critères explicatifs.

En effet, comme dans d'autres études(60,62,64), le principal frein au repérage cité dans notre étude est l'aspect chronophage de l'activité. La majorité de nos médecins estiment qu'un temps de 15 à 30 minutes est nécessaire, et qu'il est utile de le répartir sur au moins deux consultations. On retrouve cette remarque dans une enquête de 2004 mais le temps nécessaire estimé y est plus important (entre 30 et 60 minutes)(65). Cette différence peut s'expliquer par une meilleure formation de notre population étudiée. Quoi qu'il en soit, le temps estimé reste supérieur au temps moyen d'une consultation classique de médecine générale (16 minutes en 2002)(66).

Intégrer un(e) Infirmier(e) en Pratique Avancée (IPA) ou un(e) Infirmier(e) Délégué(e) à la Santé Publique (IDSP) tel(le) qu'un(e) en Action de Santé Libérale En Equipe (ASALEE) est évoqué par environ un tiers de nos médecins. Cela pourrait permettre un gain de temps, en déléguant certaines tâches du repérage. Ce fonctionnement a déjà lieu dans certains cabinets libéraux, comme le relève Ludovic Giemza dans son étude(58), mais n'est pas encore une pratique courante. Un frein à cette collaboration est le risque de multiplier les intervenants.

Une autre solution serait de créer, pour les médecins généralistes, une consultation longue d'une durée d'environ 30 minutes, dédiée au repérage en incluant le patient et son entourage. Cette consultation devrait avoir une cotation adaptée pour encourager les médecins à prendre le temps de la réaliser.

## b. EVALUATION GLOBALE

Le troisième frein retenu est la disponibilité d'un trop grand nombre d'outils de repérage. Pour l'évaluation cognitive, parmi tous les tests mentionnés par l'HAS, trois sont principalement utilisés d'après notre enquête. Par ordre de fréquence, il y a le MMSE, le test de l'horloge et le test des 5 mots de Dubois. Cette distribution est comparable à celle relevée dans de nombreuses autres études telles que celle de Tanguy Autret et de Laure Alliacar (59,62). La pluralité des outils à disposition et le « flou » des recommandations concernant leur recours expliquent probablement ces résultats.

Malgré son temps d'exécution (au moins dix minutes) et ses limites (seuil variable selon le niveau intellectuel, ...), le MMSE reste actuellement l'outil le plus couramment utilisé(67). Il

est pertinent par le large éventail de fonctions cognitives qu'il évalue. Il serait intéressant de détailler son application en demandant aux médecins l'utilisant, s'ils se réfèrent aux consignes de passation et au tableau des scores présentés dans l' « Etalonnage français du MMS » de Kalafat M. et al cité dans les RBP de l'HAS(40). Une étude de 2011 confirme une variabilité inter examinateur élevée dans la passation et la cotation du MMSE(68).

Devant une suspicion de MA, le test des 5 mots de Dubois est un outils fiable, facile et rapide de passation en médecine générale. Il évalue, par les rappels libres et indicés, la mémoire épisodique verbale en dissociant les perturbations du stockage de celles de l'encodage et de la récupération(69). De cette manière, il permet de distinguer la plainte suspecte de MA de celle en lien avec des troubles attentionnels comme dans le vieillissement normal ou la dépression. Dans le cadre du repérage d'un TNC suspect de MAMA, il est judicieux d'associer ce test à d'autres comme le test de l'horloge, étudiant l'attention, les praxies, les fonctions exécutives, et le langage. Mais leur interprétation peut être complexe.

Pour l'évaluation fonctionnelle, l'échelle IADL est utilisée par moins d'un tiers des médecins interrogés et pour l'évaluation psycho-comportementale, le GDS l'est pour moins d'un quart d'entre eux. Ces résultats sont encore superposables à ceux de Laure Alliacar(62). Ces deux outils sont mentionnés explicitement dans les RBP de l'HAS et leur fonction est essentielle. L'IADL, en statuant le niveau de dépendance du patient, permet d'adapter au mieux les aides. Le GDS contribue au diagnostic de dépression, diagnostic accompagnateur ou différentiel fréquent de la MA, et permet donc d'adapter la prise en charge si nécessaire. En dehors de ces deux outils, on remarque que l'essentiel des médecins interrogés n'utilisent pas d'outil ou n'évaluent tout simplement pas ces domaines. Là encore, la pluralité des outils et de leurs différentes versions peut être source de lassitude chez les praticiens. Un manque d'information sur les intérêts et les moyens d'évaluer les domaines fonctionnel et psycho-comportemental peut également être responsable de ces résultats. Il faut sensibiliser les médecins généralistes à l'intérêt d'une évaluation globale (cognitive, fonctionnelle et psycho-comportementale) de chaque patient pour permettre une prise en charge de qualité, répondant aux besoins de chacun.

D'ailleurs, une des principales pistes de travail retenues par les médecins interrogés pour faciliter le repérage précoce des troubles cognitifs est de « former et sensibiliser les médecins généralistes sur ces maladies et le repérage précoce ». Approfondir les compétences des médecins, en les formant dès le début du cursus des études médicales à utiliser les bons outils selon les plaintes et à les interpréter correctement est essentiel. En Australie, une étude a évalué l'intérêt du premier programme national de Formation Médicale Continue (FMC) sur le diagnostic au moment opportun et la prise en charge de la

démence en médecine générale. Ses résultats sont très prometteurs(70). Une étude française a également mis en évidence que la formation des médecins généralistes sur les MAMA et sur l'utilisation de tests brefs permettait d'affiner le repérage des patients et d'optimiser l'adressage vers le spécialiste, évitant alors la surcharge des services spécialisés(71).

Concernant l'aspect financier du repérage, moins de la moitié des praticiens répondeurs ont recours à la cotation « ALQP006 ». Ce résultat peut s'expliquer par le manque de cohérence entre cette cotation et les pratiques usuelles. En effet, les outils les plus utilisés (le MMSE, le test de l'horloge et le test des 5 mots de Dubois) ne sont pas éligibles à la cotation et à l'inverse, les outils l'étant (les 15 mots de Rey, l'ADAS, le BEC96, ...) ne sont pas évoqués dans les recommandations. L'autre limite est que cette cotation n'est admise qu'une seule fois par an alors que la majorité des médecins interrogés considèrent qu'au moins deux consultations sont nécessaires au repérage précoce. Néanmoins, l'adaptation de cette cotation ne semble pas faire partie des priorités actuelles pour les médecins interrogés si l'on se fie aux pistes de travail sélectionnées dans notre questionnaire.

### c. EXPLORATIONS COMPLEMENTAIRES

Les résultats portés sur les examens biologiques prescrits coïncident dans l'ensemble avec les recommandations de l'HAS. L'ensemble des médecins interrogés suivent les recommandations en prescrivant systématiquement une imagerie cérébrale. Deux tiers des médecins prescrivent une IRM et un tiers d'entre eux un scanner. Si l'on se réfère aux RBP de l'HAS(32), on peut envisager que les médecins prescrivant un scanner le font par défaut plutôt que par choix. En Normandie, le délai moyen d'obtention d'une IRM augmente progressivement et était de 38 jours en 2018(72).

### d. ORIENTATION SPECIALISEE

Suite à un repérage « négatif », un médecin sur deux respecte les recommandations de l'HAS en prévoyant une réévaluation de son patient entre 6 et 12 mois. Tout de même 15 % des médecins interrogés affirment ne prévoir aucune réévaluation. L'importance de cette réévaluation médicale est corroborée par l'idée de plus en plus fondée que ces patients seraient plus à risque de développer un TNC que le reste de la population générale(73). Ainsi, un patient avec une plainte cognitive subjective (*Subjective Cognitive*

*Impairment (SCI)*) se situerait entre la phase pré-clinique et la phase prodromale (ou MCI) (18).

Suite à un repérage « positif », la totalité des médecins interrogés adressent leur patient au spécialiste. La majorité d'entre eux font le choix de la consultation mémoire. Notre pourcentage est comparable à celui retrouvé par Mathieu Bonhomme dans son étude de 2013(60), mais est bien supérieur à celui de Cantegril-Kallen et al en 2004(65). Cela s'explique possiblement par le déploiement national entre temps des centres mémoires. En effet, d'après le rapport de la Fondation Méderic Alzheimer, 18 % de centres mémoires supplémentaires ont été créés entre 2011 et 2019. Malgré cela, le délai d'attente pour une première consultation dans ces structures tend à augmenter (74 jours en 2019 contre 51 jours en 2011)(42). C'est pourquoi faciliter l'adressage vers les spécialistes et les dispositifs de coordination fait partie des axes d'amélioration évoqués par de nombreux médecins de notre étude.

Comme dans l'enquête de Tanguy Autret réalisée dans le Calvados(59), l'adressage au gériatre est privilégié au neurologue. Ce chiffre est étonnant puisqu'au premier janvier 2022, le territoire normand comptabilise 136 neurologues et seulement 102 gériatres(61). L'existence fréquente de comorbidités chez le patient atteint de TNC peut pousser le médecin à l'adresser préférentiellement vers le gériatre pour une évaluation gériatrique approfondie.

Comme dans la plupart des autres enquêtes, le psychiatre n'est quasiment jamais sollicité. Pourtant, il est cité au même titre que le neurologue et le gériatre dans les RBP de l'HAS de 2011(32) tout comme dans le travail de Krolak-Salmon P. et al. de 2017(37). Il pourrait sembler judicieux de privilégier l'orientation vers le gériatre lorsque le patient présente des comorbidités d'organes, sensorielles ou fonctionnelles, vers le neurologue lorsqu'il présente un tableau neurologique atypique et plutôt vers le psychiatre lorsqu'il présente une forte composante thymique ou comportementale.

Presqu'un médecin sur deux estime qu'améliorer l'adressage aux spécialistes est une piste de travail pour faciliter le repérage précoce. Offrir aux médecins généralistes un accès privilégié aux spécialistes en leur donnant par exemple la possibilité d'obtenir une consultation plus rapide lors de situations particulières (troubles psycho-comportementaux importants, problématique médico-sociale prédominante, ...) pourrait renforcer leurs collaborations et de ce fait, favoriser le repérage précoce en cabinet.

## e. ANNONCE DIAGNOSTIQUE

Concernant l'annonce diagnostique, les pratiques divergent. Sachant que tous les médecins de cette étude adressent leur patient au spécialiste, et en se fiant aux RBP de l'HAS(44), on imagine que les médecins ne réalisant pas de consultation d'annonce la délègue au spécialiste, et ceux la réalisant la font en collaboration avec ce dernier. La crainte d'un syndrome anxio-dépressif chez le patient, cité comme frein au repérage par un quart des médecins interrogés, peut expliquer cette variabilité de pratique.

D'après l'HAS, le médecin généraliste ne pose pas le diagnostic de MAMA mais il est à même de poser le diagnostic de TNC léger ou majeur. De cette manière, il est amené à réaliser une annonce diagnostique à son patient et à évoquer une hypothèse étiologique. Le propos de l'HAS affirmant qu'« *il n'est pas nécessaire d'attendre le diagnostic étiologique pour discuter des premières mesures d'un plan d'aides et de soins* » appuie nos dires(36). Pour ce faire, les médecins généralistes ont besoin d'une formation suffisante.

## 2. SUIVI

### a. PLAN DE SOIN

Parmi les démarches entreprises à la suite de l'annonce, la demande d'ALD, la constitution d'un dossier MDPH/APA, la prescription de passages d'IDE à domicile et l'orientation vers l'assistant(e) social(e) ou un dispositif de coordination sont initiées par la majorité des médecins interrogés. En revanche, la prescription de réhabilitation cognitive par une ESA est faite, comme dans l'étude de Jérémy Salbashian en 2015(74), par moins de la moitié des praticiens. Est-ce par manque d'intérêt porté à ces séances, par manque de connaissance ou encore par manque de places ou de structures disponibles à proximité ? Si l'on se réfère à la dernière cartographie régionale des zones d'intervention des ESA de l'Agence Régionale de Santé Normandie (ARS), tout le territoire est couvert(75). Des recherches personnelles ont permis de réaliser un annuaire répertoriant toutes les ESA de Normandie (Cf. *Annexe 12*). Le délai d'intervention varie entre 3 et 9 mois.

La déclaration d'une personne de confiance est également faite dans moins de la moitié des cas. Pourtant cette démarche, tout comme la rédaction des directives anticipées et la création d'un mandat de protection future, est citée explicitement dans les recommandations. Ces démarches sont essentielles pour anticiper l'altération fonctionnelle du patient et simplifier les prises de décision. Des formulaires officiels sont accessibles à tous sur le site du Service Public(76).

## b. DISPOSITIFS DE COORDINATION

Alors que trois quarts des médecins interrogés interagissent avec le SSIAD, environ un médecin sur deux seulement travaille d'ordinaire avec les autres dispositifs énumérés (MAIA, CLIC, ...). Malgré leur déploiement suite aux différents plans nationaux, des obstacles à leur accessibilité persistent comme des disparités territoriales marquées et le manque de prise en charge financière de certains transports et de certaines activités(42). Là encore, la diversité des structures à disposition gêne probablement leur lisibilité aux regards des médecins. On peut espérer une amélioration sous peu de leur interaction avec les soins primaires suite à leur fusion récente en un dispositif unique, le DAC. Une étude qualitative de 2022 rapporte déjà des retours d'expérience de médecins généralistes plutôt encourageants(77). Des recherches personnelles ont permis de réaliser un annuaire répertoriant tous les DAC de Normandie. (Cf. Annexe 13)

## c. THERAPEUTIQUES (NON-)MEDICAMENTEUSES

Le deuxième frein au repérage précoce le plus cité dans notre étude ainsi que dans celle de Laure Alliacar(62) est l'absence de traitement curatif. L'objectif actuel de la recherche sur la MA est la découverte d'un médicament curatif et pour cela les essais thérapeutiques ont besoin de patients diagnostiqués essentiellement au stade précoce de la maladie. Or, l'avancée dans la recherche, comme intérêt au repérage précoce, n'est pointée que par 3 % de nos médecins. On peut espérer un engouement croissant pour cette dernière avec la création en 2021 d'une feuille de route « Maladie Neuro-Dégénérative », dont l'un des principaux axes de travail est justement l'amélioration de l'accès à la recherche(42).

En revanche, paradoxalement, le déremboursement depuis juin 2018 des traitements spécifiques de la MA n'est pas un obstacle au repérage pour la plupart des médecins interrogés. Ce résultat est cohérent avec celui d'une étude de 2020 qui a montré qu'au cours du semestre suivant le déremboursement, il n'y a pas eu de modification notable de la fréquence des actes de soins ambulatoires(78).

L'aiguillage vers le psychologue ou le psychiatre ne semble pas ancré dans les habitudes des professionnels interrogés et presque aucun d'entre eux ne travaille avec les associations telles que France Alzheimer. Pourtant, cette association, déployée sur tout le territoire français, joue un rôle essentiel dans le soutien des patients et de leurs aidants, en proposant une Education Thérapeutique du Patient (ETP), une formation aux aidants, ainsi que



diverses activités telles que des groupes de parole, des séjours vacances-répît et des cafés mémoire(47).

#### d. SUIVI DU PATIENT

Aucun médecin ne suit les recommandations qui préconisent un suivi annuel du patient. Une grande partie des médecins interrogés réalisent un suivi trimestriel. Ce résultat se justifie sûrement par le fait que les patients atteints de MAMA sont souvent des personnes âgées présentant des comorbidités et polymédiquées, nécessitant un suivi rapproché.

La majorité des médecins qui réalisent des visites longues ont effectivement recours à la cotation « VL » correspondante. Néanmoins, cet acte reste sous-effectué puisque plus d'un tiers des praticiens ne réalisent qu'une visite longue par an et qu'un tiers n'en font aucune. Avec l'augmentation récente du nombre de visites cotables à quatre par an, on peut espérer une évolution favorable de ces résultats. Cette nouveauté voulant inciter les médecins à développer l'usage de cet exercice.

#### e. SUIVI DE L'AIDANT NATUREL

Concernant la prise en charge de l'aidant principal, un tiers des médecins interrogés admettent ne proposer aucun suivi spécifique, et les deux tiers restant n'utilisent généralement aucun des outils d'évaluation recommandés. Pourtant, dans notre étude et dans d'autres(59,60), le soutien des aidants est un des principaux intérêts du repérage précoce relevés par les médecins. Les raisons de ces conduites peuvent être l'activité chronophage et la multiplicité des tests, comme pour l'évaluation globale du patient. L'absence de cotation pour cet acte peut également être un facteur limitant. Seulement un quart des médecins interrogés réalisent des consultations annuelles dédiées à l'aidant. Ce résultat est similaire à l'étude de Jeremy Salbashian(74). L'aidant peut avoir un médecin traitant différent de celui du patient, expliquant en partie ces résultats.

Toutefois, il est maintenant démontré qu'un aidant en bonne santé est une ressource essentielle, un pilier pour le maintien du patient dans son lieu de vie et le maintien de ses capacités globales. Leur qualité de vie retentit sur celle du patient malade et inversement. Les aidants familiaux, par la charge qui leur est imposée (affective, de soins informels, financière, ...), constituent une population à risque sur le plan physique et psychique(79). Selon l'étude LASER-AD citée dans The Lancet, environ 40 % des aidants familiaux

souffrent de dépression ou d'anxiété majeure(11). Le risque principal vis à vis du patient malade est celui de maltraitance. Dans un article d'enquêtes d'opinion, il est indiqué que la détresse psychologique d'un proche est associée à une surmortalité de 47 % des patients atteints de maladies neuro-dégénératives(80). Il existe également un risque accru de morbimortalité chez l'aidant épuisé(33). C'est pourquoi, il faut prendre soin de ces deux protagonistes pour une prise en charge optimale.



## CONCLUSION

Les MAMA, de par leur fréquence et leurs répercussions, sont un enjeu majeur de santé publique. Ces maladies suscitent de nombreuses incertitudes surtout physiopathologiques, diagnostiques et thérapeutiques. Un repérage précoce et un suivi rigoureux sont essentiels. Le médecin généraliste occupe une place centrale dans la prise en charge. Il se repose pour cela sur des recommandations qui peuvent sembler anciennes, imprécises et conséquentes. Notre étude met en lumière l'hétérogénéité des pratiques des médecins généralistes qui sont parfois en décalage avec ces recommandations. Former et sensibiliser chacun des acteurs (patient, aidants, praticiens médico-sociaux) est primordial. Il est nécessaire d'apporter des moyens matériels, humains et financiers aux médecins généralistes et de simplifier les recommandations dans le but d'uniformiser les pratiques. Le renforcement de leurs liens avec les médecins spécialistes et le secteur médico-social est essentiel. Développer la prévention, encourager les interventions non-médicamenteuses et promouvoir la recherche sont des grands axes d'amélioration de la prise en charge globale. Enfin, l'inclusion et le soutien de l'aidant naturel à chaque étape de la maladie ne doivent pas être négligés.



## BIBLIOGRAPHIE

1. Brunet L, Maillard M. Le vieillissement démographique en Normandie à l'horizon 2050 : une forte poussée des populations dépendantes à partir de 2030. Insee Flash Normandie [Internet]. 2018;(65). Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3574506>
2. Organisation Mondiale de la Santé. La démence [Internet]. who.int. 2022. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
3. Rasmussen J, Langerman H. Alzheimer's Disease - Why We Need Early Diagnosis. Degener Neurol Neuromuscul Dis. 2019;9:123-30.
4. Villars H, Bismuth S, Oustric S, Nourhashemi F, Vellas B. Le médecin généraliste et la maladie d'Alzheimer. Cah Annee Gerontol. 2010;2:2-12.
5. Fondation pour la Recherche Médicale. Maladie d'Alzheimer : un combat contre l'oubli [Internet]. frm.org. Disponible sur: <https://www.frm.org/recherches-maladies-neurologiques/maladie-d-alzheimer>
6. Kenigsberg PA, Ersek K, Gulacsi L, Karpati K, Jacques A, Gustavsson A, et al. Impact socio-économique de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées en Europe. Gerontol Soc. 2009;32(128-129):297-318.
7. Organisation Mondiale de la Santé. Global status report on the public health response to dementia [Internet]. who.int. 2021. Disponible sur: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240033245>
8. Bonin-Guillaume S, Zekry D, Giacobini E, Gold G, Michel JP. Impact économique de la démence. Presse Med. 2005;34(1):35-41.
9. Fondation Médéric Alzheimer. Combien coûte la maladie d'Alzheimer ? [Internet]. 2015. Disponible sur: <https://www.fondation-mederic-alzheimer.org/nos-rapports-detudes>
10. Dubois B, Michon A, éditeurs. Démences. Paris: Doin; 2015. 556 p. (Traité de Neurologie).
11. Livingston G, Sommerlad A, Orgeta V, Costafreda SG, Huntley J, Ames D, et al. Dementia prevention, intervention, and care. Lancet. 2017;390(10113):2673-734.
12. Haut Conseil de la Santé Publique. Prévention de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées [Internet]. 2017. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=645>
13. Organisation Mondiale de la Santé. Risk reduction of cognitive decline and dementia: WHO guidelines [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/312180>

14. Inserm. Mémoire Une affaire de plasticité synaptique [Internet]. inserm.fr. 2019. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/memoire/>
15. Belmin J, Chassagne P, Friocourt P. Gériatrie pour le praticien. 3e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2018. 1043 p.
16. Alzheimer's Disease International. World Alzheimer Report 2011: The benefits of early diagnosis and intervention [Internet]. 2011. Disponible sur: <https://www.alzint.org/resource/world-alzheimer-report-2011/>
17. Collège national des enseignants de gériatrie. Corpus de gériatrie. 2000. 185 p.
18. Hugon J, Ménard J, Dumurgier J, Sabia S, Cognat E, Hourrègue C, et al. Maladie d'Alzheimer: Aspect précliniques et précoces. Rev Prat. 2020;70(2):147-77.
19. Dubois B, Beato R, Kalafat M. Avant la démence..., ou les limites du concept de trouble cognitif léger (MCI : mild cognitive impairment). Med Sci (Paris). 2002;18(6-7):775-9.
20. Hauw JJ. La maladie d'Alzheimer. Paris: Presses Universitaires de France; 2019. 127 p. (Que sais-je?).
21. Crocq MA, Guelfi JD. DSM-5: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015. 1216 p.
22. Fortin MP, Krolak-Salmon P. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : vers un diagnostic plus précis et précoce. Rev Med Interne. 2010;31(12):846-53.
23. Sarazin M, Cruz de Souza L, Dubois B. Maladie d'Alzheimer : nouveaux critères de diagnostic clinique. La Lettre du Neurologue. 2012;XVI(9):301-4.
24. Molin P, Rockwood K. Les nouveaux critères de la Maladie d'Alzheimer – Perspective gériatrique\*. Can Geriatr J. 2016;19(2):74-82.
25. Chapelet G, Beguin N, El Haj M, Berrut G. Pratique de l'annonce du diagnostic de la maladie d'Alzheimer. Presse Med. 2022;3(3):234-40.
26. Lang L, Clifford A, Wei L, Zhang D, Leung D, Augustine G, et al. Prevalence and determinants of undetected dementia in the community: a systematic literature review and a meta-analysis. BMJ Open. 2017;7(2):1-8.
27. Helmer C, Pérès K, Pariente A, Pasquier F, Auriacombe S, Poncet M, et al. Primary and Secondary Care Consultations in Elderly Demented Individuals in France. Results from the Three-City Study. Dement Geriatr Cogn Disord. 2008;26(5):407-15.
28. Bond J, Stave C, Sganga A, Vincenzino O, O'connell B, Stanley RL. Inequalities in dementia care across Europe: key findings of the Facing Dementia Survey. Int J Clin Pract Suppl. 2005;59(146):8-14.

29. Wilkinson D, Sganga A, Stave C, O'connell B. Implications of the Facing Dementia Survey for health care professionals across Europe. *Int J Clin Pract Suppl*. 2005;59(146):27-31.
30. Dartigues JF, Helmer C. Comment expliquer le retard au diagnostic de maladie d'Alzheimer en France ? *Gerontol Soc*. 2009;32(128-129):183-93.
31. Rocher P, Lavallart B. Le plan Alzheimer 2008-2012. *Gerontol Soc*. 2009;32(128-129):13-31.
32. Haute Autorité de Santé. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge. 2011.
33. Lechowski L, Forette B, Teillet L. Démarche diagnostique devant un syndrome démentiel. *Rev Med Interne*. 2004;25(5):363-75.
34. Livingston G, Huntley J, Sommerlad A, Ames D, Ballard C, Banerjee S, et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *Lancet*. 2020;396(10248):413-46.
35. Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, Ministère des affaires sociales de la santé et des droits des femmes. Plan Maladies Neuro-Dégénératives 2014-2019 [Internet]. 2014. Disponible sur: [https://www.cnsa.fr/documentation/plan\\_maladies\\_neuro\\_degeneratives2014.pdf](https://www.cnsa.fr/documentation/plan_maladies_neuro_degeneratives2014.pdf)
36. Haute Autorité de Santé. Guide parcours de soins des patients présentant un trouble neurocognitif associé à la maladie d'Alzheimer ou à une maladie apparentée. 2018.
37. Krolak-Salmon P, Letrilliat L, Ceccaldi M, Andrieu S, Guérin O, Dubois B, et al. Vers une stratégie nationale de diagnostic des troubles cognitifs. Approche commune du Collège de médecine générale et des spécialistes des troubles neurocognitifs. *Presse Med*. 2018;47(1):75-83.
38. Thomas JM. Le repérage précoce de la maladie d'Alzheimer par le médecin généraliste. *Revue de la littérature. Rev Med Brux*. 2005;26(4):S279-88.
39. Letrilliat L. Maladie d'Alzheimer : rôle de repérage, d'évaluation initiale et d'orientation du médecin généraliste. *NPG*. 2020;20(120):120S19-24.
40. Kalafat M, Hugonot-Diener L, Poitrenaud J. Standardisation et étalonnage français du « Mini Mental State » (MMS), version GRECO. 2003.
41. Hugonot-Diener L. Guide pratique de la consultation en gériatrie. 4e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2022. 208 p.
42. Fondation Médéric Alzheimer. Accompagnement et prise en charge de la maladie d'Alzheimer. Evolution de l'offre de 2011 à 2019 [Internet]. 2021. Disponible sur:



[https://www.fondation-mederic-alzheimer.org/sites/default/files/synthese\\_offre\\_2011\\_2019\\_dispositifs\\_alzheimer.pdf](https://www.fondation-mederic-alzheimer.org/sites/default/files/synthese_offre_2011_2019_dispositifs_alzheimer.pdf)

43. Antoine V, Roigt F, Bodenan L, Paillot B, de la Forest-Divonne F, Rajafimamonjy J, et al. Consultation Mémoire de proximité : quelles personnes âgées n'accèdent pas aux soins ? NPG. 2007;7(42):35-48.
44. Haute Autorité de Santé. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : annonce et accompagnement du diagnostic Recommandations de bonne pratique [Internet]. 2009. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2010-1-page-79.htm>
45. Nubukpo P, Le Bruchec M, Clément JP. Enquête descriptive nationale de 166 réseaux de santé Alzheimer. Presse Med. 2005;34(9):637-9.
46. Ministère de la Santé et de la Prévention. Tout comprendre des dispositifs d'appui à la coordination [Internet]. sante.gouv.fr. 2023. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/structures-de-soins/les-dispositifs-d-appui-a-la-coordination-dac/article/tout-comprendre-des-dispositifs-d-appui-a-la-coordination>
47. Aquino JP, Cudennec T, Barthelemy L. Guide pratique du vieillissement: 75 fiches pour la préservation de l'autonomie par les professionnels de santé. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2016. 429 p.
48. Belmin J. Le déremboursement des médicaments de la maladie d'Alzheimer ou la double peine pour les malades et leurs aidants. NPG. 2018;18:194-8.
49. Ministère de la Santé et de la Prévention. Arrêt de prise en charge par l'Assurance maladie des médicaments dans la maladie d'Alzheimer [Internet]. solidarites-sante.gouv.fr. 2018. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/medicaments/article/arret-de-prise-en-charge-par-l-assurance-maladie-des-medicaments-dans-la>
50. Delrieu J, Ousset PJ. Quelles perspectives de traitements curatifs à court et à long terme pour la maladie d'Alzheimer ? Presse Med. 2022;3(1, Part 1):70-7.
51. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Prise en charge non médicamenteuse de la maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés. 2003.
52. Olazarán J, Reisberg B, Clare L, Cruz I, Peña-Casanova J, Del Ser T, et al. Nonpharmacological therapies in Alzheimer's disease: a systematic review of efficacy. Dement Geriatr Cogn Disord. 2010;30(2):161-78.
53. Hulme C, Wright J, Crocker T, Oluboyede Y, House A. Non-pharmacological approaches for dementia that informal carers might try or access: a systematic review. Int J Geriatr Psychiatry. 2010;25(7):756-63.

54. Bahar-Fuchs A, Clare L, Woods B. Cognitive training and cognitive rehabilitation for mild to moderate Alzheimer's disease and vascular dementia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(6):1-81.
55. Woods B, Rai HK, Elliott E, Aguirre E, Orrell M, Spector A. Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2023;(1).
56. Vincent I, Borie M. *Maladie d'Alzheimer : réaliser une visite longue* - INPES. 2012.
57. Haute Autorité de Santé. *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : suivi médical des aidants naturels. Recommandations de bonne pratique*. 2010.
58. Giemza L. *Les troubles neurocognitifs vu par les médecins généralistes – étude qualitative [Thèse d'exercice: médecine générale]*. [Caen]: Université Caen Normandie; 2022.
59. Autret T. *Etude des pratiques professionnelles et freins au repérage précoce des troubles cognitifs en médecine générale chez les médecins généralistes libéraux du Calvados [Thèse d'exercice: médecine générale]*. [Caen]: Université Caen Normandie; 2021.
60. Bonhomme M. *Le repérage précoce de la maladie d'Alzheimer en médecine générale. Enquête auprès de 205 médecins généralistes de la Haute-Vienne [Thèse d'exercice: médecine générale]*. [Limoges]: Université Limoges; 2013.
61. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. *Démographie des professionnels de santé - DREES* [Internet]. [drees.shinyapps.io](https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/). 2022. Disponible sur: <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>
62. Aliacar L. *Dépistage des troubles cognitifs, modalités et freins en médecine générale: Etude de pratiques professionnelles en région midi-pyrénées [Thèse d'exercice: médecine générale]*. [Toulouse]: Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2014.
63. Lesage H, Krolak-Salmon P, Letrilliant L. Repérage et évaluation des troubles cognitifs en médecine générale : une étude transversale. *Rev Geriatr*. 2018;43(5):261-7.
64. Hajost G. *Freins au dépistage des démences en cabinet de ville dans la Drome post plan Alzheimer 2008-2012 [Thèse d'exercice: médecine générale]*. [Lyon]: Université Claude Bernard - Lyon 1; 2015.
65. Cantegreil-Kallen I, Lieberherr D, Garcia A, Cadilhac M, Rigaud AS, Flahault A. La détection de la maladie d'Alzheimer par le médecin généraliste : résultats d'une enquête préliminaire auprès des médecins du réseau Sentinelles. *Rev Med Interne*. 2004;25(8):548-55.
66. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. *La durée des séances des médecins généralistes - DREES* [Internet]. [drees.solidarites-sante.gouv.fr](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr).

2006. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/la-duree-des-seances-des-medecins-generalistes>
67. Croisile B. Le Mini-Mental State, un incontournable de la neuropsychologie. *Commentaire. Sci Soc Sante.* 2014;32(4):71-7.
68. Mondon K, Benzid S, Constans T, Hommet C. Variabilité inter examinateur du MMS : un outil fiable ? *Rev Med Interne.* 2011;32(1):S46.
69. Cowppli-Bony P, Fabrigoule C, Letenneur L, Ritchie K, Alpérovitch A, Dartigues JF, et al. Le test des 5 mots : validité dans la détection de la maladie d'Alzheimer dans la population générale. *Rev Neurol (Paris).* 2005;161(12, Part 1):1205-12.
70. Schütze H, Shell A, Brodaty H. Development, implementation and evaluation of Australia's first national continuing medical education program for the timely diagnosis and management of dementia in general practice. *BMC Med Educ.* 2018;18:194.
71. Rondeau V, Allain H, Bakchine S, Bonet P, Brudon F, Chauplannaz G, et al. General practice-based intervention for suspecting and detecting dementia in France: a cluster randomized controlled trial. *Dementia.* 2008;7(4):433-50.
72. Syndicat National de l'Industrie des Technologies Médicales. IRM et délais d'attente : les chiffres 2018 [Internet]. [snitem.fr](http://snitem.fr). 2018. Disponible sur: <https://www.snitem.fr/publications/fiches-et-syntheses/irm-et-delais-dattente-les-chiffres-2018/>
73. Sambuchi N, Muraccioli I, Alescio-Lautier B, Paban V, Sambuc R, Jouve É, et al. Subjective cognitive impairment and Alzheimer's disease: a two year follow up of 51 subjects during two years. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil.* 2015;13(4):462-71.
74. Salbashian J. Application des recommandations HAS dans la prise en charge des patients atteints de maladie d'Alzheimer en médecine générale dans la région midi-pyrénées [Thèse d'exercice: médecine générale]. [Toulouse]: Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2016.
75. Agence Régionale de Santé Normandie. Structures personnes âgées [Internet]. [normandie.ars.sante.fr](http://normandie.ars.sante.fr). 2017. Disponible sur: <https://www.normandie.ars.sante.fr/structures-personnes-agees-0>
76. Service Public. Formulaires administratifs [Internet]. [service-public.fr](http://service-public.fr). Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/recherche?rubricFilter=serviceEnLigne&rubricTypeFilter=formulaire>
77. Brun M. Dispositif d'Appui à la Coordination C3S: retours d'expériences des médecins généralistes [Thèse d'exercice: médecine générale]. [Nice]: Faculté de Médecine de Nice; 2022.

78. Prescrire. Déremboursement des médicaments de la maladie d'Alzheimer en France: sans conséquence notable sur la fréquence des actes de soins. Rev Prescrire. 2020;40(443):701.
79. Monfort J, Neiss M, Rabier P, Hervy MP. Alzheimer, famille, institution. Ann Med Psychol (Paris). 2006;164(9):726-31.
80. Leurs A, Trojak B, Ponavoy E, Bonin B, Chauvet-Gelinier JC. Impact biopsychosocial de la charge des aidants : pourquoi faut-il porter une attention spécifique envers la santé des aidants ? Presse Med. 2018;47(9):732-40.



## Troubles neurocognitifs majeur et léger

### Trouble neurocognitif majeur

---

#### Critères diagnostiques

---

- A. Preuves d'un déclin cognitif significatif par rapport à un niveau antérieur de fonctionnement dans un ou plusieurs domaines cognitifs (attention complexe, fonctions exécutives, apprentissage et mémorisation, langage, activités perceptivomotrices ou cognition sociale) reposant sur :
1. Une préoccupation du sujet, d'un informant fiable, ou du clinicien concernant un déclin significatif du fonctionnement cognitif ; et
  2. Une altération importante des performances cognitives, idéalement documentée par un bilan neuropsychologique standardisé ou, à défaut, par une évaluation clinique quantifiée.
- B. Les déficits cognitifs interfèrent avec l'autonomie dans les actes du quotidien (c.-à-d. tout au moins une aide nécessaire dans les activités instrumentales complexes de la vie quotidienne comme payer ses factures ou gérer la prise de ses médicaments).
- C. Les déficits cognitifs ne surviennent pas exclusivement dans le contexte d'un état confusionnel (delirium).
- D. Les altérations cognitives ne sont pas mieux expliquées par un autre trouble mental (p. ex. un trouble dépressif caractérisé, une schizophrénie).

### Trouble neurocognitif léger

---

#### Critères diagnostiques

---

- A. Preuves d'un déclin cognitif modeste par rapport à un niveau antérieur de fonctionnement dans un ou plusieurs domaines cognitifs (attention complexe, fonctions exécutives, apprentissage et mémorisation, langage, activités perceptivomotrices ou cognition sociale) reposant sur :
1. Une préoccupation du sujet, d'un informant fiable ou du clinicien concernant un léger déclin du fonctionnement cognitif ; et
  2. Une altération modeste des performances cognitives, idéalement documentée par un bilan neuropsychologique standardisé ou, à défaut, par une évaluation clinique quantifiée.
- B. Les déficits cognitifs n'interfèrent pas avec les capacités d'autonomie dans les actes du quotidien (c.-à-d. que les activités instrumentales complexes de la vie quotidienne comme payer ses factures ou gérer la prise de ses médicaments sont préservées mais un plus grand effort, des stratégies compensatoires ou un aménagement peuvent être nécessaires).
- C. Les déficits cognitifs ne doivent pas survenir exclusivement dans le contexte d'un état confusionnel (delirium).
- D. Les déficits cognitifs ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (p. ex. un trouble dépressif caractérisé, une schizophrénie).

# Trouble neurocognitif majeur ou léger dû à la maladie d'Alzheimer

## Critères diagnostiques

---

- A. Les critères d'un trouble neurocognitif majeur ou léger sont remplis.
- B. Il y a un début insidieux et une progression graduelle d'une altération dans un ou plusieurs domaines cognitifs (pour le trouble neurocognitif majeur, au moins deux domaines doivent être altérés).
- C. Les critères de maladie d'Alzheimer soit probable, soit possible, sont remplis comme suit :

### ***Pour le trouble neurocognitif majeur :***

**Une maladie d'Alzheimer probable** est diagnostiquée si l'un des éléments suivants est présent ; sinon **une maladie d'Alzheimer possible** sera le diagnostic retenu.

- 1. Mutation génétique responsable de la maladie d'Alzheimer mise en évidence par les antécédents familiaux ou par un test génétique.
- 2. Les trois critères suivants sont présents :
  - a. Présence évidente d'un déclin se manifestant dans la mémoire et l'apprentissage et dans au moins un autre domaine cognitif (d'après une anamnèse détaillée ou une série de tests neuropsychologiques).

- b. Déclin constant, progressif et graduel des fonctions cognitives sans plateaux prolongés.
- c. Absence d'étiologies mixtes (c.-à-d. absence d'une autre maladie neurodégénérative ou cérébrovasculaire, ou d'une autre maladie mentale, neurologique ou systémique ou de toute autre affection pouvant contribuer au déclin cognitif).

### ***Pour le trouble neurocognitif léger :***

**Une maladie d'Alzheimer probable** est diagnostiquée si une mutation génétique responsable de la maladie d'Alzheimer est mise en évidence par les antécédents familiaux ou par un test génétique.

**Une maladie d'Alzheimer possible** est diagnostiquée si aucune mutation génétique responsable de la maladie d'Alzheimer n'est mise en évidence par les antécédents familiaux ou par un test génétique et si les trois critères suivants sont présents :

- 1. Présence évidente d'un déclin de la mémoire et de l'apprentissage.
  - 2. Déclin constant, progressif et graduel des fonctions cognitives sans plateaux prolongés.
  - 3. Absence d'étiologies mixtes (c.-à-d. absence d'une autre maladie neurodégénérative ou cérébrovasculaire, ou d'une autre maladie neurologique ou systémique, ou de toute autre affection pouvant contribuer au déclin cognitif).
- D. La perturbation ne peut pas être mieux expliquée par une maladie cérébrovasculaire, une autre maladie neurodégénérative, les effets d'une substance ou un autre trouble mental, neurologique ou systémique.

## ANNEXE 2 – Critères diagnostiques du 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 :

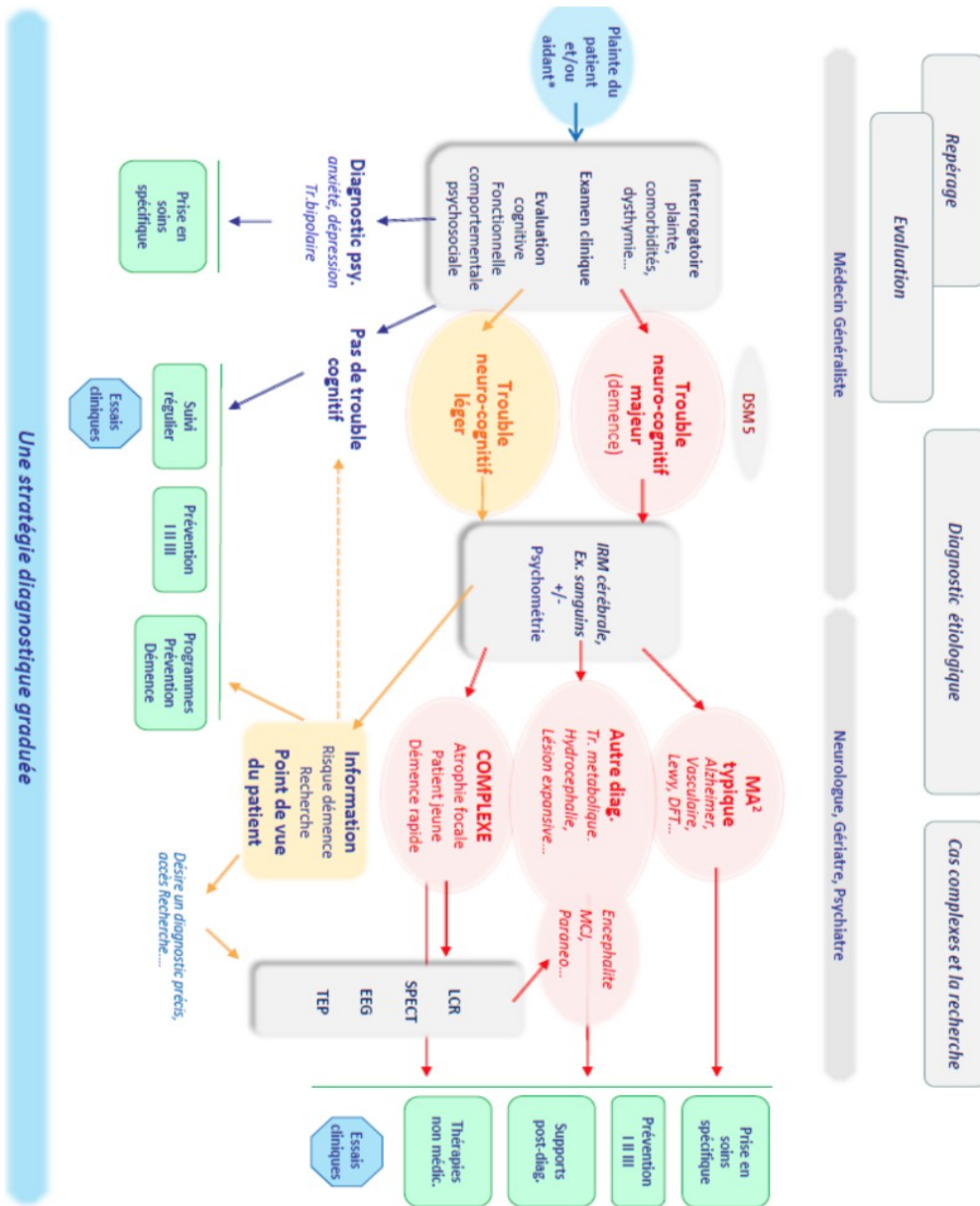
- peut être porté sur la base du syndrome démentiel, en l'absence d'autre désordre neurologique, psychiatrique ou systémique susceptible de causer une démence, en présence de variante dans la survenue, la présentation ou le cours de la maladie ;
- peut être porté en présence d'une seconde maladie systémique 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 – Algorithme de la stratégie diagnostique graduée et personnalisée



## Mini Mental State (M.M.S.) GRECO

Cachet du médecin

Nom du/de la patient(e) : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Évalué(e) par : \_\_\_\_\_

### ORIENTATION

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 ? <input style="width: 50px;" type="text"/>	4. Quel jour du mois ? <input style="width: 50px;" type="text"/>
2. En quelle saison ? <input style="width: 50px;" type="text"/>	5. Quel jour de la semaine ? <input style="width: 50px;" type="text"/>
3. En quel mois ? <input style="width: 50px;" type="text"/>	

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

6. Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes ?	<input style="width: 80px;" type="text"/>
7. Dans quelle ville se trouve-t-il ?	<input style="width: 80px;" type="text"/>
8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ?	<input style="width: 80px;" type="text"/>
9. Dans quelle province ou région est situé ce département ?	<input style="width: 80px;" type="text"/>
10. A quel étage sommes-nous ici ?	<input style="width: 80px;" type="text"/>

### APPRENTISSAGE

■ Je vais vous dire 3 mots ; je voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les redemanderai tout à l'heure.

11. Cigare	<input style="width: 50px;" type="text"/>	Citron	<input style="width: 50px;" type="text"/>
12. Fleur	ou	Clé	ou
13. Porte		Ballon	ou
		Fauteuil	<input style="width: 50px;" type="text"/>
		Tulipe	<input style="width: 50px;" type="text"/>
		Canard	<input style="width: 50px;" type="text"/>

Répéter les 3 mots.

### ATTENTION

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

14. 93	<input style="width: 50px;" type="text"/>
15. 86	<input style="width: 50px;" type="text"/>
16. 79	<input style="width: 50px;" type="text"/>
17. 72	<input style="width: 50px;" type="text"/>
18. 65	<input style="width: 50px;" type="text"/>

■ Pour tous les sujets, même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander :  
Voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers : E D N O M

### RAPPEL

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

19. Cigare	<input style="width: 50px;" type="text"/>	Citron	<input style="width: 50px;" type="text"/>
20. Fleur	ou	Clé	ou
21. Porte		Ballon	ou
		Fauteuil	<input style="width: 50px;" type="text"/>
		Tulipe	<input style="width: 50px;" type="text"/>
		Canard	<input style="width: 50px;" type="text"/>

### LANGAGE

■ Montrer un crayon.  ■ Montrer votre montre.

22. Quel est le nom de cet objet ?  23. Quel est le nom de cet objet ?

24. Écoutez 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 : «Écoutez bien et faites ce que je vais vous dire :

25. Prenez cette feuille de papier avec la 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 caractères :  
«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

■ Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander :

30. «voulez-vous recopier ce dessin»



SCORE TOTAL (0 à 30) :

## ANNEXE 5 – Entretien standardisé d’après Jean Poitrenaud

- Quelle est (ou était) votre profession ?
- Avez-vous exercé d'autres activités professionnelles au cours de votre carrière ? (enregistrer intégralement les réponses du sujet)
- A quel âge avez-vous commencé à travailler ?
- Jusqu'à quel âge avez-vous poursuivi des études ? (où jusqu'à quel âge êtes-vous allé à l'école?)
- Quel est le diplôme le plus élevé que vous avez obtenu ?
- Avez-vous passé des diplômes professionnels ou techniques ?
- Si oui, ce (ou ces ) diplômes vous a (ont)il(s) aidé à obtenir votre emploi où vous a(ont) il(s) permis de progresser dans la hiérarchie professionnelle ?
- Quel a été votre niveau de qualification professionnelle le plus élevé (manœuvre, ouvrier qualifié, agent de maîtrise, cadre moyen, cadre supérieur ?) On ne posera pas cette dernière question si le niveau de qualification était déjà évident d'après les réponses du sujet concernant sa vie professionnelle.

## ANNEXE 6 – Critères pour estimation du NSC d’après Jean Poitrenaud

A. Détermination du niveau d'éducation scolaire: On adoptera le code suivant:

1. Pas de diplôme, ou au maximum un Certificat d’Aptitude Professionnelle (CAP) pour adultes.
2. Certificat d’Etudes Primaires (CEP) ou CAP + CEP ou notion d'une scolarité secondaire (au maximum jusqu'à la fin d'une classe de 4ème) avec ou sans diplôme. ou CEP et études techniques courtes (au maximum jusqu'à la fin d'une classe de 4 ème technique)
3. Notion d'une scolarité allant de la fin d'une classe de 3ème (avec ou sans le Brevet d’Etudes du Premier Cycle du second degré (BEPC)) à la fin d'une classe de terminale (sans le baccalauréat complet)
4. Réussite à un examen du niveau du Bac ou Bac et +.

B. Evaluation du niveau socio-professionnel à partir des indications obtenues sur la carrière professionnelle du sujet.

C. Les indications du niveau socio-professionnel peuvent conduire à améliorer le classement du sujet dans l'échelle de niveau d'éducation scolaire. Généralement l'amélioration est d'un échelon.

40

<b>MMS GRECO: consignes de passation et de cotation</b>
---

**1) orientation temporelle** (items 1 à 5)

**a) Passation:** le test débute en demandant au sujet : « Quelle est la date complète d'aujourd'hui ? ». En cas de réponse incomplète, on pose les questions complémentaires pour préciser les éléments manquants. Pour tous ces items, il ne faut accepter que la réponse exacte. Cependant lors des changements de saison ou de mois, il faut permettre au sujet de corriger une réponse erronée en lui demandant « êtes-vous sûr, » (que nous sommes bien au printemps,...que nous sommes bien en février par exemple).

**b) Cotation:** chaque réponse juste vaut 1 point ; si la réponse est fausse ou s'il n'y a pas de réponse, compter 0 point. Accorder 10 secondes pour chaque réponse.

La note maximale du sub-test est de 5 points.

**2) orientation spatiale** (items 6 à 10)

**a) Passation:** « Je vais vous poser quelques questions sur l'endroit où nous nous trouvons. ». Pour chaque item, il ne faut accepter qu'une réponse exacte ; cependant, si l'erreur concerne l'étage, il faut permettre au sujet de corriger sa réponse en demandant : « êtes-vous sûr ? ». Il s'agit toujours de la seule exception.

Certains problèmes spécifiques peuvent se poser pour ce sub-test :

-Item n°6 : lorsque le patient vient d'une autre ville, on peut se contenter de l'hôpital de la ville (car le nom de l'hôpital peut ne pas être connu du patient) ; si l'examen est réalisé en cabinet, il faut demander le nom du cabinet médical ou de la rue du cabinet médical ou du médecin (ces indications devraient permettre à un taxi de l'amener à cet endroit).

-Item n°8 : le numéro du département n'est pas admis ; il faut demander de préciser le nom qui correspond à ce numéro.

-Item n°9: si le nom du département et de la région sont identique (par exemple Nord), il faut demander « dans quel pays est situé ce département ? ».

**b) Cotation** : chaque réponse juste vaut un point. Chaque réponse fautive ou absence de réponse après délai de 10 secondes vaut 0 point.

La note maximale au sub-test est de 5 points.

### 3) apprentissage verbal (items 11 à 13)

**a) Passation**: « Je vais vous dire 3 mots, je voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir, car je vous les redemanderai tout à l'heure : cigare, fleur, porte » (ou version alternative).

Les 3 mots doivent être énoncés à haute et intelligible voix, un par seconde, face au sujet ; Accorder un maximum de 20 secondes pour la réponse.

Si le sujet ne répète pas les 3 mots au premier essai, les redonner jusqu'à ce qu'ils soient répétés correctement ; Effectuer au maximum 6 essais.

**b) Cotation**: compter 1 point pour chaque mot répété correctement au premier essai ; Si plusieurs répétitions sont nécessaires pour réaliser l'enregistrement, celles-ci ne doivent pas être comptabilisées dans le score.

Note maximale possible : 3 points.

**4) attention** (items 14 à 18)

**a) Passation:** « Comptez à partir de 100 en retirant 7 chaque fois, jusqu'à ce que je vous arrête ».

Il est possible d'aider le sujet en lui présentant la première soustraction : « 100-7, combien cela fait-il ? » et ensuite « continuez ».

L'épreuve s'arrête après 5 soustractions ; chaque soustraction exacte compte 1 point, dès lors que le pas de 7 est respecté, quelle que soit la réponse précédente ; exemple :  $100-7=92$ , pas de point accordé puis  $92-7=85$ , le point est accordé.

Si le sujet demande en cours d'épreuve « combien faut-il retirer ? » , il ne faut pas répéter la consigne mais dire seulement « continuez comme avant ».

Même si l'épreuve de calcul est parfaitement réussie, il faut demander d'épeler le mot « monde » à l'envers ; toutefois, lorsque le sujet a des difficultés manifestes dans le compte à rebours, il est préférable de lui demander d'épeler le mot monde à l'endroit avant de lui demander de l'épeler à l'envers.

**b) Cotation:** seule la note à l'épreuve de calcul est prise en compte ; on accorde 1 point par soustraction exacte.

La note maximale possible est de 5 points.

**5) rappel des mots** (items 19 à 21)

**a) Passation:** « Quels étaient les 3 mots que je vous avais demandés de répéter et de retenir tout à l'heure ? » ; Accorder 10 secondes pour la réponse.

**b) cotation:** compter 1 point par réponse correcte.

Aucune tolérance n'est admise.

## 6) langage (items 22 à 29)

Ce sub-test comprend les 5 items dans l'ordre suivant: désignation, répétition, compréhension orale, compréhension écrite, écriture.

### 6.1 Désignation

**a) Passation:** montrer un crayon : « Quel est le nom de cet objet ? »

puis montrer votre montre : « Quel est le nom de cet objet ? ».

Il est important de montrer un crayon et non un stylo (ou un stylo à bille), car le crayon est dépourvu d'ambiguïté. Le sujet ne doit pas prendre les objets dans la main.

**b) Cotation:** On accorde 1 point pour chaque réponse correcte.

Aucune autre réponse que « crayon » et « montre ou montre-bracelet » n'est admise.

### 6.2 Répétition

**a) Passation:** « Ecoutez bien et répétez après moi : pas de mais, de si, ni de et »

La phrase doit être prononcée à haute voix, distinctement, face au sujet.

**b) Cotation :** ne compter 1 point que si la répétition est entièrement correcte.

### 6.3 Compréhension orale

**a) Passation:** 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 :

-prenez cette feuille de papier avec la main droite

-pliez-la en deux

-et jetez-la par terre »

Le papier doit être présenté vers le sujet mais non tendu vers sa main droite ; Si le sujet s'arrête et demande ce qu'il doit faire, il ne faut pas répéter la consigne, mais dire : «faites ce que je vous ai dit ».

**b) Cotation:** compter 1 point par item correctement exécuté ; maximum 3 points.

#### 6.4 Compréhension écrite

**a) Passation:** tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractères: «fermez les yeux» et dire au sujet «faites ce qui est écrit».

La consigne doit être lue en insistant sur le mot « faites », car ce point n'est compté que si le sujet exécute l'ordre et pas seulement s'il le lit.

**b) Cotation:** n'accorder un point que si l'ordre est correctement exécuté (c'est à dire s'il ferme les yeux).

#### 6.5 Ecriture

**a) Passation:** tendre une feuille de papier et un stylo en disant: « Voulez-vous écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière.»

**b) Cotation:** accorder un délai maximal de 30 s.

Comptez un point si la phrase contient au minimum un sujet et un verbe.

Ne pas tenir compte des fautes d'orthographe ou de syntaxe.

La note maximale possible au sub-test de langage est de 8 points.

#### 7) praxies constructives (item 30)

**a) Passation:** tendre une feuille de papier et un stylo et demander : « Voulez-vous recopier ce dessin ». On peut autoriser plusieurs essais et accorder une minute.

**b) Cotation:** compter 1 point si la copie est exacte ; tous les angles doivent être recopiés.

Les deux figures doivent se couper sur 2 côtés différents.



ANNEXE 8 – Tableau des scores du MMSE d’après Jean Poitrenaud

<b>50-79 ans</b>				
	<b>NSC1</b>	<b>NSC2</b>	<b>NSC3</b>	<b>NSC4</b>
<b>C90</b>	30	30	30	30
<b>C75</b>	29	29	30	30
<b>C50</b>	28	28	28	29
<b>C25</b>	27	27	27	28
<b>C10</b>	24	25	26	27
<b>C5</b>	22	23	25	26
<b>C1</b>	20	21	24	24

NSC (Niveau Socio-Culturel), C(Centile), C50 (médiane), C5 (seuil pathologique)

Concernant les sujets de 80-89 ans, un correctif a été proposé dans l’étude :

- si NSC 1, 2 ou 3 : ajouter 1 point à la note brute obtenue par les sujets avant d’utiliser les normes établies pour la classe d’âge 50-79 ans

- si NSC 4 : se référer aux normes établies pour la tranche d’âge 50-79 ans, sans apporter de modification

ANNEXE 9 – Tableau des scores du MMSE simplifié d’après Laurence Hugonot-Diener

<b>NSC</b>	<b>1 Pas de Certificat d'Etude</b>	<b>2 Certificat d'Etude</b>	<b>3 Brevet</b>	<b>4 Bac et +</b>
<b>Médiane (C50)</b>	28	28	28	29
<b>Centile (C10)</b>	24	25	26	27
<b>Centile (C5) Seuil pathologique</b>	22	23	25	26

**Etude des pratiques professionnelles des médecins généralistes de Normandie concernant le repérage précoce et le suivi des patients atteints de maladie d'Alzheimer et maladies apparentées :**

**Données socio-démographiques :**

Q1. Quel est votre sexe ?\* (QRU)

- Féminin
- Masculin

Q2. Quel est votre âge ?\* (en valeur numérique) - Champs libre -

Q3. Depuis combien de temps êtes-vous thésé(e)?\* (QRU)

- < 10 ans
- 10 à 20 ans
- > 20 ans

Q4. Dans quel département exercez-vous ?\* (QRU)

- Calvados
- Manche
- Orne
- Eure
- Seine-Maritime

Q5. Dans quel milieu exercez-vous ?\* (QRU)

- Urbain
- Semi-rural
- Rural

Q6. Avez-vous une formation spécifique en gériatrie ou en neurologie (DU/DIU, DESC/Capacité, ...) ?\* (QRU)

- Oui
- Non

**Votre pratique du repérage précoce:**

Q7. De quelle manière pratiquez-vous le repérage précoce des troubles cognitifs de type Alzheimer?\* (QRU)

- Sans signe d'appel, comme un dépistage systématique, à partir d'un certain âge

- Uniquement si signes d'appel (exprimés par le patient/entourage ou repérés en consultation)

Q8. Si vous le pratiquez sans signe d'appel comme un dépistage systématique, à partir de quel âge?\* (en valeur numérique) - Champs libre -

Q9. Si vous le pratiquez uniquement si signes d'appel, quels sont-ils?\* (QRM)

- Troubles mnésiques
- Troubles du langage
- Désorientation spatio-temporelle
- Altération du lien social et perte des loisirs
- Perturbations dans les actes de la vie quotidienne
- Trouble de l'humeur
- Troubles du comportement

Q10. En faites-vous une(des) consultation(s) dédiée(s) spécifiquement?\* (QRU)

- Oui
- Non

Q11. Quel temps estimez-vous nécessaire pour faire ce repérage précoce?\* (QRU)

- ≤ 15 minutes
- 15 à 30 minutes
- 30 à 45 minutes
- > 45 minutes

Q12. Combien de consultations estimez-vous nécessaire pour faire ce repérage précoce ?\* (QRU)

- 1 seule consultation
- 2 consultations ou plus

Q13. Utilisez-vous la cotation ALQP006 (69,12€), intitulée « Test d'évaluation d'un déficit cognitif » ?\*

- Oui
- Non

Q14. La plupart du temps, avec qui réalisez-vous l'entretien initial ?\* (QRU)

- Le patient seul
- Le patient seul puis l'entourage seul
- Le patient seul puis accompagné de son entourage
- Le patient directement accompagné de son entourage

Q15. Pour l'évaluation cognitive, le(s)quel(s) de ces outils utilisez-vous ?\* (QRM)

- MMSE (Mini Mental State Examination)
- MoCA (Montreal Cognition Assessment)
- Mini-Cog
- CODEX (COgnitive Disorders Examination)

- Test de l'horloge
- 5 mots de Dubois
- Test de fluence verbale
- MIS (Memory Impairment Screen)
- GP-COG (General Practitioner Cognition)
- 6-CIT (6-Cognitive Impairment test)
- Vous n'utilisez aucun outils
- Vous n'évaluez pas ce domaine
- Autre : - Champs libre -

Q16. Pour l'évaluation fonctionnelle, le(s)quel(s) de ces outils utilisez-vous ?\* (QRM)

- Echelle ADL de Katz (Activities of Daily Living)
- Echelle IADL (Instrumental Activities Of Daily Living)
- DAD (Disability Assessment for Dementia)
- Vous n'utilisez aucun outils
- Vous n'évaluez pas ce domaine
- Autre : - Champs libre -

Q17. Pour l'évaluation comportementale et psychologique, le(s)quel(s) de ces outils utilisez-vous ?\* (QRM)

- GDS (Geriatric Depression Scale)
- NPI (NeuroPsychiatric Inventory)
- EDF (Echelle de Dysfonctionnement Frontal)
- Vous n'utilisez aucun outils
- Vous n'évaluez pas ce domaine
- Autre : - Champs libre -

Q18. Parmi ces examens complémentaires, le(s)quel(s) réalisez-vous en pratique ?\* (QRM)

- Hémogramme
- CRP
- Natrémie
- Calcémie
- Glycémie
- TSH
- Albuminémie
- Bilan rénal (créatinine, Clairance)
- Bilan hépatique (Transaminases, GGT)
- Vitamine B9, B12
- Sérologie syphilitique, VIH, maladie de Lyme
- Scanner cérébral
- IRM cérébrale
- Vous ne réalisez aucun examen complémentaire
- Autre : - Champs libre -

Q19. Si votre repérage précoce n'est pas en faveur d'une MAMA (Maladie d'Alzheimer et Maladie Apparentées), sous quel délai prévoyez-vous de ré-évaluer votre patient ?\* (QRU)

- < 6 mois
- Entre 6 et 12 mois
- > 1 an
- Vous ne prévoyez pas de ré-évaluation

Q20. Si votre repérage précoce est en faveur d'une MAMA, vers quel spécialiste adressez-vous généralement votre patient ?\* (QRM)

- Neurologue
- Gériatre
- Psychiatre
- En consultation mémoire
- Vous n'adressez vers aucun spécialiste
- Autre : - Champs libre -

### **Votre pratique après confirmation du diagnostic :**

Q21. Si confirmation du diagnostic par le spécialiste, faites-vous généralement une consultation d'annonce ?\* (QRU)

- Oui
- Non

Q22. La(es)quelle(s) de ces démarches entamez-vous dans la prise en charge de votre patient ?\* (QRM)

- Demande d'ALD (Affection Longue Durée)
- Conseil dossier APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie) ou MDPH (Maison Départementale de Personnes Handicapées)
- Prescription de séances de réhabilitation cognitive (par les ESA ou orthophonistes)
- Prise en charge psychologique/psychiatrique
- Prescription de passages infirmiers à domicile
- Orientation vers une assistance sociale de secteur ou un dispositif de coordination
- Déclaration personne de confiance
- Vous n'entamez aucune de ces démarches

Q23. Avec le(s)quel(s) de ces dispositifs de coordination avez-vous l'habitude de travailler ?\* (QRM)

- CCAS de la commune ou services sociaux départementaux
- CLIC (Centres Locaux d'Information et de Coordination)
- ADMR ou autres services d'aide à domicile
- SSIAD
- CTA ou PTA (Coordinations/Plateformes Territoriales d'Appui)
- Structures médico-sociales : Accueils de jour/nuit, Hébergements temporaires dans les EPHAD ou autres structures adaptées, plateformes de répit
- MAIA (Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champs de l'Autonomie)
- Associations de patients (France Alzheimer, ...)

- Aucun de ces dispositifs

Q24. A quelle fréquence prévoyez-vous de revoir votre patient ?\* (QRU)

- Tous les mois
- Tous les 3 mois
- Tous les 6 mois
- Annuellement
- Vous ne programmez pas de suivi particulier

Q25. A quelle fréquence réalisez-vous des Visites Longues au domicile de ces patients ?\* (QRU)

*Au cours du suivi, le médecin généraliste peut réaliser des consultations au domicile de son patient dans le cadre de sa maladie neurodégénérative. Cette consultation est appelée 'Visite longue'. Depuis novembre 2017, il est possible de la réaliser et facturer jusqu'à 3 fois par an. Sa cotation ayant été revalorisée à 70euros.*

- Une fois par an
- Deux à 3 fois par an
- Jamais

Q26. Si vous faites des Visites Longues, utilisez-vous la cotation associée VL (60€) ?\* (QRU)

- Oui
- Non

Q27. Organisez-vous des consultations annuelles dédiées à l'aidant familial ?\* (QRU)

- Oui
- Non

Q28. Si vous faites le suivi de l'aidant, le(s)quel(s) de ces outils utilisez-vous?\* (QRM)

- Mini-Zarit
- Echelle IADL
- GDS
- Echelle d'anxiété d'Hamilton
- Autoquestionnaires de dépression de Beck
- MNA (Mini Nutritional Assessment)
- Vous n'utilisez aucun outils
- Vous ne faites pas de suivi de l'aidant
- Autre : - Champs libre -

### **Votre point de vue :**

Q29. Selon vous, quels sont les **principaux** intérêts du repérage précoce des troubles cognitifs type Alzheimer, en cabinet de médecine générale ?\* (QRM)

- Informer le patient à un stade lui permettant d'être acteur de sa maladie
- Prise en charge à 100 % (ALD)
- Insertion précoce du patient dans le système de soins adaptés
- Proposer un traitement spécifique

- Anticiper la perte d'autonomie (installation d'aides humaines et matérielles, ...) et limiter les situations de crise
- Formation et soutien des aidants (prévention du risque de maltraitance et du risque d'épuisement)
- Retarder l'institutionnalisation
- Aider à la recherche (en participant à des essais thérapeutiques)
- Aucun intérêt
- Autre : - Champs libre -

Q30. Selon vous, quels sont les **principaux** freins au repérage précoce des troubles cognitifs type Alzheimer, en cabinet de médecine générale ?\* (QRM)

- Outils de repérage disponibles trop nombreux
- Outils de repérage disponibles inadaptés au profil de certains patients (niveau d'éducation, déficience sensorielle...)
- Activité chronophage
- Absence de traitement curatif
- Prescription initiale des traitements spécifiques réservée au spécialiste
- Déremboursement des traitements spécifiques
- Risque de syndrome anxio-dépressif chez le patient
- Aucun frein
- Autre : - Champs libre -

Q31. Selon vous, quelles seraient les **principales** pistes à travailler pour faciliter le repérage précoce des troubles cognitifs type Alzheimer, en cabinet de médecine générale ?\* (QRM)

- Adapter la cotation de l'acte
- En faire un dépistage systématique en population générale
- Simplifier et adapter les outils de repérage à disposition
- Former et sensibiliser les médecins généralistes sur ces maladies et sur leur repérage précoce
- Faciliter l'adressage aux spécialistes
- Avoir une meilleure connaissance des dispositifs de coordination existants
- Avoir un recours facilité aux différents dispositifs de coordination existants
- Développer des programmes d'éducation à la santé destinés au grand public
- Intégrer des IPA (Infirmières en Pratique Avancée) dans les maisons de santé pour les consultations de repérage précoce
- Autre : - Champ libre -

Q32. Commentaire libre - Champ libre -

ANNEXE 11 – Echelle de plainte de mémoire de Mac Nair

***Questionnaire de difficultés cognitives de Mac Nair (39 items)***

Voici une liste de difficultés que chacun peut rencontrer dans la vie quotidienne. Lisez attentivement chacune des propositions numérotées de 1 à 39 et mettez une croix dans la case correspondant à ce que vous avez ressenti au cours des 3 dernières semaines.

Il peut être intéressant de faire remplir votre questionnaire par une autre personne (conjoint ou enfant par exemple) pour comparer les évaluations.

<i>Questions</i>	<b>Jamais</b>	<b>Rarement</b>	<b>Parfois</b>	<b>Souvent</b>	<b>Très Souvent</b>
<b>1</b> J'ai des difficultés à me souvenir des numéros de téléphone familiers					
<b>2</b> J'oublie où j'ai posé mes lunettes, mes clefs, mon porte-monnaie, mes papiers					
<b>3</b> Quand je suis interrompu(e) dans une lecture, j'ai du mal à retrouver où j'en étais					
<b>4</b> Quand je fais des courses, j'ai besoin d'une liste écrite					
<b>5</b> J'oublie des rendez-vous, des réunions, ou des engagements					
<b>6</b> J'oublie de téléphoner quand on m'a demandé de rappeler					
<b>7</b> J'ai du mal à mettre une clef dans la serrure					
<b>8</b> J'oublie en cours de route des courses que je voulais faire					
<b>9</b> J'ai du mal à me rappeler le nom des gens que je connais					
<b>10</b> J'ai du mal à rester concentré sur un travail ou une occupation					
<b>11</b> J'ai du mal à raconter une émission que je viens de voir à la télévision					
<b>12</b> J'ai du mal à exprimer clairement ce que je veux dire					
<b>13</b> Je n'arrive pas à reconnaître des gens que je connais					
<b>14</b> Il m'arrive d'avoir un mot sur le bout de la langue et de ne pas pouvoir le sortir					
<b>15</b> J'ai du mal à retrouver le nom des objets					
<b>16</b> J'ai du mal à comprendre ce que je lis					
<b>17</b> J'ai du mal à suivre la conversation des autres					
<b>18</b> J'oublie le nom des gens juste après qu'ils m'ont été présentés					



<i>Questions</i>	<b>Jamais</b>	<b>Rarement</b>	<b>Parfois</b>	<b>Souvent</b>	<b>Très Souvent</b>
19 Je perds le fil de mes idées en écoutant quelqu'un d'autre					
20 J'oublie les différentes étapes de recettes de cuisine que je connais bien et je dois les vérifier					
21 J'oublie quel jour de la semaine nous sommes					
22 J'oublie de boutonner ou de tirer la fermeture éclair de mes vêtements					
23 J'ai besoin de vérifier une fois ou deux si j'ai bien fermé la porte, coupé le gaz					
24 Je fais des erreurs en écrivant, ou en faisant des calculs					
25 J'ai du mal à fixer mon esprit sur quelque chose de précis					
26 J'ai besoin de me faire répéter plusieurs fois les choses que je dois faire					
27 J'oublie certains produits à utiliser quand je fais la cuisine					
28 J'ai du mal à boutonner mes vêtements ou à tirer la fermeture éclair.					
29 J'ai du mal à ranger mes vêtements à la bonne place					
30 J'ai du mal à coudre ou à raccommoder					
31 J'ai du mal à fixer mon esprit sur ce que je lis					
32 J'oublie immédiatement ce que les gens viennent de me dire					
33 Quand je me promène, j'oublie par où je suis passé(e)					
34 J'ai du mal à savoir si l'on m'a rendu correctement la monnaie					
35 J'oublie de faire certaines démarches connues, de payer des factures, de déposer des chèques, d'affranchir ou poster du courrier					
36 Je dois faire les choses plus lentement qu'avant pour être sûr(e) de les faire bien					
37 J'ai par moments, l'impression d'avoir la tête vide					
38 J'oublie quel jour du mois nous sommes					
39 J'ai du mal à utiliser des outils (marteau, pinces..) pour de petites réparations.					
<b>TOTAL: pour 39 items:...../156</b>					

**ESA en Normandie**

<b>CALVADOS</b>	BESSIN	02 31 51 65 98
	CAEN	02 31 84 41 14
	FALAISE	02 31 40 12 20
	PAYS D'AUGE NORD	02 31 98 77 67
	VIRE	02 31 67 46 19
<b>MANCHE</b>	COTENTIN	02 33 53 69 57
	PERIERS	02 33 76 36 87
	COUTANCES	02 33 45 14 82
	SUD MANCHE: SAINT-JAMES / LA HAYE PESNEL	02 33 89 89 41 / 02 33 91 23 26
<b>ORNE</b>	ATHIS DE L'ORNE	02 33 64 55 43
	ALENÇON	02 33 26 47 46
	ORNE EST	02 33 83 97 00
<b>EURE</b>	EVREUX-VERNON	02 32 26 50 10
	GISORS	02 32 27 76 48
	ELBEUF LOUVIERS	02 32 96 89 99
	BERNAY PONT AUDEMER	02 77 05 60 78
<b>SEINE-MARITIME</b>	NEUF CHATEL	02 32 97 59 96
	DIEPPE	02 32 14 77 96
	BOLBEC FECAMP	02 35 29 21 18
	LE HAVRE	02 35 41 18 41
	BARENTIN	02 32 94 95 42
	ROUEN	02 32 10 27 60 / 02 32 08 60 85

## DAC en Normandie

<b>CALVADOS</b>	DAC AXANTE BESSIN PRE-BOCAGE	<a href="mailto:guichet.unique@axante.org">guichet.unique@axante.org</a> tel: 02 31 51 13 04
	DAC APPUI SANTE 14 FALAISE BOCAGE CAEN PAYS D'AUGE	<a href="mailto:contact@appuisante14.org">contact@appuisante14.org</a> tel: 02 31 94 29 85
<b>MANCHE</b>	DAC en Santé CENTRE MANCHE	<a href="mailto:contact@dacentremanche.fr">contact@dacentremanche.fr</a> tel: 09 74 19 89 16
	DAC en Santé COTENTIN	tel: 02 33 52 10 08
	DAC en Santé SUD MANCHE	tel: 02 33 48 27 01 / 02 33 89 78 31
<b>ORNE</b>	DAC APPUI SANTE 61	tel: 06 22 64 56 65
<b>EURE</b>	DAC Parcours Santé 27 EURE SUD	tel: 02 32 30 23 48
	DAC Parcours Santé 27 EURE EST	<a href="mailto:dac27est@gmail.com">dac27est@gmail.com</a> tel: 06 45 84 85 37
	DAC Parcours Santé 27 EURE OUEST	<a href="mailto:dac27ouest@gmail.com">dac27ouest@gmail.com</a> tel: 02 32 56 51 18
<b>SEINE-MARITIME</b>	DAC Caux Bray Albâtre	<a href="mailto:accueil@appui-sante-cba.fr">accueil@appui-sante-cba.fr</a> tel: 02 35 82 69 40
	DAC Seine et Mer	<a href="mailto:contact@dacseineetmer.fr">contact@dacseineetmer.fr</a> tel: 02 35 41 60 12
	DAC YREN (Yvetot Rouen Elbeuf Neufchâtel)	En cours de création

« Par délibération de son Conseil en date du 10 Novembre 1972, l'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ou mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ».



VU, le Directeur de Thèse  
(qui atteste du respect des procédures éthiques et réglementaires)

VU, le Président de Thèse

VU, le Doyen de l'UFR Santé

VU et permis d'imprimer  
en référence à la délibération  
du Conseil d'Université  
en date du 14 Décembre 1973

Pour le Président  
de l'Université de CAEN et P.O

Le Doyen de l'UFR de Santé







ANNÉE DE SOUTENANCE : 2023

NOM ET PRÉNOM DE L'AUTEUR : SANOUILLE LARA

**TITRE DE LA THÈSE EN FRANÇAIS : Etude des pratiques professionnelles des médecins généralistes de Normandie concernant le repérage précoce et le suivi des patients atteints de maladie d'Alzheimer et maladies apparentées**

**RÉSUMÉ DE LA THÈSE EN FRANÇAIS :**

Contexte: Les Maladies d'Alzheimer et Maladies Apparentées (MAMA) par leur incidence croissante et leurs impacts négatifs sont une priorité de santé publique. Le médecin généraliste a un rôle essentiel dans le repérage précoce et le suivi des patients atteints de ces maladies.

Objectif: L'objectif principal de cette étude est de décrire l'attitude des médecins généralistes de Normandie dans ces démarches pour lesquelles sont proposées des recommandations de bonnes pratiques par la Haute Autorité de Santé (HAS).

Méthode: Les données ont été recueillies, par auto-questionnaire anonyme, auprès des 375 médecins généralistes inscrits aux Groupes Qualités (GQ) de Normandie.

Résultats: 81 questionnaires ont été complétés. Tous les médecins voient au moins un intérêt au repérage précoce. Mais « l'activité chronophage » et « des outils de repérage trop nombreux » sont cités comme freins par 69 % et 35 % d'entre eux, respectivement. En effet, pour 60,5 % des médecins au moins deux consultations sont nécessaires. Et, alors que 89 % d'entre eux utilisent le Mini Mental State Examination (MMSE) pour l'évaluation cognitive du patient, 41 % n'utilisent aucun outil pour son évaluation fonctionnelle, 51 % pour son évaluation psycho-comportementale, et 59,5 % pour l'évaluation globale de l'aidant naturel.

Discussion: A travers cette enquête, nous observons une forte hétérogénéité des pratiques qui ne sont pas toujours en accord avec les recommandations. L'adaptation des outils à disposition, le renforcement du travail interdisciplinaire, l'intégration de l'aidant naturel dans la prise en charge globale et la promotion des intérêts du repérage précoce tels que l'accès à la recherche, sont des perspectives d'avenir.

MOTS-CLÉS : Maladie d'Alzheimer - Trouble neurocognitif léger - Médecin généraliste - Repérage précoce - Diagnostic opportun - Recommandations - Aidant - Normandie

**TITRE DE LA THÈSE EN ANGLAIS : Study of the professional practices of general practitioners in Normandy concerning the early detection and follow-up of patients with Alzheimer's disease and related disorders**

**RÉSUMÉ DE LA THÈSE EN ANGLAIS :**

Context: Alzheimer's disease and related disorders are a public health priority due to their increasing incidence and negative impact. The general practitioner has an essential role in the early detection and follow-up of patients with these diseases.

Objective: The main objective of this study is to describe the attitude of general practitioners in Normandy in these processes for which recommendations of good practice are proposed by the Haute Autorité de Santé (HAS).

Method: Data were collected by anonymous self-questionnaire from the 375 general practitioners registered in the Quality Groups (GQ) of Normandy.

Results: 81 questionnaires were completed. All the doctors saw at least one interest in early detection. However, "time-consuming activity" and "too many identification tools" were cited as obstacles by 69 % and 35 % of them, respectively. In fact, for 60.5 % of doctors, at least two consultations are necessary. And, while 89 % of them use the Mini Mental State Examination (MMSE) for the cognitive assessment of the patient, 41 % do not use any tool for the functional assessment, 51 % for the psycho-behavioral assessment, and 59.5 % for the global assessment of the caregiver.

Discussion: Through this survey, we observe a strong heterogeneity of practices that are not always in accordance with the recommendations. The adaptation of available tools, the strengthening of interdisciplinary work, the integration of the caregiver in the overall care and the promotion of the interests of early identification such as access to research, are future perspectives.

KEY WORDS : Alzheimer's disease - Mild cognitive impairment - General practitioner - Early detection - Timely diagnosis - Practice guideline - Caregiver - Normandy