

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2005

N°40

Thèse

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Qualification en Médecine Générale

Par

Teddy BOURDET

Né le 16 août 1976 à La Roche-sur-Yon (Vendée)

Présentée et soutenue publiquement le 21 octobre 2005

**CONDUITE DIAGNOSTIQUE DES MEDECINS
GENERALISTES FACE A LA MALADIE
D'ALZHEIMER**

Président du jury : Monsieur le Professeur Olivier RODAT

Directeur de thèse : Docteur Cédric ANSQUER

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	P 6
CHAPITRE 1 : QUELQUES NOTIONS IMPORTANTES.....	P 8
1- Epidémiologie	
2- Classifications	
3- Signes cliniques et stades de la maladie d'Alzheimer	
3.1- Signes cliniques	
3.2- Stades évolutifs de la maladie d'Alzheimer	
4- Recommandations ANAES	
5- Etudes	
CHAPITRE 2 : DESCRIPTIF DE L'ETUDE.....	p 17
METHODES.....	p 18
1- Critères d'inclusion	
2- Déroulement de l'enquête	
3- Elaboration du questionnaire adressé	
4- Tests statistiques utilisés	
RESULTATS.....	p 20
1- Résultats exposés dans l'ordre des réponses aux questions.....	p 20
1.1- Données sur les médecins généralistes	
11.1- Sexe	
11.2- Taille de la commune d'exercice	
11.3- Année d'obtention de la thèse	
11.4- diplômes obtenus ayant trait à la maladie d'Alzheimer	
11.5- Acquisition de connaissances sur la maladie d'Alzheimer	
11.6-Stage en neurologie et/ou gériatrie	
11.7- Sentiment sur l'enseignement de la maladie d'Alzheimer durant les études	
1-2 Données concernant les patients	
12.1- Date du dernier diagnostic	
12.2- Sexe	
12.3-Age	
12.4- Nombre de consultation(s) pour le diagnostic	
1-3 Lors de la première consultation	
13.1- Qui vient en consultation ?	
13.2- Par qui est formulée la plainte ?	
13.3- Motif de consultation	
13.4- Durée d'évolution des premiers symptômes	
13.5- Quels éléments de l'observation ont contribué au diagnostic ?	
1-4 Prise en charge clinique et paraclinique lors des différentes consultations	
14.1- Réalisation de tests neuropsychologiques	
14.2- Bilan biologique	

14.3- Imagerie cérébrale	
14.4- Adressez-vous le patient à un confrère ?	
14.5- Annonce du diagnostic	
14.6- Souhait d'aide au diagnostic	
2- Quels critères spécifiques à l'exercice des généralistes influent sur la conduite diagnostique ?.....	p 31
2.1- Influence de la taille de la commune	
2.2- Influence de l'année d'obtention de la thèse	
2.3- La compétence particulière influe-t-elle sur la prise en charge ?	
2.4- Influence du sexe du médecin	
2.5- Influence d'un stage en neurologie et/ou gériatrie	
DISCUSSION.....	p 41
1- Un diagnostic quantitativement insuffisant, notamment chez les sujets âgés	
2- Pourquoi des cas non diagnostiqués ?	
2.1- L'absence de plainte du patient	
2.2- Certains signes d'alerte sont moins connus par les généralistes	
2.3- Une formation de base des omnipraticiens à améliorer	
2.4- L'impossibilité de prescrire un traitement médicamenteux spécifique ?	
2.5- Le manque de temps en consultation de première ligne ?	
3- Une bonne application des recommandations ANAES	
3.1- Le Mini Mental State (MMS) pratiqué fréquemment	
3.2- Un bilan biologique raisonnable	
3.3- Une imagerie cérébrale souvent pratiquée	
3.4- Un taux de recours au spécialiste élevé	
4- Pas de critères propres au médecin influençant la prise en charge diagnostique	
5- L'annonce du diagnostic	
6- Une étude sur un échantillon représentatif, mais avec des défauts....	
CONCLUSION.....	p 52
ANNEXES.....	p 53
ANNEXE 1 : Présentation de l'étude PAQUID	
ANNEXE 2 : Les critères NINCDS-ADRDA	
ANNEXE 3 : Le Mini Mental State (MMS)	
ANNEXE 4 : Le test de l'horloge	
ANNEXE 5 : Le test des cinq mots	
ANNEXE 6 : L'échelle IADL	
ANNEXE 7 : Le test de fluence verbale	
ANNEXE 8 : MINICOG	
ANNEXE 9 : Questionnaire adressé aux généralistes	
BIBLIOGRAPHIE.....	p 64

INTRODUCTION

Les données démographiques actuelles fournies par l'INSEE plaident en faveur d'un allongement de l'espérance de vie et d'un vieillissement de la population française. Les pathologies plus volontiers liées à l'âge, comme la maladie d'Alzheimer, nous préoccupent donc de plus en plus.

L'étude de la cohorte PAQUID (ANNEXE 1), dont les résultats des données actualisées ⁽¹⁾ publiés en 2003 ont été extrapolés à notre pays, fait état de 769 000 déments âgés de 75 ans et plus en France, dont **611 500 malades d'Alzheimer**. Le nombre augmente sans cesse. Les projections envisagent plus d'un million de cas de malades d'Alzheimer autour de 2020.

Les pouvoirs publics ne peuvent rester indifférents à une telle ampleur. C'est pourquoi un **plan Alzheimer 2004-2007**, avec 10 mesures, a été proposé par le gouvernement de Monsieur RAFFARIN. Les principales mesures concernent l'intégration de la maladie d'Alzheimer dans la liste des ALD, le développement d'un diagnostic précoce de qualité, l'accompagnement des malades et l'aide au répit des aidants. Ce plan s'inscrit dans la continuité des différents plans antérieurs, avec pour principale nouveauté, la création de centres de la mémoire supplémentaires.

Cécile GALLEZ, députée – maire de Saint-Saulve (Nord) vient de remettre un rapport parlementaire sur le sujet⁽²⁾. Elle affirme que les crédits prévus, la centaine de centre de la mémoire promis, le développement de courts séjours gériatriques, etc.. seront bien insuffisants pour couvrir les besoins. Elle met donc en avant le **rôle du généraliste**, pour un diagnostic et une prise en charge précoces.

Un **discours négatif** persiste vis à vis de la prise en charge des troubles mnésiques des malades âgés en France, et la presse spécialisée ou générale s'en fait l'écho, même si ce n'est qu'au conditionnel :

- « La moitié des sujets non diagnostiqués »⁽³⁾
- « Le retard diagnostique serait d'au moins 5 ans »⁽⁴⁾
- « Les généralistes ne s'intéresseraient guère à la maladie d'Alzheimer »⁽⁵⁾
- « Les généralistes jouent un rôle dans le retard diagnostique : pourquoi ne pratiquent-ils pas en routine les tests d'évaluation mentale ? »⁽⁶⁾
- « Deux tiers des Alzheimer sans traitement » (Ouest France 18-19/06/2005)

Mais alors **que font les généralistes** français, pivots d'un système de santé vanté par l'Organisation Mondiale de la Santé ?

En fait, **peu de données** sont disponibles sur la prise en charge en médecine omnipraticienne des malades atteints de déclin cognitif. Le Professeur SAINT-JEAN, du service de gériatrie de l'hôpital européen Georges POMPIDOU, le rappelle dans son éditorial de la revue de gériatrie de décembre 2004. Il insiste également sur le rôle positif certain des généralistes en France, dans la prise en charge notamment de la personne âgée⁽⁷⁾.

L'objectif de cette thèse est d'**évaluer la conduite diagnostique** d'un échantillon représentatif de tous les médecins généralistes en Vendée.

Une brève première partie rappelle les éléments importants à connaître avant la présentation du travail, et relate les études déjà publiées. La deuxième partie, l'étude proprement dite, tente de répondre à diverses questions :

- Peut-on parler de sous-diagnostic de la maladie d'Alzheimer en Vendée ?
- Dans quelles circonstances les généralistes font-ils le diagnostic de maladie d'Alzheimer ? Quels signes cliniques comptent à leurs yeux ?
- Le bilan complémentaire éventuellement prescrit est-il en adéquation avec les recommandations ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé) actuelles (cf. page 14) ?
- Quels critères spécifiques aux généralistes influent sur la prise en charge diagnostique ?

CHAPITRE 1:

QUELQUES NOTIONS IMPORTANTES

Nous allons commencer par faire un point d'épidémiologie en Vendée

Ce travail porte sur des cas de maladie d'Alzheimer avérés. Nous rappellerons donc les signes cliniques et leur ordre d'apparition classique lors de la maladie d'Alzheimer.

Puis, nous rappellerons les recommandations édictées par l'ANAES en 2000, puisque nous souhaitons les comparer aux pratiques des généralistes.

Enfin, nous ferons le point sur les quelques études publiées concernant la prise en charge par les généralistes de la maladie d'Alzheimer.

1- EPIDÉMIOLOGIE

En Vendée, on dénombre 48 110 personnes âgées de 75 ans et plus, soit 8,9% de la population (source INSEE⁽⁸⁾, recensement 1999). 30 047 soit 62,45 % sont des femmes.

En extrapolant les résultats actualisés à dix ans de la cohorte PAQUID⁽¹⁾, dont les proportions de sujets correspondent (63,2% de femmes), avec une prévalence de 17,8% de démence, on estime avoir 8563 déments en Vendée, dont 6817 malades d'Alzheimer âgés de 75 ans et plus.

Le nombre de patients ayant eu un remboursement par l'assurance maladie en Vendée pour un des trois inhibiteurs de l'acétyl cholinestérase sur le marché est de 865 (chiffres fournis par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) de la Vendée pour la période du 01 janvier au 31 mai 2005) ; et 218 sont traités par la mémantine (antagoniste des récepteurs glutamatergiques) soit 1083 patients traités au total. Ces chiffres ne concernent que les assurés du régime général de l'assurance maladie de Vendée, soit environ 75% des assurés du département, précise le courrier.

Ainsi, on peut penser qu'environ 1444 patients (soit $1083 \times 100 / 75$) sont traités pour une maladie d'Alzheimer en Vendée.

Sachant que le niveau d'éducation influe sur la prévalence de la maladie d'Alzheimer, il est difficile de dire que le nombre de sujets traités est le même dans les autres régimes de sécurité sociale, notamment agricole. N'oublions pas également que la mémantine peut-être prescrit en association avec un inhibiteur de l'acétyl cholinestérase (donc moins de patients traités, en réalité). Enfin, précisons que les chiffres des patients traités fournis par la CPAM concernent tous les patients, et pas seulement les plus de 75 ans, à la différence des estimations de PAQUID... **L'estimation de 21,2 % (1444/ 6817) de malades traités** est donc à manier avec précaution, probablement **sur-évaluée**, mais il situe un ordre de grandeur.

Ces données prouvent qu'il est temps de s'intéresser à la pratique des généralistes concernant la maladie d'Alzheimer en Vendée.

2- CLASSIFICATIONS

Alors que le développement des critères cliniques a progressé, le diagnostic clinique de maladie d'Alzheimer reste toujours difficile, car requiert une confirmation histologique⁽⁹⁾. On utilise donc des classifications pour s'aider, depuis quelques années.

La classification la plus connue et utilisée est celle du DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, quatrième édition⁽¹⁰⁾).

CRITERES de Démence d'Alzheimer selon la classification du DSM-IV.

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

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

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

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

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

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

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

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

On citera également la classification des **critères NINCDS-ADRDA** (National Institute of Neurological Disorders and Stroke et Alzheimer Disease and Related Disorders Association) de maladie d'Alzheimer, qui différencie maladie d'Alzheimer possible, probable ou certaine . (ANNEXE 2)

Notre étude porte plutôt sur la connaissance des critères du DSM-IV.

3- SIGNES CLINIQUES ET STADES DE LA MALADIE D'ALZHEIMER

3.1 Signes cliniques

Il convient par définition (DSM-IV, cf. page 10) d'attester que ces signes cliniques sont nouveaux, qu'ils retentissent sur la vie quotidienne et évoluent progressivement.

Voici la description d'une maladie d'Alzheimer typique, selon la présentation du Professeur Bakchine (tableau 1).

	Stade débutant	Stade plus évolué
Troubles cognitifs	Troubles mnésiques: Troubles de la mémoire épisodique(a) , de la mémoire verbale type hippocampique(b)	Troubles des fonctions exécutives (praxies, gnosies, troubles visuo-constructifs...)
Troubles psycho-comportementaux	Apathie, dysthymie, anxiété	agitation, inversion du rythme du sommeil, signes psychotiques...
Troubles neurologiques	aucun	Réflexes primitifs: syndrome extrapyramidal, comitialité, paratonie(c)

Tableau 1: *Troubles observés en fonction de l'évolution de la maladie d'Alzheimer*

Notes:

(a): la mémoire épisodique permet de retenir les éléments appartenant au vécu propre du sujet (que faisiez-vous au moment de l'annonce des attentats du 11 septembre 2001 ?). A l'inverse, la mémoire sémantique enregistre les vérités universelles et les apprentissages de la petite enfance⁽¹¹⁾.

(b): les troubles de la mémoire de type hippocampique sont définis par Dubois⁽¹²⁾, et permettent de détecter de signes plus spécifiques de maladie d'Alzheimer :

- Rappel libre effondré au test des 5 mots (ANNEXE 5),
- aide partielle de l'indication,
- nombreuses intrusions à l'épreuve des 5 mots ou au rappel différé du Mini Mental State (MMS)(ANNEXE 3).

(c) Paratonie : opposition au déplacement passif d'un membre.

Si on liste les signes comme dans le corpus de gériatrie⁽¹³⁾, la revue du praticien de médecine générale⁽¹⁴⁾, ou un article de la revue de médecine interne de 2004⁽¹¹⁾, on retrouve les mêmes items:

Stade précoce

- **Altération** précoce significative de la **mémoire verbale** ^(9, 14) .
- Plainte mnésique avec **troubles mnésiques** portant sur les **faits récents** (détails de vie quotidienne, emplacements d'objets, noms de personnes peu familières), puis sur les faits anciens (personnages connus, dates historiques, dates d'anniversaire des enfants...)
- **Rupture dans le mode de vie** (modification par rapport à la personnalité antérieure)
- **Apathie** (absence ou baisse de l'affectivité avec indifférence).
- **Repli sur soi, perte d'initiative** (jusqu'à 30 mois avant le diagnostic !)
- **Trouble psychiatrique nouveau**, survenant **après 60 ans** (anxiété, dépression, impulsivité, agressivité..)

Stades plus avancés

- L'**apathie**, dont la prévalence est de 80%, constitue le symptôme clé de la démence). Elle est présente à tous les stades⁽¹⁵⁾.
- **Désorientation** temporelle (d'abord), puis spatiale, plus tardive, mais plus spécifique.
- **Syndrome dysexécutif** (Par exemple, impossibilité d'organiser un trajet en métro inhabituel, de remplir sa déclaration d'impôts)
- **Aphasie** : les troubles du langage peuvent prendre différentes formes, de l'aphasie amnésique (oubli des mots) au départ, à une aphasie de type Wernicke à un stade plus avancé. Au stade ultime, le malade souffrira d'un mutisme complet.
- **Apraxie**. Les troubles praxiques (utilisation d'appareils ménagers par exemple) se jugent en dehors de tout déficit moteur.
- **Agnosie**: Les troubles gnosiques correspondent à la non reconnaissance de symboles abstraits, puis progressivement des personnes ou objets familiers). L'anosognosie représente la méconnaissance de troubles, pourtant évidents, par le malade.
- **Troubles du rythme circadien**
- **Agitation** :activité verbale, vocale, ou motrice (par exemple: déambulation) inappropriées
- **Compulsions verbales** (comptage à voix haute, répétition incessante de la même question)
- **Anorexie**, avec amaigrissement
- **Perturbations émotionnelles** (irritabilité, versatilité de l'humeur)
- **Délires** type paranoïdes, simples, sans bizzareries, associés ou non à des hallucinations (visuelles le plus souvent), fausses reconnaissances. Des hallucinations plus précoces dans la maladie doivent faire évoquer une démence à corps de Lewy.

3.2 Stades Evolutifs de la maladie d'Alzheimer

En fait, la dénomination des stades se fait en fonction du score au Mini Mental State (ANNEXE 3). La note maximale est 30/30. Voyons la classification selon PANCRAZI et METAIS⁽⁴⁾.

Un score ≥ 28 est considéré normal. Cependant, le patient peut présenter une maladie d'Alzheimer débutante, présymptomatique ou paucisymptomatique, avec un score normal...

Un score de 24 à 27 est soit normal (avec les réserves que l'on vient d'émettre) soit pathologique selon le niveau d'étude.

Un score supérieur à 20 et inférieur à 24/27 (cf. plus haut) définit une **démence légère** (stade de maladie d'Alzheimer légère).

Un score de 10 à 19 définit une **démence modérée** (stade de maladie d'Alzheimer modérée).

Un score <10 définit une **démence sévère** (stade de maladie d'Alzheimer sévère).

D'autres auteurs modifient très légèrement les limites du stade modéré.

4- RECOMMANDATIONS ANAES

L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) a rejoint depuis peu la Haute Autorité de Santé (HAS). Elle a donc changé de nom.

Le texte des recommandations ANAES pour le diagnostic de maladie d'Alzheimer date de **février 2000**⁽¹⁶⁾. Il a été rappelé depuis dans de nombreuses parutions de médecine générale. La revue du praticien Médecine générale a publié un article dans son numéro daté du 24 janvier 2005 intitulé : Diagnostic rapide et précoce d'une démence⁽¹⁷⁾. Il doit donc être connu des omnipraticiens.

On y lit que le **diagnostic** de maladie d'Alzheimer doit se faire à un stade **précoce** de la démence (accord professionnel), en utilisant le DSM-IV (cf. page 10) ou les critères NINCDS-ADRDA (ANNEXE 2). Tout symptôme évoquant un déclin des fonctions intellectuelles doit conduire à une évaluation des fonctions cognitives (accord professionnel).

Ces recommandations préconisent encore:

- Un **entretien** avec le patient ET l'accompagnant, pour relater l'histoire et la nature des troubles ou symptômes présents ainsi que les antécédents.
- Un **examen clinique** complet général (avec mesure du poids), appareil par appareil (dont cardiovasculaire et neurologique), pour rechercher des diagnostics différentiels.
- Une évaluation cognitive par un **test neuropsychologique** validé : le MMS : Mini Mental State de Folstein⁽¹⁸⁾ (ANNEXE 3) (accord professionnel)
- En complément, sans accord professionnel : tests complémentaires comme le test de l'horloge (ANNEXE 4), le test des 5 mots (ANNEXE 5)... , selon l'expérience de chacun,
- Eventuellement une évaluation du retentissement des troubles cognitifs sur les activités de la vie quotidienne par une échelle validée : l'IADL (Instrumental Activities of Daily Living) (ANNEXE 6).
- Un **bilan biologique** : TSH, NFS, plaquettes, calcémie, glycémie, ionogramme, dans un premier temps . En fonction du contexte, selon les signes d'appel, on pourra ajouter, sérologie syphilis, VIH, dosage vitamine B12, folates, , ponction lombaire. Si un bilan récent a été effectué, il n'est bien sûr pas nécessaire de le refaire.
- Une **imagerie cérébrale** : au mieux, l'Imagerie par Résonance Magnétique (IRM). A défaut, en cas de difficulté d'accès, pratiquer une tomodensitométrie. Ce scanner ne sera pas nécessairement injecté, sauf suspicion de tumeur cérébrale. Une imagerie récente suffit. Rappelons que les troubles sont progressifs sur de nombreux mois dans le cas d'une maladie d'Alzheimer ...
- Au moindre doute clinique de suspicion de maladie d'Alzheimer, une **consultation spécialisée** doit être programmée.

5- ETUDES

Comme nous l'avons signalé en introduction, peu d'études sont disponibles sur la prise en charge par le médecin généraliste de la maladie d'Alzheimer, en France ou chez nos voisins européens.

En Allemagne, une étude publiée en 2000⁽¹⁹⁾, avec un questionnaire sur la démence adressé à 563 généralistes allemands montrait que la démence vasculaire était diagnostiquée plus fréquemment que la maladie d'Alzheimer, pour ¾ des médecins interrogés. Ceci est en contradiction avec les chiffres de prévalence en notre possession⁽¹⁾.

Une autre étude allemande, plus ancienne (1996)⁽²⁰⁾, a prouvé une insuffisance de diagnostics de démence. 145 généralistes et 14 neuropsychiatres avaient été confrontés à deux cas cliniques : un patient présentant un trouble non spécifique de la mémoire et de l'attention, et un patient atteint de démence (soit d'Alzheimer, soit vasculaire). Les cas de démence n'étaient pas toujours reconnus. Lorsqu'ils l'étaient, on notait plus de diagnostics d'étiologie vasculaire par rapport à la maladie d'Alzheimer. Au vu des prévalences connues, la démence vasculaire était donc diagnostiquée en excès comparé à la maladie d'Alzheimer.

En France

- 1) Le **programme DIADEM**⁽²¹⁾, étude européenne de janvier 2003, avait pour ambition de mieux connaître les pratiques diagnostiques face à la maladie d'Alzheimer. Pour la France, l'équipe de gériatrie clinique de l'hôpital Broca a publié les résultats d'une enquête préliminaire auprès des médecins du réseau Sentinelles sur la détection de la maladie d'Alzheimer. 1176 médecins ont été interrogés par questionnaire courrier, 43% ont répondu.

Il en ressort que le médecin généraliste français est favorable à un diagnostic précoce (pour 77% d'entre eux). Pourtant, la maladie d'Alzheimer reste légèrement sous diagnostiquée. Le généraliste français se trouve en bonne position par rapport à ses collègues européens concernant le suivi des critères diagnostiques (73% ont réalisé un MMS, 72% ont prescrit un scanner cérébral) l'annonce du diagnostic à la famille (94% des médecins le font), l'envoi en consultation spécialisée (91%). Ces chiffres sont meilleurs que ceux publiés en 1994 et concernant la prise en charge dans la région de Montpellier.

- 2) **L'étude EPIDEM**⁽⁵⁾. L'étude a été lancée dans les suites du rapport Girard⁽²²⁾ et du plan gouvernemental Kouchner qui incitait à faciliter le diagnostic précoce. En fait, cette étude réalisée auprès de médecins généralistes du réseau EPI, souffre de problèmes méthodologiques.

Les conclusions sont impossibles. On ne retrouve plus de publications ni de lien internet du rapport final de J. COGNEAU d'avril 2004. La page du réseau EPI (<http://www.reseauepi.net>), sur laquelle était disponible l'étude n'est plus accessible.

3) **Une enquête de 3 mois auprès de généralistes de la Loire**⁽²³⁾

Cette enquête de 2003 avait pour but de mieux connaître l'activité des médecins généralistes, à la fois qualitativement et quantitativement, concernant la maladie d'Alzheimer dans sa globalité. Menée par courrier, auprès de 63 médecins volontaires de la Loire (vallée de l'Ondaine, car population plus âgée), elle a permis d'étudier les données sociales des patients atteints, et la prise en charge par le médecin traitant de la pathologie démentielle. Les chiffres concernent la plainte mnésique (elle vient de la famille dans 71% des cas), l'envoi au spécialiste (93% des cas), les bilans (cliniques et paracliniques) réalisés, et les traitements entrepris. Ainsi, 48% des médecins généralistes effectuent un MMS, 38% prescrivent une biologie et 78% une imagerie cérébrale.

4) **Une étude de 2003 sur les plaintes de mémoire en médecine de ville**⁽²⁴⁾

Sur le territoire national, les délégués médicaux d'un laboratoire pharmaceutique ont fait compléter des questionnaires à des généralistes (on ignore malheureusement comment ils ont été choisis). 726 réponses ont pu être analysées, spécifiant des critères d'exercice du médecin, et la prise en charge diagnostique de la maladie d'Alzheimer. Un biais principal est le dépôt du questionnaire par les délégués médicaux, excluant les médecins ne les recevant pas. L'étude concerne le symptôme "plainte mnésique", et pas forcément les patients malades.

12 consultations/semaine évoquent la plainte mnésique, augmentant le temps de consultation.

Le MMS est pratiqué dans 45.59% des cas, les IADL dans 60.61% des cas. Une biologie est réalisée dans 59.23% des cas et une imagerie dans environ 25% des cas.

Les résultats seront comparés à notre étude lors de la discussion. Notons tout de même que les médecins interrogés sont toujours volontaires (participation à réseaux ou travaux de recherche, ou accueillant les laboratoires pharmaceutiques). Notre idée a donc été de réaliser un travail auprès d'un échantillon représentatif de TOUS les généralistes d'un département, afin de généraliser les résultats.

Détaillons maintenant notre étude.

CHAPITRE 2:

**DESCRIPTIF DE
L'ETUDE**

METHODES

Il s'agissait d'une étude transversale d'observation de la prise en charge diagnostique de la maladie d'Alzheimer par les médecins généralistes. Cette enquête s'est déroulée du 15 mai au 15 juin 2005, par voie postale.

1- Critères d'inclusion

L'échantillonnage de praticiens a été réalisé par **tirage au sort dans l'annuaire papier** des pages jaunes 2005 (paru en janvier 2005) des médecins généralistes libéraux de Vendée. Ceux ayant un exercice particulier comme l'acupuncture ont été inclus, mais pas les médecins hospitaliers.

Une base de données comprenant tous les généralistes libéraux vendéens a été saisie dans un tableur EXCEL.

Le **tirage au sort aléatoire simple** a été effectué par la fonction ALEA du tableur EXCEL (=ENT(alea()*518)). Les omnipraticiens, dont le nombre calculé par la fonction ALEA était pair, ont été sélectionnés.

2- Déroulement de l'enquête

Aux praticiens sélectionnés a été adressé par **courrier postal un questionnaire** (ANNEXE 9), le 15 mai 2005. L'enveloppe retour timbrée était fournie, la date butoir de réponse étant le 15 juin 2005. Le tout de manière **anonyme**, pour recevoir un maximum de réponses, et ne pas biaiser les réponses. Ce questionnaire avait auparavant été **testé auprès de 5 médecins généralistes volontaires** pour vérifier la compréhension des questions et la pertinence des réponses.

Aucune relance téléphonique ni postale n'a été effectuée.

3- Elaboration du questionnaire adressé

Après quelques remarques formulées par les cinq médecins généralistes ayant testé ce questionnaire, le questionnaire comportait **quatre parties** :

La **première partie** questionnait le médecin sur son exercice (lieu, année de thèse, formation, compétence particulière en gériatrie, stage en neurologie et/ou gériatrie), pour former des sous-groupes, afin d'étudier ensuite si des facteurs particuliers influencent la prise en charge.

La **seconde** concernait les données à propos du dernier de leur patient pour lequel un diagnostic certain de maladie d'Alzheimer avait été formulé. Il s'agissait d'une étude rétrospective sur le dernier cas observé. Nous voulions ainsi comparer le sexe, la moyenne d'âge, et la date du dernier cas, avec la cohorte PAQUID. Notre population était-elle comparable à celle attendue par PAQUID (ANNEXE 1) ?

La **troisième** partie interrogeait le médecin sur les consultations : quelle plainte formulait le patient ? Quels signes cliniques ont contribué au diagnostic, et dans quelles proportions ? L'objectif était d'effectuer une comparaison avec la définition DSM-IV (cf. page 10), et de comprendre les pratiques des généralistes devant les signes cliniques.

Quel bilan paraclinique a été prescrit ? Nous souhaitons également comparer les pratiques avec les recommandations ANAES (cf. page 14) et avec des études semblables.

Le **dernier point** traite de l'envoi du patient au spécialiste (pour le diagnostic et le traitement), de l'annonce du diagnostic, et du souhait de formation sur le sujet.

4- Tests statistiques utilisés

- Test de Wilcoxon ou Kruskal Wallis pour les variables qualitatives continues dont la distribution ne suit pas une loi normale.
- Test de corrélation de Spearman pour les variables quantitatives.
- Test du Chi-2, test de Fisher pour les variables qualitatives en classes (discontinues).
- Test de Student ou Analyse de variance (ANOVA) pour les variables quantitatives réparties en classes (discontinues).

RESULTATS

Sur les **518** généralistes libéraux vendéens, 267 ont été tirés au sort.

267 questionnaires ont donc été envoyés par courrier avec enveloppe retour timbrée fournie. **122** enveloppes **réponses** ont été retournées, soit un taux de réponse de **45,69%**. Il n'y a pas eu de relance téléphonique ni postale.

8 médecins signalent ne pas suivre de malades d'Alzheimer (8/122=6.56%). Ils n'ont donc pas complété les questionnaires, mais les ont retournés vierges.

Sur les 8 :

2 justifient l'absence de patients par une activité particulière exclusive (homéopathe, nutritionniste),

1 parce qu'il est retraité,

1 puisqu'elle vient de s'installer,

et 1 précise qu'il ne suit que des démences séniles.

Les 3 autres signalent simplement ne pas suivre de malades d'Alzheimer, sans plus d'explications.

114 questionnaires ont donc des réponses aux différents items.

1- Résultats exposés dans l'ordre des réponses au questionnaire

1.1- Données sur les médecins généralistes

11.1- Sexe

On dénombre 82 hommes (soit 71,93%) et 32 femmes (28,07%)

11.2- Taille de la commune d'exercice

La commune d'exercice comporte en moyenne de 12746 habitants, avec un écart-type de 17100 habitants. Cet écart-type important, témoigne de la grande disparité entre les communes rurales et urbaines.

Plus intéressante est la répartition par taille (tableau 2) :

Nombre d'habitants	effectif de notre échantillon	Effectifs en France
≤2000	39 (soit 34,21%)	10575 (soit 37,47%)
2000< n ≤10000	42 (soit 36,84%)	9180 (soit 32,53%)
>10000	33 (soit28,95%)	8468 (soit 30%)

Tableau 2: Répartition des généralistes en fonction de la taille de leur commune d'exercice

11.3- Année d'obtention de la thèse

L'année de thèse est en moyenne 1983, avec un écart-type de 8.04. On retrouve 40 médecins dont la soutenance est en 1978 ou avant, 34 après 1987, et 40 entre ces 2 dates.

Deux sous-groupes de médecins généralistes sont créés : ceux dont l'année de thèse est antérieure à 1990 et ceux diplômés en 1990 et depuis (tableau 3). L'année 1990 est choisie, car elle marque l'accélération des parutions sur la maladie d'Alzheimer, notamment avec les premiers résultats de PAQUID .

26 médecins ont obtenu leur thèse en 1990 ou depuis, et 88 avant 1990 (tableau 3).

	Effectifs	%
< 1990	88	77.2
≥ 1990	26	22.8

Tableau 3 : Année d'obtention de la thèse .

11.4- diplômes obtenus avant trait à la maladie d'Alzheimer obtenus

13 (soit 11,4%) signalent avoir un diplôme particulier : 6 la capacité de gériatrie, 3 le DU de gérontologie, 3 un autre diplôme.

101 n'ont pas de diplôme particulier dans ce domaine.

11.5- Acquisition de connaissances sur la maladie d'Alzheimer

La lecture d'articles médicaux (97 médecins sur 114) et les soirées de formation médicale continue (FMC) (84/114) constituent les principales sources d'acquisition de connaissances pour les omnipraticiens (Figure 1).

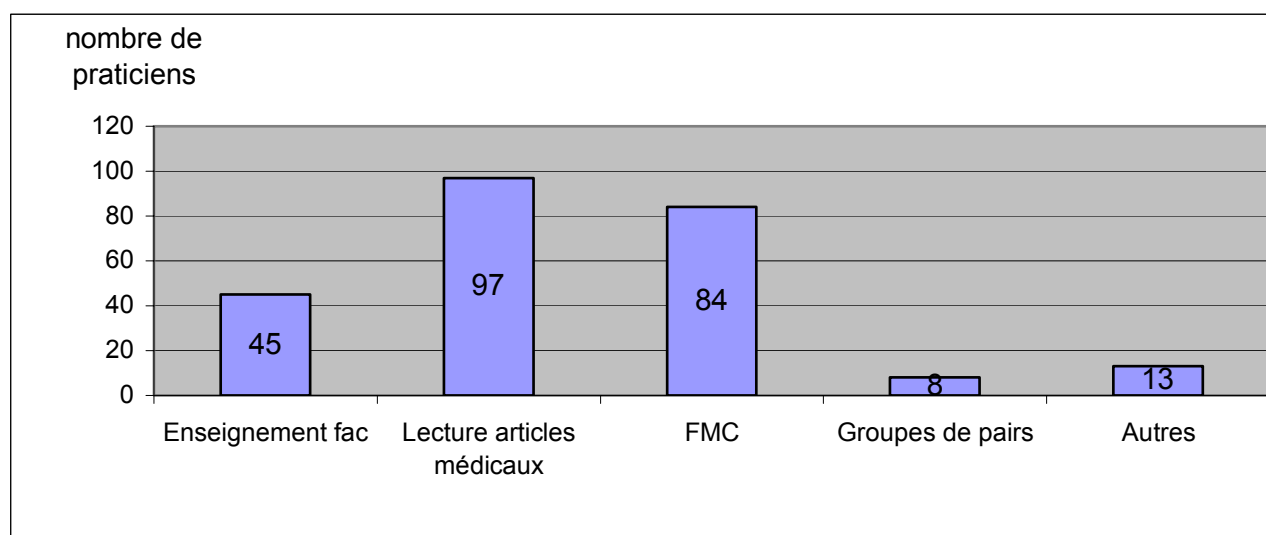


Figure 1: Méthodes d'acquisition de connaissances des généralistes

Les autres sources citées sont : expérience auprès de patients, discussion avec des confrères spécialistes, prise en charge de malades, stage hospitalier, médias (informations grand public, internet, presse)

11.6- Stage en neurologie et/ou gériatrie

51.75% des généralistes (soit 59/114) ayant répondu signalent avoir effectué un stage en neurologie et/ou en gériatrie. Deux sous groupes sont créés pour évaluer une différence de prise en charge.

11.7- Sentiment sur l'enseignement de la maladie d'Alzheimer durant les études.

Aucun praticien ne juge excellent son enseignement sur la maladie d'Alzheimer à la faculté mis à part un médecin, mais il précise que c'est en capacité de gériatrie, et non en formation initiale (figure 2).

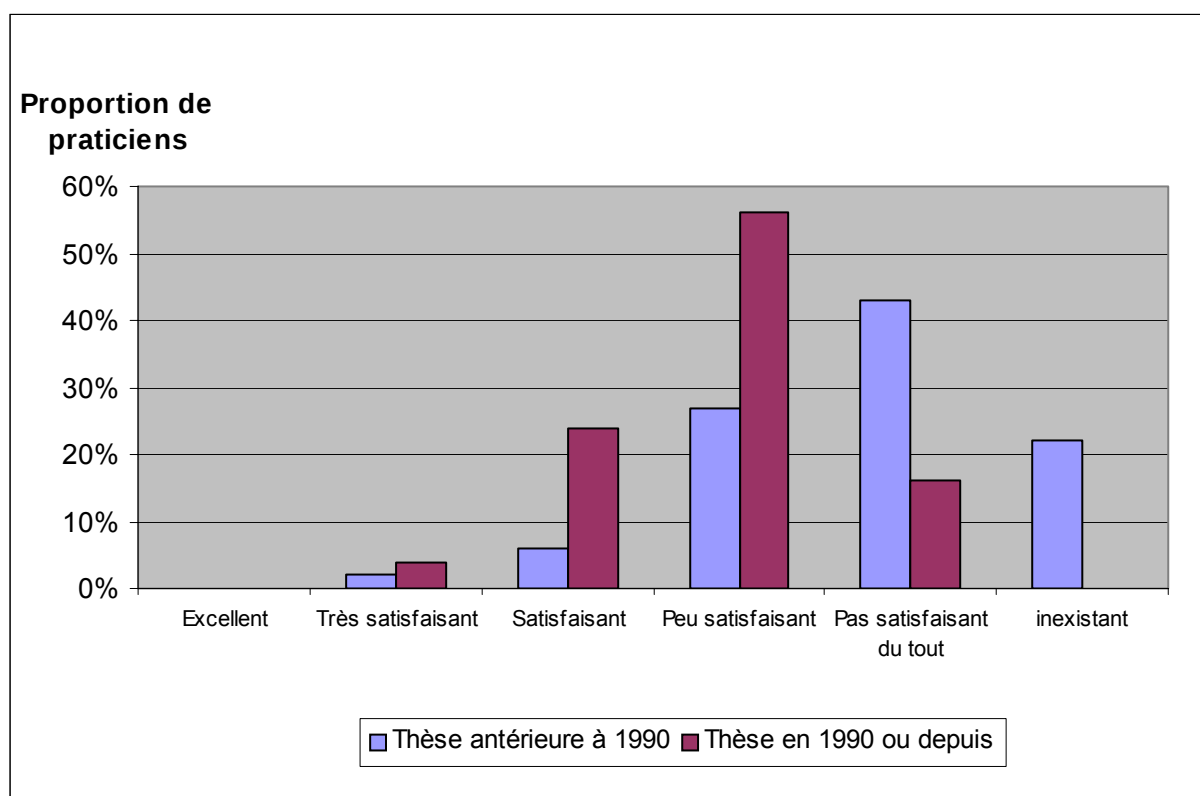


Figure 2: Evaluation de leur enseignement sur la maladie d'Alzheimer durant leurs études par les omnipraticiens en fonction de leur année de thèse.

La formation s'est améliorée depuis 1990 selon les médecins généralistes, mais elle reste peu satisfaisante (cf. tableau 4 et figure 2).

	Année de thèse		p-value
	< 1990	≥ 1990	
Excellent	0	0	P=0.0001
Très satisfaisant	2 (2 %)	1 (4 %)	
Satisfaisant	5 (6 %)	6 (24 %)	
Peu satisfaisant	23 (27 %)	14 (56 %)	
Pas satisfaisant du tout	37 (43 %)	4 (16 %)	
inexistant	19 (22 %)	0	

Tableau 4: Comparaison du sentiment de l'enseignement à la faculté en fonction de l'année de la thèse.

1.2- Données concernant les patients

12.1- date du dernier diagnostic

40,18% des omnipraticiens (45/112) ont relaté un cas d'avant décembre 2004, soit plus de 6 mois avant le questionnaire.

67/112 (soit 59.82%) ont décrit un cas de moins de 6 mois, dont 20 (soit 17.86%) d'avril 2005.

12.2- Sexe

Sur les 112 questionnaires renseignés, on dénombre 72 femmes (soit 64.29%) et 40 hommes (soit 35.71%).

12.3-Age

Les âges des patients se répartissent de 58 à 96 ans. La moyenne d'âge des patients est 75.23 ans, avec un écart-type de 6.40. La médiane est à 76.

Par catégorie d'âge : on recense moins de malades dans la classe des plus de 80 ans que dans la classe 75 à 80 ans, alors que la population vendéenne est plus importante (tableau 5). Ainsi, la proportion de malades de la classe 75 à 80 ans est plus forte que celle de la classe des plus de 80 ans.

Classe d'âge	nombre de patients de l'échantillon N1	population vendéenne N2	Proportion N1/N2
de 60 à 74 ans	46	87084	0,05%
de 75 à 80 ans inclus	37	23772	0,16%
plus de 80 ans	27	24338	0,11%

Tableau 5 : Répartition des patients de notre échantillon et de la population vendéenne totale par classe d'âge.

12.4- Nombre de consultation(s) pour le diagnostic

Le nombre moyen de consultations avec le généraliste, pour faire le diagnostic a été de 1.92. 65 praticiens ont recouru à plus d'une consultation pour établir le diagnostic (tableau 6).

Nombre de consultations	Effectif
1	47
Plus d'1	65

Tableau 6 : Nombre de consultations par le généraliste pour faire le diagnostic de maladie d'Alzheimer.

1.3- Lors de la première consultation

13.1- Qui vient en consultation ?

Lors de la première consultation, 23 patients (sur 113 questionnaires renseignés) sont venus seuls (soit 20.35%) et 88 accompagnés (soit 77.88%).
2 médecins ne se rappelaient plus (soit 1.77%).

13.2- Par qui est formulée la plainte ?

Sur 113 réponses, on remarque que, dans une écrasante majorité des cas (89 cas/113 soit 78.76%), c'est l'entourage ou le conjoint qui s'est plaint, et non le patient (Tableau 7).

Qui se plaint?	Effectif	Pourcentage
Patient seulement	10	8,85%
conjoint et/ou entourage seulement	89	78,76%
patient et conjoint OU patient et entourage	9	7,96%
personne	2	1,77%
Ne sait plus	3	2,65%
TOTAL	113	

Tableau 7 : *Personne formulant la plainte à la première consultation pour une maladie d'Alzheimer.*

13.3- Motif de consultation

Plusieurs réponses étant possibles, le total est largement supérieur à 114.

La première plainte concerne les troubles mnésiques, largement devant les autres, citée à 104 reprises sur 114 questionnaires complétés (91.23%) (Figure 3). Ensuite, viennent les troubles du comportement et la perturbation des activités quotidiennes. Un seul médecin signale l'absence de plainte et a donc spécifiquement recherché le trouble. Deux avaient précisé un autre motif de consultation : erreur dans la gestion des médicaments, et dettes, que l'on a donc remis dans l'item perturbation de la vie quotidienne.

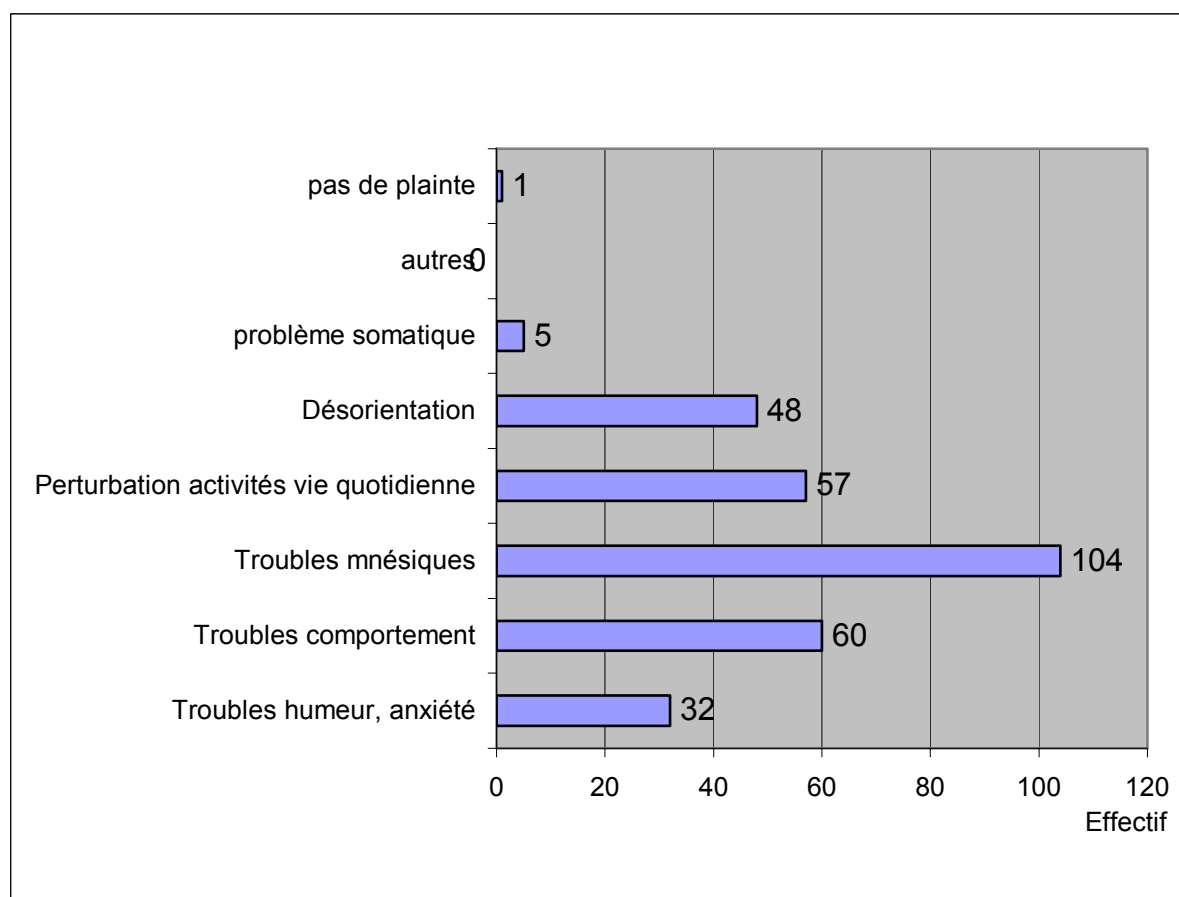


Figure 3 : *Plainte formulée lors de la première consultation pour une maladie d'Alzheimer.*

13.4- Durée d'évolution des premiers symptômes

Sur 103 réponses, en moyenne, les symptômes évoluent depuis 10.09 mois, avant la première plainte. L'écart-type est de 8.31 mois.

13.5- Quels éléments de l'observation ont contribué au diagnostic ?

Les troubles mnésiques contribuent beaucoup au diagnostic. En revanche, les troubles psychiatriques tardifs n'éveillent que peu le généraliste : pour 40/91, soit 43.96%, ils ne contribuent pas du tout au diagnostic (figure 4).

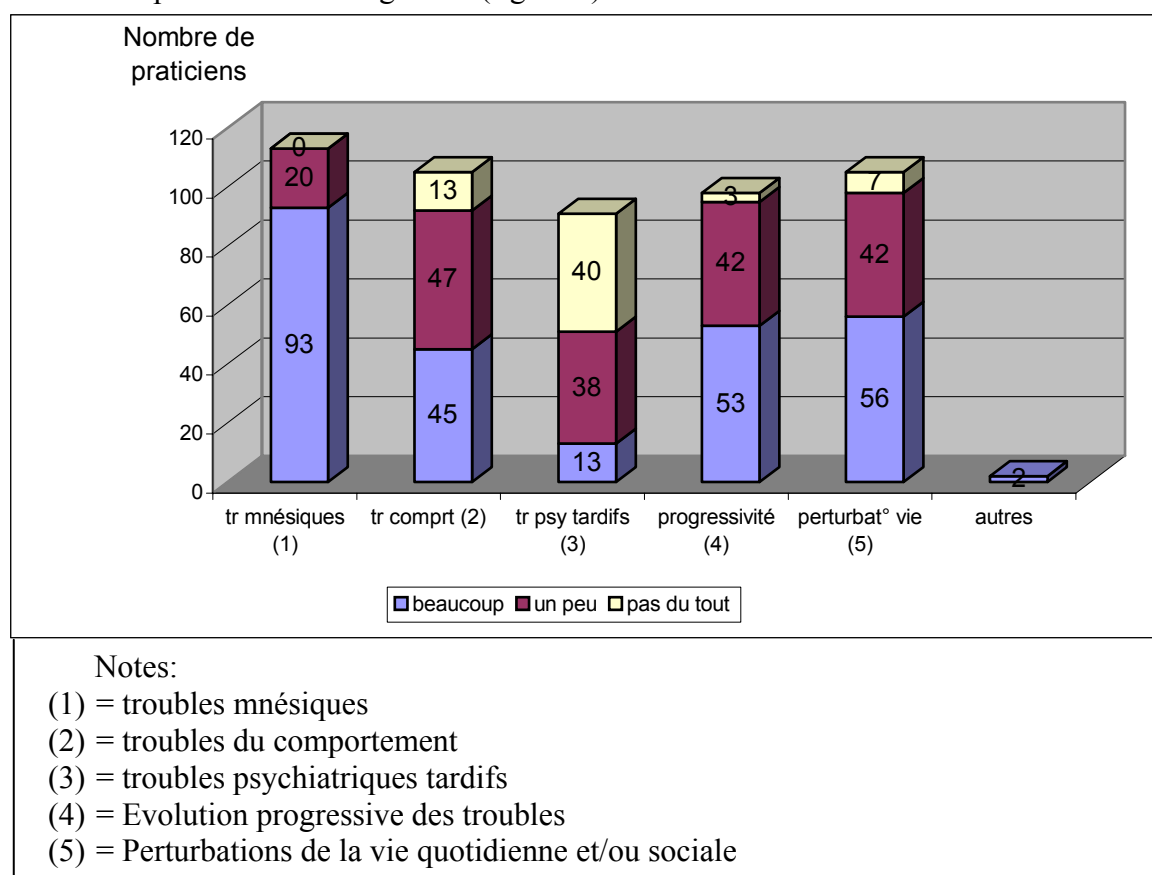


Figure 4 : Quels éléments de l'observation ont contribué au diagnostic de maladie d'Alzheimer et dans quelle proportion

2 médecins ont répondu « autres » :

- un signale un examen systématique,
- l'autre précise que la majoration des troubles après le décès du mari, ayant abouti au placement en institution, a beaucoup contribué au diagnostic.

1.4- Prise en charge clinique et paraclinique lors des différentes consultations

14.1- Réalisation de tests neuropsychologiques

83 généralistes sur 114 ont réalisé un (ou des) test(s), soit (72.81%) et 31 ne l'ont pas fait (soit 27.19%).

Le MMS (Mini Mental State⁽¹⁸⁾, ANNEXE 3) est le plus pratiqué (75/83), devant le test de l'horloge (53/83) (figure 5). Précisons que 47 omnipraticiens font à la fois le MMS et le test de l'horloge. 6 médecins font le test de l'horloge sans le MMS.

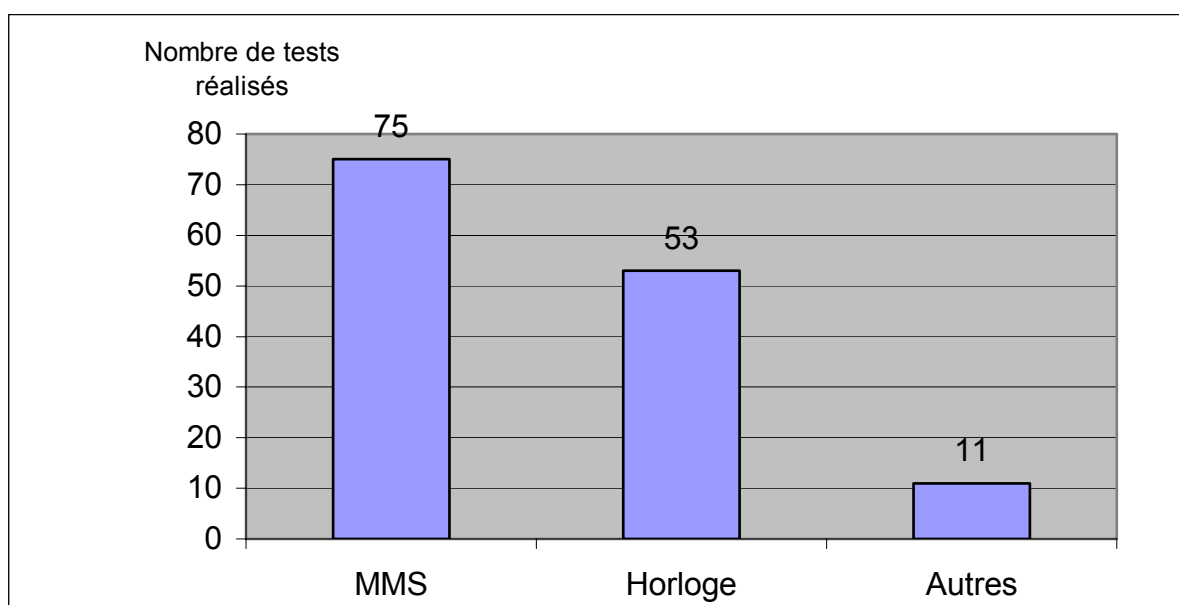


Figure 5 : Les tests neuropsychologiques réalisés par les omnipraticiens devant une suspicion de maladie d'Alzheimer.

Les 11 autres tests utilisés ont été :

Le test des 5 mots de Dubois (ANNEXE 5) : 6 fois

La fluence verbale (ANNEXE 7) : 3 fois

3 médecins ont cité l'IADL (Instrumental Activities of Daily Living), mais ce n'est pas un test neuropsychologique, plutôt une échelle d'évaluation du retentissement des troubles.

Le score moyen du MMS est 19.05 écart-type 5.70 , sur 52 données renseignées.

14.2- Bilan biologique

92 généralistes, sur 112 réponses, ont prescrit un bilan biologique, soit 82.14%.
20 ne l'ont pas fait (17.86%), dont 3 (2.68% du total des réponses) en précisant qu'un bilan récent a été effectué.

La calcémie est l'examen le moins demandé (tableau 8). Elle est demandée sans la protidémie (citée une seule fois dans la rubrique « autres »).

Eléments de Biologie	Nombre de prescriptions	Proportion de prescriptions comparée à notre échantillon de praticiens soit 112
NFS	86	77,47%
Calcémie	60	54,05%
Glycémie	86	77,47%
TSH	82	73,87%
Ionogramme	81	72,97%
Autres	35	31,53%

Tableau 8 : Quels éléments de biologie sont prescrits dans le bilan étiologique d'une suspicion de maladie d'Alzheimer ?

14.3- Imagerie cérébrale

Sur 110 praticiens, 73 (soit 66.36%) ont prescrit une imagerie cérébrale.
Le scanner est l'examen le plus demandé (57/73 soit 78.08%) (Figure 6).

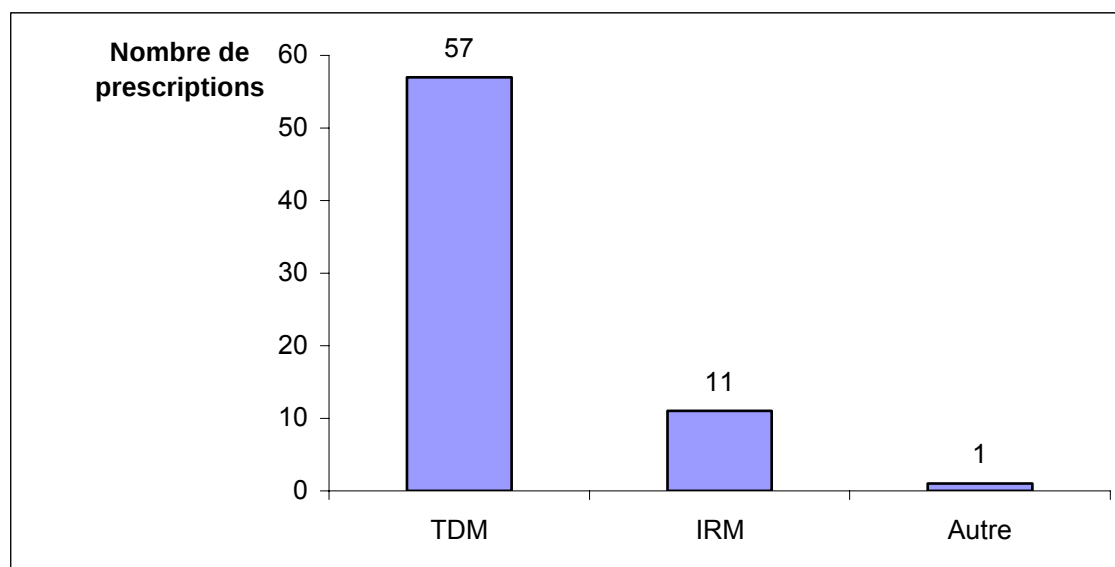


Figure 6 : Type d'imagerie cérébrale prescrite par l'omnipraticien dans le bilan d'une suspicion de maladie d'Alzheimer.

La réponse autre est une scintigraphie à l'HMPAO demandée dans le cadre d'une étude (patient inclus dans un protocole).

14.4- Adressez-vous le patient à un confrère ?

Les praticiens ont adressé le patient à un confrère dans 91.15% des cas (103/113), préférentiellement un neurologue (figure 7)

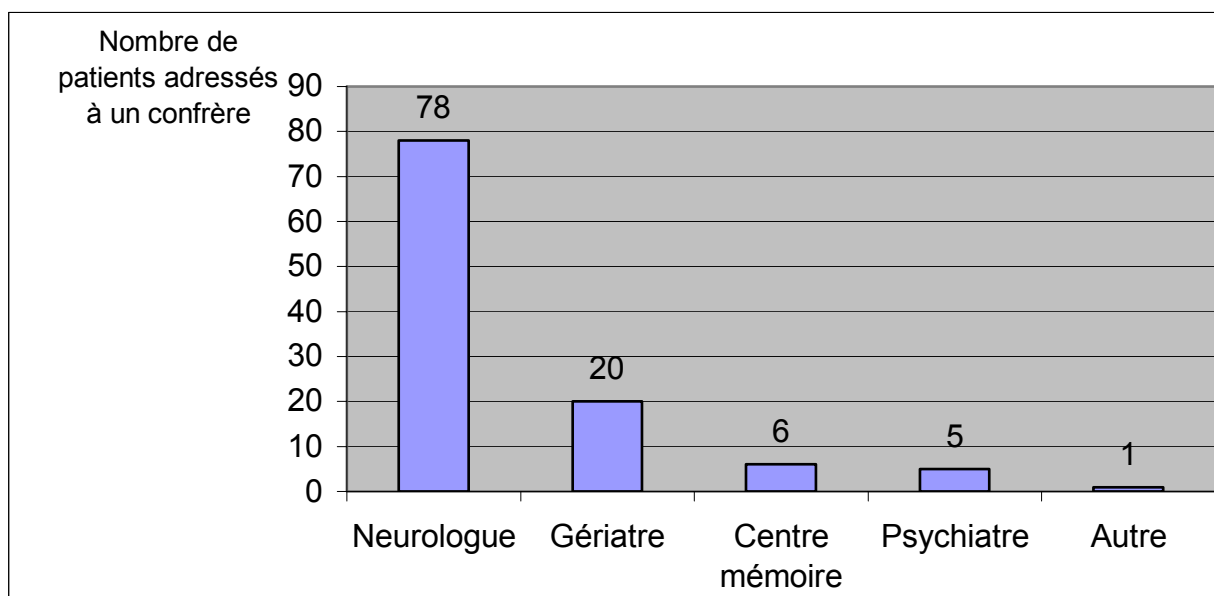


Figure 7 : A quel confrère spécialiste a été adressé le patient pour le diagnostic de maladie d'Alzheimer ? Réponses multiples possibles

Les réponses multiples étant possibles, le total est supérieur à 103.

En fait, si l'on prend les réponses uniques, le neurologue est le confrère le plus cité (74 fois soit 71.84%), tandis que le gériatre l'est 16 fois (15.54%). Le centre mémoire n'est seulement cité que 3 fois, le psychiatre 2. La réponse autre est : géronto-psychiatre.

Parmi les médecins n'adressant pas leur patient à un confrère :

- 2 n'ont pas fait pas de tests neuropsychologiques,

- 4 n'ont pas demandé de bilan biologique

- 4 n'ont pas prescrit d'imagerie.

1 médecin, qui n'a pas envoyé à un spécialiste, n'a prescrit ni biologie ni imagerie, n'a ni adressé à un confrère, ni pratiqué de tests neuropsychologiques.

4 omnipraticiens n'ayant pas adressé leur patient à un confrère ont pratiqué un ou des tests, prescrit une biologie et une imagerie cérébrale.

14.5- Annonce du diagnostic

70 médecins généralistes sur 112 (62.5%) ont annoncé le diagnostic. Ce n'est pas le cas pour 41 généralistes (36.61%), et 1 (0.89%) ne se rappelle plus.

Parmi les 70 qui l'annoncent, 19 le font au patient, 38 au conjoint, 44 à l'entourage (réponses multiples). Le patient est prévenu seul pour 2 omnipraticiens seulement (tableau 9)

A qui est faite l'annonce du diagnostic ?	Si plusieurs personnes sont prévenues (réponses multiples)	Si une seule personne est prévenue
Patient	19	2
Conjoint	38	15
Entourage	44	21

Tableau 9 : l'annonce du diagnostic de maladie d'Alzheimer par le médecin généraliste : qui est prévenu ?

14.6- Souhait d'aide au diagnostic

La dernière question cible les besoins exprimés de formation par les omnipraticiens.

Sur 112 réponses, 60 souhaitent une aide au diagnostic (soit 53.57%), 52 n'en veulent pas. Les avis sont donc partagés.

Parmi ceux qui en désirent, la FMC et l'aide mémoire sont préférés (figure 8).

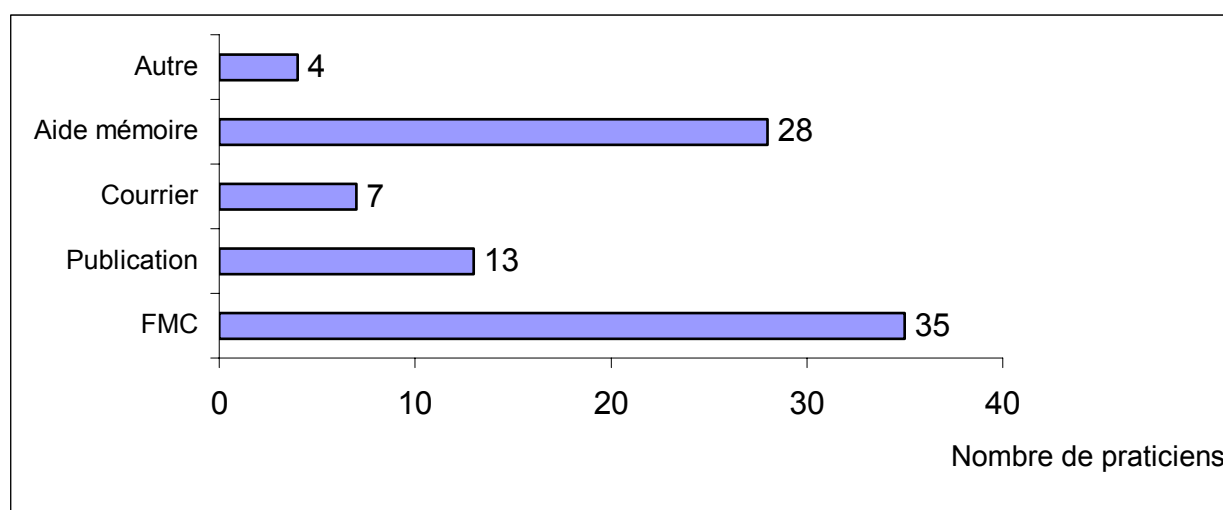


Figure 8 : Modalités de formation complémentaire sur la maladie d'Alzheimer souhaitée par les omnipraticiens

2- Résultats croisés: quels critères spécifiques à l'exercice des généralistes influent sur la conduite diagnostique ?

2.1- Influence de la taille de la commune

La répartition par classe de la taille de la commune n'objective pas de différences significatives sur les critères de prise en charge diagnostique, hormis pour les perturbations de la vie quotidienne (tableau 10), avec des réserves quant à l'interprétation.

En effet, il existe une différence significative sur la contribution au diagnostic des perturbations de la vie quotidienne en fonction de la taille de la commune, mais sans relation linéaire (tableau 10, page suivante). Les médecins des communes rurales et des communes de plus de 10 000 habitants semblent attribuer plus d'importance au signe « perturbation de la vie quotidienne ». Mais, si l'on prend la fonction continue taille de la commune, avec évaluation par coefficient de corrélation de Spearman, on ne trouve plus de différence significative...

	Taille de la commune			p-value
	≤ 2000	> 2000 et ≤ 10000	> 10000	
Nombre de consultations				
Une	16 (41 %)	14 (35 %)	17 (52 %)	P=0.36
Plus d'une	23 (59 %)	26 (65 %)	16 (48 %)	
Date des 1^{er} symptômes (en mois)	12.0 ± 11.1	8.8 ± 6.2	9.3 ± 6.0	P=0.22
ELEMENTS CONTRIBUANT AU DIAGNOSTIC:				
Troubles de la mémoire				
Beaucoup	31 (79 %)	33 (80 %)	29 (88 %)	P=0.60
Un peu	8 (21 %)	8 (20 %)	4 (12 %)	
Troubles du comportement				
Beaucoup	11 (30 %)	16 (43 %)	18 (58 %)	P=0.12
Un peu	19 (51 %)	16 (43 %)	12 (39 %)	
Pas du tout	7 (19 %)	5 (14 %)	1 (3 %)	
Troubles psychiatriques d'origine tardive				
Beaucoup	6 (19 %)	4 (11 %)	3 (12 %)	P=0.85
Un peu	11 (34 %)	16 (46 %)	11 (46 %)	
Pas du tout	15 (47 %)	15 (43 %)	10 (42 %)	
Installation progressive des troubles				
Beaucoup	22 (63 %)	18 (49 %)	13 (50 %)	P=0.74
Un peu	12 (34 %)	18 (49 %)	12 (46 %)	
Pas du tout	1 (3 %)	1 (3 %)	1 (4 %)	
Perturbations de la vie sociale ou quotidienne.				
Beaucoup	25 (68 %)	15 (38 %)	16 (57 %)	P=0.0082
Un peu	8 (22 %)	24 (60 %)	10 (36 %)	
Pas du tout	4 (11 %)	1 (2.5 %)	2 (7.1 %)	
Aide par des tests neuro-psychologiques				
Non	9 (23 %)	14 (33 %)	8 (24 %)	P=0.53
Oui	30 (77 %)	28 (67 %)	25 (76 %)	
Score au MMS (Aide=oui et MMS=oui)	17.4 ± 6.4	21.8 ± 5.7	19.2 ± 4.4	P=0.10
Prescription bilan biologique				
Non	4 (11 %)	9 (21 %)	7 (21 %)	P=0.39
Oui	33 (89 %)	33 (79 %)	26 (79 %)	
Adressé à un confrère				
Non	3 (8 %)	3 (7 %)	4 (12 %)	P=0.77
Oui	35 (92 %)	39 (93 %)	29 (88 %)	
Annonce du diagnostic				
Non	11 (30 %)	18 (44 %)	12 (36 %)	P=0.43
Oui	26 (70 %)	23 (56 %)	21 (64 %)	
Aide au diagnostic				
Non	21 (55 %)	18 (44 %)	13 (39 %)	P=0.38
Oui	17 (45 %)	23 (56 %)	20 (61 %)	
Si oui, aide mémoire :				
Non	8 (47 %)	15 (65 %)	9 (45 %)	P=0.34
Oui	9 (53 %)	8 (35 %)	11 (55 %)	

Tableau 10 : Influence de la taille de la commune (en classes) sur la prise en charge du patient

2.2- Influence de l'année d'obtention de la thèse

Les deux sous groupes créés ont été décrits: année de thèse antérieure à 1990, et année de thèse depuis 1990.

L'année 1990 a été prise comme limite, car c'est à ce moment que le nombre de publications sur la maladie d'Alzheimer augmente, et que les premiers résultats de PAQUID (ANNEXE 1) apparaissent.

Il n'y a pas d'influence de l'année de thèse sur la conduite diagnostique devant une maladie d'Alzheimer par les généralistes, sur les différents items listés (tableau 11, page suivante).

	Année de thèse		p-value
	< 1990	≥ 1990	
Nombre de consultations			
Une	33 (38 %)	14 (56 %)	P=0.11
Plus d'une	54 (62 %)	11 (44 %)	
Date des 1^{er} symptômes en mois	10.6 ± 9.0 médiane=9	8.4 ± 4.7 médiane=6	P=0.46
ELEMENTS CONTRIBUANT AU DIAGNOSTIC :			
Troubles de la mémoire			
Beaucoup	71 (81 %)	22 (88 %)	P=0.56
Un peu	17 (19 %)	3 (12 %)	
Troubles du comportement			
Beaucoup	36 (44 %)	9 (39 %)	P=0.71
Un peu	37 (45 %)	10 (43 %)	
Pas du tout	9 (11 %)	4 (17 %)	
Troubles psychiatriques d'origine tardive			
Beaucoup	10 (14 %)	3 (15 %)	P=0.94
Un peu	29 (41 %)	9 (45 %)	
Pas du tout	32 (45 %)	8 (40 %)	
Installation progressive des troubles			
Beaucoup	42 (55 %)	11 (52 %)	P=0.82
Un peu	33 (43 %)	9 (43 %)	
Pas du tout	2 (3 %)	1 (5 %)	
Perturbations de la vie sociale ou quotidienne			
Beaucoup	45 (55 %)	11 (48 %)	P=0.21
Un peu	30 (37 %)	12 (52 %)	
Pas du tout	7 (9 %)	0	
Aide par des tests neuro-psychologiques			
Non	27 (31 %)	4 (15 %)	P=0.12
Oui	61 (69 %)	22 (85 %)	
Score au MMS (Aide=oui et MMS=oui)	18.7 ± 5.8 médiane=19	20.1 ± 5.5 médiane=20	P=0.51
Prescription bilan biologique			
Non	17 (20 %)	3 (12 %)	P=0.40
Oui	69 (80 %)	23 (88 %)	
Adressé à un confrère			
Non	6 (7 %)	4 (15 %)	P=0.23
Oui	81 (93 %)	22 (85 %)	
Annonce du diagnostic			
Non	30 (35 %)	11 (42 %)	P=0.52
Oui	55 (65 %)	15 (58 %)	
Aide au diagnostic			
Non	42 (49 %)	10 (38 %)	P=0.35
Oui	44 (51 %)	16 (62 %)	
Si oui, aide mémoire :			
Non	26 (59 %)	6 (38 %)	P=0.14
Oui	18 (41 %)	10 (62 %)	

Tableau 11 : Influence de l'année d'obtention de la thèse sur la prise en charge du patient

2.3- La compétence particulière influe t-elle sur la prise en charge?

Au vu de la faiblesse des effectifs, on a regroupé les différents diplômes obtenus, pour avoir finalement deux sous-groupes : au moins un diplôme relatif à la maladie d'Alzheimer et pas de diplôme.

Ainsi, les différents items du questionnaire ont été étudiés en fonction de la possession d'un diplôme ou non (tableau 12, page suivante).

La taille de l'échantillon « avec diplôme » est faible : 13.

Les données semblaient montrer que les généralistes plus formés à la maladie d'Alzheimer accordaient plus d'importance à l'installation progressive des troubles, qu'ils pratiquaient plus de tests neuropsychologiques, et qu'ils annonçaient plus le diagnostic. Les statistiques ne le confirment pas.

On ne met pas en évidence de différence significative dans la prise en charge diagnostique vis à vis d'un malade d'Alzheimer, que le médecin ait une compétence particulière dans le domaine ou non (tableau 12, page suivante).

	Diplôme relatif à la MA		p-value
	Non	Oui	
Nombre de consultations			
Une	40 (40 %)	7 (54 %)	P=0.36
Plus d'une	59 (60 %)	6 (46 %)	
Date des 1^{er} symptômes ou plaintes	10.0 ± 8.2 médiane=8	10.9 ± 9.7 médiane=9	P=0.98
ELEMENTS CONTRIBUANT AU DIAGNOSTIC :			
Troubles de la mémoire			
Beaucoup	82 (82 %)	11 (85 %)	P=1
Un peu	18 (18 %)	2 (15 %)	
Troubles du comportement			
Beaucoup	40 (43 %)	5 (38 %)	P=0.92
Un peu	41 (45 %)	6 (46 %)	
Pas du tout	11 (12 %)	2 (15 %)	
Troubles psychiatriques d'origine tardive			
Beaucoup	12 (15 %)	1 (11 %)	P=1
Un peu	34 (41 %)	4 (44 %)	
Pas du tout	36 (44 %)	4 (44 %)	
Installation progressive des troubles			
Beaucoup	44 (51 %)	9 (75 %)	P=0.34
Un peu	39 (45 %)	3 (25 %)	
Pas du tout	3 (4 %)	0	
Perturbations de la vie sociale ou quotidienne			
Beaucoup	51 (54 %)	5 (45 %)	P=0.28
Un peu	38 (40 %)	4 (36 %)	
Pas du tout	5 (5 %)	2 (18 %)	
Aide par des tests neuro-psychologiques			
Non	30 (30 %)	1 (8 %)	P=0.11
Oui	71 (70 %)	12 (92 %)	
Score au MMS (Aide=oui et MMS=oui)	19.0 ± 5.4 médiane=19.5	19.2 ± 7.2 médiane=21	P=0.65
Prescription bilan biologique			
Non	17 (17 %)	3 (25 %)	P=0.45
Oui	83 (83 %)	9 (75 %)	
Adressé à un confrère			
Non	8 (8 %)	2 (17 %)	P=0.29
Oui	93 (92 %)	10 (83 %)	
Annonce du diagnostic			
Non	39 (39 %)	2 (17 %)	P=0.29
Oui	60 (61 %)	10 (83 %)	
Aide au diagnostic			
Non	46 (46 %)	6 (50 %)	P=0.79
Oui	54 (54 %)	6 (50 %)	
Si oui, aide mémoire :			
Non	28 (52 %)	4 (67 %)	P=0.68
Oui	26 (48 %)	2 (33 %)	

Tableau 12 : Influence du diplôme sur la prise en charge du patient

2.4- Influence du sexe du médecin

Les femmes généralistes se comportent-elles différemment des hommes dans la prise en charge diagnostique de la maladie d'Alzheimer ? Le tableau 13, page suivante, recense toutes les données en les comparant.

Une différence significative ($p=0.0207$) semble exister entre hommes et femmes médecins sur la contribution au diagnostic des perturbations de la vie sociale et/ou quotidienne (tableau 13, page suivante). En observant plus attentivement le tableau, on remarque que ces perturbations comptent beaucoup pour 54% des femmes et 53% des hommes. Ce sont les qualificatifs « un peu » et « pas du tout » qui semblent différer.

Or, par définition (DSM-IV cf. page 10), ce qui nous intéresse est que ces perturbations comptent beaucoup pour le diagnostic. A ce niveau, on ne peut donc pas parler de véritable influence du sexe du médecin sur les chiffres...

Le sexe du médecin n'influence donc pas la prise en charge diagnostique d'un malade d'Alzheimer (tableau 13).

	Sexe		
	Femmes	Hommes	p-value
Nombre de consultations			
Une	14 (45 %)	33 (41 %)	P=0.67
Plus d'une	17 (55 %)	48 (59 %)	
Date des 1^{er} symptômes ou plaintes	9.2 ± 6.3	10.4 ± 8.9	P=0.44
ELEMENTS CONTRIBUANT AU DIAGNOSTIC :			
Troubles de la mémoire			
Beaucoup	25 (81 %)	68 (83 %)	P=0.79
Un peu	6 (19 %)	14 (17 %)	
Troubles du comportement			
Beaucoup	10 (34 %)	35 (46 %)	P=0.09
Un peu	12 (41 %)	35 (46 %)	
Pas du tout	7 (24 %)	6 (8 %)	
Troubles psychiatriques d'origine tardive			
Beaucoup	2 (8 %)	11 (17 %)	P=0.54
Un peu	11 (42 %)	27 (42 %)	
Pas du tout	13 (50 %)	27 (42 %)	
Installation progressive des troubles			
Beaucoup	16 (59 %)	37 (52 %)	P=0.77
Un peu	10 (37 %)	32 (45 %)	
Pas du tout	1 (4 %)	2 (3 %)	
Perturbations de la vie sociale ou quotidienne			
Beaucoup	15 (54 %)	41 (53 %)	P=0.0207
Un peu	8 (29 %)	34 (44 %)	
Pas du tout	5 (18 %)	2 (3 %)	
Aide par des tests neuro-psychologiques			
Non	8 (25 %)	23 (28 %)	P=0.74
Oui	24 (75 %)	59 (72 %)	
Score au MMS (Aide=oui et MMS=oui)	20 ± 5.9	18.6 ± 5.6	P=0.41
Prescription bilan biologique			
Non	4 (13 %)	16 (20 %)	P=0.40
Oui	27 (87 %)	65 (80 %)	
Adressé à un confrère			
Non	3 (9 %)	7 (9 %)	P=1
Oui	29 (91 %)	74 (91 %)	
Annonce du diagnostic			
Non	12 (38 %)	29 (37 %)	P=0.94
Oui	20 (62 %)	50 (63 %)	
Aide au diagnostic			
Non	14 (44 %)	38 (48 %)	P=0.72
Oui	18 (56 %)	42 (52 %)	
Si oui, aide mémoire :			
Non	10 (56 %)	22 (52 %)	P=0.82
Oui	8 (44 %)	20 (48 %)	

Tableau 13 : Influence du sexe du médecin sur la prise en charge du patient

2.5- Influence d'un stage en neurologie ou gériatrie sur la prise en charge du patient

Pour évaluer l'impact de la formation sur la prise en charge, deux sous-groupes ont été créés, selon la réalisation ou non d'un stage dans un service traitant des malades d'Alzheimer. Les résultats sont présentés dans le tableau suivant (tableau 14, page suivante).

Un stage en neurologie et/ou gériatrie n'a d'influence sur aucun item du questionnaire : on ne met en évidence aucune différence significative (tableau 14)

	Stage neurologie ou gériatrie		
	Non	Oui	p-value
Nombre de consultations			
Une	23 (43 %)	24 (41 %)	P=0.90
Plus d'une	31 (57 %)	34 (59 %)	
Date des 1^{er} symptômes ou plaintes	10.3 ± 7.0	9.9 ± 9.5	P=0.84
ELEMENTS CONTRIBUANT AU DIAGNOSTIC :			
Troubles de la mémoire			
Beaucoup	48 (87 %)	45 (78 %)	P=0.18
Un peu	7 (13 %)	13 (22 %)	
Troubles du comportement			
Beaucoup	21 (40 %)	24 (46 %)	P=0.34
Un peu	23 (43 %)	24 (46 %)	
Pas du tout	9 (17 %)	4 (8 %)	
Troubles psychiatriques d'origine tardive			
Beaucoup	8 (16 %)	5 (12 %)	P=0.16
Un peu	16 (33 %)	22 (52 %)	
Pas du tout	25 (51 %)	15 (36 %)	
Installation progressive des troubles			
Beaucoup	25 (50 %)	28 (58 %)	P=0.65
Un peu	23 (46 %)	19 (40 %)	
Pas du tout	2 (4 %)	1 (2 %)	
Perturbations de la vie sociale ou quotidienne			
Beaucoup	30 (59 %)	26 (48 %)	P=0.15
Un peu	16 (31 %)	26 (48 %)	
Pas du tout	5 (10 %)	2 (4 %)	
Aide par des tests neuro-psychologiques			
Non	19 (35 %)	12 (20 %)	P=0.09
Oui	36 (65 %)	47 (80 %)	
Score au MMS (Aide=oui et MMS=oui)	17.9 ± 5.0	19.8 ± 6.0	P=0.23
Prescription bilan biologique			
Non	13 (24 %)	7 (12 %)	P=0.10
Oui	41 (76 %)	51 (88 %)	
Adressé à un confrère			
Non	5 (9 %)	5 (9 %)	P=1
Oui	50 (91 %)	53 (91 %)	
Annonce du diagnostic			
Non	19 (35 %)	22 (39 %)	P=0.60
Oui	36 (65 %)	34 (61 %)	
Aide au diagnostic			
Non	26 (48 %)	26 (45 %)	P=0.72
Oui	28 (52 %)	32 (55 %)	
Si oui, aide mémoire :			
Non	16 (57 %)	16 (50 %)	P=0.58
Oui	12 (43 %)	16 (50 %)	

Tableau 14 : Influence d'un stage en neurologie et/ou gériatrie sur la prise en charge du patient

DISCUSSION

1- Un diagnostic quantitativement insuffisant, notamment chez les sujets âgés.

Dans notre travail, on est surpris par le fait que **40.18% des praticiens décrivent un cas datant de plus de 6 mois**. En effet, au niveau français, on s'attend à ce que le généraliste détecte 2 nouveaux cas de maladie d'Alzheimer par an⁽²¹⁾, soit un tous les 6 mois en moyenne.

Huit médecins déclarent ne pas suivre de malades d'Alzheimer.

Si, pour quatre d'entre eux, cela se comprend aisément (un retraité, un nouvel installé, deux avec un type d'exercice spécifique), c'est plus surprenant pour les quatre autres. En effet, au vu de la prévalence de la maladie, on attend en Vendée 6 817 malades potentiels de plus de 75 ans (extrapolation de PAQUID, cf. épidémiologie page 9), pour 573 médecins généralistes libéraux (incluant les remplaçants, chiffres 2004⁽²⁵⁾). Cela fait 11 patients malades d'Alzheimer par médecin traitant... En ne chiffrant que les malades de plus de 75 ans...

Un médecin déclare ne pas suivre de malades d'Alzheimer, mais seulement des personnes atteintes de démences séniles. On sait que le distinguo n'a plus lieu d'être (rapport Girard⁽²²⁾). La confusion entre démence liée à l'âge et maladie d'Alzheimer avait valu une mise au point dans un numéro spécial de The American Journal of Medicine ⁽⁶⁾.

Le diagnostic n'est donc pas porté aussi souvent que les chiffres le prévoient.

Dans notre étude, la proportion de malades d'Alzheimer âgés de 75 à 80 ans, par rapport à la population vendéenne du même âge (0.16%), est plus importante que la proportion des malades de plus de 80 ans (0.11%).

Ceci va à l'encontre des données épidémiologiques prouvant une incidence croissant avec l'âge.

Une méta-analyse, groupant 23 études de 1966 à novembre 1997, publiée dans la revue NEUROLOGY⁽²⁶⁾ montrait en Europe, une incidence de la maladie d'Alzheimer augmentant progressivement. Au stade léger de maladie d'Alzheimer (cf. page 13), on passe de 2.5 cas pour 1000 personnes-années dans la classe d'âge 65-69 ans, pour augmenter progressivement dans toutes les classes d'âge, et atteindre 96.6 cas pour 1000 personnes-années dans la tranche d'âge 90-94 ans. Cette augmentation progressive est également retrouvée pour le stade modéré de maladie d'Alzheimer 47.7 pour le stade modéré).

L'âge est le facteur de risque principal de la maladie d'Alzheimer⁽¹⁷⁾, la prévalence augmentant avec l'âge⁽²⁷⁾.

Les données de PAQUID ^(1, 28) retrouvent les mêmes conclusions.

On peut donc penser qu'il existe un **manque de diagnostic aux âges plus avancés**.

De plus, les données de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de la Vendée permettent d'évoquer un manque de patients traités par médicaments par rapport aux malades potentiels prévus par PAQUID. Cela ne veut pas dire pour autant qu'ils ne sont pas

diagnostiqués : le traitement peut être non médicamenteux (rééducation, orthophonie, soins à domicile, stimulation cognitive...).

D'autres sources concluaient à une insuffisance de diagnostic :

Le ministère de l'emploi et de la solidarité expliquait, dans son rapport en 2000⁽²²⁾, que les généralistes ne diagnostiquent qu'à 50% la maladie d'Alzheimer.

Une étude belge retrouvait les mêmes chiffres en 2000⁽²⁹⁾.

C'est pourquoi notre étude désirait préciser les circonstances du diagnostic, pour comprendre quelques raisons du manque de diagnostic.

2- Pourquoi des cas non diagnostiqués ?

Notre étude remarque trois raisons principales au manque de diagnostic :

- l'absence de plainte du patient.
- certains signes n'alertent pas le généraliste
- Un manque de formation est évoqué.

Le manque de temps du généraliste en consultation et la prescription des thérapeutiques médicamenteuses limitée au spécialiste dans un premier temps sont deux autres causes possibles.

2.1- L'absence de plainte du patient

A la première consultation pour une suspicion de maladie d'Alzheimer, **la majorité des patients est accompagnée. C'est de ce tiers qu'émane la plainte** (78.76% des cas). Or, en médecine générale, le patient vient le plus souvent seul. Le trouble mnésique n'est donc pas évoqué avant l'intervention d'un tiers. Le médecin attend la plainte, qui ne vient pas : **l'anosognosie empêche le patient d'exprimer les symptômes**. Sachant que les aidants s'adaptent parfois aux troubles, la plainte, et donc le diagnostic sont plus tardifs. D'ailleurs, les **multiples troubles** annoncés à la **première consultation** dans notre enquête signent une **atteinte déjà évoluée**. C'est ce que l'on conclut également du faible score moyen du MMS au début de la prise en charge (19.05/30). L'enquête de la vallée de l'Ondaine retrouvait un MMS moyen à 17/30⁽²³⁾.

De même, au moment de la plainte, les symptômes évoluent depuis 10 mois en moyenne. C'est dire la tolérance aux troubles... Peut-être même que cette donnée est minimisée...

La plainte mnésique, même formulée tardivement, ne suffit pas au diagnostic. Si elle est fréquente, évoquée en moyenne dans 12 consultations par semaine chez l'omnipraticien⁽²⁴⁾, elle est d'origine multifactorielle⁽³⁰⁾. Par exemple, l'humeur du patient joue un rôle dans la plainte mnésique. Une analyse discriminante, réalisée chez 294 sujets âgés de 55 à 97 ans, a montré que la contribution de l'humeur à la plainte mnésique était de 20% alors que celle des notes aux tests de mémoire n'était que de 3%⁽³¹⁾... Associée à des erreurs aux tests neuropsychologiques, cette plainte devient prédictive de maladie d'Alzheimer⁽³⁰⁾. La réalisation de ces tests demeure donc de la pratique courante de médecine générale.

Dans notre étude, un seul médecin signale avoir recherché les troubles de la maladie d'Alzheimer sans aucune plainte du patient ni de l'entourage. Le dépistage (repérage de la

pathologie avant les premiers symptômes) n'est pas encore recommandé, mais absence de plainte ne signifie pas absence de symptômes...

La mise en place d'une **consultation de synthèse annuelle**, plus approfondie et mieux rémunérée, préconisée depuis la nouvelle convention médicale de juillet 2005 est une solution. Elle permet aux généralistes de rechercher des troubles, ce qu'ils n'ont pas le temps de demander au patient le reste de l'année. Le problème reste tout de même le déni des troubles du patient. Un simple interrogatoire ne suffira donc pas. La recherche de symptômes plus spécifiques sera nécessaire pour évoquer plus souvent le diagnostic de maladie d'Alzheimer.

La présence d'un proche restera également fondamentale, comme le recommande l'ANAES⁽¹⁶⁾ (pour l'anamnèse). D'ailleurs, une étude australienne a évalué les informations apportées par les aidants : 248 patients déments ou avec plaintes mnésiques suspectes et 248 amis ou proches (soit un par patient) ont été reçus. Dans 60% des cas, les informations des aidants sont en accord avec les tests neuropsychologiques des patients concernés⁽³²⁾. Après une suspicion clinique lors de la consultation approfondie (par exemple), il est donc utile de demander au patient de revenir accompagné.

Le rôle du médecin de famille est ainsi essentiel, puisqu'il voit régulièrement le **patient ET**, souvent, sa **famille** ! La place centrale du généraliste dans le système de soins le met en première ligne pour dépister les plaintes, émanant du patient OU de sa famille...

Cependant, pour suspecter cliniquement, il faut être alerté par des signes cliniques.

2.2- Certains signes d'alerte sont moins connus par les généralistes

Si les troubles mnésiques alertent le généraliste, **peu sont interpellés par les troubles psychiatriques tardifs**. Ces troubles moins spécifiques sont-ils moins connus ?

De même, les **troubles du comportement**, comme l'apathie, **n'alertent que peu le généraliste** (dans 47 cas sur 105). Or, l'apathie est un signe précoce de maladie d'Alzheimer (cf. signes cliniques page 12).

Quant aux perturbations de la vie sociale et/ou quotidienne, figurant dans la définition de la démence, elles ne contribuent qu'un peu au diagnostic...**Les échelles type IADL (ANNEXE 6) devraient être effectuées plus souvent** : citées 3 fois seulement dans les tests neuropsychologiques ! c'est vrai qu'il ne s'agit pas d'un test. Peu de généralistes évaluent le retentissement des troubles. Ce sont pourtant les perturbations de la vie de tous les jours qui génèrent la plainte ! Les omnipraticiens doivent donc forcément être au courant des implications des troubles du patient dans sa vie quotidienne. Dans notre questionnaire, aucune question précise ne demandait explicitement si l'échelle IADL était faite. Restons donc prudents quant à la signification des chiffres.

Certains troubles qui pourraient faire évoquer une maladie d'Alzheimer par le généraliste ne sont donc **pas reconnus**. C'est ce que Nina KIM, dans sa thèse sur les freins au diagnostic précoce⁽³³⁾, avait aussi retrouvé en 2004. N'alertent que peu le généraliste : les chutes sans autres causes retrouvées, l'absence de compliance au traitement usuel, l'amaigrissement sans cause évidente, l'apparition d'un délire de persécution et la dépression (moins de la moitié des généralistes citent ces symptômes, et 60% signalent le changement d'humeur comme l'apathie).

L'étude DIADEM⁽²¹⁾ retrouvait également que les troubles mnésiques étaient les plus contributifs au diagnostic (84%), tandis que les troubles du comportement n'étaient cités que dans 43% des cas.

On peut donc se questionner sur la connaissance des signes cliniques peu spécifiques de la maladie d'Alzheimer par les médecins généralistes, et donc sur leur formation.

2.3- Une formation de base des omnipraticiens à améliorer

Dans notre travail, La **formation à la faculté** est **jugée très insuffisante**, même si on note un mieux depuis 1990. Les sources de connaissances sont les articles médicaux et les formations médicales continues (FMC). L'évolution des connaissances explique ce phénomène, comme pour bon nombre de circonstances en médecine. La médecine évolue et ce qui était inconnu durant les études devient mieux cerné. Il est donc indispensable de publier les critères de diagnostic précoce et d'alerte. C'est d'ailleurs ce que réclament **les médecins qui souhaitent une formation** (FMC ou aide mémoire). Au vu du nombre de consultations concernant la mémoire de leurs patients (12 par semaine⁽²⁴⁾), les généralistes doivent être performants pour différencier la plainte bénigne de la plainte suspecte.. D'autant que l'hétérogénéité des tableaux cliniques de maladie d'Alzheimer rend le diagnostic difficile.

D'autres travaux mettent en exergue le jugement sévère des omnipraticiens sur leur formation⁽³³⁾. Ils reconnaissent manquer de connaissances⁽³⁴⁾.

L'importance des **centres de la mémoire** est ainsi renforcée : un de leur rôle n'est-il pas la formation des médecins ? En effet, si un premier objectif de ces centres est l'affirmation du diagnostic de maladie d'Alzheimer, n'oublions pas son **rôle de formation**, notamment médicale, par le biais de formation médicale continue⁽³⁵⁾. Le plan gouvernemental 2004-2007 doit permettre leur développement.

Cependant, La formation n'est pas seule en cause : on remarque que les médecins ayant effectué un stage en neurologie et/ou gériatrie ont une démarche diagnostique similaire à ceux qui n'en ont pas bénéficié. Les titulaires de diplômes particuliers n'ont pas de conduite diagnostique différente non plus. L'échantillon est cependant très faible pour en tirer des conclusions hâtives. Disons simplement qu'une formation plus poussée ne modifie pas radicalement la prise en charge diagnostique...

Il en va différemment sur le plan thérapeutique. Sachant (d'après PAQUID (ANNEXE 1)) que 25.8% des malades d'Alzheimer sévères vivent à domicile, le médecin traitant doit être correctement formé à la prise en charge globale du patient. Sinon, l'épuisement et l'hospitalisation en urgence surviennent⁽²³⁾...

Deux autres raisons principales sont évoquées : l'impossibilité de prescrire en première intention pour le généraliste et le manque de temps.

2.4- L'impossibilité de prescrire un traitement médicamenteux spécifique ?

Notre étude prouve que le généraliste adresse le patient à un confrère dans plus de 90% des cas. Il y est évidemment obligé pour instaurer un traitement médicamenteux. Est-ce **un frein au diagnostic** ? Notamment pour les **personnes les plus âgées** ? Peut-être pour des difficultés matérielles : difficultés à déplacer certains patients, troubles du comportement tels que les traitements seraient impossibles à prendre. Il est dommage que notre questionnaire n'ait pu répondre à cette question, mais un questionnaire exhaustif et long aurait peut-être été moins complété.

Un travail sur la plainte mnésique⁽²⁴⁾ retrouvait effectivement que les sujets les plus âgés (plus de 80 ans) étaient moins adressés au spécialiste.

2.5- Le manque de temps en consultation de première ligne ?

Evoqué dans deux thèses récentes^{(33), (34)}, le manque de temps semble être un obstacle au diagnostic de maladie d'Alzheimer en médecine générale.

La première version de notre questionnaire (testée par cinq omnipraticiens) incluait une question sur la durée idéale d'un test neuropsychologique pour une consultation de médecine générale. Invariablement, la réponse était : « le plus court possible »... Difficile d'en tirer quelque chose. Cette question avait donc été retirée. Evidemment, une consultation durant en moyenne 15 minutes, le MMS, dont le temps de réalisation est d'environ vingt minutes⁽³⁾, allonge la durée de consultation⁽²⁴⁾.

Pourtant, les tests sont effectués par une majorité de généralistes (72.81%). En fait, ils mettent en moyenne environ **2 consultations pour faire le diagnostic**. Ainsi, puisque la consultation prend du temps, le généraliste convoque le patient une deuxième fois. On peut imaginer qu'après un interrogatoire et un examen clinique lui faisant suspecter une maladie d'Alzheimer, il demande à revoir le patient pour effectuer un MMS.

Près de la moitié des praticiens ne font tout de même qu'une consultation. Les médecins ne faisant ni tests ni bilans complémentaires arguent peut-être d'un manque de temps. Comme ils **adressent le plus souvent leur patient à un confrère**, celui-ci complètera le bilan. Puisqu'il doit y avoir recours au spécialiste pour le traitement, pourquoi débiter les bilans ? En fait, il s'agit comme toute pathologie, pour le généraliste, de « débrouiller » les plaintes bénignes, et de débiter les bilans pour orienter l'étiologie. Un gain de temps (moins de consultations) et l'envoi au spécialiste adéquat est toujours bénéfique pour le patient.

Un seul médecin dit ne pratiquer ni tests, ni examens complémentaires, ni avis spécialisé. Comment a-t-il fait le diagnostic ? L'histoire était-elle si « typique » de maladie d'Alzheimer ?

Il est certain que la validation de tests plus courts comme MINICOG (ANNEXE 8) augmenterait la pratique de tests, notamment plus précocement dans la maladie, avant les premières plaintes.

3- Une bonne application des recommandations ANAES

Une fois le diagnostic suspecté, la prise en charge semble beaucoup plus standardisée :

3.1- Le Mini Mental State (MMS) pratiqué fréquemment

Près de 3 médecins sur 4 s'aident de tests neuro-psychologiques (72.81%), le MMS (ANNEXE 3) étant le plus fréquemment effectué. Il est bien plus effectué qu'en 1994, où seulement 19% des généralistes de la région montpelliéraine effectuaient un MMS⁽²¹⁾. Nos résultats sont d'ailleurs comparables à l'étude DIADEM, les médecins sentinelles pratiquant le MMS dans 76% des cas⁽²¹⁾, et à l'étude nationale sur la plainte mnésique où un test était réalisé dans 71.7% des cas⁽²⁴⁾. En revanche, dans la Loire⁽²³⁾ l'étude ne retrouvait que 48% de MMS effectués.

Rappelons que le **score moyen** du MMS est **19.05/30**, ce qui prouve une maladie d'Alzheimer déjà évoluée. Comme nous l'avons expliqué, les patients consultent à un stade avancé de la maladie. Dans notre travail, le score du MMS au début de l'évaluation le confirme.

Ainsi, le problème est bien l'absence de réalisation de ces tests en routine⁽⁶⁾, c'est à dire : dès les premiers symptômes, avant la plainte... En fait, une fois le diagnostic suspecté, les tests recommandés par l'ANAES sont effectués, mais c'est déjà tard, puisque les signes d'alerte sont partiellement méconnus.

3.2- Un bilan biologique raisonnable

Le bilan biologique est **prescrit dans 82.14% des cas**. Ce bilan est **quelquefois plus complet que le bilan de première intention de l'ANAES⁽¹⁶⁾** (cf. page 14), mais nous n'avons pas de critères pour juger de l'utilité des examens demandés en plus. Il apparaît cependant que la calcémie est la moins prescrite (54.05% des cas). La calcémie est probablement moins prescrite car, ne figurant pas dans le ionogramme standard en ville, elle est oubliée. Ou alors, le manque de connaissances est en cause. Lorsqu'elle est pratiquée, elle n'est pas associée au dosage des protides, ce qui génère ensuite une difficulté d'interprétation. L'acide folique et la vitamine B12 sont prescrits dans 14.5% des cas. Ce n'est pas si fréquent, même s'ils sont les plus cités des « autres ». Les généralistes sont donc raisonnables quant au bilan biologique prescrit, et se conforment bien aux recommandations.

Respecter les recommandations à 100% est probablement difficile pour différentes raisons :

- Un bilan récent a pu être déjà effectué (c'est le cas pour certains dans notre étude)
- Le patient peut refuser toute exploration
- une autre pathologie que la maladie d'Alzheimer est peut-être létale à plus court terme, rendant toute biologie incongrue...

Les études équivalentes retrouvent un taux de prescription de 38% dans la Loire⁽²³⁾, 59.23% pour l'enquête sur la plainte mnésique⁽²⁴⁾. Les médecins vendéens seraient-ils plus prescripteurs d'actes de biologie ? Gageons que l'ANAES ne leur en tiendra pas rigueur puisqu'ils suivent les recommandations, même si cela a un coût.

3.3- Une imagerie cérébrale souvent pratiquée

L'imagerie cérébrale est prescrite dans **2/3 des cas**. Là aussi, la non-prescription peut s'expliquer :

- Certains patients refusent toute exploration.
- Le centre d'imagerie n'est pas forcément aisément accessible. Cependant la taille de la commune n'influe pas sur la prescription d'imagerie (les médecins des petites communes rurales prescrivent d'ailleurs plus d'imageries).
- L'histoire clinique aidée de l'évolution peut parfois suffire, si une imagerie a été réalisée récemment, après le début des troubles.
- Le **patient étant adressé à un confrère**, le généraliste lui laisse la décision de la prescription d'une imagerie.

Les pourcentages de prescriptions sont plus faibles dans l'étude Diadem (54%⁽²¹⁾), et l'enquête sur les plaintes de mémoire (24.52%⁽²⁴⁾), mais plus forts (78%) dans l'étude de la vallée de l'Ondaine⁽²³⁾. La prescription n'est donc pas la même partout.

Seuls 4 médecins qui ne prescrivent pas de bilan d'imagerie n'adressent pas leur patient à un confrère, ce qui est gênant pour les diagnostics différentiels de maladie d'Alzheimer. Pour les autres, le spécialiste pourra alors compléter...

3.4- Un taux de recours au spécialiste élevé

91.15% des patients sont adressés à un spécialiste. Ceci n'est pas surprenant, puisqu'il est le seul à pouvoir instaurer le traitement. Le **neurologue** est le spécialiste le plus fréquemment cité. En fait, il est probablement plus accessible, dans le milieu libéral, car les neurologues sont plus nombreux que les gériatres. Il est connu du généraliste (correspondant habituel). La spécialité gériatrique est plutôt hospitalière (1/3 de libéraux seulement⁽²⁵⁾). Le regard du gériatre s'étendrait peut-être au delà de la seule thérapeutique de la maladie d'Alzheimer, mais le rôle que demandent les généralistes au gériatre est avant tout d'adapter les traitements⁽³³⁾.

L'accès aux centres mémoire de ressources et de recherche en Vendée est limité, car il n'en existe pas... Il existe en revanche une consultation mémoire dans une agglomération excentrée de 16000 habitants. C'est probablement celle qui est citée par quelques omnipraticiens. Le projet gouvernemental incite à l'expansion de ces centres. Nous avons déjà parlé du rôle fondamental qu'ils doivent jouer, en terme de diagnostic, de formation des médecins. N'oublions pas l'accompagnement des malades et de leurs familles.

Ainsi, comme le recommandent les textes, une suspicion clinique débouche sur une évaluation. Le problème est que la suspicion arrive tard dans l'évolution de la maladie...

4- Pas de critères propres au médecin influençant la prise en charge diagnostique

Nous souhaitions réaliser différents sous groupes : taille de la commune d'exercice, année d'obtention de la thèse (qui nous paraissait plus pertinent que l'âge du praticien, vu que l'on peut finir ses études à un âge bien variable), compétence particulière en gériatrie, sexe, stage en neurologie et/gériatrie. Ceci pour juger de l'influence de différents facteurs sur la prise en charge.

La taille de la commune d'exercice influe peu sur la prise en charge. D'ailleurs, l'accès aux explorations complémentaires et avis spécialisé dans les petites communes n'est pas plus difficile, puisqu'on ne retrouve pas de différence de prise en charge dans ces domaines. On note simplement une différence significative dans la contribution des perturbations de la vie quotidienne et/ou sociale. L'absence de relation linéaire en fonction de la taille de la commune (plus la commune est grande, plus ces troubles contribuent au diagnostic par exemple) ne permettent pas d'en tirer de conclusions. D'autres facteurs ont-ils influencé ces données ?

De plus, la définition de démence par le DSM-IV (cf. page 10) contient la notion de perturbations de la vie de tous les jours. Les troubles gênants la vie quotidienne sont ceux qui génèrent la plainte. Ils devraient donc grandement contribuer au diagnostic pour tous les généralistes.

D'autres travaux montraient l'absence d'influence de la taille de la commune sur la prise en charge⁽²⁴⁾.

Les autres données ne mettent pas en évidence de différence significative. Même la durée d'évolution des symptômes, qui paraît plus courte pour les médecins diplômés depuis 1990 (8,4 mois contre 10.6 mois pour les plus anciens) n'est pas statistiquement différente. Le sexe du praticien, une compétence particulière, un stage en neurologie et/ou gériatrie n'influent pas sur la prise en charge.

Malheureusement, les faibles effectifs de différents sous groupes (compétence gériatrique, année de thèse, taille des communes) rendent difficile les interprétations. Notre étude manque probablement de puissance pour montrer des différences.

D'ailleurs, un autre travail montrait que les médecins ayant suivi une formation spécifique citaient quelques symptômes moins connus, mais précoces, de maladie d'Alzheimer plus fréquemment que leur confrères moins formés⁽³³⁾.

Dans notre travail, la prise en charge diagnostique de la maladie d'Alzheimer n'est influencée par aucun des critères testés. C'est, dans un sens, rassurant de se dire que quelque soit le généraliste consulté, il prend nos troubles en charge de la même façon. Cependant, une formation plus spécifique ne semble pas améliorer la conduite diagnostique, même si les effectifs sont faibles. La formation ne suffit probablement pas. Il faut également prévenir l'opinion publique des signes d'alerte de maladie d'Alzheimer pour que les patients consultent plus tôt. Les grandes campagnes actuelles, médiatisées par la presse, la télévision, ou la création de sites internet (par exemple <http://www.alois.fr>) devraient modifier les comportements.

5- L'annonce du diagnostic

Ensuite, nous désirions savoir si le diagnostic était annoncé, et à qui.

Si **le généraliste l'annonce dans la majorité des cas**, on note tout de même que 36.61% ne le font pas. C'est surprenant pour un médecin de famille. Mais probablement est-ce parce que le spécialiste, qui a initié le traitement, a confirmé de manière formelle un diagnostic suspecté. La **préparation à l'annonce** du diagnostic est tout aussi importante que l'annonce elle-même. La place du médecin de famille n'est donc pas remise en cause.

L'annonce se fait **à une tierce personne** en général, parfois sans prévenir le patient, ce qui n'est pas sans poser de problèmes sur le **secret médical** (article 226-13 du **code pénal** définissant les sanctions en cas de non respect du secret).

Sur ce point, la loi est quelque peu ambiguë :

- L'article L1111-2 du **code de la santé publique** parle du droit de toute personne à être informée de son état de santé et fait obligation au praticien de prouver qu'il a effectivement apporté cette information. Ceci est difficile envers un malade d'Alzheimer qui, par définition, ne pourra se rappeler des informations qu'on lui aura fournies.
- Le **code de déontologie** est plus en accord avec la réalité : l'article 35 impose au médecin de délivrer à son patient une information loyale, claire, et appropriée à son état (...) Un **pronostic fatal** ne doit être révélé qu'avec **circonspection**, mais les proches doivent en être prévenus, sauf exception ou si le malade interdit cette révélation.
- La **loi du 4 mars 2002** (Loi KOUCHNER **sur le droit des malades**) dans son article L1110-4 explique que « Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins, a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant. En cas de **diagnostic ou de pronostic grave**, le secret médical ne s'oppose pas à ce que le **famille**, les proches de la personne malade ou la personne de confiance définie à l'article L. 1111-6 reçoivent les **informations nécessaires** destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct à celle-ci, sauf opposition de sa part. »

La maladie d'Alzheimer étant bien une pathologie à pronostic fatal, même à plus ou moins long terme, il est important d'expliquer clairement les conclusions au patient et à son entourage, après accord de celui-ci⁽³⁶⁾.

L'information des aidants a une **grande importance** pour les impliquer efficacement dans la prise en charge au domicile et les préparer à anticiper les difficultés prévisibles.

La thèse de Julien ZIRNHELT⁽³⁷⁾ a abordé spécifiquement le sujet de l'annonce du diagnostic, retrouvant des partisans de l'annonce au patient et des non-partisans, dans la littérature étrangère et française. Les anglo-saxons sont favorables à la révélation de la maladie d'Alzheimer au patient tandis que, chez les médecins de culture latine, il semble exister une modération à cette annonce. C'est bien ce que retrouve notre étude de médecins plutôt latins....

Les familles pour leur part, souhaitent être informées du diagnostic, sans nécessairement le révéler au patient⁽³⁸⁾.

La réaction des patients à l'annonce dépend de chacun. Il faut de toute manière valoriser les facultés restantes. Quant aux familles, leur réactions vont de l'effondrement émotionnel au refus plus ou moins passif, en passant par le soulagement et l'acquiescement passif⁽³⁹⁾.

Ce qui ressort de ces travaux est surtout que le diagnostic doit être annoncé, avec un maximum de réponses à toutes les questions posées (en terme de pronostic, d'évolution, de thérapeutiques...)

6- Une étude sur un échantillon représentatif, mais avec des défauts...

L'avantage de notre étude était de questionner des omnipraticiens de tout un département, de manière anonyme. L'idée était de s'affranchir des biais des études de même nature qui concluaient : notre échantillon de généralistes provient de médecins motivés, et probablement intéressés. Nous ne pouvons généraliser nos résultats à l'ensemble des omnipraticiens. Pour nous, le tirage au sort dans l'annuaire était plus fiable statistiquement... L'anonymat a permis un retour de réponses satisfaisant, comparable aux attentes et autres études du même type. C'est une force de ce travail.

Le questionnaire porte sur le dernier cas avéré de maladie d'Alzheimer pris en charge. L'avantage est de ne cibler que les malades, rétrospectivement. La prise en charge n'a pas été biaisée, au moment des consultations, sachant qu'une étude portait sur le sujet. Mais l'inconvénient est la difficulté à se rappeler du dernier cas, et à posséder toutes les données demandées... Globalement, sur les 114 réponses, la plupart ont tout de même complété correctement et entièrement le questionnaire. L'informatique est tout de même un allié, si le dossier est bien rempli...

Cependant, on peut toujours se demander si les médecins ayant répondu sont ceux qui connaissent les recommandations tandis que ceux qui ont gardé le questionnaire les connaissent moins... Le médecin était seul en cochant les réponses... A-t-il coché plus de bilans qu'il n'en a faits ?

Un des enseignements de l'étude est la méconnaissance de certains signes. Mais on ne peut conclure concernant le manque d'influence des perturbations de la vie quotidienne et/ou sociale sur le diagnostic. En effet, nous aurions dû poser une question spécifique sur la réalisation des IADL (ANNEXE 6). Ceux qui l'ont fait, comme l'étude DIADEM⁽²¹⁾ retrouvent un taux de passage de 32%.

Notre échantillon de médecins démontre que la répartition hommes (71.93%) - femmes (28.07%) semble comparable à la moyenne nationale (29.3% de femmes⁽²⁵⁾). La répartition par taille de commune d'exercice ne l'est pas. Il n'existe d'ailleurs pas de commune de plus de 50 000 habitants en Vendée. La moyenne d'âge des praticiens de notre échantillon n'est pas connue. Il nous est impossible de comparer à la moyenne nationale...

Nous avons préféré demander l'année de thèse, qui nous paraissait plus discriminante dans les études. En effet, on peut soutenir sa thèse depuis l'âge de 25 ans, jusqu'à très tard...

Alors, les études sont différentes pour 2 personnes du même âge, car effectuées à des années d'écart.

On ne peut donc généraliser les résultats de notre étude à la conduite diagnostique devant une maladie d'Alzheimer en France.

Un atout de notre travail était d'évaluer les critères propres au médecin influençant la conduite diagnostique devant une maladie d'Alzheimer.

Malheureusement, la faiblesse des effectifs des sous-groupes fut un handicap, qui nous a probablement empêchés de prouver des différences significatives. Une étude spécifique avec détermination des effectifs par sous-groupes avant l'étude aurait été préférable...

Pour ce qui est de la population de patients, notre échantillon retrouve 64.29% de femmes, contre 72.7% dans l'étude PAQUID. Pourquoi une telle différence ? Cela a-t-il influencé la prise en charge ? Nous aurions pu prendre davantage de renseignements sociaux sur le mode de vie. Cependant, l'objectif de l'étude était la prise en charge par les généralistes, et non l'épidémiologie de la maladie d'Alzheimer, ce qui est excellemment fait par d'autres études...

CONCLUSION

Notre travail confirme un **déficit de diagnostic** de la maladie d'Alzheimer en Vendée. Les raisons évoquées sont **l'absence de plainte** du patient, la plainte tardive des proches, le **manque de formation** du médecin.

Pour que le médecin traitant diagnostique plus tôt la maladie, il faut donc une plainte et une alerte plus précoces.

Les campagnes d'information grand public actuelles devraient amener plus de patients à signaler des symptômes à leur médecin.

La formation initiale devra insister sur les signes précoces, peut-être en trouvant des questions plus discriminantes sur les troubles, pour que l'omnipraticien sache différencier les plaintes mnésiques bénignes et suspectes, fréquentes en médecine générale.

Il faut aussi former le généraliste, pour qu'il recherche systématiquement des troubles mnésiques et les troubles moins connus (apathie), ou moins spécifiques (troubles psychiatriques d'apparition tardive). La création de nouveaux **centres de la mémoire**, de nouvelles consultations-mémoire et la consultation annuelle approfondie devraient les y aider. Les publications d'articles médicaux, les formations médicales continues et un aide mémoire sont des compléments intéressants à envisager.

Le but d'une formation est la connaissance des signes d'une maladie d'Alzheimer typique par les généralistes. Qu'ils prescrivent ainsi les premiers examens de débrouillage, adressent aux spécialistes pour le traitement les cas diagnostiqués, et pour bilan uniquement les cas moins typiques. Pas question de « submerger » les consultations-mémoire de tous les patients signalant une plainte mnésique... Le rôle du médecin de famille est bien réel, tout autant dans l'accompagnement du patient et de ses proches, dans le suivi des différentes thérapeutiques, médicamenteuses ou non, que dans le diagnostic, notamment précoce.

Par ailleurs, notre étude prouve qu'une fois le diagnostic de maladie d'Alzheimer suspecté, la **prise en charge diagnostique est conforme aux recommandations ANAES de 2000, sans influence de critères particuliers.**

Cependant, l'application des recommandations a un coût. Le rapport 2005 de la cour des comptes sur la sécurité sociale⁽⁴⁰⁾ pointe les excès de dépenses médicales en terme d'imagerie et de biologie. Paradoxe pour le médecin généraliste, tenaillé entre l'application des bonnes pratiques médicales et leur coût pour la société...

Ainsi, notre étude montre une prise en charge diagnostique de la maladie d'Alzheimer par les généralistes conformes aux recommandation, mais tardives dans l'évolution de la maladie...

Or, L'utilité du diagnostic précoce est désormais reconnue ^(41, 22), notamment pour la prise en charge en ALD, la préparation des familles et du patient. Cependant, les dernières études sur l'efficacité douteuse à long terme des traitements rend peut-être circonspects les généralistes... Donezepil, vitamine E^(42,43) et les balbutiements du vaccin ont causé du tort au diagnostic... On est encore loin de la prévention de la démence⁽⁴⁴⁾ ...

ANNEXE 1: Présentation de l'étude PAQUID

L'étude PAQUID (QUID sur les Personnes Agées), réalisée sous la direction du Professeur J.F. DARTIGUES et de Mme P. BARBERGER-GATEAU a pour objectif de décrire l'évolution du fonctionnement cérébral après 65 ans, le nombre de démences et en particulier la maladie d'Alzheimer, ainsi que leurs déterminants et leur évolution en terme de dépendance et d'entrée en institution.

C'est une cohorte de 4134 personnes âgées de 65 ans et plus vivant à domicile (au début de l'étude) tirée au sort en 1987 dans les départements de la Gironde, dont la distribution d'âge de la population est proche de celle de la France, et de la Dordogne, qui est le département dont l'âge moyen de la population est le plus élevé de France. Le très bon taux de participation (70%) permet l'extrapolation des résultats à la France entière.

L'étude PAQUID s'appuie sur une recherche active de cas: le recueil des données est effectué au domicile de la personne âgée par des psychologues spécifiquement formés. Les variables initialement recueillies sont les caractéristiques socio-démographiques, l'habitat, la vie sociale et familiale et l'état de santé. Ce dernier comprend les déficiences auditives ou visuelles, les douleurs, les médicaments consommés, les maladies associées, l'incapacité mesurée par l'échelle d'activité de la vie quotidienne (IADL) de Lawton (ANNEXE 6), le confinement, la dépression, les fonctions intellectuelles évaluées par le Mini Mental State (ANNEXE 3) et des tests psychométriques plus spécifiques. A l'issue de l'évaluation, le psychologue porte le diagnostic de suspicion clinique de démence; celui-ci est confirmé par un neurologue suite à un examen clinique, des examens biologiques et radiologiques.

Les personnes ayant accepté de participer à l'étude sont suivies depuis 1988 alternant visites au domicile à un, trois, cinq, huit et dix ans, et enquêtes postales ou téléphoniques avec les mêmes procédures qu'au bilan initial. Les événements enregistrés systématiquement sont le décès, l'entrée en institution, l'évolution de l'état fonctionnel et la détérioration des fonctions intellectuelles faisant craindre le début d'une démence. L'analyse des données a permis d'identifier les principaux déterminants de la maladie d'Alzheimer et d'ouvrir des portes sur la prévention. Cette étude permet en outre de décrire l'évolution de la maladie et de la perte d'autonomie de la personne âgée en suggérant des moyens simples de dépistage pour améliorer, organiser et coordonner l'aide.

Cette étude est toujours en cours, et les dernières données réactualisées de la cohorte sont les résultats à 10 ans⁽¹⁾.

ANNEXE 2: Les critères de définition de la maladie d'Alzheimer selon le NINCDS-ADRDA (National Institute of Neurological Disorders and Stroke et Alzheimer Disease and Related Disorders Association).

1-Critères de maladie d'Alzheimer probable:

- Syndrome démentiel établi sur des bases cliniques et documenté par des épreuves neuropsychologiques
- Déficits 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

- *Ce diagnostic de maladie d'Alzheimer probable est renforcé par:*

- La détérioration progressive des fonctions telles que le langage (aphasie), les habiletés motrices (apraxie), et perceptives (agnosie)
- La perturbation des activités de vie quotidienne et la présence de troubles du comportement
- Une histoire familiale de troubles similaires surtout 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 en imagerie cérébrale.

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

- Périodes de plateaux au cours de l'évolution
- Présence de symptômes tels que dépression, insomnie, incontinence, idées délirantes, illusions, hallucinations, réactions de catastrophes, 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
- Début avant 40 ans ou après 90 ans.

- *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 et
- crises convulsives ou troubles de la marche en tout début de maladie

2-Le diagnostic clinique de 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, et 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 considéré 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.

3- Les critères pour le diagnostic de maladie d'Alzheimer certaine sont

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

ANNEXE 3: Le Mini Mental State de Folstein

MINI MENTAL SCORE

Examen de Folstein sur l'état mental : Mini Mental State

Nom Prénom

âge

Date

A - ORIENTATION		Cote max	Cote sujet
1° - Quel est :	I M M J V S D l'année le mois le jour le jour de la semaine	5	
La saison : printemps ☐ été ☐ automne ☐ hiver ☐			
2° - Où sommes-nous ?	Région Pays Ville, village Lieu (hôpital, maison, etc.) Étage	5	
B - APPRENTISSAGE			
3° - Dire à haute voix UN des groupes de 3 mots suivants Prendre une seconde pour prononcer chaque mot. Demander de répéter les 3 mots choisis cigare, fleur, porte ou citron, clé, ballon ou chemise, bleu, honnête		3	
Donner 1 point pour chaque bonne réponse au premier essai. Répéter l'exercice jusqu'à ce que le sujet retienne les 3 mots. Compter le nombre d'essais et le noter ; pour information seulement.		Nombre d'essais	
C - ATTENTION et CALCUL (cocher l'un ou l'autre test)			
4° ☐ Faire la soustraction par intervalles de 7 à partir de 100 100-7 = () 93-7 = () 86-7 = () 79-7 = () 72-7 = () 65 Donner 1 point pour chaque bonne réponse. ou, si le maximum de point n'est pas obtenu ☐ Épeler le mot "MONDE" à l'envers. (EDNOM) : _____ Retenir la meilleure réponse. (écrire les lettres)		5	
D - RAPPEL - Rétention mnésique			
5° Répéter les trois mots déjà mentionnés cigare, fleur, porte ou citron, clé, ballon ou chemise, bleu, honnête		3	
E - LANGAGE			
6° - Montrer au sujet un crayon () une montre () et demander de nommer l'objet.		2	
7° - Répéter la phrase suivante : « Pas de MAIS, de SI, ni de ET »		1	
8° - Obéir à un ordre en 3 temps : « Prenez mon papier de la main droite, pliez-le en deux, jetez-le par terre » (Demander au sujet droitier de prendre de la main gauche et vice versa) (Poser la feuille à portée, ne pas la tendre à la main ; éviter les indices non verbaux)		3	
9° Lire et faire FERMEZ LES YEUX (voir feuille suivante)		1	
10° - Écrire une phrase (voir feuille suivante) Une phrase comprend au minimum un sujet, un verbe et un complément		1	
F - PRAXIES CONSTRUCTIVES			
11° - Copier le dessin  (voir feuille suivante)		1	
• Nombre d'années de scolarité : _____ Max = 30 • Niveau de conscience () vigilant () somnolent • Indiquer les conditions ayant pu influencer l'évaluation			Total

ANNEXE 4: Le test de l'horloge

Description

Le test de l'horloge est une épreuve visuo-graphique où la tâche du sujet consiste à dessiner une horloge avec la petite et la grande aiguille indiquant 5 heures moins le quart, à partir d'un cercle pré-dessiné. La production du sujet peut être ensuite évaluée selon un système quantitatif de cotation basé sur le degré de complétion du dessin.

Directives

Présentez la feuille de test au patient et dites : « vous avez devant vous le dessin d'une horloge ou d'un réveil. Nous avons placé le chiffre 12. Je vous demande de placer les autres chiffres autour de l'horloge en commençant par le chiffre 1. Ensuite, placez les aiguilles à 5 heures moins le quart ».

Laissez le patient effacer s'il le désire.

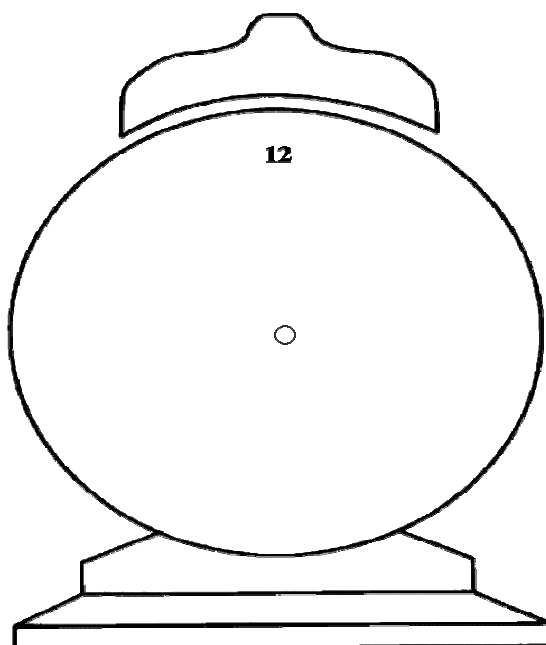
Si le sujet dessine plus que de deux aiguilles, demandez-lui d'indiquer celles qui correspondent le mieux à l'heure demandée « 16h45 ».

Une deuxième feuille de test est remis au sujet si le patient manifeste le désir de recommencer complètement le dessin. Si tel est le cas, vous devez alors tenir compte de ce deuxième dessin de l'horloge.

Si le patient dessine des lignes au lieu des chiffres, donnez-lui la deuxième feuille de test et répétez les instructions au complet, en insistant sur les directives suivantes : « Je vous demande de placer les autres chiffres autour de l'horloge en commençant par le chiffre 1 ».

Des difficultés à ce test mettent en évidence une apraxie visuelle et constructive, pouvant rentrer dans le cadre d'un syndrome démentiel de type Alzheimer. Les premières perturbations peuvent être :

- erreur de positionnement des chiffres sur le cadran
- confusion entre la petite et la grande aiguille
- erreur de position de la petite aiguille



ANNEXE 5: Le test des 5 mots de Dubois

Dubois B. L'épreuve des cinq mots. Fiche technique. Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie.
Année 1. Février 2001. p 40-42.

On explique au patient qu'il va faire un test de mémorisation et comment il va se dérouler. On lui présente une liste de 5 mots et on lui demande de les lire à haute voix et de les retenir. Ces 5 mots sont placés dans 5 catégories (les catégories ne sont pas présentées).

- Animal : éléphant
- Fleur : rose
- Vêtement : chemise
- Fruit : abricot
- Instrument de musique : violon

RAPPEL IMMEDIAT DE COMPREHENSION

Ensuite, immédiatement et avec la liste devant lui, on demande au patient le nom du fruit, animal, etc... (rappel indicé) pour s'assurer de la compréhension des mots et des catégories.

RAPPEL IMMEDIAT DE L'ENCODAGE

Ensuite, immédiatement mais en masquant la liste de redonner les mots sans fournir la catégorie (rappel libre) puis en donnant la catégorie (rappel indicé) Cela nécessite donc 10 réponses. Chaque bonne réponse donne un point et le score est le **Total 1** (par exemple 8 pour 2 erreurs) En cas d'erreur la liste est remontrée au patient, puis cachée à nouveau pour refaire l'épreuve notée sur 10. Ces deux opérations sont faites jusqu'à ce que le patient atteigne le score 10/10

EPREUVE ATTENTIONNELLE INTERCURENTE

Ensuite on fait effectuer au patient une tâche interférente comme compter de 20 à 0 de 2 en 2 ou toute autre activité comme la vérification de ses capacités temporo-spatiales (date, lieu, etc...).

RAPPEL DIFFERE

On lui demande ensuite de donner les 5 mots (rappel libre) et éventuellement en cas de difficulté par catégorie (rappel indicé). Le score obtenu est le **Total 2** (1 point par bonne réponse soit un maximum de 10)

RESULTATS

Rappel immédiat libre + rappel immédiat indicé = "**Total 1**". Rappel différé libre + rappel différé indicé = « **Total 2** ». « **Total1+ Total2** »=**Somme S**. Cette somme **S** des rappels doit être normalement au-dessus de 16. Il existe un trouble de la mémoire dès qu'un mot a été oublié. L'indication permet de différencier un trouble mnésique d'un trouble de l'attention lié à l'âge ou à l'anxiété, dépression, etc...

ANNEXE 6: Echelle d'activités instrumentales de la vie courante (IADL) de Lawton

Le retentissement des troubles cognitifs sur les activités de la vie quotidienne doit être apprécié. Il peut être évalué à l'aide de l'échelle des activités instrumentales de la vie quotidienne (IADL, Instrumental Activities of Daily Living). L'échelle simplifiée comportant les 4 items les plus sensibles (utilisation du téléphone, utilisation des transports, prise des médicaments, gestion des finances) peut être utilisée.

A) capacités à utiliser le téléphone

1. il se sert du téléphone sur sa propre initiative, cherche et compose les numéros
2. il compose un petit nombre de numéros bien connus
3. il répond au téléphone mais n'appelle pas
4. il est incapable d'utiliser le téléphone

B) faire les courses

1. il fait toutes ses courses de façon indépendante
2. il fait seulement les petits achats tout seul
3. il a besoin d'être accompagné, quelque soit la course
4. il est totalement incapable de faire les courses

C) préparation des repas

1. il prévoit, prépare et sert ses repas de façon indépendante
2. il les prépare si on lui fournit le ingrédients
3. il est capable de réchauffer les petits plats préparés
4. il a besoin qu'on lui prépare et lui serve ses repas

D) entretien de la maison

1. il entretient seul la maison avec une aide occasionnelle, par ex. pour les gros travaux
2. il ne fait que les petits travaux d'entretien quotidiens
3. il fait les petits travaux, mais sans parvenir à garder un niveau de propreté suffisant
4. il a besoin d'aide pour toutes les tâches d'entretien de la maison
5. il ne peut participer du tout à l'entretien de la maison

E) lessive

1. il fait toute sa lessive personnelle ou la porte lui même au pressing
2. il lave les petites affaires
3. toute la lessive doit être faite par d'autres

F) moyens de transport

1. il peut voyager seul et de façon indépendante
2. il peut se déplacer seul en taxi ou par autobus
3. il peut prendre les transports en commun s'il est accompagné
4. le transport est limité au taxi ou à la voiture en étant accompagné
5. il ne se déplace pas du tout

G) responsabilité pour la prise des médicaments

1. il s'occupe lui même de la prise: dosage et horaire
2. il peut les prendre de lui même, s'ils sont préparés et dosés à l'avance
3. il est incapable de les prendre de lui même

H) capacités à gérer son budget

1. il est totalement autonome (gérer le budget, faire des chèques, factures...)
2. il se débrouille pour les dépenses au jour le jour, mais a besoin d'aide pour gérer son budget à long terme
3. il est incapable de gérer l'argent nécessaire à payer ses dépenses au jour le jour

ANNEXE 7: le test de fluence verbale

On distingue la fluence verbale catégorielle et la fluence verbale alphabétique.

Fluence verbale catégorielle

Le patient est invité à dire, évoquer tous les noms d'animaux qu'il connaît.

Précisez lui bien qu'il peut s'agir "d'animaux domestiques ou sauvages, vivant sur terre, dans l'air, dans l'eau".

L'examineur, après s'être assuré que la consigne a bien été comprise, propose pour démarrer le mot "chien".

La durée de l'épreuve est de une minute. Le score est le nombre de noms d'animaux évoqués; les noms répétés ne comptent qu'une fois.

Une fluence verbale inférieure à 15 pour les noms d'animaux est suspecte.

Enlever 1 point pour tout nom n'appartenant pas à la catégorie animaux.

Fluence verbale alphabétique

Demander au patient de dire tous les mots communs débutant par une lettre donnée.

La durée de l'épreuve est de une minute.

Exemple lettre F : Fleur, Fruit, Farine...

Une fluence verbale inférieure à 10 pour les mots commençant par une lettre courante, est suspecte.

Une diminution de la fluence verbale témoigne d'un manque du mot, correspondant à des troubles phasiques pouvant s'intégrer dans le cadre d'une démence type Alzheimer.

La fluence verbale alphabétique est plus précocement atteinte que la fluence catégorielle.

ANNEXE 8: le test MINICOG

En fait, MINICOG associe le test des 3 mots du MMS (rappel de “citron – clé – ballon“ immédiat et différé, annexe 3) et le test de l'horloge (annexe 4). Le temps de réalisation d'environ 5 minutes est court. Ce test n'est pas validé dans le dépistage de démences, ni dans le diagnostic.

ANNEXE 9: Exemple du questionnaire adressé aux médecins généralistes

Chère consoeur , cher confrère,

Dans le cadre de ma thèse de médecine générale intitulée «**Evaluation de la prise en charge diagnostique de la maladie d'Alzheimer(MA) par les médecins généralistes en Vendée** », je vous adresse ci-joint un questionnaire anonyme,(les premières questions sont destinées à l'analyse statistique).

Pourriez-vous prendre quelques minutes pour le compléter, à l'aide de votre dernier dossier de patient pour lequel a été diagnostiquée de manière certaine une maladie d'Alzheimer (MA)

Merci de m'expédier ce questionnaire par retour de courrier, dans l'enveloppe affranchie jointe, **AVANT LE 15 JUIN 2005**

Merci beaucoup de votre aide.

Teddy BOURDET

Tout d'abord, concernant votre exercice médical :

1) Nombre d'habitants de votre commune d'exercice (environ) :

2) Année d'obtention de votre thèse :

3) Vous êtes : ☐ un homme ☐ une femme

4) Avez-vous obtenu un des diplômes suivants ?

☐ Capacité de gériatrie ☐ DU Gériatrie ☐ DES

5) Comment avez-vous acquis des connaissances sur la Maladie d'Alzheimer ? :

- ☐ Enseignements à la faculté
- ☐ Lectures d'articles médicaux
- ☐ FMC
- ☐ Groupes de pairs
- ☐ Autres :

8) Avez vous effectué un stage dans un service de neurologie et/ou de gériatrie ?

☐ Oui ☐ Non

9) *L'enseignement sur la maladie d'Alzheimer pendant vos études était :*

☐ Excellent ☐ Très satisfaisant ☐ Satisfaisant

☐ Peu satisfaisant ☐ Pas satisfaisant du tout

A propos du (de la) dernier(e) de vos patient(e)s pour lequel a été diagnostiquée de manière certaine une maladie d'Alzheimer:

1) **C'était quand ?**

☐ Avril 05 ☐ Mars 05 ☐ Fév 05 ☐ Jan 05 ☐ Déc 04 ☐ Avant Dec 04

2) **Ce patient était:** ☐ un homme ☐ une femme

3) **Quel âge avait-il au moment du diagnostic ?**ans

4) **Avez-vous eu besoin de plus d'une consultation pour faire le diagnostic ?**

Oui => Combien (environ) :.... Non

Lors de la première consultation

1) **Le patient était-il seul ou accompagné ?** ☐ seul ☐ accompagné ☐ ne sait plus

2) **Par qui était formulée la plainte ?**

☐ patient ☐ conjoint ☐ entourage ☐ ne sait plus

3) **Quelle était la plainte (motif de consultation) ?**

- ☐ troubles de l'humeur, anxiété
- ☐ troubles du comportement
- ☐ troubles mnésiques
- ☐ perturbation des activités de la vie quotidienne
- ☐ désorientation (temps ou espace)
- ☐ problème(s) somatique(s)
- ☐ autre :
- ☐ ne sait plus

4) **De combien de temps (en mois) dataient les premiers symptômes ou plaintes** :.....mois

5) **Parmi les éléments suivants, le(s)quels a (ont) contribué au diagnostic de MA? :**

- | | |
|--|--|
| - Troubles de mémoire | ☐ beaucoup ☐ un peu ☐ pas du tout |
| - Troubles du comportement
(Repli sur soi, fugue, apathie, agressivité...) | ☐ beaucoup ☐ un peu ☐ pas du tout |
| - Troubles psychiatriques d'apparition tardive
(humeur, anxiété, hallucinations...) | ☐ beaucoup ☐ un peu ☐ pas du tout |
| - Installation progressive des troubles | ☐ beaucoup ☐ un peu ☐ pas du tout |
| - La perturbations de la vie sociale ou quotidienne | ☐ beaucoup ☐ un peu ☐ pas du tout |
| - Autre ... | |

Lors de la première consultation ou des suivantes :

1) **Vous êtes-vous aidé de tests neuro-psychologiques?** ☐ oui ☐ non

Si oui le(s)quel(s) :

- Mini Mental Status Examination (MMSE) ☐ oui ☐ non ☐ ne connaît pas le test

(si oui, **score** la première fois :) : /30

- Horloge ☐ oui ☐ non ☐ ne connaît pas le test

- Autres :

2) **Avez-vous prescrit un bilan biologique ?** ☐ oui ☐ non

Si oui, cocher ce que vous avez prescrit :

☐ NFS

☐ Calcémie

☐ Glycémie

☐ TSH

☐ Ionogramme

☐ Autre :

3) **Avez-vous prescrit une imagerie cérébrale ?** ☐ oui ☐ non

Si oui, laquelle : ☐ TDM ☐ IRM ☐ Autre :

4) **Avez-vous adressé votre patient à un confrère dans le cadre de votre prise en charge ?** ☐ oui ☐ non

Si oui, lequel :

☐ Neurologue

☐ Gériatre

☐ Centre mémoire

☐ Psychiatre

☐

Autre :

5) **Est-ce vous qui avez annoncé le diagnostic ?** ☐ oui ☐ non

Si oui, à qui l'avez vous annoncé : ☐ patient ☐ conjoint ☐ entourage

6) **Souhaiteriez-vous une aide au diagnostic de Maladie d'Alzheimer ?**

☐ oui

☐ non

Si oui, sous quelle forme ?

☐ FMC

☐ Publication

☐ Courrier

☐ Aide mémoire

☐ Autre :

BIBLIOGRAPHIE

1. RAMAROSON H, HELMER C, BARBEGER-GATEAU P, LETENNEUR L, DARTIGUES J.-F. Prévalence de la démence et de la maladie d'Alzheimer chez les personnes de 75 ans et plus:données réactualisées de la cohorte PAQUID.Rev Neurol (Paris) 2003;159(4):405-411.
2. GALLEZ Cécile, Députée. Rapport de l'office parlementaire d'évaluation des politiques de santé sur la prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées. 2005. <http://www.assemblee-nationale.fr/12/pdf/rap-off/i2454.pdf>
3. PARIEL-MADJLESSI Sylvie, BELMIN Joël. Repérage de la maladie d'Alzheimer en consultation de première ligne. La Revue de Gériatrie.2003 Avril, Suppl 28 :4 :A4-A6.
4. PANCRAZI MP, METAIS P. Diagnostic de démence de type Alzheimer chez un sujet âgé. La Revue de Gériatrie.2003, 28:8.673-682
5. Les généralistes ne s'intéresseraient guère à la maladie d'Alzheimer. Revue du praticien médecine générale. 2004, Juin. Tome 18 N°656/657.743
6. KNOPMAN David S. The initial recognition and diagnosis of dementia. Am J Med 1998 April; 104(4A).2S-12S
7. SAINT-JEAN, Olivier. Les médecins généralistes et le déclin cognitif des malades âgés. Revue de Gériatrie 2004;29(10):775
8. Recensement 1999 <http://www.insee.fr>
9. FOX NC, ROSSOR MN. Diagnosis of early Alzheimer's disease. Rev Neurol (Paris) 1999;155:4S,33-37.
10. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders.4th edition. DSM-IV. Washington DC: American Psychiatric Association;1994.
11. LECHOWSKI L, FORETTE B, TEILLET L. Démarche diagnostique devant un syndrome démentiel. La revue de médecine interne 2004;25:363-375.
12. DUBOIS B, ALBERT M. Amnestic MCI or prodromal Alzheimer's disease? The LANCET Neurology April 2004;Vol 3:246-248.
13. Corpus de Gériatrie / ALBAREDE J.-L... et al. Tome 1. Montmorency: 2M2 éditions, 2000. 185p.
14. PANCRAZI MP, METAIS P. Repérer les signes psychologiques et comportementaux de la démence d'Alzheimer. La revue du praticien - médecine générale 2004; 18: 899-902.
15. BENOIT M, ROBERT PH, STACCINI P, BROCKER P, GUERIN O, LECHOWSKI L, VELLAS B. One year longitudinal evaluation of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease. J Nutr Health Aging 2005;9(2):95-99.

16. ANAES. Recommandations pratiques pour le diagnostic de la maladie d'Alzheimer. Février 2000.
17. VOLPE-GILLOT L. Diagnostic précoce et rapide d'une démence. La revue du praticien – médecine générale 2005; 19:77-84.
18. FOLSTEIN MF, FOLSTEIN SE, Mc HUGH PR. Mini Mental State. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinicians. J Psychiatry Res 1975;12:189-198.
19. RIEDEL-HELLER SG, SCHORK A, FROMM N, ANGERMEYER MC. Dementia patients in practice : results of a survey. Z Gerontol Geriatr 2000 Aug;33(4):300-6.
20. STOPPE G, SANDHOLZER H, STAEDT J, WINTER S, KIEFER J, RUHTER E. Recognition of dementia and depression in primary care. European psychiatry 1996;vol 11 (suppl 4):269S
21. CANTEGREIL-KALLEN I, LIEBERHERR D, GARCIA A, CADILHAC M, RIGAUD AS, FLAHAULT A. La détection de la MA par le médecin généraliste: résultats d'une enquête préliminaire auprès des médecins du réseau Sentinelles. La revue de médecine interne 2004;25:548-555.
22. GIRARD JF, CANESTRI A. La maladie d'Alzheimer. Rapport Gouvernemental Girard. Septembre 2000. www.sante.gouv.fr/htm/actu/alzheimer/sommaire.htm
23. FAURE S, SARAZIN M, GIRTANNER C, GONTHIER R, LAURENT B, FLORIE S. Diagnostic et caractéristiques du suivi de la maladie d'Alzheimer: à propos d'une enquête sur trois mois auprès de médecins généralistes de la Loire. Revue de gériatrie 2004; 29(10):779-788.
24. CROISILE B, ROTHOF J. M. Plaintes de mémoire en médecine de ville: présentation et prise en charge. Revue de gériatrie 2004; 29(3):179-188.
25. SICARD D. Les médecins: estimations au 1^{er} janvier 2004. Démographie médicale. Document de travail de mars 2005 de la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques).
<http://www.sante.gouv.fr/drees/seriestat/seriestat78.htm>.
26. JORM AF, JOLLEY D. The incidence of dementia: a meta analysis. Neurology 1998; 51:728-733
27. BERR C. Epidémiologie de la maladie d'Alzheimer : chiffres clés et pistes de prévention. La Revue de Gériatrie 2003 Avril, Suppl 28 :4 :A1-A3.
28. RAMAROSON H, HELMER C, BARBEGER-GATEAU P, LETENNEUR L, DARTIGUES J.-F. Le programme de recherche PAQUID sur l'épidémiologie de la démence. Méthodes et résultats initiaux. Rev Neurol (Paris) 1991;147(3):225-230.

29. KURZ X, SCUVEE-MOREAU J, SALMON E, PEPIN J. La démence en Belgique : taux de prévalence chez les sujets âgés consultant en médecine générale. Rev Med Liège 2001;56:835-39.
30. DEROUESNE C, LACOMBLEZ L. La plainte mnésique: épidémiologie et démarche diagnostique. Presse médicale 2000;29(15):858-862.
31. HANNINEN T, REINIKAINEN KJ, HELKALA EL, KOIVISTO K, MYKKANEN L, LAAKSO M, PYORALA K, RIEKINNEN PJ. Subjective memory complaints and personality traits in normal elderly subjects. J Am Geriatr Soc 1994; 42(1):1-4.
32. KEMP NM, BRODATY H, POND D, LUSCOMBE G. Diagnosing dementia in primary care: the accuracy of informants reports. Alzheimer Dis Assoc Disord. 2002 Jul-Sep;16(3):171-176.
33. KIM Nina. Les freins au diagnostic précoce de la maladie d'Alzheimer en soins primaires. 1 vol. thèse d'exercice de médecine générale: Créteil: 2004.
34. VACHE Christophe. Place du médecin généraliste dans le diagnostic de la maladie d'Alzheimer : constats et perspectives à partir d'une enquête dans un échantillon de médecins des Ardennes. 1 vol. thèse d'exercice de médecine générale : Reims :2001.
35. PASQUIER F, LEBERT F, PETIT H. Organisation des centres de la mémoire et perspectives. Rev Neurol (Paris) 1999; 155:4S,83-92.
36. PARIEL-MADJLESSI S, LARCHER V, POUILLON M, BELMIN J. Diagnostic et évaluation cognitive de la maladie d'Alzheimer en consultation spécialisée. Revue de gériatrie 2003; 28;suppl. A:A7-A9.
37. ZIRNHELT Julien. L'annonce du diagnostic de maladie d'Alzheimer: revue de la littérature et étude de la pratique en Alsace en 2002. 1 vol. thèse d'exercice de médecine générale: Strasbourg1:2003.
38. SCHUSTER Caroline. Annonce du diagnostic de maladie d'Alzheimer: le point de vue des familles. 1 vol. Thèse d'exercice de médecine générale: Strasbourg: 2005.
39. POUILLON M, LARCHER V, PARIEL-MADJLESSI S, BELMIN J. Comment annoncer le diagnostic de la maladie d'Alzheimer aux patients et à leur entourage? Revue de gériatrie 2003; 28;suppl. A:A10-A13.
40. Rapport : La Sécurité sociale 2005. Synthèse. <http://www.ccomptes.fr>
41. BAZIN N, FREMONT P. Démence d'Alzheimer: le diagnostic précoce a-t-il un intérêt? Presse médicale 2000;29(15):871-875.
42. COURTNEY C. et al.(AD2000 collaborative group). Long-term donepezil treatment in 565 patients with Alzheimer's disease (AD2000): randomised double-blind trial. The Lancet 2004; 363:2105-2115.

43. PETERSEN RC, et al. Vitamin E and donezepil for the treatment of Mild Cognitive Impairment. N Engl J Med 2005; 352(23):2379-2388.
44. ALPEROVITCH A, SCHWARZINGER M, DUFOUIL C, DARTIGUES JF, RITCHIE K, TZOURIO C. Vers une prévention de la démence? Rev Neurol (Paris) 2004; 160:2:256-260.

Titre de Thèse: **Conduite diagnostique des médecins généralistes face la maladie d'Alzheimer.**

RESUME

Introduction : Le nombre de malades d'Alzheimer croît et le rôle des omnipraticiens dans la prise en charge diagnostique est important. Que font réellement les généralistes ? **Méthodes** : Enquête postale par questionnaire auprès d'un échantillon aléatoire de médecins généralistes en Vendée. **Résultats** : 122 réponses montrent que le malade d'Alzheimer consulte accompagné dans 77.88 % des cas. C'est de ce tiers qu'émane la plainte (78.76% des cas). Le généraliste pratique un test neuropsychologique dans 72.81% des cas. Bilan biologique, imagerie cérébrale, et avis spécialisé sont prescrits dans plus de 2/3 des cas. **Discussion** : Les recommandations françaises pour le diagnostic sont bien appliquées, n'empêchant pas un manque de diagnostic. D'autres facteurs interviennent...

MOTS-CLES

- Maladie d'Alzheimer
- Tests neuropsychologiques
- Médecin généraliste
- Min Mental State
- Plainte mnésique