

ANNEE 2017

N°

**EVALUATION DE L'ACTIVITE DE LA CONSULTATION MEMOIRE DE PROXIMITE
DE HAUTE COTE D'OR DE 2013 A 2016**

THESE

présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le

23 Mai 2017

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par Alexandre JOUINI

Né(e) le 20 décembre 1985

à Dijon (21)

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à la disposition de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur.

Ceci implique une obligation de citation et de référencement dans la rédaction de vos travaux.

D'autre part, toutes contrefaçons, plagiat, reproductions illicites encourt une poursuite pénale.

ANNEE 2017

N°

**EVALUATION DE L'ACTIVITE DE LA CONSULTATION MEMOIRE DE PROXIMITE
DE HAUTE COTE D'OR DE 2013 A 2016**

THESE

présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le

23 Mai 2017

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par Alexandre JOUINI

Né(e) le 20 décembre 1985

à Dijon (21)

Année Universitaire 2016-2017

au 1^{er} Janvier 2017

Doyen :

1^{er} Assesseur :

Assesseurs :

M. Frédéric HUET

M. Yves ARTUR

Mme Laurence DUVILLARD

M. Pablo ORTEGA-DEBALLON

M. Marc MAYNADIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

			Discipline
M.	Marc	BARDOU	Pharmacologie clinique
M.	Jean-Noël	BASTIE	Hématologie - transfusion
M.	Emmanuel	BAULOT	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Laurent	BEDENNE	Gastroentérologie et hépatologie
M.	Yannick	BEJOT	Neurologie
M.	Alain	BERNARD	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M.	Jean-François	BESANCENOT	Médecine interne
Mme	Christine	BINQUET	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	Bernard	BONIN	Psychiatrie d'adultes
M.	Philippe	BONNIAUD	Pneumologie
M.	Alain	BONNIN	Parasitologie et mycologie
M.	Bernard	BONNOTTE	Immunologie
M.	Olivier	BOUCHOT	Chirurgie cardiovasculaire et thoracique
M.	Belaid	BOUHEMAD	Anesthésiologie - réanimation chirurgicale
M.	Alexis	BOZORG-GRAYELI	ORL
M.	Alain	BRON	Ophtalmologie
M.	Laurent	BRONDEL	Physiologie
M.	François	BRUNOTTE	Biophysique et Médecine Nucléaire
M.	Patrick	CALLIER	Génétique
M.	Jean-Marie	CASILLAS-GIL	Médecine physique et réadaptation
Mme	Catherine	CHAMARD-NEUWIRTH	Bactériologie - virologie; hygiène hospitalière
M.	Pierre-Emmanuel	CHARLES	Réanimation
M.	Pascal	CHAVANET	Maladies infectieuses
M.	Nicolas	CHEYNEL	Anatomie
M.	Alexandre	COCHET	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Luc	CORMIER	Urologie
M.	Yves	COTTIN	Cardiologie
M.	Charles	COUTANT	Gynécologie-obstétrique
M.	Gilles	CREHANGE	Oncologie-radiothérapie
Mme	Catherine	CREUZOT-GARCHER	Ophtalmologie
M.	Frédéric	DALLE	Parasitologie et mycologie
M.	Serge	DOUVIER	Gynécologie-obstétrique
Mme	Laurence	DUVILLARD	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Laurence	FAIVRE-OLIVIER	Génétique médicale
Mme	Patricia	FAUQUE	Biologie et Médecine du Développement
Mme	Irène	FRANCOIS-PURSSELL	Médecine légale et droit de la santé
M.	Pierre	FUMOLEAU	Cancérologie
M.	François	GHIRINGHELLI	Cancérologie
M.	Claude	GIRARD	Anesthésiologie – réanimation chirurgicale
M.	Vincent	GREMEAUX	Médecine physique et réadaptation

M.	Frédéric	HUET	Pédiatrie
M.	Pierre	JOUANNY	Gériatrie
M.	Denis	KRAUSÉ	Radiologie et imagerie médicale
M.	Sylvain	LADOIRE	Histologie
M.	Gabriel	LAURENT	Cardiologie
M.	Côme	LEPAGE	Hépatogastroentérologie
M.	Romarc	LOFFROY	Radiologie et imagerie médicale
M.	Luc	LORGIS	Cardiologie
M.	Jean-François	MAILLEFERT	Rhumatologie
M.	Cyriaque Patrick	MANCKOUNDIA	Gériatrie
M.	Sylvain	MANFREDI	Hépatogastroentérologie
M.	Laurent	MARTIN	Anatomie et cytologie pathologiques
M.	David	MASSON	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Marc	MAYNADIE	Hématologie - transfusion
M.	Thibault	MOREAU	Neurologie
M.	Klaus Luc	MOURIER	Neurochirurgie
Mme	Christiane	MOUSSON	Néphrologie
M.	Paul	ORNETTI	Rhumatologie
M.	Pablo	ORTEGA-DEBALLON	Chirurgie Générale
M.	Jean-Michel	PETIT	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Lionel	PIROTH	Maladies infectieuses
Mme	Catherine	QUANTIN	Biostatistiques, informatique médicale
M.	Jean-Pierre	QUENOT	Réanimation
M.	Patrick	RAT	Chirurgie générale
M.	Jean-Michel	REBIBOU	Néphrologie
M.	Frédéric	RICOLFI	Radiologie et imagerie médicale
M.	Paul	SAGOT	Gynécologie-obstétrique
M.	Emmanuel	SAPIN	Chirurgie Infantile
M.	Henri-Jacques	SMOLIK	Médecine et santé au travail
M.	Éric	STEINMETZ	Chirurgie vasculaire
Mme	Christel	THAUVIN	Génétique
M.	Pierre	VABRES	Dermato-vénérologie
M.	Bruno	VERGÈS	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Narcisse	ZWETYENGA	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

PROFESSEURS ASSOCIES DES DISCIPLINES MEDICALES

M.	Bruno	MANGOLA	Urgences
----	-------	----------------	----------

PROFESSEURS EN SURNOMBRE

M.	Roger	BRENOT	(surnombre jusqu'au 31/08/2018)
M.	Philippe	CAMUS	(surnombre jusqu'au 31/08/2019)
Mme	Monique	DUMAS-MARION	(surnombre jusqu'au 31/08/2018)
M.	Maurice	GIROUD	(surnombre jusqu'au 21/08/2018)
M.	Pierre	TROUILLOUD	(surnombre du 05/02/2014 au 31/08/2017)

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES MEDICALES

			Discipline Universitaire
M.	Sylvain	AUDIA	Médecine interne
Mme	Shaliha	BECHOUA	Biologie et médecine du développement
Mme	Marie-Claude	BRINDISI	Nutrition
M.	Jean-Christophe	CHAUVET-GELINIER	Psychiatrie, psychologie médicale
			(Mobilité Novembre 2016 à 2017)
M.	Alexis	DE ROUGEMONT	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
M.	Hervé	DEVILLIERS	Médecine interne
M.	Olivier	FACY	Chirurgie générale
Mme	Ségoène	GAMBERT-NICOT	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Françoise	GOIRAND	Pharmacologie fondamentale
Mme	Agnès	JACQUIN	Physiologie
M.	Alain	LALANDE	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Louis	LEGRAND	Biostatistiques, informatique médicale
Mme	Stéphanie	LEMAIRE-EWING	Biochimie et biologie moléculaire
M	Maxime	SAMSON	Médecine interne
			(Mobilité Novembre 2016 à 2017)
M.	Benoit	TROJAK	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
M.	Paul-Mickaël	WALKER	Biophysique et médecine nucléaire

PROFESSEURS EMERITES

M.	Jean	CUISENIER	(01/09/2014 au 31/08/2017)
M.	Jean	FAIVRE	(01/09/2012 au 31/08/2018)
M.	Marc	FREYSZ	(01/09/2016 au 28/02/2017)
M	Philippe	GAMBERT	(01/09/2014 au 31/08/2017)
M.	Patrick	HILLON	(01/09/2016 au 31/08/2019)
M.	François	MARTIN	(01/09/2015 au 31/08/2018)
M.	Pierre	POTHIER	(01/09/2015 au 31/08/2018)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

M.	Jean-Noël	BEIS	Médecine Générale
----	-----------	-------------	-------------------

PROFESSEURS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Didier	CANNET	Médecine Générale
M.	Gilles	MOREL	Médecine Générale
M.	François	MORLON	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Clément	CHARRA	Médecine Générale
M.	Rémi	DURAND	Médecine Générale
M.	Arnaud	GOUGET	Médecine Générale
Mme	Anne	WALDNER-COMBERNOUX	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

M.	Didier	CARNET	Anglais
M.	Jean-Pierre	CHARPY	Anglais
Mme	Catherine	LEJEUNE	Pôle Epidémiologie
M.	Gaëtan	JEGO	Biologie Cellulaire

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mme	Marianne	ZELLER	Physiologie
-----	----------	---------------	-------------

PROFESSEURS AGREGES de L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE

Mme	Marceline	EVARD	Anglais
Mme	Lucie	MAILLARD	Anglais

PROFESSEURS CERTIFIES

Mme	Anaïs	CARNET	Anglais
M.	Philippe	DE LA GRANGE	Anglais
Mme	Virginie	ROUXEL	Anglais (Pharmacie)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme	Evelyne	KOHLI	Immunologie
M.	François	GIRODON	Sciences biologiques, fondamentales et cliniques

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

M.	Mathieu	BOULIN	Pharmacie clinique
M.	Philippe	FAGNONI	Pharmacie clinique
M.	Frédéric	LIRUSSI	Toxicologie
M.	Marc	SAUTOUR	Botanique et cryptogamie
M.	Antonin	SCHMITT	Pharmacologie

L'UFR des Sciences de Santé de Dijon, Circonscription Médecine, déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

COMPOSITION DU JURY

Président :	Monsieur le Professeur Pierre JOUANNY
Membres :	Monsieur le Professeur Bernard BONIN Monsieur le Professeur Associé François MORLON
Directeur de Thèse :	Monsieur le Docteur Imad SFEIR

A notre Maitre et Président de Thèse,

Monsieur le Professeur JOUANNY,

Pour nous faire l'honneur d'accepter la Présidence de ce jury de Thèse,
Pour avoir partagé vos connaissances et votre expérience,
Pour votre implication dans ce travail,
Veuillez ici trouver l'expression de nos remerciements sincères.

A nos Maitres et Juges,

Monsieur le Professeur Bernard BONIN,

Pour nous faire l'honneur d'accepter de juger cette thèse,
Veuillez recevoir l'expression de notre respectueuse considération.

Monsieur le Docteur François MORLON,

Pour nous faire l'honneur de siéger parmi les juges,
Pour avoir accepté avec amitié de juger cette thèse,
Pour avoir suivi mes pérégrinations tout au long de mon cursus,
Veuillez trouver ici ma plus profonde gratitude.

A notre Juge,

Monsieur le Docteur Imad SFEIR

Pour m'avoir fait l'honneur de diriger cette thèse,
Pour m'avoir accompagné depuis l'internat avec amitié en me mettant toujours dans les meilleures dispositions dans mon exercice.
Merci pour ta bienveillance à mon égard et ta disponibilité,
Avec toute ma reconnaissance.

A MA FAMILLE

Mathilde,

Pour la chance que j'ai de t'avoir rencontré et de partager ma vie avec toi,
En m'acceptant comme je suis, avec patience,
Sois convaincue que je souhaite de tout cœur réaliser tous tes vœux familiaux,
Ti Amo.

Maman,

Pour m'avoir transmis tes valeurs, ton ouverture d'esprit et ta vision d'un monde sans frontières,
Pour avoir participé à toutes mes passions loufoques (sérieusement, la danse folklorique ?),
Pour m'avoir donné la fibre du voyageur,
Je suis heureux d'avoir une maman comme toi.

Mamie Lucinda,

Gracias para todo, nunca olvidaré tal gentileza,
Desde la educación y los valores que me distes hasta la comida que me preparaste,
Pasando un gran parte de mi vida a tus lados,
Y para siempre recordarme de dónde vengo.

Papi,

Pour les moments passés avec toi à la pêche ou devant le foot,
Tu es parti trop tôt,
Cette thèse t'est dédiée,
Ainsi qu'à tous les immigrés et leurs descendants, d'Espagne et d'ailleurs.

José,

Pour m'avoir fait l'honneur d'être choisi comme parrain de ton fils,
Merci d'avoir été mon confident pendant tant d'années.

Thomas,

Mon cher cousin, 30 ans de vie commune avec beaucoup de hauts,
Je suis très heureux de pouvoir à nouveau te retrouver après ta parenthèse,
Je te soutiendrai dans tous tes choix de vie et dans la recherche de ta paix intérieure.

Ernest et Flo,

Merci pour votre modèle de réussite qui m'a toujours servi de repère.

Matthias, Josselin, Eva, Gaël, Hanaé, Ludivine,

Les supers cousins, pour les moments dingues passés ensemble,
Gros Big Up à la Famille Leiros, oui même toi, Chemise Caca.

Jean-Pierre et Béatrice,

Pour votre cœur sur la main, la confiance que vous m'avez accordé,
Pour vos conseils avisés qui nous rassurent à chaque étape,
Pour tout ce que j'ai pu apprendre en vous côtoyant,
Je suis très heureux de vous garder encore un peu plus près de moi,
Merci pour tout.

Mamie Monique et toute la Famille De Cuyper,

Pour m'avoir toujours accueilli comme un membre de la famille,
Pour me permettre de complexifier encore un peu plus mon métissage culturel,
Pour m'avoir fait connaître le roastbeef de Chez Picoche,
Je vous suis infiniment reconnaissant.

A MES AMIS,

Anthony,

Pour la stabilité et la sérénité que tu dégages,
Pour Marlène, ta pile exemplaire de pantalons et la ligne de natation du milieu,
Tu m'accompagnes et me rassures depuis tellement longtemps,
Je te kiffe.

Matthieu,

Pour la fierté de connaître un mec aussi brillant mais pourtant si accessible,
Pour m'avoir choisi comme témoin de mariage,
Pour ton analyse technique des sites spécialisés,
Merci de représenter ton pays au quotidien comme tu le fais. Viva Venezuela.
PS : si c'était à refaire, je te laisserais encore la moins moche...

Victor,

Depuis ces épisodes de sommeil paradoxal le jeudi à 18H jusqu'aux SMS du dimanche soir,
Pour nous faire comprendre à tous qu'on peut encore porter du S vers la trentaine et nous épater avec
ton régime chocos-Nesquick,
Tu nous as montré avec réussite que rien ne sert de courir,
La douiiiiiiiille

Jean,

Pour tous les matches de CL commencés à la 80^{ème}, en passant par les côtés,
Par chance, aucun bandana ne s'est opposé à notre amitié,
Longue vie à toi et ta déjà grande famille.

Maud,

Pour le soutien que tu as pu m'apporter dans les moments difficiles,
Pour ta souplesse quand j'embarque ta moitié je ne sais où,
Pour ta fille la plus cool du monde,
Merci de me réserver l'étage au-dessus de votre double garage (on ne se sait jamais), et de reconnaître
une bonne fois pour toutes que tu as galoché Mathieu au Colors.

Benji,

Pour avoir représenté la marque QuickSilver avec abnégation,
Pour ton soutien tous les mois d'aout (désolé de t'avoir abandonné si tôt),
Hâte que tu reviennes plus près de nous avec ta future petite famille.

Vivien,

Pour la meilleure colloc-camping de l'univers, la rangée de Xantia et Arsenal-Leeds.

Marzia,

Pour l'équilibre que tu apportes,
Moteub.

Laure,

Pour ta personnalité d'une gentillesse rare,
Pour m'avoir présenté Mathilde (et Rodgeur),
Je ne te remercierai jamais assez.

Karine,

Pour ton ouverture d'esprit, les discussions sans jugement,
Pour cet étonnant volume de dilution,
Merci d'être toujours là pour moi.

Emilie B,

Merci de ton accueil à l'UMAO, de ta joie de vivre en toute simplicité.

Lulu, Amandine, Sylvain et Pauline, Raph, Mélanie et PY, Cyril et Aurore, Fanny, Laurence, Camille,

Pour tous ces beaux moments partagés et ceux à venir !

Carine,

Pour prouver que les sentiments peuvent être multiples,
Pour ton humanisme et ton humour,
Pour ta relecture (la plus pertinente !),
C'est un bonheur de travailler avec toi au quotidien.

Ana,

Pour ta personnalité, ta franchise,
Pour être la seule à qui je peux parler de foot dans cet établissement,
Pour faire du Gai Soleil une terre d'accueil universelle,
Pour avoir les plus beaux enfants du monde,
Ta présence m'est indispensable.

Mélanie,

Pour ce que tu représentes, avec ton sourire communicatif et ta perpétuelle bonne humeur,
Pour tenter de parfumer le couloir et réussir le déblaiement de mon bureau à la va-vite,
Pour vouloir te mettre prochainement à la randonnée,
Tu as été ma plus grande aide dans la réalisation de ce travail,
Merci pour tout.

Marion H,

Pour avoir rendu des matins de stage plus faciles,
J'espère toujours pouvoir retravailler avec toi un jour.

Inès, Eléonore, Cécilia, Maud, Michèle, Marie-Béatrix, Emilie,

Je peux compter sur vous en toutes circonstances,
Merci de faire de ce couloir un havre de paix et de rire.

Caro, Mari, Hind, Hervé,

Pour toutes les bonnes tranches de rigolade et les week-ends dans l'Yonne,
Indissociables mais en même temps tellement différents,
Vive les Chouettes, la Franche-Comté, le quarantenaire, les barbec au feu de bois, les Vogue menthol,
Poltergay et Love Actually.

Christelle et Alex, Julien et Marie, JY et Lydie, Baptiste et Fanny, Marine, Lolita,

Les amis de Mathilde devenus les miens,
Hâte de partager d'autres soirées fléchettes et mariages à la table des Ex.

A TOUTES LES BELLES RENCONTRES PROFESSIONNELLES

Dr Dominique Garrot,

Pour votre confiance, nos échanges,
Pour m'avoir montré tellement de nouvelles facettes de la gériatrie,
Je vous exprime avec amitié mon profond respect.

**Mes compagnons de boulot, de fortune et d'infortune, Virginie, Florence, Thibaut, Ophélie,
Pauline K, Julien M, Marion L, Lucile, Caroline,**

Pour les bons moments passés ensemble.

Toute l'équipe de l'EHPAD du Val de Brenne, du SSR Arquebuse et de l'Hôpital de Jour,

Pour votre faculté à me supporter au quotidien.

**Dr Jean-Philippe Demizieux, Dr Gilles Pignet, Dr Pierre Verdreau, Dr Jean-Claude Mongouachon et
toute l'équipe de la MSP du Montbardois,**

Pour votre accueil et pour avoir permis une nouvelle expérience professionnelle.

**Dr Laurence Vaillard, Dr Emmanuel Mazen, Dr Isabelle Martin, Dr Sofia Da Silva, Dr Bernard
Notteghem, Dr Marie-Elia Gonon,**

Pour m'avoir transmis un peu de votre savoir et de votre expérience,
Pour vos conseils tout au long de ma formation.

SERMENT D'HIPPOCRATE

"Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque."

TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION	17
2. METHODE	18
2.1. Population	18
2.2. Recueil des données.....	18
2.3. Variables analysées	19
2.3.1. Caractéristiques sociodémographiques	19
2.3.2. Bilan à visée diagnostique	19
2.3.3. Diagnostics.....	20
2.3.4. Traitements	20
2.3.5. Interventions non médicamenteuses.....	20
2.3.6. Analyses statistiques	20
3. RESULTATS.....	21
3.1. Caractéristiques des patients	21
3.2. Répartition diagnostique.....	21
3.3. Scores de dépistage.....	22
3.4. Imagerie cérébrale et bilan neuropsychologique	23
3.5. Traitements	25
3.6. Interventions non médicamenteuses.....	26
4. DISCUSSION	28
5. CONCLUSION	36
6. BIBLIOGRAPHIE.....	38
7. ANNEXES.....	43

TABLE DES TABLEAUX

Tableau I : Etiologies des TNCM	21
Tableau II : Etiologies des « autres cas »	22
Tableau III : Moyennes des MMSE, Horloge/7 et 5Mots/20 en fonction du diagnostic stade.	23
Tableau IV : Etiologie stade et modalités de diagnostic ($p < 0,0001$)	24
Tableau V : Etiologie des TNCM et Imagerie	24
Tableau VI : Etiologie des TNCM et traitement spécifique ($p < 0,0001$)	25
Tableau VII : Imagerie, traitement spécifique et orientation selon le stade de MMSE	27
Tableau VIII : Etiologie stade, modalités de diagnostic et traitement spécifique ($p < 0,0001$)	43
Tableau IX : Récapitulatifs	44

LISTE DES SIGLES OU ABREVIATIONS

ADJ = Accueil de Jour

ADL = Activities of Daily Living

ALD = Affection Longue Durée

AMM = Autorisation de Mise sur le Marché

AMS = Atrophie Multi Systématisée

APA = Allocation Personnalisée d'Autonomie

ASALEE = Action de Santé Libérale En Equipe

BNA = Banque Nationale Alzheimer

BNP = Bilan Neuropsychologique

CHU = Centre Hospitalier Universitaire

CIMA = Corpus d'Information Maladie d'Alzheimer

CMP = Consultation Mémoire de Proximité

CMRR = Centre Mémoire de Ressources et de Recherche

DSM = Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders

DSM-IV-TR = Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders-IV-Text Revision

EHPAD = Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

ESA = Equipe Spécialisée Alzheimer

GIR = Groupe Iso Ressources

GRECO = Groupe de Réflexion sur les Evaluations Cognitives

HAS = Haute Autorité de Santé

HDJ = Hôpital de Jour

iAChE = inhibiteurs de l'Acétylcholinestérase

IADL = Instrumental Activities of Daily Living

INSEE = Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IRM = Imagerie par Résonance Magnétique MAIA = Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer

MA = Maladie d'Alzheimer

MCO = Médecine Chirurgie Obstétrique

MMSE = Mini-Mental State Examination

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

PAQUID = Personnes âgées Aquitaine ou QUID des personnes âgées

PCI = Plaintes Cognitives Isolées

SPCT = Symptômes Psychologiques et Comportementaux des Troubles neurocognitifs

SSIAD = Service de Soins Infirmier A Domicile

SSR = Soins de Suite et de Rééducation

TDM = Tomodensitométrie

TNC = Trouble Neurocognitif

TNCM = Trouble Neurocognitif Majeur

TNCm = Trouble Neurocognitif mineur

TTT = Traitement

1. INTRODUCTION

Le dépistage et la prise en charge précoce de la Maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées, du fait du vieillissement de la population et de leur constante augmentation (1), constituent un enjeu de santé publique majeur et une réelle préoccupation des pouvoirs publics. D'un point de vue épidémiologique, elles concernent 1,2% de la population, mais ce chiffre devrait atteindre 2,4% en 2050, soit presque deux millions de Français (2). Malgré une prévalence de 17,8% chez les plus de 75 ans (3), uniquement un cas sur deux est diagnostiqué, voire un sur trois aux stades précoces de ces maladies (4).

De l'apport de la génétique au repérage à la phase prodromale, la maladie d'Alzheimer, pourtant décrite depuis un siècle, a vu sa prise en charge opérer une révolution à l'orée des années 2000, notamment dans la manière d'appréhender ses troubles (5). En France, son diagnostic et sa prise en charge reposent sur les recommandations de bonne pratique de la HAS (6), qui utilisait en 2011 les critères du DSM-IV-TR (7) et ceux de la NINCDS-ADRDA (8). Les « maladies apparentées », qui représentent environ 20% des maladies de mémoire (9), sont également concernées par ce guide. Cet ensemble a vu récemment sa classification profondément modifiée dans le DSM-V (10), paru en 2013, avec la disparition de la catégorie « syndrome démentiel », connotée trop péjorativement. La notion catégorielle unique de Trouble neurocognitif (TNC) est apparue, déclinée selon le stade de la maladie : Délirium (syndrome confusionnel), TNC Majeur (qui remplace le syndrome démentiel proprement dit), TNC mineur (« Ex-Mild Cognitive Impairment »), et TNC non spécifié. L'approche est plus précise en fonction de son stade, de la dominante syndromique et de son étiologie (11). Le caractère probable ou possible est de plus spécifié pour certaines étiologies de TNCM.

De ce postulat a découlé, depuis 2001, une mobilisation nationale, avec la rédaction de trois plans Alzheimer successifs (12–14), puis d'un plan « maladies neurodégénératives » proposé par le dernier gouvernement (15). Les deux premiers plans Alzheimer ont structuré l'offre de soins dans le champ du diagnostic, en créant des structures de proximité, les Consultations Mémoire de Proximité (CMP), associés à des centres d'expertise, les Centres Mémoire de Ressources et de Recherche (CMRR). Le plan Alzheimer 2008-2012 a renforcé cette réflexion globale sur la prise en charge de la maladie par un élargissement des consultations sur le territoire, notamment libérales et par une volonté de coordination. Le médecin traitant y est systématiquement associé, et de nouveaux dispositifs ont été créés, comme les Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer (MAIA) et la Banque Nationale Alzheimer (BNA). La BNA est un système de recueil des données épidémiologiques, standardisé et anonyme, qui permet une comparaison des pratiques entre les centres et une vision générale de l'activité des soignants (16). Dans le même temps ont été rédigés des guides de bonne pratique, par les CMRR (17) et la Haute Autorité de Santé (HAS)(6), guidant les praticiens dans leur prise en charge à tous les stades de la maladie. Celle-ci est complexe et répond à un triple défi médical, social et de recherche scientifique (5).

Ces CMP sont des structures pluri professionnelles, associant médecins (gériatres, neurologues ou psychiatres), neuropsychologues et secrétaires, organisées dans le but d'améliorer le diagnostic et la prise en charge des patients, dans un souci de proximité des soins. Le diagnostic précoce et les conditions de son annonce (18) doivent être accompagnés d'un engagement éthique de prise en charge, pour anticiper les difficultés à chaque étape de ces maladies à évolution constamment péjorative et améliorer l'accompagnement des patients, ainsi que soutenir leurs aidants. Elles sont également en première ligne dans l'évolution constante des techniques de diagnostic et de prise en charge des maladies de mémoire.

Dans ce cadre, le Ministère de la Santé a édité un cahier des charges des consultations mémoire (19) précisant ses missions, dont l'affirmation du trouble mnésique, le diagnostic de la pathologie, la prescription de traitements médicamenteux spécifiques et de mesures non médicamenteuses. La lutte contre la prescription de psychotropes et la coordination gérontologique (médecine de ville, MAIA) font partie de ses critères de labellisation. Elles doivent également, dans une volonté de dynamisation, permettre l'inclusion de patients dans des protocoles de recherche clinique, en lien avec le CMRR. Depuis 2009, ces consultations labellisées transmettent aussi leurs données à la BNA, permettant la centralisation épidémiologique. Le choix des examens à réaliser est lui laissé à l'appréciation des médecins en fonction du contexte clinique.

La CMP de Haute Côte d'Or, ouverte en 2007, est une entité propre labellisée CMRR, qui s'est progressivement structurée autour de cinq sites (Alise-Sainte-Reine, Châtillon-sur-Seine, Montbard, Saulieu et Semur-en-Auxois), touchant une zone géographique vaste de 3596 km² et un bassin de population de 60699 habitants, dont 13,2% ont plus de 75 ans (20). Elle possède une file active de 300 patients dont environ 150 primo-consultants par an. Le CMRR le plus proche se situe au CHU de Dijon.

L'objectif de ce travail, en se basant sur les missions des CMP, était de faire le bilan d'activité de la CMP de Haute Côte d'Or de 2013 à 2016 en précisant le profil sociodémographique, diagnostique et thérapeutique des primo-consultants et le panel des ressources médicamenteuses et non médicamenteuses leur ayant été proposé.

2. METHODE

2.1. Population

Ce travail a sélectionné de manière rétrospective, du 1^{er} janvier 2013 au 31 décembre 2016, les patients consultant pour la première fois dans l'un des cinq sites de la CMP de Haute Côte d'Or, tout âge et sexe confondus et n'ayant jamais eu de diagnostic de maladie de mémoire. Les patients consultent de préférence accompagnés, souvent de leur conjoint ou d'un parent au premier degré, permettant la vérification des données. Ils ont accès à une imagerie par tomodensitométrie dans les 50 km et par résonance magnétique dans les 70 km autour de leur habitation. Les bilans neuropsychologiques se déroulent sur les sites de Châtillon-sur-Seine, Montbard et Saulieu.

2.2. Recueil des données

Les données ont été recueillies par l'analyse des fiches « Corpus d'Information Maladie d'Alzheimer (CIMA) », mises en place dans la CMP de Haute Côte d'Or le 1^{er} janvier 2013. Ces fiches, remplies par les praticiens au cours des consultations, décrivent un nombre limité de données établi par consensus national (16). Ces données sont ensuite exportées vers la BNA. Neuf médecins hospitaliers, gériatres ou généralistes titulaires de la capacité de gérontologie, ont contribué aux consultations, associés à une neuropsychologue. En cas de données insuffisantes, les courriers médicaux de consultation ont été consultés.

Les données sont recueillies lors des deux consultations médicales dont bénéficie le patient dans son parcours de soins hospitalier : l'une initiale, l'autre d'annonce diagnostique. La consultation initiale permet un premier contact avec le patient, la saisie d'informations sur son mode de vie, son autonomie par l'échelle ADL-IADL (21), ses plaintes et la réalisation de tests de dépistage. Si nécessaire, la prescription d'une imagerie cérébrale, d'un bilan sanguin exhaustif et d'un bilan neuropsychologique est demandée. La seconde consultation permet la synthèse des données et l'annonce du diagnostic si les éléments le permettent, ainsi que, le cas échéant, la prescription médicamenteuse spécifique et

l'orientation vers une ressource non médicamenteuse. Un suivi est ensuite proposé au patient, au moins une fois par an, dont les éléments n'entrent pas dans cette étude.

2.3. Variables analysées

2.3.1. Caractéristiques sociodémographiques

L'âge, le sexe, le mode de vie, la présence d'une mesure de protection juridique et de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) ont été recueillis. Le niveau scolaire a été réparti en 3 groupes : bas niveau (absence de scolarité, primaire, certificat d'études primaire ou niveau équivalent), moyen niveau (collège, brevet, brevet d'études professionnelles, certificat d'aptitude professionnelle, lycée, baccalauréat), et haut niveau (études supérieures). La distance CMP-domicile a été exclue du fait du maillage serré géographique des sites de consultations, les patients habitant dans la totalité à moins de 50km d'un de ces sites.

2.3.2. Bilan à visée diagnostique

Selon la HAS, le choix des tests neuropsychologiques validés à effectuer dans le cadre d'une consultation mémoire est laissé à l'appréciation de chacun, que ce soit pour le dépistage ou pour le bilan neuropsychologique proprement dit (6). La procédure de tests standardisée effectuée par le médecin lors de la consultation initiale est la suivante : Mini-Mental State Examination (MMSE), Horloge, 5 Mots, fluence verbale.

Le MMSE de Folstein se présente comme un outil d'évaluation globale des fonctions cognitives. Côté sur 30 (note maximale), mondialement utilisé, du fait de sa rapidité et de sa bonne sensibilité (90%) et spécificité (80%), c'est un instrument de dépistage et d'évaluation de la sévérité d'un TNC (22). Il évalue l'orientation, l'apprentissage, l'attention, le calcul, le rappel, le langage et les praxies constructives (23). La version utilisée est celle du GRECO (24). En fonction du score du MMSE, l'intensité du trouble cognitif par stades a été établi : normal ($MMSE \geq 27$), léger ($20 \geq MMSE \geq 26$), modéré ($16 \geq MMSE \geq 20$), modérément sévère ($10 \geq MMSE \geq 15$), sévère ($MMSE \leq 9$). Le stade très sévère ($MMSE \leq 3$) a été inclus dans le stade sévère.

Le test de l'horloge est utilisé dans une version cotée sur 7. Chaque item rapporte un point : nombres présents, nombres dans le bon ordre, nombres en position correcte, deux aiguilles présentes, heure indiquée, nombre cible des minutes adapté et proportion correcte des aiguilles. Ce test est facile à réaliser, rapide et reproductible. Il permet de tester de nombreuses fonctions simultanément dont la mémoire, le langage ainsi que les fonctions exécutives, frontales (abstraction, concentration, persévération, attention) et visuo-spatiales. Sa sensibilité-spécificité est intéressante dans les troubles neurocognitifs (85%) (25). Sa bonne corrélation inter-évaluateur, son utilité même en cas de barrière de la langue, de scolarité minimale, voire pour convaincre l'aidant, en font un test universel de dépistage (26).

Le test des 5 Mots, étalonné dans la population générale (27), évalue la mémoire antérograde avec une pertinence pour le diagnostic de la maladie d'Alzheimer, et les TNCm à dominante amnésique (28). Il l'est également pour différencier les plaintes mnésiques (8) d'origine dépressive ou anxieuse d'un début de maladie d'Alzheimer (29). Le score total (somme du score d'apprentissage et du score de mémoire) est habituellement coté sur 10. En doublant la somme des rappels libres, nous avons souhaité que ceux-ci soient plus discriminants que le résultat avec indigage.

Nous n'avons pas retenu l'épreuve de fluence verbale sémantique, car elle ne figure pas dans les fiches CIMA. Celle-ci évalue l'intégrité du stock lexico-sémantique et les stratégies de recherche, les fonctions exécutives, la mémoire à court terme et l'attention.

Il a également été précisé si une imagerie cérébrale ou un bilan neuropsychologique avait été réalisé. En cas de réalisation d'une imagerie, son type a été spécifié : imagerie par résonnance magnétique ou tomodensitométrie. La mention « en attente » indique que l'imagerie a été prescrite lors de la consultation mais que son résultat ne nous est pas parvenu. Les bilans biologiques n'ont pas pu être inclus dans le recueil, par insuffisance de données.

2.3.3. Diagnostics

Le diagnostic a été établi selon les critères du DSM-V (10) et exprimé selon les recommandations 2016 de la BNA, en fonction du stade de la maladie : trouble neurocognitif majeur (TNCM), trouble neurocognitif mineur (TNCm), plainte cognitive isolée (PCI), autres cas. La dimension étiologique a ensuite été précisée pour les catégories TNCM et « autres cas ». La dominante syndromique n'a pas été prise en compte, faute de données interprétables. Ces diagnostics ont été établis à la suite de la deuxième consultation médicale, d'annonce. Lorsque le diagnostic n'a pu être établi mais que les troubles mnésiques sont réels, il est indiqué « en attente ». L'avis d'un médecin psychiatre a pu être demandé pour certains patients. Les diagnostics de pathologies psychiatriques ont été classés dans la catégorie « autres cas ».

2.3.4. Traitements

Il s'agissait du recensement, par classes thérapeutiques, des antidépresseurs, anxiolytiques, antihistaminiques, hypnotiques, neuroleptiques et thymorégulateurs présents au moment de la première consultation. Puis, après le diagnostic, nous avons recensé la prescription ou la modification de ces traitements et l'introduction de traitements spécifiques, les inhibiteurs de l'acétylcholinestérase (iAChE) (Donézépil, Galantamine, Rivastigmine) et l'anti glutamate (Mémantine).

2.3.5. Interventions non médicamenteuses

Dans ce recueil se trouvaient toutes les mesures non médicamenteuses proposées à l'issue de la consultation d'annonce. Nous avons recensé les demandes de mise sous protection juridique, de rééducation spécifique (orthophonie, hôpitaux de jour rééducation, Equipes Spécialisées Alzheimer) et l'orientation vers des structures d'accueil (Accueils de jour, Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes). Les demandes de prise en charge par la MAIA ont également été indiquées, ainsi que le recours au CMRR.

2.3.6. Analyses statistiques

Une analyse descriptive a été réalisée pour l'ensemble des variables recueillies à l'inclusion. Les variables quantitatives ont été décrites à l'aide de moyennes associées aux écarts types. Les variables qualitatives ont été décrites à l'aide de pourcentages. Nous avons ensuite réalisé une analyse inférentielle pour évaluer les déterminants du type de prise en charge en fonction des caractéristiques des patients. Le test de Student a été utilisé pour comparer les moyennes, les pourcentages ont été comparés avec le test du Khi². Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel StatView (Abacus Medical, Seattle, Washington).

3. RESULTATS

3.1. Caractéristiques des patients

L'exhaustivité du recueil des données sociodémographiques était de 100%. Au total, 539 patients ont été inclus dans l'étude. L'âge moyen était de $79,5 \pm 8,6$ ans, avec 30 patients de moins de 65 ans (5,6%). Le plus jeune consultant avait 42 ans, le plus âgé 98. La répartition selon le sexe était de 182 hommes (34%) et 356 femmes (66%). Concernant leur mode de vie, la plupart des patients habitaient à domicile (93,3%), principalement avec leur conjoint (50,3%), 39% seuls (19,5% de ces patients déclaraient toutefois avoir de la famille à côté) et 4,1% dans leur famille. Les patients ne vivant pas à domicile résidaient pour 5,2% en établissement médico-social et pour 1,5% en foyer logement ou famille d'accueil. Le niveau d'étude était principalement bas (67,3%), puis moyen (24,7%) et enfin haut (8%). Lors de la première consultation, une minorité (15,8%) bénéficiait de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA). Par ailleurs, 2% avaient une mesure de protection juridique (tutelle à 1,3% et curatelle à 0,7%).

Ils étaient adressés pour 63,5 % par leur médecin généraliste, puis par les services d'hospitalisation à 17,4%. Une consultation directe est autorisée et 11,1% des patients en ont bénéficié. Enfin, 2,4 % d'entre eux étaient adressés par les services sociaux, 2,4% également par les partenaires externes (MAIA, réseaux gérontologiques), 1,7% par les psychiatres et 1,5% par les médecins d'EHPAD. Le motif de consultation principal était la plainte mnésique, pour 80,9% des patients. Les motifs de consultations secondaires étaient les troubles du comportement (8%), la perte d'autonomie (5%), et l'aphasie (3,5%).

3.2. Répartition diagnostique

Concernant le diagnostic par stade de la maladie, les primo-consultants ont été diagnostiqués TNCM à 54,7%, TNCm à 11,5%, autres cas à 9,5%, plainte cognitive isolée à 9,5% et 16,9% restaient en attente de diagnostic. Les TNCM étaient significativement plus âgés (moyenne $81,2 \pm 7,2$) que les autres diagnostics, hormis les « En attente », a contrario, les PCI étaient les plus jeunes ($76,1 \pm 9,3$) ($p < 0,0001$). En spécifiant le diagnostic étiologique des TNCM ($n=295$), on retrouvait principalement 129 maladies d'Alzheimer (43,7%), 58 maladies cérébro-vasculaires (19,7%) et 91 maladies mixtes (30,8%) (Voir Tableau I).

Tableau I : Etiologies des TNCM

	N	%
Alcoolique	3	1,0
Alzheimer	129	43,7
Atrophie multi systématisée	1	0,3
Fronto-Temporale	2	0,7
Lewy	1	0,3
Mixte	91	30,8
Parkinsonienne	9	3,1
Syndrome de Cadasil	1	0,3
Vasculaire	58	19,7
Total	295	100

Le diagnostic étiologique des « Autres cas » (n=62) était dominé par des pathologies psychiatriques, dont 62,9 % d'épisodes dépressifs, 21% de trouble anxieux, 9,7% de psychoses et 1 bipolarité (1,6%) (Tableau II). D'une manière plus globale, ces pathologies représentaient 10,9% du total des consultants.

Tableau II : Etiologies des « autres cas »

	N	%
Episode dépressif	39	62,9
HPN	2	3,2
Ictus amnésique	1	1,6
Psychose	7	9,7
Trouble anxieux	13	21,0
Trouble bipolaire	1	1,6
Total	62	100

HPN = Hydrocéphalie à Pression Normale

Chez les patients jeunes (65 ans et moins) (n=24), 6 TNCM (25%) (3 vasculaires, 1 mixte, 1 Alzheimer, 1 alcoolique), 2 TNCm (8,3%), 4 autres cas (16,7%) (3 épisodes dépressifs, 1 trouble anxieux), 9 PCI (37,5%) et 3 « en attente » (12,5%) ont été retrouvés. En cas d'orientation directe (n=60), le diagnostic a été de 21 TNCM (35%), 12 autres cas (d'étiologie psychopathologique pour la totalité d'entre eux) (20%), 13 « en attente » (21,7%), 9 PCI (15%) et 5 TNCm (8,3%).

3.3. Scores de dépistage

Le MMSE a été testé sur 517 patients (95,9%), avec 22 manquants (4,1%), pour un MMSE moyen de $21,6 \pm 5,6$ [2-30]. Une répartition selon les stades a été effectuée, on retrouvait 21,3% de patients au stade normal, 42,3% au stade léger, 19,5% au stade modéré, 9,3% au stade modérément sévère, et 1,82% au stade sévère. La moyenne du MMSE des TNCM ($19,4 \pm 5,2$) était significativement plus basse que celle des « en attente » ($20,8 \pm 4,7$), des TNCm ($25,5 \pm 5,1$), des autres cas ($25,5 \pm 4,3$) et des plaintes cognitives isolées (PCI), celles-ci ayant nettement la moyenne des MMSE la plus haute ($27,9 \pm 2,2$).

Le test de l'horloge, coté sur 7, a été réalisé sur 505 patients (93,7%), avec 34 manquants (6,3%). L'horloge moyenne est de $3,7 \pm 2,9$ [0-7]. Les scores de l'horloge ont été comparés en fonction du diagnostic stade: le groupe TNCM et le groupe « en attente » possèdent la moyenne la plus faible ($3,0 \pm 2,8$), suivi du groupe « autre cas » ($5,0 \pm 2,8$). Les groupes TNCm et PCI ont respectivement une moyenne de $5,6 \pm 2,2$ et $6,4 \pm 1,2$. Un écart significatif moyen de 2,6 points est donc retrouvé entre les TNCM et les TNCm ($p < 0,0001$).

Le test des 5 mots coté sur 20 a été pratiqué sur 484 patients (89,8%), avec 55 manquants (10,2%). La moyenne tous patients confondus est de $14 \pm 4,8$ [0-20]. Les scores ont également été comparés en fonction du diagnostic stade et montrent des résultats similaires aux précédents tests : moyenne la plus faible pour les TNCM ($12,3 \pm 4,7$), suivi du groupe « en attente » ($13,6 \pm 4,4$). La moyenne des TNCm est de $16,4 \pm 3,4$, enfin les scores moyens des autres cas et des PCI sont, respectivement, $17,1 \pm 3,3$ et $18,2 \pm 2,6$.

Les résultats aux tests en fonction du diagnostic stade sont résumés dans le tableau III.

Tableau III : Moyennes des MMSE, Horloge/7 et 5Mots/20 en fonction du diagnostic stade.

MMSE/20

TNCM	$p < 0,0001$	$\left[\begin{array}{l} 19,4 \pm 5,2 \\ 20,8 \pm 4,7 \end{array} \right]$	$p = 0,0187$
En attente			
TNCm	$p < 0,0001$	$\left[\begin{array}{l} 25,6 \pm 5,1 \\ 25,5 \pm 4,3 \\ 27,9 \pm 2,2 \end{array} \right]$	NS
Autres Cas			$p = 0,0005$
PCI			

Horloge/7

TNCM	$p < 0,0001$	$\left[\begin{array}{l} 3,0 \pm 2,8 \\ 3,0 \pm 2,8 \end{array} \right]$	NS
En attente			$p < 0,0001$
TNCm	$p = 0,0168$	$\left[\begin{array}{l} 5,6 \pm 2,2 \\ 5,0 \pm 2,8 \\ 6,4 \pm 1,2 \end{array} \right]$	NS
Autres Cas			$p < 0,0001$
PCI			

5Mots/20

TNCM	$p < 0,0001$	$\left[\begin{array}{l} 12,3 \pm 4,7 \\ 13,6 \pm 4,4 \end{array} \right]$	$p = 0,0213$
En attente			$p = 0,0006$
TNCm	$p = 0,0065$	$\left[\begin{array}{l} 16,4 \pm 3,4 \\ 17,1 \pm 3,3 \\ 18,2 \pm 2,6 \end{array} \right]$	NS
Autres Cas			$p = 0,0759$
PCI			

NS = Non Significatif

3.4. Imagerie cérébrale et bilan neuropsychologique

Un bilan neuropsychologique a été réalisé pour 28,9% des consultants. En pourcentage, le groupe TNCm est majoritaire (47,5%), mais en valeur absolue, ce sont les TNCM qui en ont le plus bénéficié (106 patients) (Tableau IV).

Une imagerie cérébrale a été pratiquée pour 54,7% des patients. L'Imagerie par Résonance Magnétique (IRM) est l'examen le plus réalisé (39,9%), puis la tomodensitométrie (TDM) (14,8% des patients). Les patients sans imagerie représentaient 31% des cas, les 14,3 % restant étaient mentionnés « en attente ». Concernant le diagnostic par stade, les TNCM ont eu plus d'imagerie (82%) que les TNCm (67,5%) et les autres cas (41,9%) ($p < 0,0001$). Pour les diagnostics « en attente », 76,9% des imageries étaient en attente, contre seulement 7,7% réalisées. Aucune imagerie n'a été réalisée pour les plaintes cognitives isolées (Tableau IV).

Tableau IV : Etiologie stade et modalités de diagnostic (p<0,0001)

	TNCM (n=295)		TNCm (n=40)		En Attente (n=91)		PCI (n=51)		Autres Cas (n=62)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Bilan neuropsychologique	106	35,9	19	47,5	11	12,1	6	11,8	14	22,6
Imagerie										
Oui	242	82,0	27	67,5	7	7,7	0	0,0	26	41,9
IRM	179	60,7	19	47,5	3	3,3	0	0,0	14	22,6
TDM	60	20,3	5	12,5	4	4,4	0	0,0	11	17,7

En spécifiant avec la dimension diagnostic étiologique des TNCM (Tableau V), les patients diagnostiqués TCNM dû à une maladie d'Alzheimer ont bénéficié d'une imagerie pour 75,2% d'entre eux : 57,4% d'IRM, 17,8% de TDM, avec un examen en attente (p=0,2441). Pour les TCNM vasculaires, 93,1% d'imagerie pratiquée (65,5% d'IRM, 27,6% de TDM) et une en attente, tandis que pour les TCNM mixtes, nous retrouvons 83,5% d'imagerie pratiquée (65,9% d'IRM, 17,6% de TDM) et une en attente.

Tableau V : Etiologie des TNCM et Imagerie

	Oui		IRM		TDM		Non		En attente	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Alcoolique (n=3)	2	66,7	0	0,0	2	66,7	1	33,3	0	0,0
Alzheimer (n=129)	97	75,2	74	57,4	23	17,8	31	24,0	1	0,8
AMS (n=1)	1	100,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0
Cadasil (n=1)	1	100,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Fronto-temporale (n=2)	2	100,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Lewy (n=1)	1	100,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mixte (n=91)	76	83,5	60	65,9	16	17,6	14	15,4	1	1,1
Parkinsonienne (n=9)	5	55,6	3	33,3	2	44,4	4	44,4	0	0,0
Vasculaire (n=58)	54	93,1	38	65,5	16	27,6	3	5,2	1	1,7

AMS = Atrophie Multi-Systémique

IRM = Imagerie par Résonnance Magnétique ; TDM = Tomodensitométrie

En comparant avec les stades de MMSE, la réalisation d'une imagerie concerne 44,4% des patients du stade normal, 76,7% de ceux stade léger, 80,4% des patients du stade modéré, 70,6% de ceux du stade modérément sévère et 70,0% de ceux du stade sévère (p<0,0001) (Tableau VII).

3.5. Traitements

Aucun traitement spécifique n'a été introduit en dehors des TNCM, hormis une prescription de galantamine pour un patient « en attente » ($p < 0,0001$). Un traitement spécifique a été introduit pour les TNCM dû à la maladie d'Alzheimer ($n=129$) pour 54 patients (41,9%), principalement la rivastigmine (33 patients, 25,6%), le donézépil a été introduit pour 2 patients (1,5%), la galantamine pour 1 patient (0,8%), et la mémantine à 18 reprises (14%) ($p < 0,0001$). Pour les patients atteints de TNCM mixtes ($n=91$), introduction de traitement spécifique pour 34 d'entre eux (37,4%): 16 rivastigmine (17,6%), 3 donézépil (3,3%), et 15 mémantine (16,5%) ($p < 0,0001$). A noter une introduction de mémantine à 3 reprises et de rivastigmine à une reprise pour des patients vasculaires exclusifs (voir tableau VI).

Tableau VI : Etiologie des TNCM et traitement spécifique ($p < 0,0001$)

	Donézépil		Galantamine		Rivastigmine		Mémantine		Total TTT	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Alcoolique (n=3)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Alzheimer (n=129)	2	1,5	1	0,8	33	25,6	18	14,0	54	41,9
AMS (n=1)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Cadasil (n=1)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Lewy (n=1)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Fronto-Temporale (n=2)	0	0,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0
Mixte (n=91)	3	3,3	0	0,0	16	17,6	15	16,5	34	37,4
Parkinsonienne (n=9)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Vasculaire (n=58)	0	0,0	0	0,0	1	1,7	3	5,2	4	6,9

AMS=Atrophie Multi-Systématisée

TTT = Traitement

Ces traitements ont également été comparés selon les stades de MMSE ($p < 0,0001$). La rivastigmine est retrouvée 3 fois (2,6%) au stade normal ($n=117$), 27 fois (11,6%) au stade léger ($n=232$), 15 fois (14%) au stade modéré ($n=107$) et 6 fois (11,8%) au stade modérément sévère ($n=51$). Le donézépil a été prescrit 3 fois au stade léger, une fois au stade modéré et une fois au stade sévère. La galantamine n'est prescrite que deux fois, au stade léger. La mémantine est prescrite pour 8 patients du stade léger (3,4%), pour 17 patients du stade modéré (15,9%) et pour 7 patients du stade modérément sévère (13,7%) (Tableau VII). Aucune association de traitements spécifiques n'a été prescrite, quel que soit le stade ou l'étiologie.

Des traitements psychotropes préexistaient lors de la première consultation ($n=539$): un traitement antidépresseur pour 17,3% des patients, un traitement anxiolytique pour 12,6%, un traitement hypnotique pour 4,1%, un traitement neuroleptique pour 3,3%, un traitement antihistaminique pour 2,6% et un thymorégulateur pour 1,1% d'entre eux. Au total, 28,9% des patients avaient au moins l'une des molécules précédentes. A l'issue de la consultation d'annonce, 36 antidépresseurs (6,7%) ont été introduits, deux anxiolytiques (à demi-vie courte) (0,4%) et trois neuroleptiques (0,6%). De plus, 3 antidépresseurs ont été modifiés (0,6%). En prenant en compte le diagnostic stade, 92 patients du stade TNCM (31,2%) avaient au moins l'un de ces traitements ($p < 0,0001$). Sur le plan étiologique ($p < 0,0001$), chez les TNCM dû à la maladie d'Alzheimer ($n=129$), 37 patients étaient concernés par ces traitements (28,7%), répartis ainsi : 6 hypnotiques (4,7%), 2 antihistaminiques (1,6%), 3 neuroleptiques (2,3%), 25 antidépresseurs (19,4%), 16 anxiolytiques (12,4%) et un thymorégulateur (0,8%), avec 6

bithérapies, 4 trithérapies et une quadrithérapie. Concernant les TNCM mixtes, on retrouvait 3 hypnotiques (3,3%), 3 antihistaminiques (3,3%), 4 neuroleptiques (4,4%), 19 antidépresseurs (20,9%), 12 anxiolytiques (13,2%), 1 thymorégulateur (1,1%). On retrouve 9 bithérapies, 1 trithérapie et 1 quadrithérapie. Chez les patients TNCM vasculaires (n=58), on retrouvait 10 antidépresseurs (17,2%), 8 anxiolytiques (13,8%), 1 antihistaminique, 1 neuroleptique, et 1 hypnotique (1,7%) et 4 bithérapies. Les comparaisons avec les autres étiologies des TNCM n'avaient pas de valeur significative.

3.6. Interventions non médicamenteuses

L'équipe spécialisée Alzheimer a été sollicitée pour 89 patients (16,5%). Selon le stade du MMSE, ils ont été adressés principalement pour les stades léger (36 patients, 15,5%), modéré (32 patients, 29,9%), et modérément sévère (15 patients, 29,4%). Trois patients (2,6%) du stade normal ont été adressés à l'ESA et aucun patient du stade sévère.

Une demande de prise en charge en Hôpital De Jour (HDJ) rééducation a été faite pour 95 patients (17,6%). Il s'agissait de 93 patients adressés pour un HDJ « mémoire » et de 2 patients pour un HDJ « équilibre ». Le diagnostic stade comportait 72 TNCM, 12 TNCm, 4 PCI, 4 « en attente » et 3 « autres cas » ($p < 0,0001$). Selon le stade de MMSE, l'adressage s'est réparti comme tel : 15 patients du stade normal (12,8%), 70 du stade léger (30,1%), 8 du stade modéré (7,5%), 1 du stade modérément sévère (2%), aucun du stade sévère ($p < 0,0001$).

Un Accueil de jour a été proposé pour 71 patients (13,2%). En comparant selon les stades de MMSE, nous retrouvons une proposition d'ADJ pour 2 patients du stade normal, 12 du stade léger, 29 du stade modéré, 22 du stade modérément sévère, 3 du stade sévère et 3 manquants ($p < 0,0001$).

Une prescription d'orthophonie a été fournie pour 21 patients (3,9%) (18 TCNM, 2 autres cas, un PCI), 6 aux stades normal, léger et modéré de MMSE, 2 au stade modérément sévère, un manquant ($p = 0,5922$).

Une prise en charge par la MAIA dans les suites de la consultation a été demandée pour 1,5% des patients, une demande d'APA pour 1,9% et une demande de protection juridique pour 0,6%.

Un recours auprès du CMRR a été demandé pour 5 patients, dont 4 patients de moins de 65 ans. Il s'agissait de 2 TNCM dus à la maladie d'Alzheimer, de 2 TNCm et d'une hydrocéphalie à pression normale classée dans les « autres cas ». Un recours a également été proposé auprès d'un psychiatre pour 6 patients, et auprès d'une psychologue clinicienne pour 1 patient.

Concernant les dossiers d'institutionnalisation en EHPAD, ils ont été proposés à 15 patients (2,8%), majoritairement pour des personnes vivant seules (10) ($p = 0,0224$). En comparant avec le stade de MMSE ($p = 0,0287$), 10% des stades sévères sont concernés, 7,8% des stades modérément sévère, 2,8% des stades modérés, 0,9% des stades légers et 2,6 % des stades normaux. Des ateliers de stimulation cognitive ont été proposés pour les patients résidents déjà en établissement médicosocial (39,3% d'entre eux).

Tableau VII : Imagerie, traitement spécifique et orientation selon le stade de MMSE

	MMSE≥27 (n=117)		20≥MMSE≥26 (n=232)		16≥MMSE≥20 (n=107)		10≥MMSE≥15 (n=51)		MMSE≤9 (n=10)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<u>Imagerie (p<0,0001)</u>	52	44,4	178	76,7	86	80,4	37	70,6	7	70,0
<u>Traitement Spécifique (p<0,0001)</u>										
Total iAChE	3	2,6	32	13,8	16	14,9	6	11,8	1	10,0
Mémantine	0	0,0	8	3,4	17	15,9	7	13,7	0	0,0
Aucun	114	97,4	192	17,2	74	69,2	38	74,5	9	90,0
<u>Orientation</u>										
ESA (p<0,0001)	3	2,6	36	15,5	32	29,9	15	29,4	0	0,0
ADJ (p<0,0001)	2	1,7	12	5,2	29	27,1	22	43,1	3	30,0
HDJ (p<0,0001)	15	12,8	70	30,2	8	7,5	1	2,0	0	0,0
Orthophonie (p=0,59)	6	5,1	6	2,6	6	5,6	2	3,9	0	0,0
Inscription EHPAD (p=0,07)	3	2,6	2	0,9	3	2,8	4	7,8	1	10,0

iAChE = inhibiteurs de l'acétylcholinestérase

ESA = Equipe Spécialisée Alzheimer ; ADJ = Accueil de Jour ; HDJ = Hôpital de Jour ;

EHPAD = Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

4. DISCUSSION

Ce travail observationnel a permis de décrire et d'analyser les caractéristiques des patients consultant pour la première fois dans notre consultation mémoire. En effet, après plus d'une décennie de déploiement des structures de diagnostic et d'annonce des pathologies neurocognitives, les études sont peu nombreuses dans la littérature. Deux grandes études prospectives françaises réalisées sur les caractéristiques des primo-consultants, à Lille (30) et en Franche-Comté (5), étaient des travaux régionaux avec des inclusions bien supérieures en nombre ($n=12017$ et $n=71885$) sur 16 et 10 ans, incluant tous les types de consultations mémoire. Si la population n'était pas comparable avec notre travail, ces deux études prospectives montraient des similitudes : des diagnostics diversifiés, une place importante des diagnostics psychiatriques et un niveau scolaire faible pour l'une d'elle. Les deux concluaient sur une meilleure coordination des soins territoriale retrouvée au fur et à mesure du déploiement des plans Alzheimer successifs.

Les CMP fonctionnent de manière autonome, avec parfois une possibilité de ressources d'orientation et de prise en charge limitée du fait de leur position géographique, surtout en ce qui concerne les mesures non médicamenteuses. L'exportation des données épidémiologiques vers la BNA permet une synthèse annuelle, mais celle-ci doit être ensuite réinterprétée en fonction des particularités locales propres à chaque CMP: population urbaine ou rurale, spécialité des médecins consultants, suivi efficace. Nos résultats montraient que la prédominance était féminine (66%), conformément aux données de prévalence des TNC (31), et le niveau socio-éducatif plutôt bas, toutefois à pondérer, compte tenu de l'accès à la scolarité supérieure à cette époque.

Selon l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), notre bassin cible de population, correspondant au territoire de l'arrondissement de Montbard (3596km²), compte 60699 habitants. Il s'agit d'un secteur rural et ouvrier, d'une densité faible de 17 habitants/km² (moyenne française : 98,8) avec trois villes principales, Châtillon-sur-Seine, Montbard et Semur en Auxois. Parmi cette population, 12,3% ont 75 ans et plus et 50% des personnes âgées de plus de 80 ans déclarent vivre seuls (20). Cependant, il arrive fréquemment que des patients habitant la zone limitrophe du sud de l'Yonne consultent également.

L'estimation du nombre de patients atteints d'un TNC en Haute Côte d'Or pourrait permettre de connaître les besoins locaux. En extrapolant les données de la cohorte PAQUID (31), la prévalence chez les plus de 75 ans serait de 1328 personnes atteintes d'un TNCM sur le territoire. L'analyse de l'attribution de l'APA serait également une idée pour estimer leur nombre, mais ce critère était insuffisamment cité dans les actions des fiches CIMA pour être pris en compte dans cette étude (1,9% de demande d'APA), et il excluait de toute façon les patients des Groupes Iso Ressources (GIR) 5 et 6. Notre CMP a diagnostiqué 295 TNCM en 4 ans, ce qui correspond à 22,2% des besoins locaux estimés. Dans ce contexte épidémiologique, l'orientation vers la consultation est souvent proposée par les mêmes structures ou médecins. En conséquence, malgré un besoin réel, l'objectif de 150 nouveaux patients par an n'est pas totalement atteint (88% en 2013, 94% en 2014, 86% en 2015, 93% en 2016), avec une cinétique stagnante.

Se pose ainsi le problème de l'accès aux soins. L'objectif théorique qui prévoyait de fixer une CMP par bassin de 15000 personnes âgées de plus de 75 ans est atteint dans notre secteur (8000 patients cibles). Les sites de consultations initiaux réalisent pourtant un bon maillage territorial, mais les déplacements nécessitent l'utilisation de voitures personnelles (transports en commun très faibles), et la prise en charge par l'ALD 15 n'est pas possible à ce stade de la démarche diagnostique. Le nombre de patients de plus de 75 ans « vivant seuls » consultant (39%) est probablement trop faible, ceux-ci accédant difficilement aux soins (32). Dès lors, le repérage ou le dépistage à domicile de certains

patients serait intéressant, évitant les déplacements inutiles en cas de fausse alerte et accélérant le diagnostic, en réduisant les couts (33). Cette démarche est possible (médecins traitants, infirmières ASALEE) mais l'harmonisation au préalable des tests de dépistage est souhaitable.

Les patients habitant en établissement médico-social accèdent peu à la CMP (5,2%). La question de leur accès aux CMP, qui concerne également plus généralement les troubles sévères, peut être débattue : ils bénéficieraient d'un diagnostic et d'une initiation de traitement le cas échéant, mais moins de possibilités thérapeutiques non médicamenteuses, faut-il les exclure pour autant ? D'autant que le TNCM étant la principale cause d'institutionnalisation, ne pas les prendre en compte dans les échantillons de population revient à sous-estimer leur nombre.

La majorité des patients étaient adressés par leur médecin traitant (63,5%), en rapport avec les résultats des enquêtes déjà réalisées sur le territoire français (entre 40 et 90%) (34). Ce résultat est toutefois à pondérer car il s'agissait régulièrement des mêmes médecins traitants adresseurs. Il reste totalement compréhensible au vu de leur rôle fondamental dans le repérage et l'initiation du processus diagnostique des TNC et de la coordination du suivi, a fortiori dans les zones où la démographie médicale est faible. Si la majorité des médecins généralistes trouvent le diagnostic précoce utile (77%), les TNC semblent sous diagnostiqués en médecine générale (35), notamment à ces stades précoces. Un essai effectué à Paris montrait que la mise en place d'une procédure d'évaluation cognitive libérale en amont d'une consultation mémoire permettait de mieux orienter les patients nécessitant un bilan cognitif (34). Une autre étude concluait que les patients consultaient à un stade déjà avancé (modéré et modérément sévère), d'où découlait une nécessité de développer des outils de dépistage valides et applicables en médecine libérale (36). Malgré sa capacité à centraliser les informations, la tâche du médecin traitant est effectivement rude dans un système où le parcours de soins est multiple et complexe, et pas forcément toujours assimilé. Associer les médecins traitants en les sensibilisant et en leur faisant part des modifications thérapeutiques et du parcours de soins est une méthode préconisée (36). De plus, nous avons fait le choix, dans un rôle consultatif, de leur proposer d'effectuer eux-mêmes les modifications thérapeutiques (hors première prescription de traitements spécifiques), notamment pour les benzodiazépines et les hypnotiques, en sachant la difficulté qu'ils rencontrent parfois au moment de stopper ces traitements. Cette mesure est certes critiquable car certains traitements ou propositions sont oubliés, mais l'adhérence thérapeutique est meilleure quand le médecin traitant y participe. Il a été montré que l'implication du généraliste, marquée au début, diminuait au décours de la prise en charge des pathologies handicapantes et évolutives comme les TNC (37); le souhait est donc son recentrage dans le parcours de soins gériatrique.

L'autorisation de consultation directe (n=60) a montré son intérêt puisque 35% de ces patients ont été diagnostiqués TNCM et seulement 15% étaient catégorisés en PCI. La filière hospitalière a adressé 17,4%. Ces trois items cumulés représentent 92% du mode d'adressage des primo-consultants, la sensibilisation des autres acteurs de la filière de soins gériatrique permettrait donc d'optimiser le recrutement.

Le faible nombre de mesures de protection juridique est logique, car pris au début de leur maladie. Nous n'avons pas tenu compte des ALD 15 car cette mesure doit être systématique après un diagnostic de TNC et non indiquée dans nos fiches CIMA.

Le motif de consultation, à la liberté des médecins, a été pris en compte. Nous avons fait le choix de grouper les catégories « oublis » et « troubles de mémoire » en une seule, la plainte mnésique, représentant 80,9% des consultations. Son origine, tout âge confondu, fait débat dans la littérature, entre une origine de déclin cognitif et une origine « psychoaffective » (38). Celle-ci apparaît en tout

cas indépendante des performances aux tests de mémoire (39), elle diminue même dans les stades avancés de la maladie d'Alzheimer. La prévalence de la plainte est également liée à la manière dont l'interrogatoire est mené. Le test d'auto-évaluation de Mc Nair et Kahn permet d'évaluer l'anosognosie en le comparant au test d'hétéro-évaluation, mais ne permet pas la différenciation entre plainte banale et suspecte (38). Pourtant, dès les années 1960, une étude dans la littérature évoquait une réelle différence sémiologique entre la plainte bénigne et celle susceptible d'évoquer un trouble de mémoire (40). Malheureusement, dans notre étude, l'analyse de cet item a été peu pertinente car recueilli tel quel, sans en préciser les caractères sémiologiques. Son analyse serait toutefois intéressante pour le repérage précoce au stade TNCm et plus globalement devant la place que prennent les troubles de mémoire dans notre société, lors des consultations directes pour check up par exemple, et permettrait d'éviter des examens complémentaires inutiles.

Le diagnostic des TNC repose sur la triade tests de dépistage, imagerie et bilan neurocognitif. Nous avons voulu savoir quelle était la répartition de ces examens dans notre consultation. L'affirmation du TNC des primo consultants est bonne car ils ont bénéficié, dans leur grande majorité, de tests de dépistage pertinents, reconnus et étalonnés dans la littérature internationale : un MMSE pour 95,9%, une horloge pour 93,7% et le test des 5 Mots pour 89,8% d'entre eux.

Les résultats des tests sont cohérents entre eux. Le MMSE moyen ($21,6 \pm 5,6$), plutôt bas, est conforme avec les autres études de la littérature concernant les CMP gériatriques (5,30,41), malgré le faible nombre de patients des stades sévère (1,82%) et modérément sévère (9,3%). L'intégration dans la file active se fait donc principalement aux stades léger (42,3%), puis normal (21,3%) et enfin modéré (19,5%). Même si les patients sont adressés de plus en plus précocement, le recrutement doit s'accroître pour ces stades où la maladie s'installe insidieusement, permettant une prise en charge anticipée. Les patients du stade normal ont totalement leur place dans les CMP, car l'une de ses missions est le repérage des troubles mineurs pouvant évoluer vers un TNCm avéré. D'ailleurs, une étude sur une cohorte de 100 TNCm montrait des scores de MMSE similaires à la nôtre pour cette catégorie (42). L'horloge moyenne était de $3,7 \pm 2,9$, la moyenne des 5 Mots/20 de $14 \pm 4,8$. Les résultats mettent en évidence que pour les trois tests de dépistage, les résultats des groupes diagnostic stade se répartissaient de la même manière. De façon logique et attendue, les plaintes cognitives isolées avaient les meilleurs résultats, suivis du groupe « autres cas », puis des TNCm et enfin des TNCM. Le groupe « en attente » possédait des résultats significativement plus bas que le groupe TNCM, mais dans un profil de performance proche. Le groupe « autres cas » avait lui un profil globalement similaire au groupe TNCm. Ces patients « autres cas » possèdent toutefois une moyenne à l'horloge inférieure à celle des TNCm ($5,0 \pm 2,8$ contre $5,6 \pm 2,2$), car les TNCm à dominante amnésique peuvent y être performants. Ce test ne permet donc pas la différenciation de ces deux catégories dans notre étude et nécessite en complément un test plus pertinent comme les 5 Mots.

Les résultats ont montré que l'accès à l'imagerie cérébrale était facilité, surtout au niveau de l'accès à l'IRM, car plus de la moitié des patients en ont bénéficié (54,7%), avec 14,3% d'imagerie en attente. L'IRM, examen de référence (6), est à juste titre l'examen le plus réalisé. En spécifiant par stade, une imagerie a été réalisée sur 82% des patients du groupe TNCM, dont 60% d'IRM, moins sur les TNCm (67,5%). La comparaison avec les stades de MMSE montre que la réalisation d'imagerie est minimale au stade normal (44,4%), compte tenu de l'absence d'imagerie en cas de diagnostic PCI. En revanche, elle est logiquement maximale aux stades légers (76,7%) et modérés (80,4%). Elle diminue ensuite significativement à partir du stade modéré. L'utilité de la réalisation d'imagerie, conséquente, aux stades modérément sévère et sévère (respectivement 70,6% et 70,0%) est à discuter car le diagnostic est souvent facile à réaliser au cours des consultations et éviterait l'engorgement des cabinets de radiologie. Chez ces patients, à ces stades, le passage dans l'IRM est de plus source d'anxiété, une TDM

pourrait être une alternative plus rapide et plus supportable pour eux. On remarque que les étiologies vasculaires et mixtes paraissent bénéficier d'un grand pourcentage d'imagerie (93,1% et 83,5%). En réalité, c'est justement la réalisation de cette imagerie qui a permis de préciser le diagnostic.

Le bilan neuropsychologique, à visée diagnostique, a été effectué sur 28,9% des patients. Il a été utilisé pour 35,9% des patients du stade TNCM. Pertinent au stade TNCm, seulement 47,5% en ont bénéficié. L'intérêt d'une batterie commune de tests standardisés étalonnés, à l'image de la base de données RAPID de Franche-Comté (43), permettrait une meilleure comparaison.

Dans le champ diagnostique, les consultations mémoire accueillent des populations variées. Malgré une plainte mnésique peu spécifique, les résultats montrent que la consultation se justifie dans la grande majorité des cas puisque seulement 9,5% des patients présentaient un bilan cognitif normal (plainte cognitive isolée). Concernant la sévérité des pathologies, plus de la moitié des patients (54,7%) ont consulté à un stade de TNCM, ce qui reste trop tardif. La répartition diagnostique s'explique par une moyenne âgée de patients ($79,5 \pm 8,6$ ans), en rapport avec une prise en charge gériatrique des TNC, qui implique la prédominance des diagnostics de TNCM dû à la maladie d'Alzheimer, mixte et vasculaire, en comparaison avec les CMP « neurologiques » où les patients consultent plus jeunes. La symptomatologie des pathologies comme les maladies à corps de Lewy ou les TNC fronto-temporales (respectivement un et deux diagnostics en quatre ans), comme les troubles du langage ou du comportement, font qu'elles sont le plus souvent suivies par des psychiatres ou des neurologues (32).

Le diagnostic de TNC dû à la maladie d'Alzheimer est sans surprise la première étiologie, et représente 29,3 % du total des consultants et 43,7% des TNCM. Associé au TNCM « mixte », nous retrouvons des chiffres en rapport avec les données de prévalence (31). Le diagnostic de trouble neurocognitif « mixte », séparé dans ce travail, représentait 91 patients (30,8% des TNCM). Il sous-entend souvent une maladie d'Alzheimer avec une participation vasculaire. Ce diagnostic, non présent dans le guide de la HAS, est présent dans le DSM-V de manière peu spécifique sous l'intitulé « TCNM dû à de nombreuses étiologies ». Largement répandu, il repose souvent sur une imagerie associant une atrophie hippocampique et des lésions de leucoaraïose, mais qui peuvent être concomitantes dans les maladies d'Alzheimer (44). Il conviendrait en fait de savoir quelle est la contribution de chaque élément pour améliorer la pertinence diagnostique. Alors que les files actives des consultations mémoire de précédentes études montraient que les TNCM vasculaires étaient peu rencontrés (45), du fait d'une meilleure tolérance des troubles cognitifs pour le patient et ses proches, elle représente 19,7% des TNCM (58 patients), également en rapport avec les données de prévalence (31). Les autres étiologies de TNC sont retrouvées en nombre minimal (9 parkinsoniens, 2 fronto-temporales, un Lewy, un AMS, un syndrome de Cadasil).

Le TNCm représentant grosso modo la catégorie du MCI, le flou clinique entourant ses critères diagnostiques persiste (42). Dans tous les cas, une fois un TNCm repéré, il convient de lui proposer systématiquement un suivi.

Les diagnostics « en attente » (16,9% des patients) ont combiné le biais de perte de vue d'une part (dans sa grande majorité, comme l'atteste le taux d'imagerie également « en attente » dans cette catégorie), et l'incertitude diagnostique d'autre part. Il incombe en effet au patient et à ses proches d'effectuer les démarches diagnostiques. L'anosognosie, ou la peur de la maladie incurable, surtout à des stades prodromaux, sont des freins aux diagnostics et aux traitements. L'aidant principal ou le médecin traitant se heurtent à ce refus et il faut souvent attendre l'évolution de la maladie à des stades plus avancés pour que les patients soient pris en charge par d'autres structures que les CMP.

Conformément à la littérature (5), la place des diagnostics psychiatriques est majeure dans notre étude. D'autres travaux observationnels montraient que leur part était dépendante du lieu d'exercice

(46). Plus le centre mémoire est important, plus leur part s'accroît (47). Dans notre étude, environ 10% des primo-consultants souffraient d'une psychopathologie, principalement dépressive (7,2%) et anxieuse (2,4%), et 9 patients avaient été orientés par un psychiatre. Selon la classification de la BNA, ces pathologies ont été intégrées au diagnostic des « autres cas » (95,2% de ceux-ci). Cette catégorie s'est caractérisée par des scores de dépistage dans les limites de la normale (moyennes MMS, horloge et 5 Mots respectivement $25,5 \pm 4,3$, $5 \pm 2,8$ et $17,1 \pm 3,3$), se situant significativement entre le trouble mineur et la plainte cognitive isolée, et par des biais attentionnels en rapport avec leur trouble (48). Les patients étaient plus jeunes ($74,9 \pm 12,1$ ans) et n'ont bénéficié qu'à 22,6% d'un bilan neuropsychologique et qu'à 41% d'une imagerie. Les psychopathologies étant des facteurs de risque de survenue de TNC (49), avec une plainte mnésique réelle, le recours aux CMP se justifie, dans ce même rôle de repérage et de dépistage, mais nécessite de la part du praticien une formation sur ces troubles et un recours possible à un psychiatre, celui-ci ayant été probablement insuffisant (uniquement 1,1% des patients). Il convient également de suivre ces patients au long cours. Enfin, devant le pourcentage conséquent d'orientation pour troubles du comportement (43 patients, 8%), l'inventaire neuropsychiatrique permettrait de mieux évaluer les troubles et d'ajuster la thérapeutique.

La mesure 15 du plan Alzheimer 2008-2012 (14) prônait une amélioration du bon usage des médicaments à visée psychotrope, largement prescrits en gériatrie (50), et qui sont parfois indispensables dans la prise en charge de ces pathologies comportant des symptômes psychologiques et comportementaux des TNC (SPCT). Des objectifs chiffrés ont d'ailleurs été mentionnés (diminution de 5% des neuroleptiques chez les patients atteints de maladie d'Alzheimer et maladies apparentées). Le ministère de la santé rappelait dans sa circulaire le rôle des CMP dans la lutte contre les psychotropes et neuroleptiques (19), mais la réflexion autour de ce rôle subsiste entre hospitalisations, fréquentes chez ces patients, et le quotidien, pris en charge par le médecin traitant. Même si les praticiens s'accordent pour une diminution de ces traitements, une précédente étude a montré que les patients les plus fréquemment en contact avec des structures médicales présentaient des taux supérieurs de prescriptions de neuroleptiques, montrant bien la complexité de prise en charge dans ce domaine (51), du fait de l'intrication entre troubles mnésiques et manifestations psychocomportementales. Nous avons associé au recueil les antihistaminiques, utilisés à visée sédative, pour leur rôle délétère anticholinergique sur la mémoire déclarative (52). Les anxiolytiques retrouvés sont dans leur totalité des benzodiazépines, qui engendrent une amnésie antérograde de quelques heures, touchant la mémoire déclarative, même si cet effet amnésiant dépend de la nature du médicament, des prises antérieures et de la sensibilité individuelle (52). Leur consommation répétée et prolongée est reconnue comme facteur de risque de développement d'une pathologie neurocognitive (53). Le but de cet étude était de faire le constat de l'existence de ces médicaments dans la population primo-consultante en CMP.

Tous diagnostics confondus, on retrouvait 221 prescriptions préexistantes chez les 539 consultants, mais ces chiffres doivent tenir compte des 10% de diagnostics psychopathologiques. En spécifiant par classe thérapeutique, les chiffres étaient toutefois encourageants. La comparaison avec les étiologies statistiquement significatives concernaient les TNCM dus à la maladie d'Alzheimer et les mixtes. Elle mettait en évidence une prescription limitée d'anxiolytiques (12,4% et 13,2%), et des antidépresseurs en nombre plus important (19,4% et 20,9%), mais aussi des thérapies multiples. Les hypnotiques étaient retrouvés dans un très faible pourcentage (4,7% et 3,3%). S'il paraît moins aisé de remettre en cause l'indication d'antidépresseurs sur une ou deux consultations, participer à la lutte contre les anxiolytiques, a fortiori ceux à demi-vie longue, et les associations médicamenteuses est possible. La prévention du risque iatrogène doit inciter à rechercher le sevrage ou à défaut la réduction de la consommation de ces médicaments (53). Le pourcentage d'introduction d'antidépresseurs s'explique

par la recherche systématique d'affects dépressifs au cours des consultations. Le rôle de la CMP reste celui d'un rôle d'alerte et de repérage du risque iatrogène, la limite majeure de ce travail se situant dans l'absence de données concernant le suivi des patients.

Devant le contexte actuel polémique concernant les traitements spécifiques de la maladie d'Alzheimer, il apparaissait intéressant dans cette étude de faire le point sur la prescription de ces médicaments dans notre CMP. Ces médicaments bénéficient d'une autorisation de mise sur le marché français (AMM) depuis la fin des années 1990, mais la prescription des anticholinestérasiques est maintenant soumise à controverse, depuis l'abaissement de son service médical rendu (54). L'efficacité de ces médicaments ne se mesure pourtant pas exclusivement sur l'apport cognitif et l'augmentation de 1,2 points de MMSE à six mois (55), mais également sur l'aspect comportemental, les activités de la vie quotidienne et sur l'impression globale de changement (56), souvent fourni par la parole des aidants. L'apport de la Mémantine dans les SPCT est régulièrement évoqué (56). La littérature montre une efficacité certes modeste, mais réelle, justifiant la contre-attaque de la Fédération Nationale des CMRR (57).

Notre étude statuait sur les prescriptions de neuf médecins confondus, sans distinction de prise en charge. Lors du recueil de données, il apparaissait assez distinctement des médecins prescripteurs, et d'autres non, expliquant les chiffres retrouvés. Globalement, leur prescription a été trop faible (41,9% des TNCM dû à la maladie d'Alzheimer, 37,4% des TNCM mixtes). Concernant le stade de la maladie, nous retrouvons de manière logique 93 prescriptions au stade TNCM et 2 au stade « en attente ». Sur le plan étiologique, les prescriptions ont été réservées aux TNCM dû à la maladie d'Alzheimer ou aux TNCM mixtes, avec quelques anomalies : une prescription de rivastigmine et trois prescriptions de mémantine (mais dans un contexte de prise en charge des SCPT) pour une étiologie vasculaire. Si l'on s'en tient aux critères toujours en vigueur de l'AMM, les anticholinestérasiques sont indiqués aux stades léger, modéré et modérément sévère, la mémantine aux stades modérément sévère et sévère (au stade modéré, elle peut représenter une alternative aux anticholinestérasiques). Dans notre travail, les conditions de l'AMM sont respectées dans une large majorité (82,1% des prescriptions sont conformes, 12,6% non conformes et 5,3% manquantes). Pour les iAChE, on retrouvait hors AMM 3 prescriptions au stade normal et une au stade sévère. Pour la mémantine, il s'agissait hors AMM de 8 prescriptions au stade léger, avec 4 stades manquants. Enfin, une association de ces deux molécules, non recommandée (51), n'a pas été retrouvée.

Le guide de la HAS précise l'importance des ressources non médicamenteuses dans la prise en charge thérapeutique, en institution et en ambulatoire (6). Elles n'ont pas apporté la preuve de leur efficacité, du fait de difficultés méthodologiques, dans les méta-analyses, hormis pour la stimulation individuelle (58), mais elles apparaissent fondamentales sur le terrain (59). Elles personnalisent le projet de soins et l'accompagnement médico-social du patient et ses aidants, et peuvent être aussi l'unique recours pour les pathologies n'ayant pas accès à un traitement médicamenteux spécifique. L'offre de soins est déployée et effective en Haute Côte d'Or, mais une meilleure coordination entre les structures est souhaitée. Avec un parcours de soins et des démarches administratives complexes à effectuer pour le patient et ses aidants (demande d'ALD, mise en place d'aides par l'APA) (37), le rôle d'orientation et de proposition d'une prise en charge pluridisciplinaire par les CMP est prépondérant. Il nécessite une coordination en amont et en aval, avec la compétence de personnes formées sachant répondre et orienter les patients selon leurs besoins. A chaque stade de la maladie correspond une ou plusieurs mesures, l'intérêt de ce travail était d'évaluer lesquelles avaient été proposées et pour quels types de patients. Les résultats ont montré le rôle prépondérant de la CMP de Haute Côte d'Or dans l'orientation post consultation des patients avec TNC (335 mesures retrouvées), avec quelques spécificités. En effet, 89 patients ont été orientés vers l'ESA, 95 vers l'HDJ de rééducation, 71 vers un

accueil de jour. Théoriquement, ces mesures ne sont pas superposables, mais un chevauchement a pu apparaître à certains moments. Si les ESA, l'HDJ et l'orthophonie sont des mesures de rééducation, l'ADJ occupe une place majoritairement d'accueil et de répit.

La mesure HDJ regroupait à la fois les bilans gériatriques réalisés en HDJ MCO et les séances d'hôpital de jour rééducation (SSR) proprement dites. Les deux patients ayant bénéficié d'un HDJ SSR « équilibre » ont été inclus dans la catégorie, pour les autres l'indication était « mémoire ». Il s'agissait en nombre de patients de la principale mesure proposée après les consultations mémoire (95). La répartition selon le stade de la maladie montrait que les patients étaient largement pris en charge au stade TNCM (75,8%), contre 12,6% au stade TNCm. A noter que malgré le souhait d'avoir un diagnostic au moment de la prise en charge, 3 patients « en attente » ont été admis (3,1%), ainsi des patients diagnostiqués en « plainte cognitive isolée » y ont été admis sans justification de pathologie cognitive. L'HDJ est réservé théoriquement aux stades normaux à légers de la maladie, mais des MMSE entre 18 et 20 sont quelquefois acceptés (8 patients dans l'étude). La répartition selon le stade de MMSE est conforme avec 15 patients (15,8%) au stade normal et 70 (73,7 %) au stade léger inclus.

Les Equipes Spécialisées Alzheimer (ESA), prévues par la mesure 6 du plan 2008-2012, sont rattachées aux services de soins à domicile (SSIAD) et interviennent jusqu'au stade modéré. Dans notre secteur géographique rural, le déplacement à domicile des équipes formées a un rôle primordial. Une méta-analyse (60) montrait un ralentissement de la progression des dysfonctions mnésiques dans la thérapie occupationnelle et de rééducation à domicile, à condition que celle-ci soit structurée. Elle a concerné 16,5% du total des patients. La condition de prise en charge pour des MMSE supérieurs à 15 a été respectée à 83,1%.

Les Accueils De Jour (ADJ) en structure médicosociale, développés par les plans Alzheimer successifs, offrent la possibilité d'accueillir une ou plusieurs journées par semaines des patients atteints de TNC (61). Elles se développent sur notre secteur (cinq jours par semaine à Montbard par exemple). Leur rôle est d'offrir un répit aux aidants, et quand c'est possible de maintenir une autonomie en offrant des activités adaptées aux capacités restantes des patients. Ceux-ci sont toujours à domicile, dans des stades plus avancés de la maladie, dans l'idée de retarder l'institutionnalisation (62). Les résultats ont montré une adéquation avec ce principe, l'orientation prédominant nettement aux stades modéré (29 patients) et modérément sévère (22 patients). Un nombre non négligeable était toutefois adressé au stade léger (12 patients) montrant une frontière entre ADJ et HDJ rééducation qui ne semble pas si évidente. Cela montre également la place que peut avoir une structure de répit, même aux stades précoces de la maladie. Un renforcement de l'adressage est cependant à prévoir au stade modérément sévère (uniquement 43,1% des patients), quand les autres mesures ne sont plus pertinentes. Les deux patients adressés au stade normal sont en revanche une anomalie et le faible adressage des stades sévères s'explique probablement par une institutionnalisation antérieure.

L'orthophonie, recommandée dans les atteintes avec troubles phasiques, permet aussi une stimulation cognitive personnalisée efficace, si l'état du patient le permet (63). Le faible pourcentage de patients adressés s'explique par la pénurie d'orthophonistes dans les zones rurales, avec des délais de consultations très longs, voire une absence de possibilité de prise en charge. La prise en charge du transport dans le cadre de l'ALD 15 peut toutefois faciliter le déplacement. Un renforcement de la prescription aux stades précoces est à envisager. L'adressage des deux patients du stade modérément sévère était en revanche inutile.

Pour les quatre mesures précitées, le bilan montre une orientation en nombre mais des anomalies quant aux stades d'adressage subsistent.

Egalement issues du plan 2008-2012, les MAIA sont inspirées du système du *case manager* québécois et sont utilisées pour les cas difficiles, notamment en cas d'anosognosie totale et d'isolement social, le gestionnaire de cas effectuant le lien entre les différents intervenants (médecins traitants, CMP et aides à domicile) pour une meilleure coordination des soins. Elles sont sous-utilisées dans notre étude (uniquement 8 patients), mais leur sollicitation a pu s'effectuer par d'autres moyens (assistantes sociales, médecins de ville). Les résultats ont montré qu'un biais de saisie de données était apparu pour les catégories APA et demande de protection juridique, avec des pourcentages trop faibles (1,85% et 0,6% des patients).

Les résultats concernant les autres mesures proposées après la consultation montraient que l'inscription en EHPAD a majoritairement concerné des stades avancés, mais étaient également dépendante du mode de vie seul du patient. L'atelier de stimulation cognitive en EHPAD a été proposé à 39,2% des patients résidant en établissement médicosocial. Le recours au CMRR référent concernait exclusivement les patients jeunes (également référent du centre national patients jeunes) ou atteints d'une pathologie neurologique.

En dehors de ses rôles préalablement définis, la consultation mémoire est un lieu d'accompagnement à chaque stade de la maladie entre le médecin, le patient et ses aidants. Cette relation débute avec l'annonce diagnostique, étape clé de la prise en charge, qui est considérée comme difficile pour la majorité des praticiens (64). Les dépendances, physique et psychique, inhérentes aux TNC entraînent une vulnérabilité chez le malade, avec de possibles effets destructeurs d'une telle annonce, a fortiori chez les patients jeunes (assurances, emplois) ou ceux aux stades précoces de la maladie. Concernant l'annonce proprement dite, la loi met une nuance à l'obligation d'information, si « elle n'est pas préjudiciable pour le patient ». Pourtant, l'incertitude quant à la maladie est bien plus délétère que l'annonce claire et loyale proprement dite (64). La problématique tient également aux stades évolués de la maladie, et de la mesure où le patient est capable d'entendre le diagnostic en fonction de ses capacités cognitives. L'aidant principal, lui, doit être informé en même temps, mais dans une démarche associée de désignation de personne de confiance, et c'est au malade de la désigner, au même titre que l'évocation des directives anticipées (même s'il paraît plus envisageable de les mentionner a posteriori dans le cadre de consultations de suivi). Proposer de revoir le malade un mois plus tard pour réévaluer la compréhension ou l'orienter vers une prise en charge psychologique de soutien sont des solutions d'accompagnement précoces. Dans cette relation à trois, les aidants prennent une place prépondérante. Ils sont d'une part extrêmement sollicités au quotidien (65), avec un impact sur leur morbi-mortalité (66,67) et d'autre part fortement demandeurs d'informations concernant ces maladies. En tant qu'acteurs majeurs du projet thérapeutique, les CMP se doivent de leur donner un temps de parole et d'écoute, et d'évaluer leurs difficultés, notamment au travers d'échelles comme l'inventaire du fardeau de Zarit (68). C'est aussi un lieu de réflexion sur des considérations éthiques, notamment devant les progrès réalisés ces dernières années dans la course au diagnostic et au traitement très précoce, voire asymptomatique de la maladie (utilisation de biomarqueurs dans le liquide céphalo-rachidien en dehors de toute symptomatologie, facteurs de risques génétiques, essais thérapeutiques sur les génotypes à risque Apo E4/4 aux Etats-Unis,...). Les recommandations de bonne pratique ne recommandent pas pour l'heure à juste titre le dépistage asymptomatique des TNC (6). Dans un cadre plus large, au moment où se développent des études de prévention primaire de maintien à court terme de la mémoire sur des populations âgées, comme en Finlande (69) et en France (70), l'expérience éprouvée des diagnostics des cancers a montré qu'une approche prudente était de mise concernant le diagnostic systématique des maladies.

5. CONCLUSION

Cette analyse des pratiques professionnelles a permis d'évaluer l'activité de la Consultation Mémoire de Proximité de Haute Côte d'Or, ouverte depuis dix ans. Cette CMP s'est structurée progressivement pour répondre à un besoin local de santé à ce sujet, comme l'atteste le nombre annuel de consultations, mais ne touche qu'une partie des patients atteints de troubles neurocognitifs du bassin géographique cible. Le recrutement s'est effectué en grande partie par la triade service d'hospitalisation/médecin traitant/direct, et mériterait d'être diversifié. Le recours à la CMP était majoritairement justifié, même en cas de consultation directe. Le profil sociodémographique retrouvait une population âgée, de bas niveau d'études, vivant à domicile. L'éventail diagnostique était diversifié mais l'étiologie principale retrouvée était la maladie d'Alzheimer isolée ou associée à des lésions vasculaires cérébrales. La démarche diagnostique reposait sur l'association tests de dépistage et imagerie, avec un accès facilité à celle-ci, complétés par les bilans neuropsychologiques en cas de nécessité. Ceci est en accord avec les recommandations de la HAS.

Sur le plan thérapeutique, la prescription de psychotropes dans cette population était plutôt limitée, avec seulement 3,3 % de neuroleptiques et 12 % d'anxiolytiques. Soumise actuellement à controverse, la prescription de traitements spécifiques a été retrouvée dans un pourcentage trop faible, mais ses indications ont été respectées. Il s'agit de la principale piste d'amélioration. Les ressources non médicamenteuses ont été proposées à un nombre conséquent de patient, et sont plus nombreuses et mieux structurées, cependant, la coordination des soins entre la médecine de ville, les structures hospitalières et les partenaires externes doit être améliorée. De même la frontière Accueil de jour / Hôpital de jour n'est pas évidente dans les textes comme dans les prescriptions.

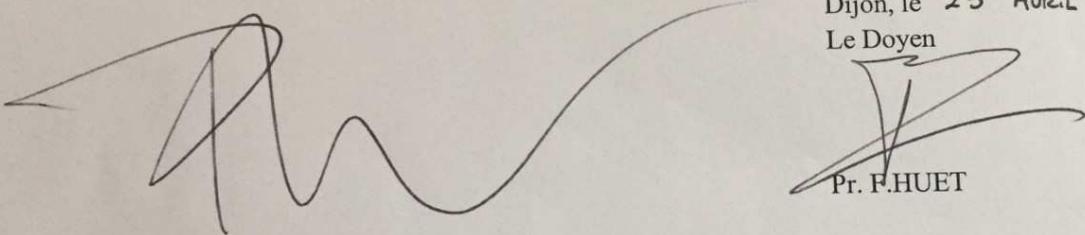
Les CMP sont des lieux de diagnostic, d'élaboration de prises en charge personnalisées, mais également d'accompagnement et de suivi thérapeutique. L'évolution des prises en charge justifie l'évaluation des pratiques professionnelles pour assurer à chaque patient la prise en soin adéquate. Après mise en place des quelques mesures correctrices proposées, il conviendra de réévaluer à distance la pérennité de la prise en charge des patients souffrant de maladie d'Alzheimer ou de maladie apparentée.

Le Président du jury,

Vu et permis d'imprimer
Dijon, le 25 Avril 2017
Le Doyen

Pr. P. JOUANNY

Pr. F. HUET



POINTS POSITIFS

- Diagnostic exprimé selon la nomenclature actuelle
- Tests de dépistage systématiques avec cohérence des évaluations
- Prévalences crédibles
- Taux d'imagerie
- Traitement spécifique utilisé selon les règles de l'AMM
- Taux et prescription de psychotropes limités
- Nombreuses interventions non médicamenteuses

PISTES D'AMELIORATION

- Coordination à perfectionner
- Recrutement à diversifier, surtout à des stades plus précoces
- Prescription plus pertinente du bilan neuropsychologique et de l'imagerie
- Taux de traitement spécifique à augmenter
- Suivi des troubles psychiatriques à effectuer
- Mieux respecter les conditions de prise en charge non médicamenteuses en fonction du stade de la maladie
- Prescription majorée d'orthophonie
- Renforcement de l'adressage en Accueil de Jour

6. BIBLIOGRAPHIE

1. Gallez C. Rapport sur la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées au nom de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé [en ligne]. Paris, Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé ; 2003 [consulté le 20 novembre 2016]. Disponible : <http://www.assemblee-nationale.fr/12/rap-off/i2454.asp>
2. Berr C, Vercambre M-N, Akbaraly TN. [Epidemiology of Alzheimer's disease: methodological approaches and new perspectives]. *Psychol Neuropsychiatr Vieil*. déc 2009;7 Spec No 1:7-14.
3. Dartigues J-F, Helmer C, Letenneur L, Péres K, Amieva H, Auriacombe S, et al. Paquid 2012 : illustration et bilan. *Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 1 sept 2012;10(3):325-31.
4. Helmer C, Peres, Karine K, Pariente A, Pasquier F, Auriacombe S, Poncet M, et al. Primary and Secondary Care Consultations in Elderly Demented Individuals in France. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2008;26(5):407-15.
5. Bereau M, Sylvestre G, Mauny F, Puyraveau M, Baudier F, Magnin E, et al. Bilan de 10 ans de consultations mémoire en Franche-Comté : description et analyse de la base de données RAPID [en ligne]. 2015 juill [consulté le 20 février 2017]. Disponible : <http://www.em-consulte.com/en/article/991004>
6. Haute Autorité de Santé. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge. Recommandations de bonne pratique. Paris : HAS ; 2011
7. Diagnostic and Statistical of Mental Disorders. 4th Ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
8. McKhann G, Drachman D, Folstein M, Katzman R, Price D, Stadlan EM. Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: report of the NINCDS-ADRDA Work Group under the auspices of Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's Disease. *Neurology*. juill 1984;34(7):939-44.
9. Rainfray M. Comment prendre en charge les personnes âgées souffrant de troubles cognitifs ? *Cancer/Radiothérapie*. oct 2015;19(6-7):386-90.
10. Diagnostic and Statistical of Mental Disorders. 5th Ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
11. Derouesné C. Les troubles mentaux liés à des lésions cérébrales dans le DSM-5 à la lumière des versions précédentes. *Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 1 déc 2013;11(4):403-15.
12. Ministère de l'emploi et de la Solidarité, Ministère délégué à la Santé, Secrétariat d'Etat aux personnes âgées. Programme pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer et de maladies apparentées 2001-2005 [en ligne]. Paris : Ministère délégué à la Santé ; 2001 [consulté le 20 novembre 2016]. Disponible : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_2001_2005.pdf
13. Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille. Plan Alzheimer et maladies apparentées 2004-2007. Paris: Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille; 2004.

14. Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative. Plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012 [en ligne]. Paris : Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative ; 2007 [consulté le 20 novembre 2016]. Disponible : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Alzheimer_2008-2012-2.pdf
15. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Plan maladies neuro-dégénératives 2014-2019 [en ligne]. Paris : Ministère des Affaires sociales et de la Santé; 2013 [consulté le 20 novembre 2016]. Disponible : <http://www.gouvernement.fr/action/le-plan-maladies-neuro-degeneratives-2014-2019>
16. Le Duff F, Develay AE, Quétel J, Lafay P, Schück S, Pradier C, et al. The 2008-2012 French Alzheimer plan: description of the national Alzheimer information system. *J Alzheimers Dis JAD*. 2012;29(4):891-902.
17. Fédération Nationale des Centres Mémoire de Ressources et de Recherche. Diagnostic et prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des pathologies apparentées. Recommandations. Paris : FCMRR ; 2012.
18. Haute Autorité de Santé. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : annonce et accompagnement du diagnostic. Recommandation de bonne pratique. Paris : HAS ; 2011.
19. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Circulaire DGOS/DGS/DSS/R4/MC3 n° 2011-394 du 20 octobre 2011 [en ligne]. Paris : Ministère des Affaires sociales et de la Santé ; 2011 [consulté le 20 novembre 2016]. Disponible : http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2011/11-11/ste_20110011_0100_0053.pdf
20. INSEE. Dossier complet : Arrondissement de Montbard [en ligne]. Paris : INSEE ; 2013 [consulté le 7 avril 2017]. Disponible : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=ARR-213>
21. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*. 1969;9(3):179-86.
22. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. « Mini-mental state ». A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. nov 1975;12(3):189-98.
23. Michel B-F, Sambuchi N. Principales échelles cognitives globales utilisables par le neurologue dans le diagnostic des démences. *EMC - Neurol*. janv 2011;8(1):1-7.
24. Croisile B, Simon E, Astier J-L, Beaumont C, Mollion H. Le test des 5 mots chez 85 patients ayant un trouble anxieux généralisé. *Presse Médicale*. nov 2009;38(11):1568-76.
25. Agrell B, Dehlin O. The clock-drawing test. *Age Ageing*. 1 nov 2012;41(suppl 3):iii41-iii45.
26. Vassallo M, Poynter L, Kwan JSK, Allen SC. A comparative study of the use of three cognitive function screening tests on rehabilitation wards for older people. *Eur Geriatr Med*. févr 2017;8(1):54-8.
27. Croisile B, Astier JL, Beaumont C. [Standardization of the 5-word test in a group of 191 normal subjects aged 50 to 90 years]. *Rev Neurol (Paris)*. mars 2007;163(3):323-33.
28. Cowppli-Bony P, Fabrigoule C, Letenneur L, Ritchie K, Alpérovitch A, Dartigues JF, et al. [Validity of the five-word screening test for Alzheimer's disease in a population based study]. *Rev Neurol (Paris)*. déc 2005;161(12 Pt 1):1205-12.

29. Croisile B, Astier J-L, Beaumont C, Mollion H. Évaluation de la mémoire au moyen du Test des 5 mots chez 37 dépressifs comparés à 36 témoins et 35 patients ayant une forme légère de maladie d'Alzheimer. *L'Encéphale*. avr 2011;37(2):127-32.
30. Chen Y, Volpe-Gillot L, Huvent D, Richard F, Pasquier F. Évolution des caractéristiques des primo-consultants en consultation mémoire. *Rev Neurol (Paris)*. avr 2014;170:A3.
31. Ramarosan H, Helmer C, Barberger-Gateau P, Letenneur L, Dartigues J-F, PAQUID. [Prevalence of dementia and Alzheimer's disease among subjects aged 75 years or over: updated results of the PAQUID cohort]. *Rev Neurol (Paris)*. avr 2003;159(4):405-11.
32. Antoine V, Roigt F, Bodenan L, Paillot B, de la Forest-Divonne F, Rajafimamonjy J, et al. Consultation Mémoire de proximité : quelles personnes âgées n'accèdent pas aux soins ? *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie*. déc 2007;7(42):35-48.
33. Defontaines B, Denolle S, Lauby H, Frely L, Bonnet N. Comparaison des coûts des parcours de diagnostic initial de la maladie d'Alzheimer, en ambulatoire et à l'hôpital. *Rev Neurol (Paris)*. avr 2015;171:A91-2.
34. Rigaud AS. P4-26 Évaluation de la plainte mnésique avant la consultation mémoire : mise en place d'une collaboration avec des médecins généralistes du secteur. *Rev Neurol (Paris)*. 1 déc 2005;161(12):141-2.
35. Cantegreil-Kallen I, Lieberherr D, Garcia A, Cadilhac M, Rigaud A-S, Flahault A. La détection de la maladie d'Alzheimer par le médecin généraliste : résultats d'une enquête préliminaire auprès des médecins du réseau Sentinelles. *Rev Médecine Interne*. août 2004;25(8):548-55.
36. Seux ML, Lefevre M, Moulin F, Latour F, Rigaud AS, Hanon O. P4-25 Plainte mnésique et consultation mémoire : rôle pivot du médecin traitant. *Rev Neurol (Paris)*. 1 déc 2005;161(12):141.
37. Cordesse V, Jametal T, Guy C, Lefebvre S, Roussel M, Ruggeri J, et al. Analyse du parcours de santé au cours des maladies neurologiques handicapantes et évolutives. *Rev Neurol (Paris)*. juin 2013;169(6-7):476-84.
38. Derouesné C. Signification de la plainte mnésique, ou de quoi se plaint-on lorsqu'on se plaint de sa mémoire ? *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie*. juin 2005;5(27):14-8.
39. Jacus J-P, Dupont M-P, Herades Y, Pelix C, Large H, Baud M. Conscience des troubles dans la maladie d'Alzheimer et le mild cognitive impairment. *L'Encéphale*. avr 2014;40(2):180-7.
40. Kral VA. Senescent Forgetfulness: Benign and Malignant. *Can Med Assoc J*. 10 févr 1962;86(6):257-60.
41. Defontaines B, Pouriel M, Bisot E, Denolle S, Texier N, Schuck S. Comparaison des patients consultant pour des troubles cognitifs, selon le type de consultation mémoire en Île-de-France. *Rev Neurol (Paris)*. avr 2013;169:A6.
42. Dionet E, Fédérico D, Foyatier-Michel N, Dirson S, Cadet L, Thomas-Antérion C. [Diagnostic criteria for mild cognitive impairment in a cohort of 100 subjects]. *Rev Neurol (Paris)*. déc 2009;165(12):1062-70.

43. Ferreira S, Vanholsbeeck G, Chopard G, Pitard A, Tio G, Vandael P, et al. Normes comparatives de la batterie de tests neuropsychologiques RAPID pour les sujets âgés de 50 à 89 ans. *Rev Neurol (Paris)*. juin 2010;166(6-7):606-14.
44. Kalaria RN, Ballard C. Overlap between pathology of Alzheimer disease and vascular dementia. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. déc 1999;13 Suppl 3:S115-123.
45. Auriacombe S, Amarenco P, Baron J-C, Ceccaldi M, Dartigues J-F, Lehericy S, et al. Mise au point sur les démences vasculaires. *Rev Neurol (Paris)*. janv 2008;164(1):22-41.
46. Thomas-Antérion C, Richard-Mornas A. Situations de plaintes ou de déficits « psychocognitifs » observées lors d'une première consultation de mémoire en CM2R. *Rev Neurol (Paris)*. févr 2013;169(2):97-107.
47. Thomas-Antérion C. Les diagnostics psy en consultation de mémoire. *Rev Neurol (Paris)*. avr 2013;169, Supplement 2:A199.
48. Thomas-Antérion C. Outils neuropsychologiques en pratique neurologique. *Presse Médicale*. mai 2012;41(5):474-81.
49. Lebert F, Pasquier F. Patients characteristics with cholinesterase inhibitor resistant hallucinations in dementia with Lewy bodies. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. déc 2007;78(12):1415-6.
50. Bonin-Guillaume S, Martin G, Zafack J, Gentile G, Allaria-Lapierre V, Sciortino V, et al. Consommation d'antipsychotiques chez les sujets atteints de maladie d'Alzheimer et maladies apparentées de la cohorte PACA-Alz 2010. *Thérapie*. mai 2014;69(3):213-22.
51. Tuppin P, Cuerq A, Weill A, Ricordeau P, Allemand H. Maladie d'Alzheimer et autres démences : identification, prise en charge et consommation de neuroleptiques chez les bénéficiaires du régime général (2007–2009). *Rev Neurol (Paris)*. févr 2012;168(2):152-60.
52. Sellal F. Effets des psychotropes et des toxiques sur la mémoire. *Rev Neurol (Paris)*. avr 2013;169:A198.
53. Paille F, Maheut-Bosser A. Benzodiazépines et personnes âgées. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie*. oct 2016;16(95):246-57.
54. Haute Autorité de Santé. Médicaments Alzheimer – Intérêt médical insuffisant. Paris : HAS ; 2016.
55. Howard R, McShane R, Lindesay J, Ritchie C, Baldwin A, Barber R, et al. Donepezil and Memantine for Moderate-to-Severe Alzheimer's Disease. *N Engl J Med*. 8 mars 2012;366(10):893-903.
56. Rodda J, Morgan S, Walker Z. Are cholinesterase inhibitors effective in the management of the behavioral and psychological symptoms of dementia in Alzheimer's disease? A systematic review of randomized, placebo-controlled trials of donepezil, rivastigmine and galantamine. *Int Psychogeriatr*. oct 2009;21(05):813.
57. Hommet C, Novella J-L, Auriacombe S, Vercelletto M, Berrut G, Belliard S, et al. Symptomatic treatments in Alzheimer's disease in 2016: a study from Memory centers in France. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 1 sept 2016;14(3):274-86.

58. Amieva H, Robert PH, Grandoulier A-S, Meillon C, De Rotrou J, Andrieu S, et al. Group and individual cognitive therapies in Alzheimer's disease: the ETNA3 randomized trial. *Int Psychogeriatr.* mai 2016;28(5):707-17.
59. Volpe-Gillot L, Michel J-M. Réflexions sur la place de l'hôpital de jour dans la filière de soins gériatrique. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie.* déc 2012;12(72):243-9.
60. Matilla-Mora R, Martínez-Piédrola RM, Fernández Huete J. Eficacia de la terapia ocupacional y otras terapias no farmacológicas en el deterioro cognitivo y la enfermedad de Alzheimer. *Rev Esp Geriatria Gerontol.* nov 2016;51(6):349-56.
61. Hugonot-Diener L, Martin M-L. Qu'est-ce qu'un accueil de jour thérapeutique Alzheimer ? *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie.* déc 2012;12(72):253-6.
62. Tebbani N. Hospitalisations de répit pour les patients ayant une maladie d'Alzheimer : quel est le vécu des aidants ? *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie* [en ligne]. juill 2016 [consulté le 30 mars 2017]. Disponible : <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1627483016300423>
63. Simon V, Rousseau T. Influence d'un déficit des fonctions exécutives sur les capacités de communication dans la maladie d'Alzheimer. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie.* avr 2015;15(86):94-101.
64. Gauthier S, Dubois B, Poirier J, Leuzy A, Rosa-Neto P. Le diagnostic précoce de la maladie d'Alzheimer : panacée ou catastrophe ? *Ethics Med Public Health.* avr 2015;1(2):151-4.
65. Thomas P, Chantoin-Merlet S, Hazif-Thomas C, Bonduelle P, Belmin J, Montagne B, et al. Proximologie: Premières études: Les aidants informels prenant en charge des déments à domicile: Etude pixel: Une enquête auprès de 569 aidants non-professionnels de patients atteints de démences séniles. *Gérontologie Société.* 2002;(MAI):65-89.
66. Schulz R, Beach SR. Caregiving as a risk factor for mortality: the Caregiver Health Effects Study. *JAMA.* 15 déc 1999;282(23):2215-9.
67. Shaw WS, Patterson TL, Ziegler MG, Dimsdale JE, Semple SJ, Grant I. Accelerated risk of hypertensive blood pressure recordings among Alzheimer caregivers. *J Psychosom Res.* mars 1999;46(3):215-27.
68. Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *The Gerontologist.* déc 1980;20(6):649-55.
69. Kivipelto M, Solomon A, Ahtiluoto S, Ngandu T, Lehtisalo J, Antikainen R, et al. The Finnish Geriatric Intervention Study to Prevent Cognitive Impairment and Disability (FINGER): Study design and progress. *Alzheimers Dement.* nov 2013;9(6):657-65.
70. Andrieu S, Guyonnet S, Coley N, Cantet C, Bonnefoy M, Bordes S, et al. Effect of long-term omega 3 polyunsaturated fatty acid supplementation with or without multidomain intervention on cognitive function in elderly adults with memory complaints (MAPT): a randomised, placebo-controlled trial. *Lancet Neurol* [en ligne]. mars 2017 [consulté le 7 avr 2017]; Disponible : <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1474442217300406>

7. ANNEXES

Tableau VIII : Etiologie stade, modalités de diagnostic et traitement spécifique (p<0,0001)

	TNCM (n=295)		TNCm (n=40)		En Attente (n=91)		PCI (n=51)		Autres (n=62)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Age 1 ^è Consultation										
Moyenne	81,2±7,2		76,5±8,3		80,7±8,0		76,1±9,3		74,9±12,1	
MMSE										
Oui	281	95,3	39	97,5	90	98,9	50	98,0	57	91,9
Non	14	4,7	1	2,5	1	1,1	1	2,0	5	8,1
Moyenne	19,4±5,2		25,6±5,1		20,8±4,7		27,9±2,2		25,5±4,3	
Horloge										
Oui	270	91,3	38	95,0	90	98,9	50	98,0	57	91,9
Non	25	8,7	2	5,0	1	1,1	1	2,0	5	8,1
Moyenne	3,0±2,8		5,6±2,2		3,0±2,8		6,4±1,2		5,0±2,8	
5Mots/20										
Oui	253	85,8	39	97,5	88	96,7	47	92,2	57	91,9
Non	42	14,2	2	2,5	3	3,3	4	7,8	5	8,1
Moyenne	12,3±4,7		16,4±3,4		13,6±4,4		18,2±2,6		17,1±3,3	
BNP										
Oui	106	35,9	19	47,5	11	12,1	6	11,8	14	22,6
Non	189	64,1	21	52,5	80	87,9	45	88,2	48	77,4
Imagerie										
Oui	242	82,0	27	67,5	7	7,7	0	0,0	26	41,9
Non	53	18,0	13	32,5	14	15,4	51	100,0	36	58,1
IRM	179	60,7	19	47,5	3	3,3	0	0,0	14	22,6
TDM	60	20,3	5	12,5	4	4,4	0	0,0	11	17,7
En Attente	3	1,0	3	7,5	70	76,9	0	0,0	1	4,4
Traitement spécifique										
Oui	93	31,5	0	0,0	2	2,2	0	0,0	0	0,0
Non	202	68,5	40	100,0	89	97,8	51	100,0	62	100,0
Total iACHE	57	19,3	0	0,0	1	1,1	1	2,0	0	0,0
Donézépil	5	1,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Galantamine	2	0,7	0	0,0	1	1,1	0	0,0	0	0,0
Rivastigmine	50	16,9	0	0,0	0	0,0	1	2,0	0	0,0
Mémantine	36	12,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

TNC = Trouble Neurocognitif ; TNCM = TNC Majeur ; TNCm = TNC mineur ; PCI = Plainte Cognitive Isolée

MMSE = Mini-Mental State Examination ; BNP = Bilan neuropsychologique

Tableau IX : Récapitulatifs

Variables		(N=539)	%
<u>Caractéristiques sociodémographiques :</u>			
Âge 1 ^{ère} consultation	Moyenne	79,5±8,6	
	Minimum – Maximum	42-98	
Sexe	Homme	183	34
	Femme	356	66
Mode de vie	Domicile avec conjoint	271	50,3
	Domicile dans sa famille	22	4,1
	Domicile seul avec famille proche	105	19,5
	Domicile seul sans famille proche	105	19,5
	Domicile seul (total)	210	39
	Domicile (total)	503	93,3
	Etablissement médico-social	28	5,2
	Autres	8	1,5
Niveau d'études	Bas niveau	363	67,3
	Moyen niveau	133	24,7
	Haut niveau	43	8,0
Mode d'orientation	Direct	60	11,1
	EHPAD	8	1,5
	Médecin généraliste	342	63,5
	Partenaires externes	13	2,4
	Psychiatre	9	1,7
	Service d'hospitalisation	94	17,4
	Services sociaux	13	2,4
APA	Oui	85	15,8
	Non	545	84,2
Mesure de protection juridique	Curatelle	4	0,7
	Tutelle	7	1,3
	Non	528	98,0
Motif de consultation	Aphasie	19	3,5
	Désorientation	3	0,6
	Epuisement aidant	3	0,6
	Agnosie	2	0,4
	Hallucinations	5	0,9
	Perte autonomie	27	5,0
	Plainte mnésique	436	80,9
	Troubles du comportement	43	8,0
	Troubles du sommeil	1	0,2

Scores de Dépistage :

MMSE	Oui	517	95,9
	Manquants	22	4,1
	Stade normal	117	21,3
	Stade léger	232	42,3
	Stade modéré	107	19,5
	Stade modérément sévère	51	9,3
	Stade sévère	10	1,82
	Minimum-Maximum	2-30	
	Moyenne totale	21,6±5,6	
	Moyenne TNCM	19,4±5,2	
	Moyenne TNCm	25,6±5,1	
	Moyenne En attente	20,8±4,7	
	Moyenne plainte isolée	27,9±2,2	
	Moyenne autres cas	25,5±4,3	
	Horloge (score/7)	Oui	505
Manquants		34	6,3
Minimum-Maximum		0-7	
Moyenne totale		3,7±2,9	
Moyenne TNCM		3,0±2,8	
Moyenne TNCm		5,6±2,2	
Moyenne En attente		3,0±2,8	
Moyenne plainte isolée		6,4±1,2	
Moyenne autres cas		5,0±2,8	
5 Mots (score/20)		Oui	484
	Manquants	55	10,2
	Minimum-Maximum	0-20	
	Moyenne totale	14±4,8	
	Moyenne TNCM	12,3±4,7	
	Moyenne TNCm	16,4±3,4	
	Moyenne En attente	13,6±4,4	
	Moyenne plainte isolée	18,2±2,6	
	Moyenne autres cas	17,1±3,3	
	<u>Examens complémentaires :</u>		
Imagerie	Oui	295	54,7
	Non	167	31,0
	En attente	77	14,3
	IRM	215	39,9
	TDM	80	14,8
	Bilan neuropsychologique	Oui	156
Non		383	71,1
<u>Diagnostic :</u>			
Diagnostic par stade	TNCM	295	54,7
	TNCm	40	7,4
	En attente	91	16,9
	Plainte cognitive isolée	51	9,5
	Autres cas	62	11,5

Traitements :

Traitement spécifique	Introduction	95	17,6
	Non	444	82,4
	Donézépil	5	0,9
	Galantamine	3	0,6
	Mémantine	36	6,7
	Rivastigmine	51	9,5
Traitement antidépresseur	Préexistant	93	17,3
	Modification	3	0,6
	Introduction	36	6,7
	Non	407	75,5
Traitement anxiolytique	Préexistant	68	12,6
	Introduction	2	0,4
	Non	469	87,0
Traitement hypnotique	Préexistant	14	2,6
	Introduction	0	0,0
	Non	525	97,4
Traitement neuroleptique	Préexistant	18	3,3
	Introduction	3	0,6
	Non	518	96,1
Traitement thymorégulateur	Préexistant	6	1,1
	Introduction	0	0,0
	Non	533	98,9
Traitement antihistaminique	Préexistant	14	2,6
	Introduction	0	0,0
	Non	525	97,4

Interventions non médicamenteuses :

Orthophonie	Oui	21	3,9
	Non	518	96,1
ESA	Oui	89	16,5
	Non	450	83,5
HDJ rééducation	Oui	95	17,6
	Non	444	82,4
Accueil de Jour	Oui	71	13,2
	Non	468	86,8
Demande APA	Oui	10	1,9
	Non	529	98,1
Demande de protection juridique	Oui	3	0,6
	Non	536	99,4
EHPAD inscription	Oui	15	2,8
	Non	524	97,2
Ateliers stimulation cognitive en EHPAD	Oui	11	2,0
	Non	528	98,0

MAIA	Oui	8	1,5
	Non	531	98,5
Recours	CMRR	5	0,9
	Psychiatre	6	1,1
	Psychologue	1	0,2
	Non	527	97,8

TITRE DE LA THESE : EVALUATION DE L'ACTIVITE DE LA CONSULTATION MEMOIRE DE PROXIMITE DE HAUTE COTE D'OR DE 2013 A 2016

AUTEUR : ALEXANDRE JOUINI

RESUME :

INTRODUCTION : Cette étude avait pour objectif d'évaluer l'activité de la Consultation Mémoire de Proximité de Haute Côte d'Or en décrivant le profil sociodémographique, diagnostique et thérapeutique des patients et le panel des ressources, médicamenteuses et non médicamenteuses, leur ayant été proposé.

METHODOLOGIE : Ont été sélectionnés rétrospectivement les primo-consultants venant pour bilan initial d'une plainte cognitive de 2013 à 2016. Les données ont été recueillies lors des deux consultations du parcours hospitalier du patient par l'analyse des fiches « CIMA » et des courriers médicaux de consultation.

RESULTATS : 539 patients ont été inclus : âge moyen $79,5 \pm 8,6$ ans, 66% de femmes, de bas niveaux scolaires (67,3%) et vivant majoritairement à domicile (93,3%). Les patients ont été adressés de façon décroissante par le médecin traitant, un service d'hospitalisation ou par accès direct et le principal motif de consultation était une plainte mnésique (80,9%). L'activité représentait sur 4 ans 22,2% des besoins estimés sur le territoire. Le MMSE moyen était de $21,6 \pm 5,6$ mais les patients ont consulté en majorité au stade trouble neurocognitif majeur (54,7%). La maladie d'Alzheimer était la principale étiologie (43,7% de MA pures et 30,8 % de MA mixtes parmi les TNC Majeurs). La prescription de traitements spécifiques était faible (41,9 % pour les MA pures et 37,4 % pour les MA mixtes) mais ses indications respectées. Les interventions non médicamenteuses étaient plus souvent prescrites : 276 actions mises en place, réparties en hôpital de jour thérapeutique, Equipe Spécialisée Alzheimer, accueil de jour puis orthophonie.

CONCLUSION : Ce travail montre que le diagnostic est globalement correctement effectué et exprimé selon la nomenclature avec une cohérence entre les items du diagnostic. Cependant les bilans neuropsychologiques ne sont pas systématiques dans les TNC mineurs alors qu'ils sont régulièrement réalisés dans les TNC majeurs, où leur pertinence est discutable, surtout en situation de pénurie de neuropsychologues. Le point principal d'amélioration est le faible taux de traitement spécifique de la maladie d'Alzheimer.

MOTS-CLES : Consultation Mémoire, Analyse des Pratiques Professionnelles, Trouble neurocognitif, Intervention non médicamenteuse, Maladie d'Alzheimer