
ANNEE 2016

N°

**Dépistage des troubles de la mémoire
chez les personnes âgées de plus de 75 ans :
valeur de l'intuition clinique des Médecins Généralistes**

THESE

présentée

à l'U.F.R. des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine
et soutenue publiquement le 02 Septembre 2016
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Jonathan CHANEY

Né le 16 septembre 1986

A Besançon

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 2016

N°

**Dépistage des troubles de la mémoire
chez les personnes âgées de plus de 75 ans :
valeur de l'intuition clinique des Médecins Généralistes**

THESE

présentée

à l'U.F.R. des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine
et soutenue publiquement le 02 Septembre 2016
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Jonathan CHANEY

Né le 16 septembre 1986

A Besançon

Doyen :

1er 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.	Romaric	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-vénéréologie
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 (du 01/05/2016 au 14/11/2016)
----	-------	----------------	--

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.	Frédéric	MICHEL	(surnombre du 20/10/2015 au 31/08/2016)
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	Ségolène	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	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

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Clément	CHARRA	Médecine Générale
M.	Rémi	DURAND	Médecine Générale
M.	Arnaud	GOUGET	Médecine Générale
M.	François	MORLON	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	EVRARD	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'U.F.R. 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 : Professeur P. JOUANNY

Membres : Professeur M. GIROUD,
Professeur B. BONIN,
Docteur F. MORLON,
Docteur S. DA SILVA, Directrice de Thèse

REMERCIEMENTS

À mon Président de Jury

Monsieur le Professeur Pierre JOUANNY

Professeur des Universités

Gériatre

CHU de Dijon

Je vous remercie pour l'honneur que vous me faites de présider ce jury de thèse et d'avoir œuvrer à mes côtés pour ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect et de ma sincère gratitude.

À mon Jury de thèse

Monsieur le Professeur Maurice GIROUD

Neurologie

CHU Dijon

Vous me faites l'honneur de participer à ce jury. Veuillez trouver en ces lignes l'expression de ma sincère reconnaissance.

À mon Jury de thèse

Monsieur le Professeur Bernard BONNIN

Psychiatrie

CHU Dijon

Vous me faites l'honneur de participer à ce jury. Veuillez trouver en ces lignes l'expression de mon profond respect.

À mon Jury de thèse

Monsieur le Docteur François MORLON

Maître de Conférences Associé de Médecine Générale

Médecin Généraliste

Vous me faites l'honneur de participer à ce jury et de juger mon travail. Vous m'avez réconcilié avec la Médecine au début de mon internat et avez su trouver les mots justes et encourageants à la fin de celui-ci. Veuillez trouver en ces lignes l'expression de ma sincère reconnaissance.

À ma directrice de thèse

Madame le Docteur Sofia DA SILVA

Praticien Hospitalier

Gériatre

CHU Dijon

Je te remercie pour ton aide dans ce travail, tes conseils avisés et ta disponibilité. Je te remercie également des enseignements prodigués et de la bonne humeur dans laquelle tu me les as apportés. Soit assurée de ma sincère reconnaissance.

À l'ensemble des Médecins

Ceux rencontrés durant mes études et qui m'ont transmis leur amour de la profession. Je vous en remercie.

Merci au Dr MACHET, au Dr SELLES et au Dr PROST : Pour leur formation en SASPAS et leur confiance accordée. Merci à eux de m'avoir permis de réaliser mon étude.

Merci au Dr VANHOUTTE et au Dr VERDIER : Pour m'avoir appris à mes débuts le travail de médecin de campagne. Vous avez mon éternelle reconnaissance.

Merci au Dr CORTINA-KERN et au Dr LE CANNELIER, ma tutrice et tutrice associée : Pour leur aide précieuse durant mon internat.

Merci au Dr MONASSON : Mon médecin de famille. La première à m'avoir donné envie de faire ce métier. Je n'ai pas eu le temps de vous le dire mais c'est à vous que je voulais ressembler.

Remerciements

À Amélie, l'amour de ma vie. Où serais-je sans toi ? Probablement nulle part. Que serais-je sans toi ? Probablement pas ce que tu m'as aidé à devenir aujourd'hui. Tu es toujours là pour moi, dans les bons comme dans les mauvais moments. Tu es toujours rassurante. Je sais que notre route est encore longue et qu'une multitude d'aventures nous attend. C'est main dans la main que j'ai envie de vieillir à tes côtés.

Je t'aime mon étoile.

À ma famille, mes parents, merci pour votre présence depuis toujours. Merci Papa pour tous les trajets matinaux et ton amour. Tu es mon exemple. Merci Maman, pour ton amour, tous les moments réconfortants et tes petits plats succulents (en particulier la blanquette). Et ça y est Maman, je connais mes vaccins.

À Clément, ça n'a pas toujours été facile mais te voilà plus mature à présent. Merci pour ton amour et, finalement, un peu ton caractère. Pense à nous voir plus souvent. Je t'aime frangin.

À mes grands parents et leur soutien indéfectible, Papy et Mamie de Cromary vous avez toujours cru en moi et été fiers. Voilà, Tatane est grand maintenant. Papy et Mamy de Vieilley, votre présence m'a toujours réconforté.

À mes oncles et tantes, ceux qui m'ont appris le ski, ceux qui m'ont déguisé étant petit, ceux qui m'en ont fait voir de toutes les couleurs, j'ai grandi et finalement appris à vos côtés. Je vous en remercie.

À mon filleul, Kylian, que je n'ai pas vu grandir et qui est un petit homme à présent. A très vite pour passer plus de temps ensemble.

À mes beaux-parents, Henri et Marie, les meilleurs du monde, Voilà neuf ans que je partage la vie de votre fille (et ce n'est pas toujours facile...) ainsi que la vôtre. Merci de m'avoir accueilli comme votre Jondre. Longue vie à nos apéros sous la glycine. Je vous aime.

À Ma belle- sœur sœur sœur sœur, je te souhaite plein d'amour et je suis fier de toi. Reste entière comme tu es. Fred, fais bien attention à elle. Vous êtes beaux les deux.

À Bruno : le PV de ma chérie. Merci pour toutes ces découvertes culinaires et historiques. J'adore jouer au Trivial à tes côtés en dégustant une bonne andouille. Vivement la prochaine.

À la famille Mourey-Philippe : Merci pour votre authenticité et votre gentillesse. Merci de m'avoir accueilli dans votre grande maison de Mickey... la maison de Mickey.

A la famille Clerc : Merci pour votre tolérance et votre humour. J'adore vous faire un gros câlin... mais seulement après un petit Ricard.

À tous mes amis,

À Alice ma petite beauté, Steph et Alex. Je vous aime tous les trois. Merci de m'avoir accordé votre confiance et faire à présent parti un peu de la famille. J'espère pouvoir toujours répondre présent quand vous le nécessitez. Je ne m'en fais pas pour l'éducation d'Alice (vous êtes parfaits) mais je pourrais lui apprendre quelques bêtises quand même ?

Aux amis Bisontins,

Popo et Guillaume, Merci pour votre fine écoute et les blagues un peu moins fines mais toujours aussi drôles. Merci pour vos projets fous et votre amitié. J'aime toujours autant être invité chez vous... parce que moi aussi j'aime bien manger ! Pépise !

Franck et Chacha, merci pour votre gentillesse. Votre bonne humeur m'amuse et vos soirées m'enivrent. Restez comme vous êtes.

Marc et Marie et Anouck, merci pour votre amitié, vos bons petits plats et les fameuses astuces de Marc (cuit œuf, trancheuse,...). Merci à Anouck pour ses bonnes joues à croquer.

Cécouf, Ma gosse. Révélée il ya peu par les JaggerBomb, finaliste de The Voice et couchée à 22h30, elle est l'animatrice des soirées... en tout cas elle nous fait bien rire. J'aime passer du temps avec toi. Papa Jeannot sera toujours là même à quelques milliers de kilomètres.

Popo et Victor, Papa Canard, on te charrie souvent mais c'est parce...oh une biche...1-0...c'est parce qu'on t'aime. Prêt à te suivre partout, du moment que la pente n'est pas trop raide. Merci de bien t'en occuper ma Paulette...ou de le supporter (ça dépend du point de vue). Je vous aime tous les deux et bientôt tous les trois.

Marc et Sarah et Gaspard, Sarah, merci pour ta joie de vivre et ton inimitable pas de danse (hung up !).Monsieur le cardiologiste interventionnel avant tout, merci de nous prêter ton visage en fin de soirées. Ca nous fait toujours autant rire.

Souny et Justine et Auguste, des amours ! Souny, l'homme le plus sympa et flegmatique du monde...même saoul. Justine, un amour de bout de femme qu'il ne faut quand même pas trop chercher. Réunissez les deux et vous obtenez le bébé le plus à l'aise du monde, brave petit Gugus.

Pierre-Robinson et Steph alias York et Marmotte alias les Coquinous alias les Quinquins, Fans incontestés des mêmes films, nous seuls pouvons comprendre. Merci pour votre gentillesse et vos bons plans. A quand une virée en Mini ?

Hugues et Jeanne, Un vrai mec du terroir avec le cœur sur la main et une petite femme parfaite. Merci à vous deux pour votre joie de vivre parfois un peu... envahissante pour Hugues (Remember New York).

Titoune et Seb, connue en 6° à Chatillon et jamais quittée depuis. Longue vie à notre amitié. Seb, le mec le plus cool, merci de la supporter, à nous les fines dégustations œnologiques.

Bendi et Camille, l'Endive, déjà une longue amitié nous lie. Tu as su suivre les conseils avisés de ta coach en danse et te voilà devenu interprète émérite du lac des cygnes. Camille, merci pour ton innocence qui nous fait toujours autant rire.

Henri et Camille, Tonton Jésard... amoureux de soirées agitées et véritable toile humaine à ses heures. Dommage que l'on n'ait pas droit aux photos, ça nous aurait bien amusés. Camille, quand est ce qu'on se les fait ces apéros ?

Bounette et Bastien, Madame la Présidente, toujours présente dans les bons coups au sein des DDD. J'aurai toujours le droit aux soirées filles ? Bastien merci pour ta bonne humeur.

Sev et David et Olivia, Merci pour toutes ces années et pour ces moments inoubliables passés ensemble. Bonne nouvelle vie de parents à vous. Force et Honneur, Dos Rose forever.

Seb et Nini, Merci pour ces très bons moments mais malheureusement trop rares. En espérant rectifier ça très vite. Love You.

Sophie et Alex, Tellement de bons moments et d'amour déjà échangés. Merci à vous deux, c'est toujours un plaisir. Félicitations pour le mariage. Vous auriez pu choisir une autre date quand même !

Justin et Gamin (dit « le papa ») et leurs moitiés, les potos GGG (Géniaux Gentils Géants). Vous enflammez nos soirées, l'un avec ses platines l'autre avec sa b**e. Les occasions sont devenues rares mais à l'heure des retrouvailles, les minutes me manquent pour vous prendre dans mes bras autant que je le voudrais. Mesdemoiselles, prenez en grand soin.

Némo et Alexia et Olivia, De l'amour, des poils, du ricard, la vie quoi... Voilà les ingrédients d'amitié réussis. Vous êtes beaux tous les trois. J'ai gardé des mignonnettes pour Olivia si vous voulez.

À tous les amis, Hugo, Paul, pour leur amour du boumboum et autre flexitudes alcoolisées, Ramsès, Jessica, pour leur sens de la fête, Nora, Hélène, Caro, Fanny, Louise, pour leur réconfort dans les mauvais moments et leur joie de vivre dans les bons, Max, pour ses soirées furieuses, Emilie, Aurore, Coco, Minor, Nico, Charles et Aurélie (alias Twicky) pour leur présence dans ma vie estudiantine et bien après.

Aux Amis Messins :

Arnaud, Jess et Camille, Que de bons moments passés ensemble. J'ai rencontré de réels amis et je vous en remercie. Je vous souhaite énormément de bonheur avec Camille, dont je suis, ne l'oublions pas, le « marrain ».

JiBé et Cathy et Paul, Merci d'être vous, les moments passés en votre compagnie sont toujours géniaux. Cathy, ta candeur m'amuse (ça ressemble à quoi une fouine déjà ?) et JiBé ton authenticité me rassure (sauf à 5h du Mat' dans les rues de Barcelone). Bienvenue à Paul dans notre belle famille.

Vincent, Caro, Louis et Valentin, Vous êtes une famille formidable les Vieuxnini. Toujours une bonne oreille et le cœur sur la main. Tonton Jon sera toujours là.

Mylène et Flo, Merci de votre bonne humeur communicative et de votre amour du champagne.

Oliv' et Louise : Vive les plans foireux. On te charie assez avec mais on est souvent agréablement surpris...ou pas ! Je t'aime. Louise, bon courage pour le supporter et merci de l'aimer.

Emilie, Seb, Elise et Baptiste, Ma raclure / super Maman. On se voit si peu et pourtant c'est toujours super. Vous êtes un beau couple de parents qui déchirent. 15-2 pour Seb à l'ATP (Association des joueurs de Tennis professionnels) et première pour Emilie toujours à l'ATP (Attention T'es Pompette).

Thibaut, Mon Thib, ma duchesse. Tes pas de danse, ton humour, ton élégance et tout en toi me fait rire. J'adore les moments passés ensemble. Love You.

À Caro et Sven et Olivia, pour leur amitié et les soirées jeux de société enflammées. Merci pour votre amitié et pour nous laisser couvrir votre paupiette de bisous.

À tous mes co-internes d'un semestre ou plus avec qui j'ai partagé énormément de moments de joie, de fatigue, de stress mais surtout d'amitié : ma Lulu, Romain ma loutre, Ambéline, Adrien, Juliette, David et Gégé et Thalia, PE, Camille, Adelaïde, Vinciane, Matouf, Ludivine, Léa, Sophie, Thibaut, Nathan, Justine.

À tous les potes du lycée et première année de Fac, et tous ceux qui m'ont connu tout jeune ; Hélène, Elodie, Benjamin, Caro, Michaël, Pauline, Amaury, Bastien, Clémence, Amandine, Hervé, Pierrick dit l'écureuil.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis 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 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 et méprisé si j'y manque.

TABLE DES MATIERES

I. INTRODUCTION	20
II. CARACTERISATION DES TROUBLES DE LA MEMOIRE	22
II.1. Généralités	22
II.2. Définition du trouble neuro-cognitif	23
II.3. Le trouble neuro-cognitif mineur ou anciennement MCI	24
II.3.1. Définition et épidémiologie	24
II.3.2. Evolution	25
II.4. La Maladie d'Alzheimer	26
II.4.1. Epidémiologie	26
II.4.2. Signes cliniques	26
II.4.3. Degré de sévérité du trouble neuro-cognitif	28
II.4.4. Clinique et neuropsychologie	28
II.4.5. Examens complémentaires	30
II.4.6. Traitement	32
II.5. La Dégénérescence Lobaire Fronto-Temporale (DLFT)	34
II.5.1. Classification nosologique	34
II.5.2. Epidémiologie	34
II.5.3. Signes évocateurs	35
II.5.4. Symptômes cliniques	36
II.5.5. Bilan diagnostique complet	37
II.5.6. Traitement des DLFT	38
II.5.7. Pronostic	39
II.6. La Maladie à corps de Lewy	40
II.6.1. Epidémiologie	40
II.6.2. Signes cliniques	40
II.6.3. Signes majeurs	40
II.6.4. Syndrome Parkinsonien	41
II.6.5. Signes évocateurs	41
II.6.6. Signes d'accompagnement	42
II.6.7. Examens complémentaires	42
II.6.8. Prise en charge thérapeutique	43
II.6.9. Evolution et pronostic	44
II.7. Le trouble neuro-cognitif de la maladie de Parkinson	45
II.7.1. Epidémiologie et facteurs de risque	45
II.7.2. Clinique et neuropsychologie	45

II.7.3. Diagnostic	46
II.7.4. Prise en charge	47
II.8. Le trouble neuro-cognitif d'origine Vasculaire	48
II.8.1. Etiologies	48
II.8.2. Epidémiologie	48
II.8.3. Clinique et neuropsychologie	49
II.8.4. Diagnostic	49
II.8.5. Evolution et pronostic	50
II.8.6. Prise en charge	51
III. PROBLEMATIQUE DU DEPISTAGE	52
III.1. Un dépistage trop tardif	52
III.2. Rôle du médecin généraliste dans le diagnostic et dans la prise en charge des troubles neuro-cognitifs	53
III.3. Situation de dépistage précoce	54
III.4. Tests utilisés	55
III.4.1. Mini Mental State Examination (MMSE)	55
III.4.2. Le Test de l'Horloge	56
III.4.3. Les 5 mots de Dubois	57
III.4.4. Le test de Fluence Verbale	57
III.4.5. Evaluation de la perte d'autonomie : ADL ou Index de Katz et IADL de Lawton	58
III.4.6. Autres Tests	58
III.5. Recommandations de Haute Autorité de Santé (HAS) 2011	59
IV. MATERIEL ET METHODES	61
IV.1. Première Etude	61
IV.1.1. Echantillonnage des Médecins Généralistes	61
IV.1.2. Critères d'inclusion	62
IV.1.3. Questionnaire	62
IV.1.3.1. Première partie du questionnaire	63
IV.1.3.2. Deuxième partie du questionnaire	63
IV.1.3.3. Limites du questionnaire	63
IV.1.4. Recueil de données	63
IV.2. Deuxième Etude	64
IV.2.1. Définition de l'intuition clinique	64
IV.2.2. Taille de l'échantillon	64
IV.2.3. Centres d'études : choix des cabinets de Médecine Générale	65

IV.2.4. Critères d'inclusion et d'exclusion	65
IV.2.5. Méthodes d'intervention	66
IV.2.5.1. Echantillon des patients	66
IV.2.5.2. Evaluation de l'intuition clinique du médecin	66
IV.2.5.3. Prise de contact	66
IV.2.6. Evaluation des patients	67
IV.3. Méthodologie statistique utilisée	67
V. RESULTATS	68
V.1. Première étude	68
V.1.1. Analyse descriptive	68
V.1.1.1. Population étudiée : données démographiques	68
V.1.1.2. Utilité, fréquence et limites du dépistage des pathologies de la mémoire	68
V.1.1.3. Modalités de dépistage des troubles de mémoire	71
V.1.1.4. Place de l'intuition clinique	74
V.2. Deuxième étude	77
V.2.1. Analyse descriptive	77
V.2.1.1. Population étudiée : données démographiques	77
V.2.1.2. Résultats aux tests	77
V.2.1.3. Corrélation avec l'intuition clinique	79
VI. DISCUSSION	86
VI.1. Les forces de l'étude	86
VI.2. Les biais et limites de l'étude	87
VI.2.1. Biais de sélection	87
VI.2.2. Biais de classement	88
VI.3. Synthèse et analyse des résultats	89
VI.3.1. Première étude	89
VI.3.2. Deuxième étude	93
VI.3.2.1. Déductions de notre étude	93
VII. CONCLUSION	95
IX. ANNEXES	96
VIII. BIBLIOGRAPHIE	108

LISTE DES ABREVIATIONS

AVC	Accident Vasculaire Cérébral
ADL	Activity of Daily Living
ALD	Affection de Longue Durée
AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
BNA	Banque Nationale Alzheimer
BREF	Batterie Rapide d'Evaluation frontale
BPCO	BronchoPneumopathie Chronique Obstructive
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CNGE	Collège Nationale des Généralistes Enseignants
DLFT	Dégénéresence Lobaire Fronto-Temporale
DSM-V	Diagnostic and Statical Manual dans sa 4ème version concernant les troubles mentaux
DES	Diplôme d'Etudes Spécialisées
EDF	Echelle de Dyscomportement Frontal
EVA	Echelle Visuelle Analogique
FLAIR	Fluid Attenuated Inversion Recovery
FDG	Fluorodesoxyglucose
GRECO	Groupe de Recherche et d'Evaluation Cognitive
HAS	Haute Autorité de Santé
IRM	Imagerie par Résonance Magnétique
I-AChE	Inhibiteur de l'Acetylcholinestérase
IADL	Instumental Activities of Daily Living
LCR	Liquide Céphalo-Rachidien
MA	Maladie d'Alzheimer
MIS	Memory Impairment Screen
MCI	Mild Cognitive Impairment
MMSE	Mini Mental State Examination
NINCDS-ADRDA	National Institute of Neurological and Communicative Diseases and Stroke/ Alzheimer's Disease and Related Disorders Association
NMDA	N-Méthyl-D-Aspartate
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PAQUID	Personnes âgées Quid
P-tau	Protéine-Tau
Se	Sensibilité
Sp	Spécificité
SASPAS	Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisés
TDM	Tomodensitométrie
TEP	Tomodensitométrie par Emissions de Positons
TNC	Trouble Neuro-Cognitif
VPN	Valeur Prédictive Négative
VPP	Valeur Prédictive Positive

I. INTRODUCTION

En 2010, la France comptait 754 000 personnes de plus de 65 ans présentant des troubles cognitifs soit 1,2% de sa population. Il a été estimé que d'ici à 2050, le nombre de patients présentant ce type de pathologie pourrait passer à 1 813 000 soit 9,6 % des plus de 65 ans et 6,2% de la population générale(1). La survenue de maladies de la mémoire est intimement liée au vieillissement de la population. Pour preuve, l'INSEE estimait qu'au premier Janvier 2015, 18,4% de la population française était âgée de 65 ans et plus, dont 9,3% de plus de 75 ans, contre seulement 7,2% en 2000 (2). Cette augmentation se pérennisera dans les prochaines années puisque en 2050 la France comptera près de 16% de personnes de plus de 75 ans (2). Ceci augmentera d'autant le nombre de patients atteints de maladie de la mémoire, devant bénéficier d'une procédure diagnostique. En effet, l'étude PAQUID initiée en 1998 rappelle que la prévalence des troubles neuro-cognitifs atteint 17,8% chez les plus de 75 ans (11).

Parallèlement aux conséquences démographiques du vieillissement de la population, l'impact économique du diagnostic et de la prise en charge des patients atteints de pathologie cognitive est considérable. C'est un enjeu de santé publique.

Actuellement, il apparaît déjà un sous-diagnostic de ces maladies en France. En l'absence d'étude de prévalence ou d'incidence sur ce sujet, les estimations sur le nombre de personnes atteintes sont le résultat de projections mathématiques. Une publication récente a ainsi estimé le nombre de troubles neuro-cognitifs de tout type à au moins 980 000 en 2010 et ce nombre pourrait atteindre 1 500 000 en 2030 (1). Cependant les différents régimes d'Assurances Maladies dénombrent seulement 420 808 personnes en ALD15 en 2014 (3).

Par ailleurs, le nombre de médecins traitants est en constante diminution pour un nombre en constante augmentation de patients à prendre en charge et en particulier de patients âgés susceptibles d'être atteint d'un trouble cognitif. Cette pression démographique pourrait avoir un effet néfaste sur le dépistage et la prise en charge de pathologies liées au vieillissement, et notamment des maladies de la mémoire.

Parmi les explications avancées à ce sous-diagnostic, une insuffisance de formation et de sensibilisation des Médecins Généralistes au dépistage précoce est régulièrement citée.

Notre hypothèse de travail repose sur le fait que les médecins traitants utilisent leur appréciation subjective, leur « intuition clinique » pour évaluer le statut cognitif de leurs patients.

L'objectif de notre travail est de réaliser un état des lieux en matière de dépistage des maladies de la mémoire chez les personnes âgées : les Médecins Généralistes ont-ils des pratiques formalisées de dépistage, et lesquelles ? Quelle est la part respective des tests et de l'intuition clinique ? Cette dernière permet-elle d'avoir une évaluation subjective satisfaisante de la présence éventuelle de troubles cognitifs ?

Après un bref rappel des étiologies des maladies de la mémoire à travers une revue de la littérature et de la problématique du dépistage, nous exposerons notre étude personnelle visant à évaluer les pratiques des Médecins Généralistes et leur pertinence en comparaison aux recommandations de la HAS (4).

II.CARACTERISATION DES TROUBLES DE LA MEMOIRE

II.1. Généralités

Selon l'OMS, les troubles neuro-cognitifs constituent un groupe de maladies comportant un déclin intellectuel progressif touchant au moins deux domaines cognitifs (mémoire, langage, praxies, gnosies, fonctions exécutives) (5) et entraînant un retentissement sur les activités de la vie quotidienne. Les troubles cognitifs légers sans retentissement sur les activités de la vie quotidienne doivent être attentivement suivis car ils sont à risque d'évolution vers un trouble neuro-cognitif, voire sont une forme prodromale de ces troubles pour certains.

Les circonstances de découverte des troubles cognitifs sont diverses. Il peut s'agir d'une plainte mnésique du sujet ou de sa famille, d'une perte de l'autonomie fonctionnelle, de troubles psychiatriques tels que dépression, troubles délirants ou troubles du comportement, d'un dépistage lors d'une évaluation gériatrique spécifique chez un malade âgé fragile ou enfin à l'occasion d'une hospitalisation pour un tout autre motif.

Le diagnostic positif et différentiel de ces maladies nécessite un examen clinique, des tests neuropsychologiques, des examens sanguins et de neuro-imagerie. Les étiologies des troubles neuro-cognitifs sont multiples et sont classiquement réparties en causes soit dégénératives Alzheimer, soit dégénératives non Alzheimer, ou soit secondaires à un agent ou groupe de facteurs pathogènes qui sont impliqués (vasculaire, infectieux, traumatique, toxique, carenciel et tumoral) (6).

II.2. Définitions des troubles neuro-cognitifs

Le trouble neuro-cognitif est un trouble mental d'origine organique dont l'étiologie principale chez le sujet âgé est la Maladie d'Alzheimer (MA). Il existe aujourd'hui peu de moyens de prévention (prise en charge des facteurs de risques cardio-vasculaires, nutrition, activités cognitives et physiques, équilibre affectif et social) et seuls des traitements symptomatiques d'efficacité limitée peuvent être proposés (7).

Le trouble neuro-cognitif consiste, au terme d'un processus d'aggravation progressive, en une perte d'autonomie cognitive et d'adaptation du comportement suffisamment sévère pour affecter tous les aspects de la vie quotidienne, professionnelle, familiale et sociale du patient.

Le diagnostic de ces troubles (particulièrement dans le contexte d'une MA dont on estime qu'elle correspond à plus de la moitié des cas de troubles neuro-cognitifs en général) s'appuie très souvent sur les critères du DSM-V (version du manuel diagnostique des affections mentales de l'Association Américaine de Psychiatrie) (94) ou de la CIM-10 (Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes) de l'Organisation Mondiale de la santé (OMS) (95).

Selon l'OMS, le trouble neuro-cognitif se caractérise par : « une altération de la mémoire et de l'idéation suffisamment marquée pour handicaper les activités de tous les jours, apparue depuis au moins 6 mois et associée à un trouble d'au moins l'une des fonctions suivantes : langage, calcul, pensée abstraite, jugement, praxies, gnosies, ou modification de la personnalité »

(ANNEXE 1)

Pour le DSM-V : « la caractéristique essentielle du trouble neuro-cognitif est l'apparition de déficits multiples, qui comportent une altération de la mémoire et au moins l'une des perturbations cognitives suivantes : aphasie, apraxie, agnosie, ou perturbation des fonctions exécutives. Les déficits doivent être suffisamment sévères pour altérer le fonctionnement professionnel ou social et représenter un déclin par rapport au fonctionnement antérieur »

(ANNEXE 2)

Dans la définition de 2011 de la Haute Autorité de Santé (4), le syndrome démentiel est de diagnostic clinique. Il associe une altération des fonctions supérieures de survenue progressive avec une conservation de la vigilance contrairement au syndrome confusionnel.

L'atteinte mnésique est quasi constante mais pas forcément inaugurale. Lorsque les troubles dyséxecutifs sont prépondérants, le diagnostic étiologique est souvent porté plus tardivement. Elle touche l'encodage (acquisition de l'information et organisation en vue du stockage) sur la mémoire antérograde (faits récents) ou la restitution sur la mémoire antérograde ou rétrograde. Le syndrome démentiel associe également l'aphasie avec la pauvreté du langage, manque du mot, l'apraxie avec trouble des praxies constructives, idéomotrices ou idéatoires. L'agnosie est généralement tardive avec une prosopagnosie (impossibilité à reconnaître un visage), et anosognosie quasi constante. On retrouve également des troubles de l'attention avec distractibilité, fatigabilité anormale et persévération.

II.3. Le trouble neuro-cognitif mineur ou anciennement MCI

II.3.1. Définition et épidémiologie

Le concept de « Mild Cognitive Impairment » (MCI) crée par Flicker et coll en 1991, a été développé en 1997 par Peterson (8). Récemment, la dénomination a changé, nous ne parlons à présent plus de MCI mais de trouble neuro-cognitif mineur. Ce trouble correspond en une phase intermédiaire au cours de laquelle le patient présente un déclin cognitif par rapport à ses capacités antérieures, et ce, dans un certain nombre de domaines des fonctions cognitives. Ces difficultés authentiques et présentant une tendance à l'aggravation, ne perturbent cependant pas l'autonomie de la vie du patient, de sorte qu'un diagnostic de trouble neuro-cognitif ne peut être porté.

Ainsi, il est difficile de repérer ou d'authentifier cliniquement chez un patient le passage d'un état cognitif compatible avec le vieillissement normal vers le stade de MCI, et de même l'évolution du MCI vers le stade de trouble neuro-cognitif avérée (9).

Sa prévalence chez l'adulte de plus de 65 ans varie selon les études de 3 à 19%. (10)

L'étude PAQUID dont l'objectif principal initial était d'étudier l'histoire naturelle du déclin cognitif avant l'apparition de trouble neuro-cognitif (11), estime l'incidence du MCI à 9,9 pour 1000 personnes-année. Cette incidence est supérieure chez la femme (11,6 pour 1000 contre 8 pour 1000 chez les hommes). Le risque relatif de Maladie d'Alzheimer pour les patients présentant un trouble neuro-cognitif mineur est multiplié par 3,2 (12).

Cependant, ce trouble fait l'objet de controverses devant l'hétérogénéité des facteurs étiologiques (dégénératifs, vasculaires, pathologies psychiatriques...), cliniques, et de son profil évolutif (13).

III.3.2.Evolution

Les patients ayant un MCI sont à haut risque d'évolution démentielle, avec un taux de conversion très variable selon les études de 6 à 25% par an (14). Il a souvent été considéré comme le stade pré-démentiel de la MA avec un taux d'évolution de plus de 50% dans les 5 ans d'après l'étude PAQUID.

Il semblerait que la plainte mnésique apparaisse en moyenne 7 ans avant le début de la phase démentielle, de façon contemporaine avec une majoration des symptômes dépressifs (11).

Cependant il existe d'autres modes d'évolutions du MCI : démentiels, stabilisation de l'état cognitif ou réversibilité des troubles (8).

II.4. La Maladie d'Alzheimer

II.4.1. Epidémiologie

La maladie d'Alzheimer est une maladie rare avant 65 ans (1). Moins de 2 % des cas de Maladie d'Alzheimer surviennent avant cet âge, essentiellement chez des personnes atteintes de formes familiales héréditaires rares. Après 65 ans, la fréquence de la maladie s'élève à 2 à 4 % de la population générale, augmentant rapidement pour atteindre 15 % à 80 ans. Ainsi environ 900 000 personnes souffrent de la Maladie d'Alzheimer aujourd'hui en France. Elles devraient être 1,3 million en 2020, compte tenu de l'augmentation de l'espérance de vie.

Les femmes sont plus exposées à cette maladie : sur 25 malades, 10 sont des hommes et 15 des femmes. Mais cette différence pourrait être liée aux écarts d'espérance de vie.

II.4.2. Signes cliniques

Les signes cliniques du trouble neuro-cognitif de type Alzheimer apparaissent de façon progressive.

- Syndrome amnésique de type hi-ppocampique

Il inaugure la maladie. Les troubles de la mémoire épisodique (capacité de former de nouveaux souvenirs) caractérisent les premiers stades de la Maladie d'Alzheimer, reflétant l'atteinte des formations hippocampiques par les dégénérescences neuro-fibrillaires (15).

Le bilan neuropsychologique montre un véritable syndrome amnésique d'emblée massif et de type hippocampique (déficit de la consolidation mnésique mis en évidence par des tests contrôlant les mécanismes attentionnels et les stratégies de rappel) s'accompagnant souvent d'une fragilité des fonctions exécutives, et une désorientation temporelle (16,17). Le test des

cinq mots permet de tester rapidement les capacités de mémorisation et de repérer la présence d'une amnésie de type hippocampique (18).

À ce stade dit « précoce » ou « débutant » de la Maladie d'Alzheimer, le sujet est relativement autonome ou tout au moins peu handicapé par ses difficultés cognitives. Souvent, le patient méconnaît ses difficultés en raison d'une anosognosie associée. Il est donc indispensable de s'appuyer sur l'interrogatoire de l'entourage pour évaluer le retentissement du déficit au quotidien.

- Progression des signes cognitifs

L'amnésie s'accompagne progressivement d'une désorientation temporo-spatiale et d'une atteinte des fonctions instrumentales (fonctions rétrorolandiques), reflétant la diffusion des lésions au néocortex associatif (19). L'aphasie se manifeste par un manque du mot en langage spontané et en dénomination. Le patient utilise des mots passe-partout et des périphrases. Les troubles de la compréhension sont plus tardifs, ainsi que les troubles de la lecture et de l'écriture. L'apraxie gestuelle se définit par un trouble de l'exécution du mouvement sans atteinte motrice ni sensorielle et se recherche par l'imitation de gestes comme deux anneaux entrelacés, ou le dos de la main posé contre la joue controlatérale. L'apraxie constructive (fonctions visuospatiales) se met en évidence par la copie de dessin abstrait géométrique. L'acalculie doit être estimée en fonction du niveau socioculturel du patient. Le syndrome dyséxécutif signe une diffusion des lésions au cortex préfrontal. Dans la Maladie d'Alzheimer, ce sont essentiellement les capacités d'abstraction et de conceptualisation qui sont déficientes (les explications de proverbes et les définitions de concepts sont simplifiées et ramenées à un sens concret immédiat) associées à une diminution de la flexibilité mentale (capacité d'alternance des règles, fluence verbale).

II.4.3. Degré de sévérité du trouble neuro-cognitif

Le Mini Mental State Examination (MMSE), qui évalue l'efficacité cognitive globale, permet d'apprécier le niveau de sévérité du trouble neuro-cognitif. Ce n'est ni un test diagnostique spécifique, ni un test de dépistage. Le score que l'on retient habituellement comme pathologique est inférieur à 24. Cependant, un score supérieur à 24 n'élimine pas un trouble neuro-cognitif (surtout chez les sujets ayant un niveau socioculturel élevé), et un score inférieur à 24 peut s'observer dans des états confusionnels isolés (en raison de troubles attentionnels majeurs). Le score au MMSE permet un suivi évolutif cognitif global (perte évaluée 2 à 4 points annuels) (19)

II.4.4. Clinique et neuropsychologie

Contrairement au déficit cognitif, l'évolution des troubles psycho-comportementaux est moins stéréotypée et plus fluctuante. Ils sont observés chez plus de 60 % des patients. Leur fréquence et leur intensité augmentent avec la sévérité de la maladie (20 ; 21). Les symptômes neuropsychiatriques favorisent l'apparition de stress et de dépression chez les accompagnants du patient et peuvent rendre difficile le maintien au domicile.

L'anxiété et la dépression peuvent s'observer à tout moment pendant l'évolution de la maladie. Les signes évocateurs sont une tristesse de l'humeur, une anhédonie, un retrait social avec isolement, une diminution de l'appétit, des troubles du sommeil, des modifications psychomotrices (agitation ou inertie), une irritabilité et une impulsivité, une sensation de fatigue généralisée et de perte d'énergie, un sentiment d'impuissance et de fragilité, un pessimisme, un sentiment de culpabilité. La dépression majeure reste cependant rare.

L'apathie est le symptôme comportemental le plus fréquemment observé. L'apathie se caractérise par une perte d'intérêt pour les activités habituelles et les relations sociales et familiales, une perte de la motivation nécessaire pour initier une action, et un désengagement

émotionnel et affectif. L'apathie se distingue de la dépression par l'absence de ressenti douloureux, de pessimisme ou de tristesse de l'humeur. L'apathie n'est donc pas nécessairement le signe d'une dépression et peut apparaître dès le stade débutant de la maladie.

Les hallucinations, délires, agitation, agressivité apparaissent dans les stades avancés de la Maladie d'Alzheimer et sont corrélés à l'importance du déficit cognitif (19). Les troubles du comportement alimentaire peuvent également orienter vers ce trouble. Ils doivent faire remettre en cause le diagnostic de Maladie d'Alzheimer s'ils surviennent à des stades débutants et précoces. L'agitation et/ou l'agressivité peuvent se manifester par des attitudes physiques opposantes, menaçantes, violentes, ou des cris et des injures, parfois signe de dépression sous-jacente. Les délires et hallucinations sont attribués à la Maladie d'Alzheimer s'ils apparaissent à un stade avancé du trouble neuro-cognitif et s'ils ne peuvent être attribués à une cause psychiatrique antérieure, à une comorbidité ou à une iatrogénie. Leur prévalence combinée est de 40 à 65%.

L'examen physique est normal dans la Maladie d'Alzheimer. Tout signe neurologique somatique, tel que syndrome extrapyramidal, myoclonies, crises d'épilepsie, doit faire rechercher d'autres diagnostics, bien que leur présence soit possible dans les stades sévères de la maladie d'Alzheimer. L'examen comporte, en outre, systématiquement un examen général notamment cardiovasculaire et une évaluation nutritionnelle, car la perte de poids est fréquente chez les patients déments.

II.4.5. Examens complémentaires

- Bilan biologique

Il comporte, selon les recommandations de l'Agence national d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes), un hémogramme, un ionogramme sanguin, un dosage de la calcémie, protidémie, glycémie et thyroid stimulating hormone (TSH) et est complété selon le contexte et dans les formes à début jeune (22,23). Le bilan biologique sanguin est normal dans tous les troubles neuro-cognitifs neurodégénératives.

- Imagerie cérébrale (TDM et IRM)

L'IRM cérébrale est un examen plus contributif au diagnostic que le scanner, par la mise en évidence d'une atrophie des structures hippocampiques détectable dès le stade débutant de la Maladie d'Alzheimer.

Le volume des hippocampes est réduit de 20 à 30 % dès les premiers symptômes de la maladie (24). L'atrophie hippocampique est corrélée à la sévérité du déficit de la mémoire épisodique. L'atrophie hippocampique n'est pas spécifique de la Maladie d'Alzheimer et peut s'observer dans le vieillissement et d'autres causes de trouble neuro-cognitif. Le taux de progression de l'atrophie hippocampique serait alors un meilleur marqueur de diagnostic précoce de Maladie d'Alzheimer que la mesure isolée du volume. Les séquences T2 ou les séquences FLAIR sont sensibles aux lésions vasculaires ischémiques de la substance blanche sous-corticale. Une leucoaraïose parfois étendue peut être associée à une maladie d'Alzheimer.

- Scintigraphie cérébrale et examen en tomographie à émissions de positons

La scintigraphie cérébrale repose sur la mesure du débit sanguin cérébral régional, reflet de l'activité neuronale. Dans la Maladie d'Alzheimer, la scintigraphie montre un hypodébit dans les régions temporo-pariéto-occipitales bilatérales (25). La scintigraphie cérébrale est surtout utile

dans les diagnostics débutants de Maladie d'Alzheimer, montrant un hypodébit des régions amygdalo-hippocampiques bilatérales.

L'examen en Tomographie à émissions de positons (TEP) au fluorodesoxyglucose (FDG) mesure la consommation glucidique neuronale corticale, reflet du métabolisme cortical au repos. La TEP-FDG a les mêmes indications que la scintigraphie cérébrale avec une meilleure sensibilité et spécificité pour le diagnostic précoce de Maladie d'Alzheimer.

- Ponction lombaire

Elle permet le dosage du peptide amyloïde (Ab), de la protéine Tau Totale et phosphorylée (P-Tau). Dans la Maladie d'Alzheimer, même au stade débutant, on observe une diminution de l'Ab associée à une augmentation des protéines Tau Totale et P-Tau. Les ratios Ab /Tau et Ab/P-Tau sont considérés comme des marqueurs biologiques diagnostiques de maladie d'Alzheimer avec une sensibilité et une spécificité supérieures à 80 % (26).

La ponction lombaire ne sera réalisée qu'en cas de doute diagnostique ou de présentation clinique atypique.

- Électroencéphalogramme

Il est demandé en cas de suspicion de maladie à prions, de syndrome confusionnel associé au trouble neuro-cognitif, de suspicion de crises épileptiques partielles ou généralisées.

II.4.6. Traitement

- Traitement symptomatique spécifique

Les inhibiteurs de l'acétylcholinestérase (I-AChE) tendent à corriger le déficit cholinergique constamment observé dans la Maladie d'Alzheimer. Les molécules commercialisées en France sont le Donepezil (Aricept®), la Rivastigmine (Exelon®) et la Galantamine (Rémínyl®). La substitution de l'un à l'autre de ces produits est possible en cas d'intolérance ou d'inefficacité. Les essais cliniques randomisés versus placebo ont montré que ces produits agissent sur les fonctions cognitives, l'autonomie et les troubles du comportement (25). Les effets indésirables sont le plus souvent digestifs (nausées, diarrhées, rarement vomissements). Il est nécessaire de rester prudent chez les patients ayant un bloc auriculoventriculaire ou sous bêtabloquant en raison du risque potentiel de bradycardie, et chez les patients asthmatiques ou ayant une bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) sévère en raison d'un risque de bronchospasme. L'augmentation de la posologie se fait toujours lentement afin de diminuer le risque d'effets secondaires, les effets secondaires étant dose-dépendants.

Il faut éviter la prescription des molécules ayant une action anticholinergique (traitement de l'instabilité vésicale, antidépresseurs tricycliques, certains neuroleptiques, etc.) qui peuvent aggraver le déficit cognitif ou provoquer des syndromes confusionnels.

La Mémantine (Ebixa®) est un antagoniste des récepteurs glutamatergiques N-méthyl-D-aspartate (NMDA). La Mémantine vise à réguler la suractivité des neurones glutamatergiques qui intervient dans les mécanismes d'excitotoxicité et de mort neuronale (25). Les essais randomisés en double aveugle dans les formes modérées à sévères de la maladie d'Alzheimer ont montré un bénéfice thérapeutique sur les échelles d'autonomie fonctionnelle, les troubles cognitifs et une possibilité de bithérapie avec les I-AChE. La posologie est de 20 mg/j à atteindre de manière progressive. La posologie doit être adaptée à la fonction rénale (au dosage de la clairance de la créatinine).

- Traitement pharmacologique des troubles psycho-comportementaux

Le principe du traitement des troubles psycho-comportementaux de la Maladie d'Alzheimer est bien codifié (21).

Il est important de ne réserver la prescription des neuroleptiques qu'en cas d'échec des autres approches pharmacologiques.

S'il est décidé l'introduction d'un neuroleptique, il faut privilégier les neuroleptiques atypiques (Risperidone et Olanzapine). Du fait du risque accru d'infarctus cérébral et de décès observés chez les malades souffrant de trouble neuro-cognitif et traités par neuroleptiques, leur prescriptions doit être discutée en fonction du bénéfice thérapeutique attendu et des facteurs de risque cardiovasculaires des patients.

- Mesures d'accompagnement

Le soutien du patient et de l'entourage est indispensable. Actuellement, 75 % des patients vivent au domicile et sont le plus souvent soignés par un proche. Le proche occupe alors une place de soignant informel. Outre la charge financière, la famille vit dans une situation de stress et de fatigue permanente (71 % des aidants présentent une dépression et 50 % un excès de fatigue) qu'il faut prendre en compte. Une rééducation orthophonique peut être proposée au patient. Quand la maladie est évoluée, il est nécessaire d'alerter les familles des dangers possibles (accès au robinet de gaz et aux produits ménagers toxiques, comportement d'errance avec pseudofugue). Les démarches médicosociales consistent au minimum dans la demande de l'Affection de Longue Durée (ALD) 100 % et de la carte d'invalidité. On oriente le patient auprès d'une assistante sociale pour la constitution du dossier d'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) et la mise en place d'aides au domicile (aides ménagères, auxiliaire de vie, portage des repas). Une infirmière peut passer pour la prise des médicaments, toilette et habillage.

Le patient peut être accueilli dans un centre d'accueil de jour ou en séjour temporaire afin de soulager les aidants. Les associations de famille permettent une information et un soutien complémentaires.

II.5. La Dégénérescence Lobaire Fronto-Temporale (DLFT)

I.1.5.1. Classification nosologique

Ce sont des affections survenant habituellement avant 65 ans, faisant partie des atrophies focales cérébrales. Le retentissement dans la vie quotidienne est lié à cette atteinte focale.

Les DLFT représentent un groupe de pathologies cérébrales partageant des caractéristiques cliniques et neuro-pathologiques communes et résultant d'une dégénérescence progressive circonscrite des lobes cérébraux antérieurs : temporaux et/ou frontaux (27). Ces régions cérébrales sont impliquées respectivement dans la prise de décision et le contrôle du comportement, l'émotion et le langage.

En 2009, Les DLFT ont été classées suivant une nouvelle nomenclature par des recommandations consensuelles par Mackenzie et al.(28). Cette nomenclature regroupe plusieurs maladies, sur la base de caractéristiques cliniques et neuro-pathologiques constituant différentes pathologies cérébrales classées non plus selon la clinique mais en fonction de la protéine défectueuse impliquée dans le processus pathologique et l'histopathologie. Les plus fréquentes sont la dégénérescence fronto-temporale, l'aphasie primaire non fluente progressive et le trouble sémantique ou aphasie fluente verbale.

II.5.2. Epidémiologie

La DLFT est plus rare que la Maladie d'Alzheimer (1 cas pour 6). On note une prédominance masculine (2/3 d'hommes). L'âge de début de la maladie est habituellement autour de 57,8 ans avec des extrêmes de 39 et 81 ans. La moyenne d'âge au moment du diagnostic est de 61,4 ans, c'est-à-dire 3,6 ans après le début des premiers symptômes. Bien que peu d'études aient été réalisées sur la prévalence globale de DLFT dans la population générale, elle est estimée à 12% de l'ensemble des troubles neuro-cognitifs, et à 20% de l'ensemble des troubles neuro-cognitifs du présenium (avant l'âge de 65 ans) (29). Les études sur l'incidence de la DLFT dans la population générale sont inexistantes.

II.5.3. Signes évocateurs

Les symptômes généraux de la DLFT sont dans la majorité des cas des modifications du comportement telles qu'une apathie, des manifestations d'un manque d'intérêt et la perte des convenances sociales. Les symptômes sont parfois confondus avec ceux d'une dépression

II.5.4. Symptômes cliniques

La DLFT s'exprime par un spectre large de symptômes cliniques comportementaux phasiques, cognitifs, émotionnels, neurologiques et psychiatriques (30).

- Symptômes comportementaux :

Il s'agit d'une détérioration progressive de la capacité du patient à contrôler ou à ajuster son comportement dans différents contextes sociaux ou à s'aligner sur les convenances sociales, donnant lieu à des comportements sociaux inappropriés et inadaptés.

- Symptômes émotionnels :

Parallèlement aux troubles du comportement plutôt positifs et productifs qui viennent d'être évoqués, l'apathie est très fréquente. Celle-ci est caractérisée par une perte d'initiative, une perte d'intérêt, un manque de perspicacité et un émoussement affectif. Cet émoussement affectif peut être accompagné de modifications brutales de l'humeur.

- Troubles du langage écrit et oral :

On retrouve des troubles du langage écrit et oral avec une aphasie et une réduction de la production du langage, une dysarthrie ou des difficultés croissantes à articuler les mots, une apraxie verbale donnant un discours hésitant, embrouillé, manquant de clarté, agrammatisme avec des difficultés croissantes pour comprendre les règles grammaticales permettant la compréhension écrite et orale, une perte de reconnaissance et du sens des mots, une écholalie, des persévérations. Il peut évoluer vers un mutisme dans les stades évolués.

- Autres symptômes cognitifs :

Ces patients présentent une altération de leurs fonctions exécutives se traduisant par une distractibilité et une impatience, des difficultés à rester en place ou à se concentrer sur une tâche intellectuelle, des troubles d'attention vis-à-vis de l'environnement, une rigidité mentale et une inflexibilité avec des difficultés d'adaptation à de nouvelles circonstances, une altération précoce du jugement, par exemple pour la gestion financière, des troubles de la pensée abstraite.

- Symptômes neurologiques, signes de dysfonctionnement préfrontal :

On retrouve des troubles des comportements de préhension et d'imitation, du maintien des attitudes, des troubles de conduites sphinctériennes, une apraxie de la marche, des signes parkinsoniens : amimie, bradykinésie, rigidité et instabilité posturale ; des désordres neurovégétatifs : hypotension orthostatique, malaises. Plus rarement : une hyperesthésie par perturbation d'intégration sensorielle, une sous utilisation motrice d'un hémicorps, une main étrangère ou capricieuse, une hémiparésie, des signes pyramidaux, une atrophie musculaire, une faiblesse musculaire, des signes de paralysie bulbaire, exceptionnellement des crises comitiales.

- Symptômes psychiatriques :

Parfois, au début de la maladie se pose le problème d'un diagnostic avec une maladie psychiatrique, notamment lorsque les troubles sont au premier plan. Certains patients atteints de DLFT souffrent de manifestations psychiatriques telles que dépression, manie, délires de persécution ou des hallucinations visuelles ou auditives.

II.5.5. Bilan diagnostic complet

Le diagnostic de DLFT est basé sur les critères internationaux de Lund-Manchester (31) révisés en 1998 par Neary et al. (32). Compte tenu de ses symptômes variés, la DLFT est souvent confondue avec d'autres affections psychiatriques ou neuro-dégénératives telles qu'une maladie d'Alzheimer ou un trouble parkinsonien. Le diagnostic implique (4) :

- La précision du motif de consultation
- La pathologie psychiatrique ou trouble neuro-cognitif atypique, le patient n'a souvent pas de plainte cognitive mais des plaintes somatiques sont possibles
- Le recueil des antécédents familiaux
- L'observation du patient
- Les troubles du comportement lors de l'entretien, négligence ou excentricité vestimentaires
- L'entretien avec la famille pour établir la liste des symptômes présentés par le patient, par exemple à l'aide de l'Echelle de Dyscomportement Frontal (EDF) (33)
- Un examen clinique notamment cardio-vasculaire et neurologique (fonction motrice, marche, équilibre, coordination, réflexes, force musculaire). L'examen neurologique peut être normal au début.
- Un examen neuropsychologique approfondi évaluant l'humeur, le langage, la mémoire, les fonctions exécutives, les capacités visuo-spatiales, les gnosies et les praxies. Les résultats au MMS évaluant les fonctions cognitives de manière globale, sont possiblement normaux. Les tests mnésiques tel que le rappel libre/rappel indicé sont en général réussis. Cependant, ils peuvent mettre en évidence un déficit du rappel libre mais contrairement à la maladie d'Alzheimer, le patient bénéficie de l'effet de l'indiçage (34). Les praxies gestuelles et constructives sont normales, sauf s'il existe des troubles de programmation ou une impulsivité entraînant des erreurs. Les gnosies sont normales, de même que les capacités visuospatiales. En revanche, l'examen retrouve une réduction du langage. Une logorrhée initiale est possible.

- L'examen orthophonique révèle un manque du mot, des paraphrasies sémantiques avec des dissociations possibles et une anomie, puis apparaissent des persévérations, des répétitions ou des intrusions et une écholalie. L'évolution se fait vers le mutisme. Les tests neuropsychologiques les plus sensibles au début dans le cadre d'une DLFT sont la réduction des fluences verbales sémantiques ou littérales (35) et une diminution du score à des échelles telles que la Batterie Rapide d'Evaluation Frontale (BREF) (36) évaluant les fonctions frontales. Les troubles des fonctions exécutives, de la programmation et les troubles du comportement peuvent être responsables d'une perte d'autonomie dans la DLFT.
- Un examen biologique normal
- Un examen de neuro-imagerie selon les recommandations de la HAS (4) pour confirmer la présence d'une atrophie cérébrale dont on précise l'étendue et la localisation
- Eventuellement d'autres examens : le dosage des bio-marqueurs dans le liquide céphalo-rachidien (LCR) en cas de doute diagnostique:
 - Le peptide A β -42, impliqué dans la formation des plaques séniles, marqueur du métabolisme de la protéine amyloïde.
 - La protéine Tau, marqueur des lésions axonales et de la dégénérescence neuronale (26).

II.5.6. Traitement des DLFT

Peu d'essais thérapeutiques ont été réalisés dans cette affection. Aucun traitement curatif n'existe actuellement. Les voies cholinergiques semblent peu atteintes dans la DLFT et les traitements anticholinestérasiques utilisés pour le traitement symptomatique de la maladie d'Alzheimer semblent inefficace, voire aggravent les troubles du comportement. Les résultats concordant d'un ensemble d'études indiquent une altération des voies sérotoninergiques au cours des DLFT. L'étude contrôlée de 2003 réalisée en double aveugle par Deakin et al. (37) ne montrait pas de bénéfice de la Paroxétine pour traiter les troubles du comportement dans cette pathologie. L'étude randomisée en double aveugle versus placebo de Lebert et al. (38) en 2004

montrait une diminution significative du score à l'échelle Neuropsychiatric Inventory (NPI) de 26 patients atteints de DLFT après 6 semaines de traitement par Trazodone (antidépresseur Tétracyclique). Cette amélioration était surtout visible pour les troubles du comportement tels que l'irritabilité, l'agitation, les symptômes dépressifs et les troubles alimentaires. Les doses étaient de 150 mg pendant 3 semaines puis de 300 mg.

Des traitements noradrénergiques ont été utilisés dans le but d'améliorer les troubles de la fonction exécutives sur quelques patients, sans résultats probants.

L'utilisation des anti-psychotiques typiques ou de nouvelle génération est peu recommandée. En effet, ces médicaments sont à l'origine de l'apparition d'un syndrome extra pyramidal, des troubles de la vigilance et d'aggravation des troubles cognitifs.

Une prise en charge non pharmacologique, tels que des séances d'orthophonie et des activités occupationnelles proposées notamment par des hôpitaux ou des accueils de jour doit être proposés à ces patients.

II.5.7. Pronostic

Il y a très peu de grandes études épidémiologiques longitudinales au cours desquelles une DLFT serait dépistée par une évaluation clinique et radiologique puis confirmée sur le plan neuropsychologique. Les DLFT sont des affections graves, avec une évolution progressive vers le décès en 7 ans en moyenne.

II.6. Maladie à corps de Lewy

Elle se caractérise par la présence abondante et diffuse de corps de Lewy dans le système nerveux central au niveau des noyaux gris centraux

II.6.1. Epidémiologie

La prévalence de la Maladie à corps de Lewy est de 0,7% pour les patients de plus de 65 ans et pourrait atteindre 5 % pour les plus de 85 ans (30). Selon les auteurs, elle représenterait la deuxième cause de troubles neuro-cognitifs dégénératives après la Maladie d'Alzheimer, soit 15 à 25 % de ces troubles. Les hommes seraient plus fréquemment touchés que les femmes.

II.6.2. Clinique

La maladie se manifeste par un déficit cognitif progressif, des hallucinations, principalement visuelles, auxquels s'associent une symptomatologie extra pyramidale et une présentation fluctuante des troubles cognitifs. La perte d'autonomie progressive est liée d'une part aux troubles cognitifs, d'autre part aux troubles neuropsychologiques, moteurs, du sommeil et dysautonomiques. Afin de faciliter le diagnostic, un consensus international a permis d'établir des critères diagnostiques (39). Les troubles cognitifs sont précoces et marqués par des déficits attentionnels, exécutifs et visuo-spatiaux au premier stade de la maladie. Les troubles de la mémoire apparaissent dans un second temps (40).

II.6.3. Signes majeurs

Les patients souffrent de fluctuations de l'état cognitif durant quelques minutes, quelques heures ou quelques jours (41). Ces troubles sont présents chez 50 à 75% des patients et ressemble à une confusion mentale. Certains auteurs ont décrit des particularités telles qu'une somnolence diurne, un sommeil diurne de 2 heures ou plus, un regard fixe pendant de longues

périodes, des épisodes de désorganisation du langage. Ces manifestations doivent être recherchées par l'entretien auprès de l'entourage. La présence de fluctuations de la cognition est utile pour faire le diagnostic différentiel avec une Maladie d'Alzheimer, mais n'est pas toujours aisée à mettre en évidence.

Les hallucinations visuelles sont présentes chez 80% des patients souffrant de Maladie à corps de Lewy. Ce sont habituellement des hallucinations visuelles précoces, construites et précises, durables et constantes dans la journée souvent dès le réveil, récidivantes et non critiquées (42). Elles ne sont habituellement pas vécues comme menaçantes par le patient mais inquiètent l'entourage.

II.6.4. Syndrome parkinsonien

Dans le trouble de la maladie de Parkinson, les symptômes moteurs pré existent au trouble neuro-cognitif depuis plusieurs années. En revanche, dans la maladie à corps de Lewy, l'apparition des syndromes neuro-cognitif et parkinsonien, dans un ordre variable d'un patient à l'autre, se fait dans un intervalle de moins de 1 an (43). La bradykinésie, la rigidité extra pyramidale et les chutes sont communes aux deux maladies tandis que le tremblement de repos n'est présent que chez 1/4 des patients dans la Maladie à corps de Lewy. Les patients souffrant de Maladie à corps de Lewy ont en général une rigidité axiale, une instabilité posturale, des difficultés à la marche, une amimie faciale plus marquée que les patients souffrant de maladie de parkinson avec trouble neuro-cognitif. La réponse à la L-dopa est moins marquée que chez les patients atteints de la maladie de Parkinson (43).

II.6.5. Signes évocateurs

Les anomalies du sommeil paradoxal sont présentes chez la moitié des malades et peuvent être les premiers signes de la maladie (44). Les patients souffrent de cauchemars qui ne s'accompagnent pas d'atonie musculaire mais au contraire de mouvements anormaux et violents du tronc et des membres.

La notion d'une intolérance aux neuroleptiques est également un argument en faveur d'une Maladie à corps de Lewy (45). En effet, ces médicaments sont susceptibles d'entraîner des complications sévères (somnolence, hypertonie sévère, instabilité posturale et chutes, confusion majeure, syndrome malin) dès les premiers jours de traitement.

II.6.6. Signes d'accompagnement

Les troubles dysautonomiques se manifestent par une hypotension orthostatique, une constipation, une incontinence urinaire, une instabilité posturale, des sensations vertigineuses. Des difficultés de l'alimentation et de la déglutition sont également fréquentes et peuvent survenir précocement chez les malades souffrant de Maladie à corps de Lewy (30). Le délire systématisé, les hallucinations, la dépression peuvent également survenir au cours de l'évolution et poser des problèmes diagnostiques avec des affections psychiatriques.

II.6.7. Examens complémentaires

Le DAT-scan peut être utilisé en cas de doute diagnostique. Il existe une baisse d'activité striatale dans la Maladie à corps de Lewy contrairement à la Maladie d'Alzheimer.

La scintigraphie myocardique montre une hypofixation au niveau du myocarde témoignant d'une atteinte sympathique en faveur d'une Maladie à corps de Lewy à contrario de la maladie d'Alzheimer (46).

II.6.8.Prise en charge thérapeutique

- Les anticholinestérasiques (IACE) :

Plusieurs études ont démontré leur efficacité sur les troubles cognitifs dans la Maladie à corps de Lewy. En 2000, d'après McKeith et al. (47), la Rivastigmine a montré un bénéfice sur les troubles comportementaux. Un effet anti hallucinatoire des anticholinestérasiques a également été mis en évidence. En outre, cette classe médicamenteuse ne semble pas avoir d'efficacité sur les troubles du sommeil.

- La L-dopa :

L'existence de symptômes extra-pyramidaux handicapants peut justifier l'utilisation de la L-dopa (48). Le traitement doit être augmenté progressivement jusqu'à atteindre la dose minimale efficace. En revanche, la L-dopa peut favoriser les hallucinations, la confusion mentale et la somnolence. Mais dans la majorité des cas, il existe une inefficacité de cette molécule. La mise en place de ce traitement sera étudiée au cas par cas en évaluant la balance bénéfice/risque.

- Les psychotropes :

Les troubles psycho-comportementaux ne justifient un traitement médicamenteux qu'en cas de souffrance psychique du patient ou de l'entourage.

Les antidépresseurs et anxiolytiques ne seront introduits que de manière justifiée. Les neuroleptiques sont susceptibles d'entraîner des complications sévères (somnolence, hypertonie sévère, instabilité posturale, confusion majeure, syndrome malin) dès les premiers jours de traitements (49). Leur prescription ne s'envisagera qu'en cas d'hallucinations sévères et angoissantes pour le patient, en utilisant de préférence les nouveaux antipsychotiques dits « atypiques » tel la Rispéridone.

II.6.9. Evolution et pronostic

Le pronostic est plus réservé que dans la Maladie d'Alzheimer du fait de l'existence de troubles moteurs et somatiques. En comparaison aux autres démences (Maladie d'Alzheimer et vasculaires), l'évolution des troubles neuro-cognitifs est plus rapide.

II.7. Le trouble neuro-cognitif de la Maladie de Parkinson

La Maladie de Parkinson dans son évolution peut s'accompagner de trouble neuro-cognitif. Elle est alors sous cortico-frontale (50). Elle se caractérise par l'installation progressive d'un syndrome frontal dyséxécutif, avec troubles mnésiques, en l'absence d'aphasie, d'apraxie, d'agnosie selon le DSM –V (51).

II.7.1. Epidémiologie et facteurs de risque

Le risque de trouble neuro-cognitif dans la Maladie de Parkinson est deux fois plus important que dans la population du même âge (52). Ces troubles toucheraient entre 15 et 20% des patients. L'augmentation de la mortalité dépend de la durée de la maladie et de la présence de trouble neuro-cognitif. Le principal facteur de risque est l'âge de début de la maladie. Les autres facteurs de risque sont la sévérité des troubles moteurs, notamment l'instabilité posturale et les troubles de la marche. Le risque de développer un trouble neuro-cognitif augmente avec la progression de la maladie.

II.7.2. Clinique et neuropsychologie

Les troubles neuro-cognitifs apparaissent toujours très progressivement après plusieurs années d'évolution de la maladie (49). La baisse de l'efficacité globale s'ajoute alors à la perte d'autonomie motrice. Ce délai est très important pour faire la différence entre le trouble neuro-cognitif de la Maladie de Parkinson et le trouble neuro-cognitif de la maladie à corps de Lewy.

Le syndrome démentiel associe un syndrome frontal dysexécutif, ou sous-cortico-frontal, et des troubles mnésiques. Les domaines visuo-spatiaux et visuo-constructifs sont aussi touchés. Le syndrome dysexécutif sévère explique la baisse d'efficacité cognitive, le ralentissement idéique, les troubles attentionnels, l'inertie.

C'est une atteinte sous-corticale n'associant donc pas d'aphasie, apraxie ou agnosie (40). Le syndrome frontal peut être évalué rapidement par le BREF (36) ou la fluence verbale. On peut constater un manque du mot ou des troubles de la compréhension des phrases complexes, témoin d'un dysfonctionnement frontal perturbant l'accès au lexique et les capacités de mémoire de travail verbal.

Les troubles de la mémoire sont des troubles de l'évocation mnésique : les capacités de rappel spontané (rappel libre) sont diminuées, mais la présentation d'indices sémantiques (rappel indicé) permet d'améliorer les performances mnésiques. Ce trouble du rappel résulte donc d'une difficulté d'activation des stratégies de récupération des traces mnésiques et non d'un défaut de mise en mémoire, a contrario de la Maladie d'Alzheimer. Les troubles de mémoire liés au dysfonctionnement frontal portent sur la mémoire de travail, la mémoire à long terme, la mémoire procédurale et la mémoire explicite.

Le dysfonctionnement du lobe frontal explique les difficultés de régulation et de contrôle comportemental, l'incapacité d'élaborer des stratégies efficaces, la diminution des ressources d'analyse et de contrôle de l'attention.

II.7.3. Diagnostic

Le diagnostic de trouble neuro-cognitif est parfois difficile dans la maladie de Parkinson, pour plusieurs raisons : l'importance des troubles moteurs, la présence de dépression et d'anxiété, les effets secondaires de type psychique des traitements (anticholinergiques, agonistes dopaminergiques).

Le trouble neuro-cognitif parkinsonien et la Maladie à corps de Lewy sont peu différents en ce qui concerne les troubles attentionnels, psychiatriques (39), dysautonomiques (49), le type et la sévérité des troubles extra pyramidaux (42), la sensibilité aux neuroleptiques (45) et la réponse aux anticholinestérasiques (47).

En revanche la réponse à la L-dopa est comparativement moins bonne dans la Maladie à corps de Lewy (48). Le diagnostic est basé sur l'analyse de l'évolution des troubles. Le diagnostic de démence de la Maladie de Parkinson doit être fait dans le cas d'une démence apparaissant au

cours de l'évolution d'une Maladie de Parkinson déjà diagnostiquée, tandis que le diagnostic de Maladie à corps de Lewy est porté lorsque le trouble neuro-cognitif survient en même temps ou dans l'année qui précède le syndrome parkinsonien.

II.7.4. Prise en charge

Le traitement antiparkinsonien doit être adapté. Le traitement dopaminergique doit être prescrit pour réduire le tremblement et le syndrome akinétohypertonique. Il ne corrige ni les troubles axiaux, ni les troubles cognitifs et abaisse le seuil confusio-gène. Il faut donc être attentif à rechercher la dose minimale efficace.

La Rivastigmine est un anticholiné-stérasique ayant son Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) pour les formes légères à modérément sévères de troubles associés à la Maladie de Parkinson. Il a été montré une action favorable sur les troubles cognitifs et comportementaux (53).

La dépression est fréquente mais de diagnostic difficile. Elle peut être prise en charge par les antidépresseurs sérotoninergiques.

Le traitement des hallucinations doit être prudent et ne devra être prescrit qu'en cas de souffrance du patient ou de perturbation de l'entourage. La Clozapine sera utilisée de façon préférentielle.

II.8. Le trouble neuro-cognitif d'origine vasculaire

La généralisation de l'imagerie cérébrale a fait considérablement évoluer le concept de trouble neuro-cognitif d'origine vasculaire.

II.8.1. Etiologies

On entend par trouble neuro-cognitif d'origine vasculaire un trouble neuro-cognitif associé à des lésions vasculaires cérébrales. Les présentations cliniques sont extrêmement diverses en lien avec la diversité des lésions vasculaires à l'origine de l'altération cognitive. La survenue d'altération cognitive d'origine vasculaire est liée à trois mécanismes différents : ischémique, hémorragique ou anoxique.

Les facteurs de risque sont multiples notamment l'âge, l'hypertension artérielle, le diabète, les facteurs génétique ou inflammatoires.

Si l'on veut rassembler les différentes présentations cliniques en tableaux syndromiques, on peut distinguer les troubles neuro-cognitifs d'origine vasculaires survenant au décours d'un accident vasculaire cérébral soit unique et de localisation stratégique, soit multiple ; les troubles neuro-cognitifs d'origine vasculaires liées à une atteinte sous-corticale plus diffuse et enfin les troubles neuro-cognitifs d'origine mixtes associant des lésions dégénératives évocatrices de Maladie d'Alzheimer et des lésions vasculaires corticales ou sous corticales (54)

II.8.2. Epidémiologie

La prévalence des troubles neuro-cognitifs d'origine vasculaires varie selon les critères diagnostiques utilisés et la fréquence des facteurs de risque vasculaires dans la population étudiée. Elle augmente nettement avec l'âge, passant de 3% à 75 ans à des taux variant entre 5 et 10% à 85 ans.

Le principal facteur de risque de survenue d'une démence vasculaire est un antécédent d'accident vasculaire cérébral. Selon Kokmen et al, l'incidence de démence après un AVC est de 7% au cours de la première année puis augmente à 48% 25 ans après (55).

Les liens entre facteurs de risque vasculaires et démences vasculaires ou même dégénératives sont maintenant clairement établis grâce à de nombreuses études longitudinales, en particulier pour l'hypertension artérielle mais aussi le diabète, la fibrillation auriculaire, l'hypercholestérolémie et l'athérosclérose carotidienne.

II.8.3. Clinique et neuropsychologie.

La présentation clinique découle du démantèlement étiologique des troubles neuro-cognitifs d'origine vasculaires. Le tableau neuropsychologique est lié à la localisation des lésions vasculaires. Par opposition à la maladie d'Alzheimer, il a été décrit, chez les patients présentant un trouble neuro-cognitif d'origine vasculaire, une prédominance des troubles dysexécutifs comparé à l'atteinte de la mémoire épisodique liée surtout à un trouble de la récupération (56). Cette atteinte de type frontal touche les capacités de raisonnement, d'abstraction, la flexibilité mentale, les fluences verbales et la mémoire de travail.

L'atteinte psychoaffective est une autre caractéristique des troubles neuro-cognitifs d'origine vasculaires. En effet, la fréquence de la dépression mérite d'être soulignée (30 à 40 % des patients). Elle ne serait pas liée uniquement à la perte d'autonomie ou à la conscience de trouble mais à l'atteinte vasculaire elle-même.

II.8.4. Diagnostic

La plus grande difficulté diagnostique est d'établir un lien de causalité entre la survenue d'un processus démentiel et la découverte de lésions vasculaires cérébrales radiologiques s'exprimant cliniquement ou non. Selon les critères en vigueur, seule une relation temporelle permet d'attribuer l'existence du syndrome démentiel aux phénomènes vasculaires en gardant à l'esprit que des lésions dégénératives infra cliniques peuvent coexister.

Dans la plupart des troubles neuro-cognitifs d'origine vasculaires, l'imagerie fonctionnelle met en évidence un hypométabolisme cortico-sous-cortical affectant de multiples régions tandis que l'imagerie de perfusion montre un défaut de perfusion frontale (57).

II.8.5. Evolution et pronostic

Classiquement, les troubles neuro-cognitifs d'origine vasculaires évoluent par paliers correspondant à la survenue de nouveaux événements cérébro-vasculaires (56). Le déclin serait moins rapide que dans la maladie d'Alzheimer avec une perte annuelle de 1 point au MMS, lequel sous estime l'atteinte exécutive. En fait, cette évolution est extrêmement hétérogène selon l'étiologie des lésions vasculaires et leur risque de récurrence si les facteurs de risque persistent.

II.8.6. Prise en charge

Parmi les traitements « curatifs » ayant été étudiés dans les troubles neuro-cognitifs d'origine vasculaire, aucun n'a démontré actuellement de bénéfice suffisant pour justifier une AMM dans cette indication. Il en est de même pour les deux anticholinestérasiques, la Galantamine et le Donépézil, ayant démontré un effet bénéfique sur l'évolution globale, cognitive, comportementale et sur l'autonomie de patients atteints de troubles neuro-cognitifs d'origine vasculaire probable et de Maladie d'Alzheimer associée à des lésions vasculaires cérébrales (58). La correction des facteurs de risques pourrait prévenir la survenue des troubles neuro-cognitifs d'origine vasculaire. Malheureusement, il existe peu d'études interventionnelles incluant dans leurs objectifs la prévention des troubles neuro-cognitifs d'origine vasculaire. Il existe tout de même l'étude Syst-Eur en 1994 qui étudiait le traitement de l'hypertension artérielle de patients âgés de 70 ans en moyenne. Il a été démontré une incidence des troubles réduite de 50 % comparée au groupe placebo (59). La prévention des troubles neuro-cognitifs a concerné non seulement les troubles neuro-cognitifs d'origine vasculaire mais aussi les troubles de type Alzheimer.

L'effet des antiagrégants n'est plus à démontrer en prévention des AVC. En prévention des troubles neuro-cognitifs, une étude ancienne a montré l'amélioration significative du score cognitif (60).

Les troubles neuro-cognitifs d'origine vasculaire s'accompagne fréquemment de syndromes dépressifs nécessitant un traitement psychotrope approprié. Il faut utiliser avec prudence les molécules ayant un effet anticholinergique, les antidépresseurs abaissant le seuil épileptogène. Les sérotoninergiques trouveraient une indication de choix chez les patients ayant des troubles frontaux.

La prise en charge de la dépendance allie une évaluation précise de l'autonomie et la mise en place d'aides adaptées. Celles-ci doivent tenir compte des troubles cognitifs et des troubles sensorimoteurs s'il existe des lésions d'AVC.

III. PROBLEMATIQUE DU DEPISTAGE

Depuis quelques années et en raison de phénomènes démographiques et socio-économiques maintes fois décrits, les travaux de recherche en gériatrie se développent lentement.

En Europe, et plus particulièrement en France, les études PAQUID, REAL.FR et l'étude des 3 Cités (pour ne citer que les études françaises), conduites au cours des deux dernières décennies, ont largement contribué à l'essor général de la recherche épidémiologique gériatrique, et ont donné une notoriété internationale aux équipes impliquées dans ces projets (61).

III.1. Un dépistage trop tardif

Il semblerait que la Maladie d'Alzheimer soit sous diagnostiquée, en particulier au stade précoce et dans la population de plus de 75 ans en médecine de ville (62).

Dans l'Etude des 3 Cités, débutée en 1999 (63), sur les 201 cas prévalents de troubles neuro-cognitifs repérés avec une démarche diagnostique active dans le cadre de l'étude, seuls 61% avaient consulté un médecin pour des troubles cognitifs et 32,9 % avaient vu un spécialiste (64). Un diagnostic précis a été annoncé au malade ou à sa famille dans 30 % des cas. La plainte au médecin diminue nettement avec l'âge et le recours au spécialiste s'effondre après 80 ans passant de 55 à 20 %. Ces résultats ne sont pas spécifiques à la France.

Une vaste enquête européenne d'opinion, la « Facing Dementia Survey », dirigée dans 6 pays, et réalisée auprès de 2500 personnes (aidants, membres de la population générale, médecins, patients malades d'Alzheimer) montre que seuls 40 % des patients consultent pour la première fois à un stade de trouble neuro-cognitif léger, 54% à un stade modéré et 7% à un stade sévère. Il a été démontré que le temps moyen nécessaire en France pour poser le diagnostic de trouble neuro-cognitif (temps entre le début de la déclaration des premiers symptômes de la maladie et le diagnostic) est estimé à 24,11 mois alors qu'il est évalué à 20 mois en Europe. En Allemagne ce temps est estimé à 10 mois, ce qui souligne l'importance du retard diagnostique actuellement (65).

Une étude finlandaise en 2003 a montré que seulement 48 % des sujets déments détectés dans le cadre de l'étude avaient été diagnostiqués par un médecin auparavant (66).

Dans cette étude, aux premiers stades des troubles cognitifs, un malade sur trois seulement était diagnostiqué, et même en fin de maladie, près d'un malade sur quatre était ignoré.

III.2. Rôle du Médecin Généraliste dans le dépistage des troubles neuro-cognitifs

La spécialité de Médecine Générale étant désormais reconnue, il a fallu en définir les rôles dans le système de soins. Ainsi, un comité d'experts lors de l'International Association of Geriatrics and Gerontology (IAGG) en juillet 2009 a proposé de définir le Médecin Généraliste comme un interlocuteur privilégié auprès du patient (67).

Il joue un rôle essentiel dans la détection des troubles neuro-cognitifs, le suivi du patient et des aidants, et la mise en place d'aides. Il est le plus souvent le premier recours de consultation lors d'une plainte du patient ou de son entourage. (68)

Une enquête téléphonique récente réalisée auprès de la population allemande, montre que plus de deux tiers des patients consulteraient en premier recours leur Médecin Généraliste en cas de troubles cognitifs, loin devant les spécialistes. (69)

Selon le baromètre santé Médecins Généralistes 2009, (70) 92 % des Médecins Généralistes interrogés déclarent avoir suivi au moins un patient atteint de Maladie d'Alzheimer dans l'année, 30,7 % en ayant accompagné plus de dix.

Le rôle du généraliste est de repérer les premiers signes de la maladie, d'évoquer le diagnostic et de répondre aux états de crise. Il doit également assurer le suivi médical et coordonner la prise en charge médicale, psychologique et sociale du patient et de l'entourage.

Il est le coordinateur du parcours de soins du patient. Il est alors amené à travailler en interdisciplinarité avec les spécialistes.

Cependant et selon Ravenel, le Médecin Généraliste en cabinet se heurte à deux handicaps incontournables dans le dépistage et la prise en charge des troubles de la mémoire chez ses patients (71) :

- Une insuffisance d'outils diagnostics adaptés à la médecine générale.
- La restriction de prescription initiale des Inhibiteurs de l'Acétylcholinestérase (I-AChE).

III.3. Situation de dépistage précoce

L'enjeu du dépistage et du diagnostic précoce a été étudié. Il a été proposé un processus de détection pour une population cible et notamment quatre situations cliniques fréquentes en médecine de ville.

En premier lieu, il s'agit d'être attentif au patient qui consulte pour une plainte mnésique spontanée. L'étude de prévention GuidAge de 2007 menée chez des sujets indemnes de troubles cognitifs, de plus de 70 ans et présentant une plainte mnésique spontanée a mis en évidence qu'une plainte de ce type était un facteur de risque de MA (72).

En second lieu, le médecin généraliste devra être vigilant devant un patient consultant à l'initiative de sa famille pour un changement de comportement ou des troubles de la mémoire et de l'orientation.

En troisième lieu, le ralentissement psychomoteur signalé par la famille doit être source de dépistage.

Enfin, il faudra s'enquérir de possibles troubles cognitifs chez le sujet confus, agité, agressif. Devant ces quatre types de situations fréquentes, le Médecin Généraliste devra axer sa consultation sur la détection d'un probable trouble neuro-cognitif.

Si l'évaluation est normale dans un premier temps, le médecin généraliste devra recontrôler le patient à un an afin de voir s'il y a une évolution. Tout patient âgé de plus de 65 ans avec une atteinte de la mémoire épisodique authentifiée associée à une perte d'autonomie fonctionnelle progressive sera adressé au spécialiste (gériatre, neurologue, psychiatre) avec un diagnostic probable de MA.

Dans certains cas typiques, le Médecin Généraliste pourra poursuivre les investigations en faisant réaliser une imagerie (scanner cérébral ou IRM), ainsi qu'un bilan biologique tel que recommandé par l'HAS.

De manière générale, certains patients devront être adressés rapidement en consultation mémoire : les sujets de moins de 65 ans, les sujets dont le tableau clinique est atypique, les patients ayant des symptômes psycho-comportementaux productifs ou les patients dont l'aidant présente un épuisement important.

III.4. Tests utilisés

Le dépistage des troubles de la mémoire passe par la réalisation de tests reconnus et simples d'utilisation. Leur but est de réaliser une évaluation neuropsychologique. Ils doivent être simples à utiliser et rapides pour être réalisés de manière courante au cabinet médical.

L'HAS recommande d'utiliser le MMSE. Il n'y a pas d'accord professionnel concernant le choix des autres tests de repérage à effectuer dans le cadre d'une évaluation des fonctions cognitives (73).

III.4.1. Mini Mental Status Examination ou MMSE (ANNEXE 3)

Le MMSE est inclus dans de nombreuses recommandations dans plusieurs pays Européen, et est recommandé par l'HAS 2011 (73).

Sous sa forme consensuelle établie par le Groupe de Recherche et d'Évaluations Cognitives (GRECO), il peut être utilisé quel que soit le stade de sévérité de la maladie. Il étudie l'orientation spatio-temporelle, les fonctions d'apprentissage, attentionnelles, le calcul, le rappel libre et différé, le langage, les praxies constructives et les gnosies.

Il comporte la cotation de 18 items et fournit un score compris entre 0 et 30. Un score inférieur à 24 est presque toujours le témoin d'une dysfonction cognitive pathologique et un score supérieur à 27 l'est rarement. Toutefois, les valeurs seuils pour interpréter ce test varient avec l'âge et le niveau d'éducation, ce qui rend son utilisation et son interprétation parfois délicate. Par ailleurs, un score abaissé ne permet pas à lui seul de faire le diagnostic de trouble

neuro-cognitif, ni de déterminer la nature du déclin cognitif. On retrouve un effet plafond de ce test au début des troubles et un effet plancher pour les démences sévères.

Pour un score MMSE inférieur à 24, les sensibilités et spécificité pour le diagnostic de trouble neuro-cognitif sont respectivement de 63 et 89 %.

Selon les critères du NINCDS-ADRDA (ANNEXE 4) il a une sensibilité de 71% et une spécificité de 82% pour le diagnostic de MA (74).

Le temps de réalisation du MMSE estimé à 15 minutes peut être considéré comme long en pratique de médecine générale (75).

Une étude récente utilisant la base de données de la Banque Nationale Alzheimer (BNA), indique qu'au moment du diagnostic, le score au MMSE dépend non seulement de l'âge et de l'éducation, mais aussi d'autres facteurs tels que le sexe et le lieu de résidence. Cette information permet de maximiser les chances des patients (et en particulier les femmes) de bénéficier d'un diagnostic le plus précoce possible de la MA et maladies apparentées (76).

III.4.2. Le Test de l'horloge

Il consiste à demander au patient de représenter sur un cercle pré-dessiné les chiffres (correspondant aux heures) et de placer les aiguilles pour figurer une heure précisée par l'examineur. Ce test a l'avantage d'être rapide. Il étudie les connaissances sémantiques, les capacités exécutives les praxies visuo-constructives, les gnosies, et l'attention.

Sa sensibilité est de 84% et sa spécificité de 72% pour le diagnostic de trouble neuro-cognitif (77).

III.4.3. Le test des 5 mots de Dubois

Le test des 5 mots de Dubois consiste en l'apprentissage de 5 mots avec indiçage en indiquant au patient les catégories sémantiques des mots à mémoriser (par exemple "Bâtiment" pour "Musée"). Lors des épreuves de rappel des mots appris, on utilise l'indice pour les mots non rappelés spontanément par le patient.

Ce test évalue le rappel de 5 mots avant et après une épreuve interférente (avec matériel non verbal), et sa cotation ne tient pas compte du recours aux indices.

Ils sont réalisables en 10 minutes environ incluant l'épreuve interférente qui à elle seule dure 3 à 5 minutes (78).

Ce test permet d'évaluer la mémoire verbale épisodique. L'usage des indices sémantiques permet de faire la différence entre des troubles de la mémorisation (stockage de l'information) comme dans la MA, des troubles de l'encodage et de la récupération des informations, comme au cours du vieillissement normal, lors de syndromes dépressifs, ou de pathologies sous-corticales. Ainsi, dans la MA, les résultats retrouvent une diminution des rappels libres et différés, un indiçage peu ou pas performant. Dans les pathologies sous-corticales, le rappel libre est diminué, l'indiçage est performant.

Ce test est plus spécifique (91%) que sensible (63%) pour le diagnostic de trouble neuro-cognitif (79).

III.4.4. Test de Fluence Verbale

Le test de fluence verbale ou Set Test d'Isaacs étudie la mémoire sémantique et la fluence verbale en demandant au patient de dénommer dans un temps réduit (15 secondes) le plus de mots possible autour de 4 catégories sémantiques : couleurs, animaux, fruits, villes (10 réponses par catégorie et un score sur 40). La précocité de l'incapacité à générer du vocabulaire en fait un test intéressant pour le dépistage des troubles cognitifs(80).

III.4.5. Evaluation de la perte d'autonomie : ADL ou Index de Katz et IADL de Lawton

Ces échelles permettent d'évaluer la perte d'autonomie dans les actes de la vie quotidienne. Les perturbations des fonctions cognitives ont des conséquences fonctionnelles et peuvent entraîner une incapacité à réaliser des activités instrumentales de la vie quotidienne comme prendre des transports en commun sans aide, se servir du téléphone, faire des chèques, gérer son budget, etc (81).

L'IADL évalue la perte d'autonomie pour au moins une des 4 activités instrumentales de la vie quotidienne : utilisation du téléphone, des transports, prise du traitement, gestion des finances. Cette échelle a une sensibilité de 94% et une spécificité de 71% pour le diagnostic de trouble cognitif. Si la perte d'autonomie porte sur deux items IADL, la sensibilité est de 86% et la spécificité de 88% pour le même diagnostic (75).

L'étude PAQUID (82) a montré que l'échelle des IADL de Lawton est particulièrement subtile, avec une gradation qui permet de mettre en évidence un retentissement très minime d'un déclin cognitif.

III.4.6. Autres tests

D'autres tests ont été conçus pour dépister les troubles de mémoire en demandant au patient de mémoriser une liste de mots en facilitant leur rappel par l'indiçage : le test Memory Impairment Screen (MIS) mis au point aux États-Unis. Le MIS évalue le rappel de 4 mots après une épreuve interférente et tient compte dans la réponse du nombre de recours aux indices pour rappeler les mots (83).

Un test très court, le MiniCog, a été mis au point aux États-Unis par Borson en 2000 (84). Il explore la mémoire épisodique, et les praxies. C'est l'association du rappel différé des 3 mots et le test de l'horloge. Malgré sa brièveté (environ 3 minutes), ses sensibilités et spécificités sont comparables à celles de tests plus longs (ANNEXE 5).

Le test GPCog mis au point en Australie est lui aussi très rapide. Il comporte plusieurs tâches du même type pour le patient mais aussi des questions pour un membre de l'entourage du patient. Il dure environ 10 minutes (ANNEXE 6) (85).

La batterie rapide d'évaluation frontale (BREF) permet d'évaluer les fonctions frontales et de dépister les syndromes dysexécutifs. Elle comprend 6 épreuves réalisables en 10 minutes.

Le Codex, quant à lui, est un algorithme décisionnel construit à partir des sous-items les plus pertinents au plan statistique du test MMSE et du test de l'horloge avec une cotation très simplifiée. Il peut être réalisé en moins de 3 minutes et semble bien adapté à la pratique en médecine de ville (86). Le Codex évalué en consultation mémoire a montré respectivement une sensibilité et une spécificité de 92 et 85% pour le diagnostic de trouble neuro-cognitif et, de façon intéressante, ces résultats étaient meilleurs que ceux du MMSE, même en tenant compte du niveau d'éducation des patients (ANNEXE 7) (86).

III.5. Recommandation de la Haute Autorité de Santé (HAS) 2011

Les recommandations de l'HAS, revues en décembre 2011, s'intègrent au plan Alzheimer 2008-2012. Elles insistent sur la place du Médecin Généraliste traitant, qui est le pilote de l'organisation des soins centrée sur le patient.

Devant une plainte cognitive il est recommandé d'évaluer le patient lors d'un entretien initial dédié, avec si possible un accompagnant identifié après accord du patient. L'entretien initial recherche les antécédents médicaux du patient, une anomalie à l'examen clinique global.

Il est recommandé de réaliser une évaluation fonctionnelle globale (ADL, IADL) et une évaluation cognitive globale.

Le MMSE est le test recommandé par l'HAS, d'autres tests peuvent aussi être utilisés.

En présence d'un trouble cognitif avéré, il est recommandé d'orienter les examens paracliniques en fonction de l'hypothèse étiologique.

Dans les cas où cette évaluation ne révèle pas d'altération des facultés de mémoire, de jugement, de compréhension, il est recommandé d'en réaliser une autre 6 à 12 mois plus tard.

Il est également recommandé de faire un bilan biologique et de prescrire une imagerie cérébrale. Cet examen est une imagerie par résonance magnétique nucléaire (IRM) avec des séquences T1, T2, T2* et FLAIR et des coupes coronales permettant de visualiser l'hippocampe (en séquence pondérée T1), ou à défaut une tomodensitométrie cérébrale.

Si une altération est avérée, le binôme médecin généraliste traitant- spécialiste réalise les tests et examens nécessaires. Le médecin spécialiste pose le diagnostic de trouble neuro-cognitif et l'annonce au patient. C'est ensuite le médecin généraliste traitant qui, après avoir échangé avec le patient et son entourage sur la bonne compréhension des enjeux du diagnostic, leur propose un plan de soins et d'aides et demande la prise en charge en ALD 15. Assisté d'un professionnel formé (infirmière coordonnatrice de réseau de santé par exemple), le médecin généraliste traitant se chargera de mettre en œuvre les mesures d'accompagnement en lien étroit avec les aidants naturels.

IV. MATERIEL ET METHODES

Notre étude transversale analytique observationnelle et descriptive a été réalisée en région Bourgogne durant l'année 2015. Elle s'est composée de deux études. La première consistait en l'étude des pratiques professionnelles des Médecins Généralistes concernant le dépistage des troubles cognitifs chez leurs patients de plus de 75 ans. Elle analysait également leur recours et leurs avis concernant l'utilisation potentielle de leur intuition clinique dans ce dernier domaine. La deuxième étude consistait à analyser cette intuition clinique en la mettant en parallèle avec les résultats aux différents tests de dépistage exécutés chez un échantillon de patients.

IV.1. Première étude

IV.1.1. Echantillonnage des Médecins Généralistes

Dans cette étude, nous avons effectué une analyse des pratiques professionnelles des Médecins Généralistes concernant le dépistage des troubles cognitifs chez la personne âgée.

Nous avons décidé d'interroger un échantillon nous semblant représentatif des Médecins Généralistes installés exerçant en Bourgogne au cours de l'année 2015.

Pour cela, nous avons contacté les Conseils de l'Ordre Départementaux des Médecins de Bourgogne afin d'accéder à leur mailing liste pour avoir le plus de réponses potentielles possibles. Ces derniers n'ont pas souhaité nous la fournir pour des raisons de confidentialité. Nous avons donc diffusé manuellement notre questionnaire aux Maitres de Stage Universitaire (MSU) de la Faculté de Médecine de Dijon. Nous avons pu également diffuser notre étude lors de Formations Médicales Continues en Saône-et-Loire et nous nous sommes servi du carnet d'adresse de nos propres Maîtres de Stage.

IV.1.2. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion des médecins retenus étaient :

- Médecin Généraliste installé en cabinet ou exerçant en libéral,
- Sans critère d'ancienneté pris en compte,
- Exerçant en Bourgogne.

Les médecins contactés devaient accepter la mise en commun des informations concernant leurs patients ainsi que le partage du secret médical les concernant.

IV.1.3. Questionnaire (ANNEXE 8)

Notre questionnaire a été conçu sur GoogleDoc et réalisé au cours de l'année 2015.

Notre étude comportait deux parties envoyées dans le même temps : une lettre explicative et un questionnaire

La lettre décrivait l'étude puis un lien hypertexte était indiqué, renvoyant vers notre questionnaire.

Nous avons envoyé notre questionnaire à 126 médecins bourguignons.

Ce questionnaire comportait 19 items. La plupart des questions étaient à choix multiples, et certaines à choix unique. La réponse à toutes les questions était obligatoire pour pouvoir continuer le formulaire.

IV.1.3.1. Première Partie du questionnaire

Le questionnaire regroupait les informations sur le caractère sociodémographique du praticien : sexe, âge, milieu d'exercice (rural, semi rural et urbain) et durée d'installation.

Etaient ensuite abordées la formation complémentaire en gériatrie et l'expérience personnelle sur la fréquence de l'utilisation des tests de dépistage. Enfin, il leur était demandé l'âge moyen de leur patientèle ainsi que l'estimation du nombre de patients présentant des troubles de la mémoire.

IV.1.3.2. Deuxième partie du questionnaire

La seconde partie analysait leurs pratiques professionnelles. Elle révélait également les freins au dépistage en pratique courante de Médecine Générale, les outils diagnostiques employés ainsi que l'avis des médecins sur l'utilité du dépistage et de l'intérêt de l'intuition clinique.

Certaines questions étaient laissées en réponse libre afin de ne pas guider les médecins et obtenir le plus d'objectivité possible dans leurs réponses.

IV.1.3.3. Limites du questionnaire

Ce questionnaire n'a pas fait l'objet au préalable d'une autorisation de recueil de données accordé par le laboratoire de bioéthique du CHU de Dijon.

IV.1.4. Recueil des données

Un premier courriel comprenant la lettre informative et le questionnaire a été envoyé aux 126 médecins généralistes le 10/02/2015.

Un courriel de relance a été envoyé le 16/05/2015 à tous les participants.

Nous avons terminé notre recueil de données le 10/11/2015. Celui-ci incluait 64 réponses.

Les données ont été centralisées directement sur le logiciel informatique GoogleDoc et anonymisées.

IV.2. Deuxième étude

Dans cette deuxième étude, le but était d'évaluer la capacité d'intuition clinique des médecins concernant le diagnostic de troubles neuro-cognitifs chez les patients âgés ainsi que de mesurer le potentiel sous-diagnostic de ces troubles en pratique courante de médecine générale.

II.2.1. Définition de l'intuition clinique

Nous avons défini comme « intuition clinique » dans le domaine du dépistage des troubles neuro-cognitifs, la capacité des Médecins Généralistes à anticiper l'apparition de ces troubles.

L'intuition est considérée comme l'action de deviner, pressentir, sentir, comprendre, connaître quelqu'un ou quelque chose d'emblée, sans parcourir les étapes de l'analyse, du raisonnement ou de la réflexion.

C'est cette dernière partie de la définition qui nous intéresse le plus dans notre travail, le but étant de savoir si les praticiens doivent recourir à des tests de la mémoire reconnus ou si leur simple expertise et donc « intuition » suffirait à détecter ces troubles.

II.2.2. Taille de l'échantillon

Nous avons décidé d'inclure une série de patients issus des cabinets de Médecine Générale de Saône-et-Loire dans lesquels nous avons effectué notre stage de Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé (SASPAS) à l'occasion de notre dernier semestre d'Internat de Mai 2015 à Novembre 2015. A l'issue de cette période, nous avons inclus 83 patients.

II.2.3. Centres d'étude : choix des cabinets de Médecine Générale

Nous avons limité notre étude à des patients issus de la patientèle de cabinets de Médecine Générale prédéfinis.

Nous avons choisi, pour des questions pratiques, les cabinets des trois praticiens nous accueillant dans le cadre de notre SASPAS : Le Dr SELLES à Paray-Le-Monial, le Dr MACHET à La Clayette et le Dr PROST à Marcigny.

II.2.4. Critères d'inclusion et d'exclusion

Les critères d'inclusion à notre étude ont été les suivants :

- Les patients de plus de 75 ans consultant en cabinet de Médecine Générale pré-définis ci-dessus.
- Pendant la période de Mai 2015 à Novembre 2015.
- Les patients inclus devaient être exempts de toute évaluation gériatrique, neurologique ou psychiatrique concernant des troubles cognitifs et/ou démentiels durant l'ensemble de leur vie.
- Les patients ne devaient nullement être diagnostiqués comme présentant une pathologie neuro-cognitive connue telle que maladie d'Alzheimer, trouble neuro-cognitif d'origine vasculaire ou Maladie à corps de Léwy.
- Les patients inclus devaient également avoir accepté d'être évalués à la sortie de la consultation de Médecine Générale ou à domicile quand les conditions le permettaient.
- Les patients inclus devaient apporter leur consentement à l'exploitation de leur recueil.

Les critères d'exclusion étaient :

- Les patients n'acceptant pas les conditions du recueil.
- Patient de moins de 75 ans.
- Patient présentant une maladie démentielle avérée, évaluée ou en cours d'évaluation.

II.2.5. Méthodes d'intervention

II.2.5.1. Echantillon de patients

Les Médecins Généralistes avaient accepté au préalable les termes de l'étude. Les patients avaient été informés via un affichage au sein du cabinet de Médecine Générale et dans la salle d'attente.

Les médecins devaient choisir et nous informer des patients qu'ils souhaitaient inclure dans l'étude. Ils nous en fournissaient la liste ainsi que leurs coordonnées. Durant notre stage en autonomie, nous avons de nous-mêmes inclus des patients à l'issue des consultations.

Au terme de notre étude, nous avons inclus 83 patients.

II.2.5.2. Evaluation de l'intuition clinique du médecin

Les médecins devaient nous indiquer pour chaque patient inclus, sur un continuum de 0 à 10, le chiffre correspondant à l'intuition clinique qu'ils avaient concernant le risque de présenter une maladie de la mémoire. Cette échelle comportait onze graduations de 0 à 10. Le point « 0 » indiquait la possible absence de pathologie de la mémoire. Le point « 10 » indiquait à l'inverse la présence potentielle de troubles cognitifs très importants.

II.2.5.3. Prise de contact

Nous avons pris contact avec chaque patient afin de convenir d'un rendez vous. Il aurait lieu au cabinet du Médecin Généraliste du patient quand les locaux le permettaient. L'entrevue pouvait également avoir lieu au domicile du patient si cela était nécessaire.

II.2.6. Evaluation des patients

Les patients ont été évalués grâce à différents scores. L'HAS conseille d'effectuer une évaluation globale de manière standardisée à l'aide du MiniMental State Examination (MMSE) dans sa version consensuelle. Nous avons donc utilisé cette échelle pour notre étude. Nous avons également utilisé le test des 5 mots de Dubois ainsi que le test de l'horloge. (4)

Enfin, nous avons recherché un trouble de la mémoire par l'analyse des fluences verbales.

Les résultats ont été potentialisés afin de pouvoir les comparer aux données recueillies auprès des Médecins Généralistes.

Les modalités de passage des tests étaient acquises du fait de notre semestre en Gériatrie et des différents entretiens passés aux côtés de la neuropsychologue.

II.3. Méthodologie statistique utilisée

Les réponses de chaque questionnaire ont été retranscrites dans un tableur Excel permettant par la suite l'analyse statistique. Les données ont été analysées par le logiciel STATVIEW avec l'aide du Professeur Jouanny.

Les variables qualitatives ont été comparées avec les modalités de dépistage par un test de Chi-2 renforcé par un test de Fischer.

V. RESULTATS

V.1. Première étude

V.1.1. Analyse descriptive

V.1.1.1. Population étudiée : données démographiques

Nous avons pu inclure 64 réponses sur les 126 médecins auxquels le questionnaire a été envoyé soit 51% de réponses. L'échantillon des répondants était constitué de 22 femmes (34,8%) pour 42 hommes (65,2%).

On retrouve 14 médecins ayant reçu une formation en gériatrie (21,9%). Sur l'échantillon, 22 médecins de l'échantillon (34,8%) exercent en milieu rural, contre 21 en exercice semi urbain (32,6%) et 21 en exercice exclusivement urbain (32,6%). Leur durée moyenne d'installation est de 17,6 années.

Les médecins de notre échantillon présentent en moyenne 18.9% de patients de plus de 75 ans avec une médiane de 15.7%. Ils estiment que parmi leurs patients âgés de plus de 75 ans, 19.8% seraient susceptibles de présenter des troubles de la mémoire.

V.1.1.2. Utilité, fréquence et limites du dépistage des pathologies de la mémoire

Parmi les réponses, 92% soit 57 médecins sur 62 estiment que le dépistage des pathologies de la mémoire est utile. Cinq médecins (8%) ne sont pas d'accord avec cette idée. Deux médecins du panel n'ont pas répondu à cette question.

Notre étude estime que 56 médecins pratiquent le dépistage des troubles de la mémoire par la réalisation de tests soit 87,5% de notre population médicale étudiée. Huit de nos médecins (12,5%) avouent ne pas pratiquer de dépistage.

Afin d'expliquer l'intérêt pour le dépistage, les médecins ont répondu par réponses courtes. Les praticiens pouvaient évoquer plusieurs arguments à l'utilité du dépistage. Ainsi nous avons obtenu un total de 95 réponses pour cette question.

En premier lieu, dans 29 réponses sur 95 (30,5%), le dépistage semblait intéressant afin de mettre en place rapidement une prise en charge globale des différentes pathologies (mise en place d'aide humaine et financière, précocité de la prise en charge médicale et médicamenteuse). Ce panel de réponses était intimement lié au renforcement de l'autonomie du patient et à un maintien à domicile accru (15 réponses sur 95 soit 15,8%). Dans 20 réponses (21%), les médecins abordaient la recherche étiologique afin de limiter les complications et évaluer l'évolution de la pathologie. Dix sept pour cent (16 réponses) évoquaient le soutien aux aidants. Trois réponses des médecins (3,1%) estimaient ces pathologie sous estimées et trois autres (3,1%) pensaient que le dépistage était utile afin d'adapter les thérapeutiques.

Enfin à l'inverse, la totalité des médecins qui estimaient le dépistage inutile ainsi que quelques médecins convaincus évoquent qu'il n'y a pas ou peu de moyens thérapeutiques médicamenteux efficaces totalisant 9 réponses sur 95 soit 9,5%.

Tableau 1- Intérêt du dépistage des troubles de la mémoire

	nb	%
Mise en place rapide d'une prise en charge globale (humaine, financière, thérapeutiques médicamenteuses ou non)	29	30,5
Maintien de l'autonomie	15	15,8
Evaluer l'évolution	20	21
Soutien aux aidants	16	17
Pathologie sous estimée	3	3,1
Adaptation des thérapeutiques	3	3,1
Pas de moyens thérapeutiques efficaces	9	9,5

Afin d'évaluer les freins au dépistage des troubles de mémoire, les médecins devaient répondre à un Questionnaire à Choix Multiples. Ainsi sur 64 médecins interrogés, 11 n'ont pas souhaité répondre à cette question. Sur l'échantillon restant, nous avons pu totaliser un total de 59 réponses.

Concernant les freins au dépistage des troubles de la mémoire, 88,1% (n=52) des médecins répondant à ce questionnaire suggéraient un manque de temps, un manque de rémunération spécifique (n=4 ; 6,8%) et une absence de thérapeutique médicamenteuse efficace (n=3 ; 5,1%)

V.1.1.3. Modalités de dépistage des troubles de la mémoire

Nous avons demandé aux médecins s'ils se sentaient compétents dans la prise en charge des pathologies de la mémoire.

Vingt trois médecins (36%) se sentent plutôt compétents et un seul des médecins se sent très à l'aise (1,5%). Une compétence modérée pour la prise en charge de ces pathologies est décrite pour 24 d'entre eux (37,5%). En revanche, 14 se sentent plutôt non compétents (21,9%) et 2 pas du tout (3,1%).

Afin de faciliter notre démarche statistique, nous avons regroupé cette compétence en trois sous groupes :

- Le sous groupe « Non compétents » incluant les groupes « pas du tout » et « plutôt non » (16 réponses).
- Le sous groupe « Modérément compétents » sera laissé tel quel (24 réponses).
- Le sous groupe « Compétents » inclue les réponses « plutôt compétents » et « très à l'aise » (24 réponses).

Tableau 2- Compétence des Médecins Généralistes dans le dépistage des troubles de la mémoire

	nb		nb	%
Très à l'aise	1	Compétents	24	37,5
Plutôt compétents	23			
Modérée	24	Modérément compétents	24	37,5
Non compétents	14	Non compétents	16	25
Pas du tout compétents	2			

Les outils diagnostiques les plus souvent utilisés par nos 64 Médecins Généralistes sont dans un premier temps le Mini Mental Test (MMSE) utilisé dans 84,1% des cas (n=53), le Test des 5 mots de Dubois (n=23 ; 36,5%), le Test de l'horloge (n=45 ; 71,4%), un seul des praticiens utilise le Test des fluences verbales (1,6%) et un seul également le Test des similitudes. Deux des médecins utilisent l'IADL (3,2%). Enfin, 7 médecins n'utilisent pas d'outils de dépistage des troubles cognitifs (11,1%).

Le lieu d'exercice des Médecins Généralistes n'influe pas sur l'utilisation référentielle de l'intuition clinique.

Nous avons pu définir que les praticiens ayant une formation en gériatrie (Stage universitaire, DU, capacité) n'utilisent pas un test préférentiellement à un autre : Test des 5 mots (p=0,1314), MMSE (p=0,5448) et Test de l'Horloge (p=0,7333).

Lors du dépistage des troubles de la mémoire, il est important d'objectiver ces troubles et pour se faire d'accéder à une consultation spécialisée.

Les professionnels les plus souvent contactés sont les gériatres (n=42, 65.6%) et les neurologues (n=28, 43.7%). Les patients sont également souvent adressés en consultation mémoire (n=40, 62.5%) assurée par les gériatres. Certains patients bénéficient d'un double adressage auprès de différents professionnels expliquant un total supérieur à 100%. A noter, aucun des médecins n'envoient leurs patients chez les psychiatres afin d'objectiver les troubles cognitifs.

Les médecins interrogés estiment envoyer :

- « essentiellement » à 34,4% (n=22) et « souvent » à 42,2% (n=27) leurs patients en consultation spécialisée
- « parfois » à 18,7% (n=12)
- « rarement » à 3,1% (n=2) et « jamais » à 1,6% (n=1).

On a pu regrouper les réponses en 3 groupes :

- Le premier groupe intitulé « rarement » inclue les réponses « jamais » et « parfois » et inclus 3 réponses (4,7%).
- Le deuxième groupe « parfois » reste inchangé et comptabilise 12 réponses (18,75%).
- Le troisième groupe incluant les réponses « essentiellement » et « souvent » dans un groupe nommé « essentiellement » (n=49, 76,55%).

Tableau 3- Fréquence des consultations auprès de spécialistes

	nb	%		nb	%
Essentiellement	22	34,4	Essentiellement	49	76,55
Souvent	27	42,2			
Parfois	12	18,7	Parfois	12	18,7
Rarement	2	3,1	Rarement	3	4,7
Jamais	1	1,6			

V.1.1.4. Place de l'intuition clinique

Les médecins de notre étude sont 86% (n=55) à être convaincus que la seule utilisation de leur intuition clinique dans le dépistage des troubles de la mémoire ne suffirait pas.

Cette défiance semble surtout être due à un manque d'objectivité de l'intuition clinique pour 38,5% des médecins (n=20). Les autres arguments avancés sont une compensation des troubles par le patient (n=8 ; 15,4%), une consultation trop courte (n=5 ; 9,6%), le recours futur à un spécialiste (n=5 ; 9,6%) ne rendant pas, selon eux, utile la redondance des tests.

Enfin, les médecins s'accordent dans 5 cas (9,6%) à dire que l'intuition clinique ne suffit pas au diagnostic mais suffirait au dépistage.

On évoque le rôle primordial de l'entourage (n=3 ; 5,8%), l'habitude de voir le patient (n=3 ; 5,8%), l'existence d'un diagnostic différentiel (dépression par exemple) trompant le praticien (n=2 ; 3,8%) et une majoration des troubles par le patient lui-même (n=1 ; 1,9%).

Tableau 4- Principales causes de réserve envers la valeur de l'intuition clinique

	nb	%
Manque d'objectivité	20	38,5
Compensation des troubles par le patient	8	15,4
Consultation trop courte	5	9,6
Recours futur à un spécialiste	5	9,6
Suffirait au dépistage	5	9,6
Rôle de l'entourage	3	5,8
Habitude de voir le patient	3	5,8
Existence d'un diagnostic différentiel	2	3,8
Majoration par le patient lui-même	1	1,9

Dans le cadre du dépistage des troubles de la mémoire, nous avons demandé aux médecins à quelle fréquence ils pouvaient être amenés à utiliser leur intuition clinique.

Trois des médecins soit 4,7% pensent ne jamais utiliser leur intuition clinique et seulement 7 médecins rarement (10,9%). Vingt deux médecins l'utilisent parfois (n=22 ; 34,4%) et 28 souvent (43,7%). Enfin, 4 médecins utilisent essentiellement leur intuition clinique dans le cadre du dépistage des troubles de la mémoire (6,3%).

Par commodité statistique, nous avons regroupé les réponses telles que :

- Le groupe « Rarement » associant les réponses « jamais » et « rarement » (n=10).
- Le groupe « parfois » reste inchangé (n=22).
- Le groupe « souvent » associant les réponses « souvent » et « essentiellement » (n=32).

Tableau 5- Fréquence d'utilisation de l'intuition clinique en Consultation de Médecine Générale

	nb	%		nb	%
Jamais	3	4,7	Rarement	10	15,6
Rarement	7	10,9			
Parfois	22	34,4	Parfois	22	34,4
Souvent	28	43,7	Souvent	32	50
Essentiellement	4	6,3			

Les médecins ayant les patientèles les plus âgées et pouvant donc statistiquement avoir le plus de pathologie de la mémoire ne semblent pas utiliser plus souvent leur intuition clinique ($p=0,1827$). La durée et le mode d'exercice, le sexe, la formation en gériatrie des praticiens, la compétence estimée dans la prise en charge de la pathologie de la mémoire ne semblent pas coïncider non plus avec la fréquence d'utilisation de l'intuition clinique.

L'utilisation de l'intuition clinique n'a pas de lien significatif avec l'utilité estimée du dépistage ($p=0,3509$), la pratique du dépistage ($p=0,2568$), l'utilisation du Mini Mental State ($p=0,7676$) et le test de l'horloge ($p=0,4464$).

Enfin, l'intuition clinique des praticiens n'a pas de lien significatif avec la fréquence de recours à la consultation mémoire chez un spécialiste ($p=0,215$) et ce quelque soit le spécialiste : gériatre ($p=0,1882$), neurologue ($p=0,4497$) et consultation mémoire ($p=0,4390$)

En revanche il semblerait exister un lien significatif entre l'intuition clinique des praticiens et l'utilisation du Test des 5 mots de Dubois avec $p=0,0283$.

V.2. Deuxième étude

V.2.1. Analyse descriptive

V.2.1.1. Population étudiée : données démographiques

Nous avons pu inclure 84 patients dans notre étude. On rappelle que l'ensemble de ces patients faisait partie de la patientèle de 3 Médecins Généralistes différents.

La moyenne d'âge des patients était de 82,9 ans [75 ,1-91] avec une distribution de 60 femmes pour 24 hommes. Sur l'ensemble des patients, 2 patients présentaient un handicap visuel et aucun un handicap auditif ou moteur.

Quatre de nos patients possédaient un niveau d'étude considéré comme supérieur (au-delà du certificat d'études) (4,8%), 56 patients avaient obtenu seulement leur certificat d'étude sans aller au-delà (66,7%) et 24 patients avaient un niveau en deçà du certificat d'étude (28,5%).

V.2.1.2. Résultats aux tests

Nous avons étudié quatre tests : le MMSE, le Test de l'Horloge, le Test des 5 mots de Dubois et le Test de fluence verbale.

En moyenne, la réalisation des tests durait 11,7 minutes avec un minimum de 8 minutes et un maximum de 23 minutes.

Pour le MMSE, le test était considéré comme normal au-delà de 24 points. Vingt huit des tests (33,5%) étaient normaux et 56 pathologiques (66,5%). Le score moyen obtenu était de 22,7 points sur 30 [14-29].

Pour le Test des 5 mots, le test était correct lorsque le score total était supérieur ou égale à 8 sur 10. Il l'était dans 42,8% des cas (n= 36) et considéré comme pathologique dans 57,2% (n=48). Le score moyen obtenu était de 7,5 sur 10 [1-10].

Pour le test de l'horloge, le test était considéré comme normal s'il n'y avait aucune erreur. Au total, 55 tests étaient considérés comme pathologiques (65,5%) et 29 corrects (34,5%). Le score moyen obtenu était de 4,7 points sur 7 [0-7].

Pour le Test de fluence verbale, le test décelait 52 situations pathologiques (61,9%) et 32 tests corrects (38,1%). Le score moyen obtenu était de 15.3 points [6-26].

Nous avons classé les réponses selon le nombre de tests corrects :

- Aucun test correct : 31 patients soit 36,9% ;
- Un test correct : 14 patients soit 16,7% ;
- Deux tests corrects : 18 patients soit 21,4% ;
- Trois tests corrects : 9 patients soit 10,7% ;
- Quatre tests corrects : 12 patients soit 14,3%.

Nous considérons que sur l'ensemble des tests, nous avons 37.2% de tests corrects avec une moyenne de 1.488 tests corrects sur 4.

V.2.1.3. Corrélation avec l'intuition clinique

Nous rappelons que nous avons demandé aux médecins de l'étude de nous confier leur intuition clinique concernant les troubles de la mémoire potentiellement présentés par les patients. Ils devaient nous donner leur intuition sur un continuum allant de 0 à 10. Le chiffre « 0 » correspond à une absence de trouble de la mémoire et « 10 » correspond à un trouble de la mémoire jugé comme important.

Il apparait que l'intuition clinique n'était corrélé ni à l'âge, ni au sexe, ni au handicap des patients.

L'âge des patients testés ne semblait pas influencer sur les résultats aux tests. Les patients les plus âgés n'étaient pas les plus pathologiques.

D'autre part, l'intuition clinique des médecins est liée significativement aux résultats obtenus aux quatre tests ($p < 0.05$) :

- Pour un score d'intuition clinique situé entre 1 et 2 :
 - Ensemble des tests non réussi : 0 patient
 - Un test réussi : 5 patients
 - Deux tests réussis : 11 patients
 - Trois tests réussis : 4 patients
 - Quatre tests réussis : 12 patients.
- Pour un score d'intuition clinique entre 3 et 4 :
 - Ensemble des tests non réussi : 7 patients
 - Un test réussi : 9 patients
 - Deux tests réussis : 7 patients
 - Trois tests réussis : 5 patients
 - Quatre tests réussis : 0 patient.

- Pour un score d'intuition clinique entre 5 et 8 :
 - Ensemble des tests non réussi : 24 patients
 - Un test réussi : 0 patient
 - Deux tests réussis : 0 patient
 - Trois tests réussis : 0 patient
 - Quatre tests réussis : 0 patient.

Aucun des médecins interrogés n'avaient indiqué de score d'intuition clinique égal à 0 ou supérieur à 8 sur 10.

Tableau 6- Nombre de tests réussis comparé à l'intuition clinique des médecins (en nombre de patient)

Intuition clinique	Nombre de test réussi				
	0 test réussi	1 test réussi	2 tests réussis	3 tests réussis	4 tests réussis
Entre 1 et 2	0	5	11	4	12
Entre 3 et 4	7	9	7	5	0
Entre 5 et 8	24	0	0	0	0

Nous avons également comparé l'intuition clinique avec le score obtenu au MMS.

Par commodité statistique, nous avons regroupé les scores obtenus au MMS en trois différents groupes :

- Le premier groupe MMS inclut les scores supérieurs ou égaux à 24,
- Le deuxième groupe MMS inclut les scores supérieurs ou égaux à 18 et inférieurs à 24.
- Le troisième groupe MMS inclut les scores inférieurs à 18.

L'intuition clinique sera elle aussi divisée en 3 groupes.

- Le groupe A inclut les scores d'intuition clinique compris entre 1 et 2,
- Le groupe B inclut les scores d'intuition clinique compris entre 3 et 4
- Le groupe C inclut les scores d'intuition clinique compris entre 5 et 8.

Nous pouvons observer que :

- Dans le premier groupe MMS,
 - Vingt patients étaient dans le groupe A.
 - Huit patients étaient dans le groupe B.
 - Aucun patient dans le groupe C.
- Dans le second groupe MMS,
 - Douze des patients étaient dans le groupe A.
 - Neuf patients étaient dans le groupe B.
 - Vingt quatre patients étaient dans le groupe C.
- Dans le troisième groupe MMS,
 - Onze patients étaient inclus dans le groupe B.
 - Aucun patient n'appartenait ni au groupe A ni au groupe C.

Tableau 7- Intuition clinique comparée aux scores obtenus au MMS

	GRUPE A Intuition clinique comprise entre 1 et 2	GRUPE B Intuition clinique comprise entre 3 et 4	GRUPE C Intuition clinique comprise entre 5 et 8
Score MMS			
Supérieur à 24	20	8	0
Entre 19 et 23	12	9	24
Inférieur à 18	0	11	0

Dans notre analyse et ici résumé dans le tableau 8, nous nous sommes intéressés à la fréquence des troubles neuro-cognitifs (TNC) comparée à l'intuition clinique des médecins. Nous avons classé les patients en trois catégories :

-La première regroupe l'ensemble des patients ne présentant a priori pas de trouble de la mémoire (3 à 4 tests corrects) soit 21 patients (25%).

-La deuxième catégorie est constituée de 32 patients (38,1%) considérés comme ayant un trouble neuro-cognitif mineur (1 à 2 tests corrects).

-La troisième catégorie considérait les patients présentant un trouble neuro-cognitif majeur (aucun test correct) soit 31 patients (36,9%).

Nous avons mis en perspective l'intuition clinique et le niveau de trouble neuro-cognitif supposé.

Tableau 8- Intuition Clinique en fonction du trouble neuro-cognitif estimé

Score Intuition	Pas de trouble neuro-cognitif	Trouble neuro-cognitif mineur	Trouble neuro-cognitif majeur	Totaux
1	8	12	0	20
2	8	4	0	12
3	0	9	3	12
4	5	7	4	16
5	0	0	12	12
6	0	0	4	4
7	0	0	4	4
8	0	0	4	4
Totaux	21	32	31	84

Ainsi, nous pouvons voir que lorsque les patients ne présentent pas de trouble neuro-cognitif, l'intuition clinique des praticiens est plutôt bonne puisque 16 patients sur les 21 (76.2%) étaient inclus dans la fourchette d'intuition clinique comprise entre 1 et 2.

Les médecins détectent également très bien les troubles neuro-cognitifs majeurs et en ont une forte intuition clinique (plus de 5) dans 24 cas sur 31 soit 77,4% et ont une intuition clinique intermédiaire (comprise entre 3 et 4) dans 7 cas sur 31 (22,6%).

Enfin, les troubles neuro-cognitifs mineurs sont classés dans le groupe des intuitions cliniques comprises entre 1 et 2 dans 16 cas soit 50% et dans le groupe d'intuition clinique intermédiaire (entre 3 et 4) dans 16 cas sur 32 (50%).

Ainsi, l'intuition clinique était de $2,095 \pm 1,179$ pour les patients ne présentant pas de trouble neuro-cognitif, elle était de $2,344 \pm 1,208$ pour les patients présentant un trouble neuro-cognitif mineur et enfin de $5,452 \pm 1,48$ pour les patients présentant un trouble neuro-cognitif majeur.

Nous avons poursuivi notre analyse en comparant la probabilité de présenter un trouble de la mémoire (selon les tests) comparée à l'intuition clinique divisée en 3 classes

Tableau 9- Probabilité de trouble neuro-cognitif comparée à l'intuition clinique

	Peu probable	Possible	Probable	Totaux
Pas de TNC	16 (50%)	5(17.85%)	0	21
TNC mineur	16(50%)	16(57.15%)	0	32
TNC majeur	0	7(25%)	24(100%)	31
Totaux	32	28	24	84

Lorsque les médecins estiment que les patients présentent « peu probablement » un trouble neuro-cognitif, ils n'en présentent effectivement pas dans 16 cas sur 32 (50%) et présentent un TNC mineur dans 16 cas (50%).

Lorsqu'ils estiment qu'il pourrait y avoir un « possible » TNC, les patients ne présentent pas de TNC dans 5 cas sur 28 (17.85%), présentent un TNC mineur dans 16 cas sur 28 (57.15%) et un TNC majeur dans 7 cas (25%).

Enfin, lorsque les médecins estiment qu'il y a un TNC « probable », il existe effectivement un TNC majeur dans 100% des cas.

Nous avons enfin réalisé une dernière analyse en confrontant l'existence d'un TNC avec l'intuition des médecins. Cette dernière analyse classe les TNC en 2 catégories : s'il en existe un ou non. L'intuition clinique se divise également en deux catégories :

- la première appelée « Saine » est constituée des patients dont l'intuition clinique était inférieure ou égale à 2 et donc ayant un fonctionnement neuro-cognitif considéré comme sain ou non pathologique
- la seconde « Pathologique » est constituée des patients pouvant présenter un fonctionnement neuro-cognitif anormal.

Tableau 10- TNC vs Intuition

	Saine	Pathologique	Totaux
Pas de TNC	16 (50%)	5 (9.6%)	21
Présence d'un TNC	16 (50%)	47 (90.4%)	63
Totaux	32	52	84

Nous pouvons voir que lorsque les médecins estiment qu'il ne semble pas exister de TNC selon leur intuition clinique, ce trouble est effectivement existant dans un cas sur deux (VPP 50%). En revanche, lorsque les médecins estiment qu'il semble exister un TNC (quelque en soit le niveau), il existe effectivement un TNC dans 90,4% des cas. Ceci correspondant à la valeur prédictive positive.

La performance diagnostique des Médecins Généralistes est :

- Sensibilité 74.6 % : lorsque les médecins estiment qu'ils sont en présence d'un TNC et que les tests leurs donnent raison, soit 47 cas sur 63 patients.
- Spécificité 76.2 % : lorsque les médecins estiment qu'il n'y a pas de trouble, ils ont raison dans 16 cas sur 21,
- Valeur Prédictive Positive 90.4 % : ensemble des patients estimés pathologiques et qui ont effectivement un TNC.
- Valeur Prédictive Négative : 50.0 % : ensemble des patients estimés sains et qui le sont effectivement ; $p < 0.0001$.

VI. DISCUSSION

VI.1. Les forces de l'étude.

Notre étude est pertinente et c'est ce qui en fait sa première force. En effet, l'allongement de l'espérance de vie conduira à une prévalence plus importante de troubles neuro-cognitifs chez les personnes âgées.

Cette augmentation du nombre de patients atteints de TNC aura des conséquences en termes de charge médicales, psychosociales et financières. C'est donc un problème de santé publique.

Il s'agit d'un travail original puisqu'aucune étude n'a porté sur l'évaluation de la valeur de l'intuition clinique des médecins généralistes dans le dépistage des troubles de la mémoire. Or cette intuition clinique est utilisée en pratique quotidienne par les praticiens pour l'évaluation rapide des patients susceptibles de présenter un TNC. La valeur de cette intuition est donc importante à connaître afin de pouvoir savoir si nous pouvons nous y fier ou plutôt rester critique à son égard.

Bien que le modèle idéal de description d'une pratique reste l'observation directe du praticien (difficilement réalisable en consultation), la méthode déclarative par questionnaire anonyme permet de réaliser un sondage spontané s'identifiant le plus possible aux conditions de pratiques quotidiennes des Médecins Généralistes. Cette méthode apporte ainsi des données représentatives de la pratique propre à chaque Médecin Généraliste.

Malgré des difficultés liées au recueil des adresses électroniques des médecins généralistes, nous avons pu inclure 64 réponses sur les 126 questionnaires envoyés. Le taux de participation de 51% était satisfaisant. Ceci démontre l'importance du sujet pour les Médecins Généralistes et leurs intérêts pour leur pratique quotidienne.

Le questionnaire a été élaboré à partir de données de la littérature concernant le dépistage et le diagnostic des troubles neuro-cognitifs. Ceci dans le but de pouvoir s'approcher au mieux de la

pratique quotidienne des Médecins Généralistes. Les résultats obtenus sont ainsi représentatifs des pratiques et opinions des Médecins Généralistes.

Les médecins annoncent un pourcentage de 19,8 % de leurs patients pouvant présenter des troubles de la mémoire. Ce pourcentage se rapproche significativement de celui de 17,8% de l'étude PAQUID (11). Ceci rend notre étude concordante avec les données médicales et démographiques actuelles.

VI.2. Les biais et limites de l'étude

VI.2.1. Biais de sélection.

L'accès aux adresses mails des Médecins Généralistes de Bourgogne nous ayant été refusé, nous avons pris contact avec les praticiens lors de différentes FMC organisées en Saône-et-Loire durant notre SASPAS. Ainsi, seuls les médecins présents en FMC et sensibilisés à notre étude ont reçu le questionnaire. Ceci induit donc un biais de recrutement et diminue la représentativité de l'échantillon.

De plus, l'échantillon n'est pas représentatif de la population des Médecins Généralistes de Bourgogne puisque seul un échantillon de Médecins de Saône-et-Loire a reçu le questionnaire et participé à l'étude. Nous pouvons espérer que cela n'ait pas eu trop d'impact sur les résultats puisque cela correspond à la pratique de tout Médecin Généraliste effectuant des dépistages de TNC, quelque soit son lieu d'installation.

Les médecins répondeurs ont été contactés en FMC et sont sans doute plus sensibilisés à la prise en charge de cette pathologie de la personne âgée et ceci pourrait induire un biais de sélection de plus dans notre étude.

Dans l'ensemble de nos patients, 36.9% semblaient présenter une pathologie de la mémoire. Cette proportion ne correspond pas à la réalité de la population française (6). Il semblerait qu'il y ait eu un biais de sélection de nos patients.

En effet, les médecins nous ont confié leurs patients dans le but d'étudier de potentiels troubles de la mémoire. Les médecins, en sélectionnant eux-mêmes leurs patients et sans avoir recours à une sélection aléatoire de leur patients, ont contribué à accentuer ce biais.

Nous avons étudié la patientèle et l'intuition clinique de seulement 3 médecins généralistes installés en zone rurale. Il s'agissait de nos maîtres de stage de SASPAS. Peut-être qu'en augmentant la taille de l'échantillon de médecins interrogés et proportionnellement de patients étudiés les résultats auraient-été différents ?

VI.2.2. Biais de classement

Il s'agit d'une enquête déclarative et ce type d'étude induit des biais de classement systématiques.

Le biais de déclaration est inéluctable dans ce type d'étude et est dû à une évaluation erronée du médecin par rapport à sa pratique. Afin de réduire ce biais, nous avons systématiquement utilisé des questions correspondantes à des situations concrètes de dépistage en pratique courante de Médecine Générale.

Il existe un biais de mémorisation car certaines questions faisaient appel à la mémoire des Médecins Généralistes interrogés.

Il existe un biais de déclaration pouvant être dû à la longueur du questionnaire et au choix d'avoir choisi de laisser la place pour certaines réponses libres parfois moins bien renseignées du fait d'une lassitude des médecins.

Il peut enfin exister un biais de déclaration du fait de questions pouvant sembler peu claires et qui pourraient sans doute être reformulées. En effet, le questionnaire avait seulement été soumis aux trois praticiens maîtres de stage en SASPAS en phase de test. Peut-être qu'un échantillon plus grand et une refonte des questions auraient pu être bénéfiques à notre étude.

VI.3. Synthèse et analyse des résultats

L'objectif de notre travail était double. Il s'agissait d'étudier dans un premier temps la pratique des Médecins Généralistes en matière de dépistage des maladies de la mémoire chez les personnes âgées. Dans un second temps, il s'agissait de définir la valeur de l'intuition clinique utilisée dans le dépistage des troubles de la mémoire en comparaison avec les tests de dépistage objectifs reconnus par les instances médicales.

VI.3.1. Première étude

Nous pouvions penser que les médecins exerçant en milieu rural réalisaient plus de tests eux-mêmes pour avancer le diagnostic en raison de l'éloignement des structures hospitalières ou des spécialistes, mais ce n'est pas le cas.

Nous n'avons pas retrouvé non plus de différences significatives dans la prise en charge des patients en fonction de l'âge des médecins, ni en fonction de leur formation en gériatrie (DU, Capacité, formation universitaire, stage).

Une étude irlandaise menée en 2006 prouvait que les médecins se sentaient mal formés sur le diagnostic et la prise en charge des patients atteints de ces pathologies et 83% d'entre eux souhaitaient une formation complémentaire sur ce sujet (92)

La Fondation Médéric Alzheimer a mené une enquête auprès des Médecins Généralistes avec le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE), sur l'enseignement concernant les syndromes démentiels, dispensé pendant les trois années du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de médecine générale. Majoritairement les thèmes retenus ont été « le diagnostic précoce », cité par 66% des répondants puis « la relation médecin/malade » (64%). A l'opposé les thèmes « enjeux de société et coût de la maladie », sont signalés par moins de 40% des répondants. Parmi les répondants à l'enquête, 59% estiment que les étudiants portent un intérêt moyen à cette maladie, et 57% que les enseignants manifestent également un intérêt moyen (93).

Ces chiffres sont à méditer étant donné le nombre grandissant de personnes âgées à venir dans les prochaines années.

Le recours à un spécialiste n'était pas non plus corrélé à l'âge des Médecins Généralistes. Pourtant les jeunes médecins ne sont-ils pas mieux formés ? Ou les médecins plus âgés n'ont-ils pas plus d'expérience concernant le sujet ?

Dans notre étude, 92 % des médecins voient un intérêt à la détection précoce des troubles cognitifs. Ces médecins estiment que le dépistage pourra influencer sur la prise en charge future de leurs patients.

Cela montre cependant que 8% des médecins ne cherchent pas à détecter un quelconque trouble et l'ignorent donc. Les arguments les plus souvent avancés pour justifier ce choix sont le manque de thérapeutiques médicamenteuses efficaces, ou même le manque, en général, de prise en charge validée pour les patients atteints de TNC. Une étude de 2012 menée à Montpellier montrait que le doute sur l'efficacité des traitements incitait les médecins à privilégier les comorbidités sévères chez les personnes âgées (90).

En 2013, une étude réalisée auprès de 106 médecins de la métropole lilloise prouvait que l'efficacité limitée des traitements était un facteur limitant dans la réalisation des tests de dépistage (91).

Pourtant, l'HAS insiste sur l'intérêt de la prise en charge précoce et sur l'efficacité, au cas par cas, des thérapeutiques médicamenteuses mais aussi, et surtout, de la prise en charge pluri-disciplinaire de ces troubles pour le patient et les aidants (73).

Dans l'ensemble de notre population, 87,5% des Médecins Généralistes réalisent un dépistage des troubles cognitifs par des tests objectifs, le plus souvent le MMS dans 84,1% des cas.

A l'inverse, 8 des 64 médecins répondants soit 12,5% avouent ne pas pratiquer de dépistage des troubles cognitifs. Cette proportion est trop importante à la vue de l'évolution de la maladie et des conséquences pour le patient et l'entourage.

Il existe sans doute un manque de formation et d'information des médecins pouvant justifier ce chiffre.

Mais, nous pouvons également justifier ce chiffre par le fait que les médecins n'effectuant pas de dépistage pourraient adresser directement les patients auprès des spécialistes afin de ne pas faire de redondances dans les examens. En effet, 92% des médecins disent voir un intérêt au dépistage des TNC mais seulement 87.5% effectuent des tests au cabinet.

Nous nous apercevons également que seulement 76,5% des médecins adressent chez le spécialiste en cas d'anomalie. Cette proportion est trop peu élevée à la vue des conséquences évoquées plus haut. Ceci implique que les patients justifiant d'une consultation auprès d'un spécialiste ne peuvent y accéder. Ceci implique donc un retard à la mise en place de traitement adapté et de première prescription spécialisée et donc un manque de chance pour les patients.

Les principaux freins évoqués au dépistage des troubles cognitifs sont le manque de temps en consultation pour 88,1% des médecins répondants, le manque de rémunération spécifique (6,8%) et l'absence de thérapeutique médicamenteuse efficace à 5,1%.

Une étude européenne réalisée en 2006 passait en revue les obstacles au diagnostic et au traitement des patients atteints de trouble cognitifs. Cette étude mettait en évidence la crainte de stigmatiser les patients, le déni de la maladie, l'absence d'outils diagnostiques faciles et objectifs, le manque de temps, le manque de rémunération de ce dépistage, la difficulté d'accès aux consultations mémoire et enfin l'inefficacité des traitements (88).

Une thèse réalisée en 2004 dans les Hauts de Seine montrait également que le principal obstacle à l'utilisation des tests de dépistage était le manque de temps à 48% (89).

Il a été étudié que la durée moyenne d'une consultation de médecine générale est de 16 minutes.

Or, notre étude montre que le temps de passage des cinq tests en consultation était en moyenne de 11 minutes et pourrait donc très bien s'intégrer dans une prise en charge globale du patient par le médecin généraliste en cabinet.

Un des autres arguments avancés par les médecins généralistes est le manque de rémunération spécifique à cette consultation de dépistage. Il est prévu que, en cas de consultation dédiée permettant l'évaluation des troubles cognitifs par des tests objectifs, l'Assurance Maladie prévoit une cotation spécifique de l'acte assortie d'une rémunération de 69,12 euros.

Ainsi, cet élément de frein au dépistage devrait être plutôt incitatif pour le praticien.

Afin de pallier aux principaux freins mis en évidence au cours de notre étude, il apparaîtrait nécessaire que le Médecin Généraliste puisse réaliser une consultation dite « mémoire » lorsque cela est nécessaire. Cette consultation dédiée pourrait permettre d'effectuer des tests courts et simples afin d'objectiver les troubles. Or, la cotation dédiée à cette consultation semble peu utilisée en pratique. C'est effectivement chronophage et peut paraître redondant par rapport aux tests qui seront de toutes les manières effectués par un spécialiste, le seul habilité à poser le diagnostic et à initier un éventuel traitement. Ceci pourrait expliquer le manque d'intérêt à la réalisation par lui-même du dépistage. En revanche, il existe encore une trop forte proportion de Médecins généralistes qui ne voient pas l'utilité de ce dépistage. Or, au-delà de la mise en place de thérapeutiques médicamenteuses, il existe un large panel de moyens à mettre en œuvre afin de garantir une qualité de vie la plus optimale possible en fonction du stade de la maladie. Cela permettra également d'anticiper les troubles du comportement, soulager l'aidant, mettre en place les mesures de protection et anticiper les démarches à l'entrée en institution.

Pour cela, il est primordial d'encourager la formation continue et universitaire sur la détection des sujets atteints de troubles neuro-cognitifs. Leur prise en charge et leur suivi sont essentiels. Les médecins doivent être plus sensibilisés aux structures d'accompagnement et aux aides existantes afin de pouvoir en faire bénéficier leurs patients.

VI.3.2. Deuxième étude

Notre deuxième étude avait pour but d'étudier l'intuition clinique des Médecins Généralistes dans le dépistage des troubles de la mémoire chez les patients âgés.

VI.3.2.1. Dédutions de notre étude

Les quatre tests utilisés dans notre étude sont en lien avec les recommandations de l'HAS (4).

Il apparait que l'intuition clinique n'était pas corrélé ni à l'âge, ni au sexe, ni au handicap des patients.

L'âge des patients testés ne semblait pas influencer sur les résultats aux tests. Il apparait qu'il existe un lien statistique entre la durée du test et le nombre de tests corrects. Ainsi, plus la durée de passage des cinq tests était longue plus la probabilité de rencontrer un trouble neuro-cognitif majeur était grande.

Lorsque les médecins estiment qu'il n'existe pas de trouble neuro-cognitif (TNC), ce trouble existe dans 50 % des cas mais est donc absent dans la moitié restante. Ceci montre que l'intuition clinique, utilisée seule, n'est pas un outil fiable au dépistage des TNC.

On peut expliquer ce phénomène par la possible « routine » instaurée avec certains patients, souvent connus de longue date et avec qui les habitudes ont pris le pas sur la consultation.

De plus, les patients peuvent intentionnellement ou inconsciemment camoufler leurs troubles, de peur de jugement, d'examens complémentaires ou plus simplement par peur de la maladie et de ses implications.

Lorsque que les Médecins pensent qu'il existe un possible TNC, ce dernier est bien présent sous forme de TNC mineur dans 57,15% des cas et sous forme de TNC majeur dans 25% des cas. Il n'existe pas de TNC dans 17,85% des cas.

Ceci indique que, pour le dépistage des TNC mineurs ou débutants, les médecins sont plutôt aléatoires dans leurs jugements mais encore plus lorsqu'il s'agit de TNC majeurs. Ils se posent la

question d'un possible TNC débutant alors que dans un cas sur quatre, le trouble est déjà considéré comme majeur.

En revanche, lorsque les médecins concluent à un probable TNC, il est présent sous forme de TNC majeur dans 100% des cas et leur intuition est ici plutôt bonne.

Ceci nous amène à la conclusion que dans les extrêmes :

- Lorsque les médecins concluent à un TNC probable, leur intuition est très bonne puisque 100 % des patients présentent ce trouble.
- Lorsque les médecins estiment qu'il n'y a pas de TNC, ils ont raison dans seulement 50% des cas.

Leur intuition est prise en défaut lorsqu'ils estiment qu'ils sont devant des patients ayant un possible TNC. Cette situation intermédiaire est pourtant potentiellement la plus courante en pratique de médecine générale.

D'après notre étude, nous pouvons conclure que les tests objectifs de diagnostic des TNC ne pourront jamais être remplacés par la seule intuition clinique des médecins. Mais ces derniers peuvent s'en servir en cas de doute afin d'orienter au mieux leurs patients vers une filière de soins adaptée. Il faudra devant un TNC possible, envoyer le patient en consultation spécialisée, au risque de surestimer le TNC dans près d'un cas sur cinq, mais surtout ne pas sous estimer le TNC dans un cas sur quatre.

THESE SOUTENUE PAR Monsieur Jonathan CHANEY

CONCLUSIONS

L'allongement de l'espérance de vie s'accompagne d'une augmentation de la prévalence des troubles neuro-cognitifs majeurs, premiers pourvoyeurs de dépendance, responsables d'une augmentation des charges médicales, psycho-sociales et financières : c'est un problème de santé publique. En tant que pivot et en première ligne du parcours de soins, le médecin généraliste joue un rôle fondamental dans la détection précoce et l'orientation vers les filières de soins adaptées des patients présentant une plainte mnésique.

Dans notre étude, il apparaît qu'une majorité des médecins interrogés orientent leurs patients vers un spécialiste lors d'une plainte mnésique. La grande majorité estiment voir un intérêt au repérage précoce des troubles cognitifs, et ce, principalement pour mettre en place rapidement une prise en charge globale (humaine, médicale, sociale et financière) et anticiper les problèmes à venir. Cependant, nous avons pu mettre en évidence différents obstacles au dépistage et en particulier le manque de temps et « l'inefficacité » supposée des traitements médicamenteux spécifiques. Ils souhaitent la mise à disposition d'outils de dépistage standardisés, de passation rapide et adaptés à la médecine générale. Ceux-ci devraient être pertinents et faciles à utiliser afin de simplifier en pratique courante le rôle du Médecin Généraliste. Pour le moment et en l'absence de traitements curatifs, les Médecins Généralistes utilisent les mesures non médicamenteuses qui sont primordiales dans la prise en charge du patient présentant un trouble neuro-cognitif. La formation médicale initiale et continue sur la détection des troubles neuro-cognitifs, leur prise en charge, le suivi, l'accompagnement des aidants leur apparaissent essentiels. La détection précoce des sujets présentant une maladie de la mémoire leur permet d'anticiper la prise en charge de la dépendance afin d'offrir le meilleur confort de vie possible aux malades et à leur entourage. Cependant, l'intuition clinique qu'ils utilisent souvent, n'apparaît pas comme un outil d'aide au dépistage suffisant et ne peut remplacer les tests objectifs. Les médecins peuvent sous-estimer les troubles neuro-cognitifs débutants une fois sur deux, mais pas à un stade plus avancé (MMS < 24).

Le Médecin Généraliste se doit d'être vigilant à la moindre plainte cognitive rapporté par le patient ou son entourage, réaliser les tests de dépistage afin d'adapter sa prise en charge et ainsi d'anticiper les problèmes à venir en fonction du diagnostic retenu. Malheureusement, les contraintes de temps en médecine générale limitent la passation de ces tests de dépistage. Une solution pourrait être d'inclure dans un réseau de soins des infirmières formées au dépistage des troubles de la mémoire. Cette solution potentielle vaudrait également dans le dépistage et la prise en charge des autres syndromes gériatriques (instabilité posturale, dénutrition...) et de la fragilité au sens large.

Le Président du jury,



P. P. JOUANNY

Vu et permis d'imprimer

Dijon, le 28 juin 2016

Le Doyen



P. F. HUET

VIII. ANNEXES

ANNEXE 1

Critères de l'OMS CIM-10

G1. Chacun des troubles suivants doit être présent :

1. Déclin mnésique, qui est le plus évident dans l'apprentissage de nouvelles informations bien que, dans les cas plus sévères, le rappel des informations précédemment acquises puisse être affecté. Le déficit porte à la fois sur le matériel verbal et non verbal. Le déclin doit être objectivement vérifié par l'obtention d'une anamnèse fiable fournie par un proche, complétée si possible par des tests neuropsychologiques ou un examen cognitif quantifié.

La sévérité du déclin, avec le déficit léger comme le seuil de diagnostic, doit être évaluée comme suit:

- Léger : La sévérité de la perte mnésique est suffisante pour interférer avec les activités quotidiennes, mais insuffisante pour être incompatible avec une vie indépendante. La principale fonction affectée est l'acquisition de matériel nouveau. Par exemple, le sujet a des difficultés à enregistrer, stocker et restituer des éléments de la vie quotidienne et sociale, l'endroit où il a placé les objets ou une information familiale récemment acquise.

- Modéré : La sévérité de la perte mnésique représente un sérieux handicap pour une vie indépendante. Seul le matériel appris à maintes reprises ou très familier est retenu. Les nouvelles informations ne sont pas mémorisées que par moment et de façon brève. Les sujets sont incapables de restituer une information fondamentale sur leur situation géographique, ce qu'ils ont fait récemment ou le nom de personnes familières.

- Sévère : La sévérité de la perte de mémoire est telle que le sujet est complètement incapable de retenir une nouvelle information. Seuls persistent des fragments d'informations précédemment acquises.

2. Déclin d'autres fonctions cognitives, caractérisé par une détérioration dans le jugement et la pensée, concernant par exemple la planification, l'organisation, et le traitement général de l'information. La preuve de ce déclin doit être idéalement obtenue à partir d'un proche et complétée, si possible, par des tests neuropsychologiques ou un examen quantifié. La détérioration par rapport aux capacités antérieures doit être établie.

La sévérité du déclin, avec le déficit léger comme seuil diagnostique, doit être évaluée comme suit :

- Léger : Le déclin est suffisant pour interférer avec les activités quotidiennes, bien que permettant toujours une vie indépendante. Les activités quotidiennes ou de loisirs complexes ne peuvent plus être exécutées.

- Modéré : Le déclin dans les fonctions cognitives rend le sujet incapable d'effectuer des actes de la vie quotidienne sans l'assistance d'une autre personne, y compris faire les courses ou gérer l'argent. Ces activités sont progressivement réduites et sont suivies de façon peu soutenue.

- Sévère : Le déclin est caractérisé par une absence ou une quasi-absence de pensée intelligible.

Le degré global de sévérité de la démence est au mieux évalué par le niveau du déclin mnésique

ou par celui des autres fonctions cognitives en prenant compte l'atteinte la plus sévère (par exemple, un déclin léger de la mémoire et d'un déclin modéré d'une autre fonction cognitive doivent faire considérer la démence comme modérée).

G2. La conscience de l'environnement (par exemple, absence d'obnubilation de la conscience telle qu'elle est définie dans l'état confusionnel) est préservée pendant une période de temps suffisante pour permettre une mise en évidence sans équivoque des symptômes du critère G1. Lorsqu'il existe des épisodes confusionnels surajoutés, le diagnostic de démence doit être différé.

G3. Il existe un déclin dans le contrôle émotionnel ou la motivation, ou une modification dans le comportement social manifesté par au moins un des signes suivants : labilité émotionnelle, irritabilité, apathie, grossièreté du comportement social.

G4. Pour que le diagnostic soit assuré, les symptômes du critère G1 doivent être présents depuis au moins 6 mois ; si la période d'apparition des symptômes est plus courte, le diagnostic retenu est seulement à titre provisoire.

ANNEXE 2

Critères du DSM-V

A- Apparition de déficits cognitifs multiples, comme en témoigne à la fois :

(1) Une altération de la mémoire (altération de la capacité à apprendre des informations nouvelles ou à se rappeler les informations apprises antérieurement)

(2) Une ou plusieurs des perturbations suivantes :

Aphasie (perturbation du langage) Apraxie (altération de la capacité à réaliser une activité motrice malgré des fonctions motrices intactes) Agnosie (impossibilité de reconnaître ou d'identifier des objets malgré des fonctions sensorielles correctes) Perturbation des fonctions exécutives (faire des projets, organiser, ordonner dans le temps, avoir une pensée abstraite)

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

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

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

(1) A d'autres affections du système nerveux central qui peuvent entraîner des déficits progressifs de la mémoire et du fonctionnement cognitif (ex : maladie cérébro-vasculaire, maladie de Parkinson, maladie de Huntington, hématome sous-dural, hydrocéphalie à pression normale, tumeur cérébrale)

(2) A des affections générales pouvant entraîner une démence (ex : hypothyroïdie, carence en vitamine B12 ou en folates, pellagre, hypercalcémie, neurosyphilis, infection par le VIH)

(3) A des affections induites par une substance

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

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

ANNEXE 3

Mini Mental State Examination (MMSE) (Version consensuelle GRECO)

Orientation

/10

Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire. Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez.

Quelle est la date complète d'aujourd'hui ?

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

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

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

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

Apprentissage

/3

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

- « Cigare, Citron, Fauteuil »
- « Fleur, Clé, Tulipe »
- « Porte, Ballon, Canard »

Répéter les 3 mots.

Attention et calcul

/5

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

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

Voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers ?**

Rappel

/3

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

Langage

Montrer un crayon.

Quel est le nom de cet objet ?*

Montrer votre montre.

Quel est le nom de cet objet ?**

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

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

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

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

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

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

Praxies constructives

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

ANNEXE 4

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

1. Critères de maladie d'Alzheimer probable :

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

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

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

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

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

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

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

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

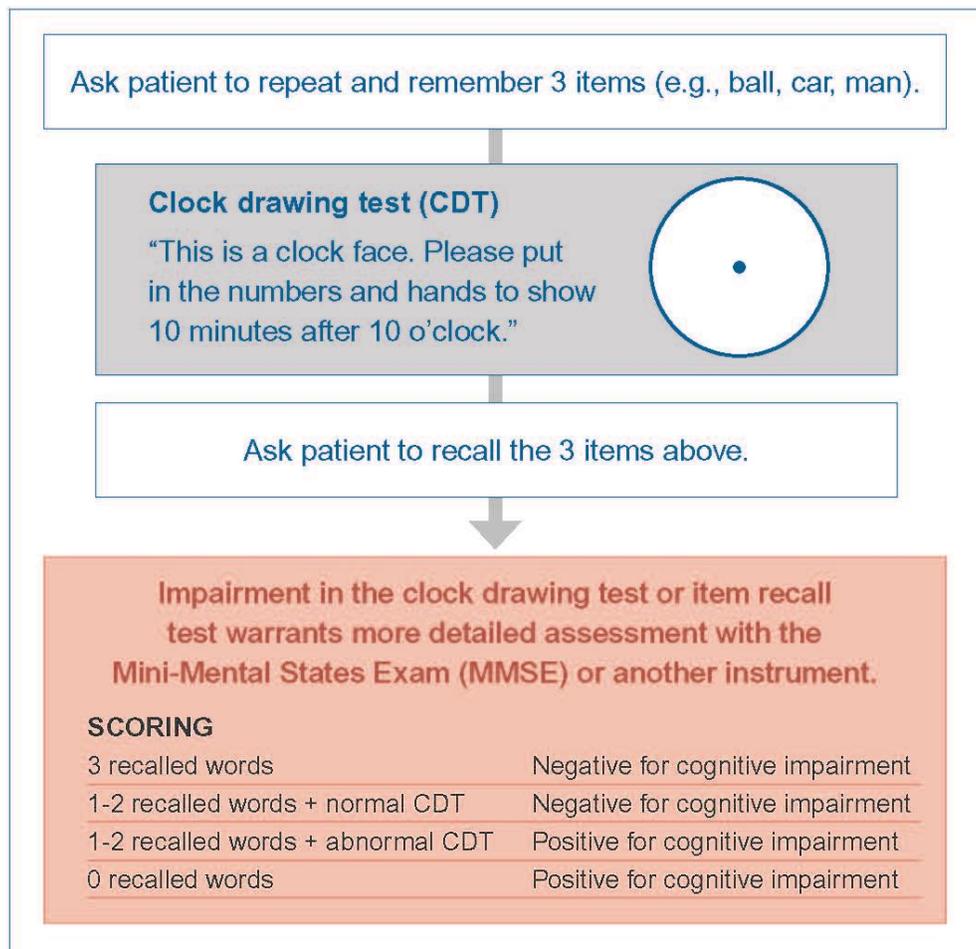
- peut être porté sur la base du syndrome démentiel, en l'absence d'autre désordre neurologique, psychiatrique ou systémique susceptible de causer une démence, en présence de variante dans la survenue, la présentation ou le cours de la maladie ;
- peut être porté en présence d'une seconde maladie systémique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

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

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

ANNEXE 5

MINI COG



GPCog

Score

GPCog 1 (patient):

9 = non altéré

5-8 = faire GPCog 2

0-4 = suspicion du

déclin cognitif

GPCog 2 (aidant):

4-7 = non altéré

0-3 = suspicion du

déclin cognitif

Nom du patient: _____ Date: _____

GPCOG
Examen du patient
Seul et spécialisé, chaque question ne doit être posée qu'une seule fois.

(Paul Durand, 42 rue Laurier, Montréal)

Orientation temporelle

2. Quelle est la date ? (Seulement si exacte) Correct Incorrect

Text de l'histoire - utiliser la page vierge

3. "Père, s'il vous plaît, les nombres pour répondre les heures sur l'horloge" (espacement correct requis)

4. "Placez les aiguilles pour que cela fasse 11H10"

Information

5. "Pouvez-vous me dire ce qui s'est passé récemment aux Informations (journal, télévision)" (Récemment = dans la semaine écoulée. Si une réponse est donnée, comme « quatre ou « plus », demandez des détails. Ne noter qu'une réponse précise)

Objet

6. Quels étaient le nom et l'adresse que p. vous ai demandés de retenir?

Pierre

Martin

42

rue des Acacias

Neully

Score total (réponses correctes) /9

Si le score = 9 : pas d'autres investigations nécessaires.

Si le score est compris entre 5 et 8 : faire l'étape 2 ou test.

Si le score est compris entre 0 et 4 : probabilité d'altération cognitive ? Compléter les investigations.

© University of New South Wales in partnership with the Geriatric Collaborative Research Centre - Assessment and Older Care. Revised in 2002. 02/03/04

Outil en français : www.gpcog.com.au

Informations venant de l'aidant principal

Date: _____

Nominatif de l'aidant principal: _____

Type de relation que l'aidant principal entretient avec le patient (parent, ami...): _____

Pour ces 6 questions, poser la question de comment est le patient en comparaison à ce qu'il était quand il était en bonne santé, c'est à dire il y a 5 à 10 ans.
Comptez à 1/1 y a quelques années:

ne sait, non Oui No pas applicable

- Est-ce que le patient a plus de difficultés qu'auparavant à se souvenir des choses qu'il s'est remises récemment?
- Est-ce qu'il ou elle a des difficultés pour se souvenir des conversations et/ou à quelques jours?
- Est-ce qu'il ou elle a davantage de difficultés à trouver le bon mot ou encore qu'il ou elle a tendance à utiliser un mot pour un autre?
- Est-ce que le patient est moins capable de gérer son argent ou son budget?
- Est-ce que le patient est moins capable de gérer ses médicaments de façon indépendante?
- Est-ce que le patient a besoin d'aide supplémentaire pour ses transports (trains ou autobus)?

Score total (compter les réponses « NON » OU « Ne sait pas » +1)

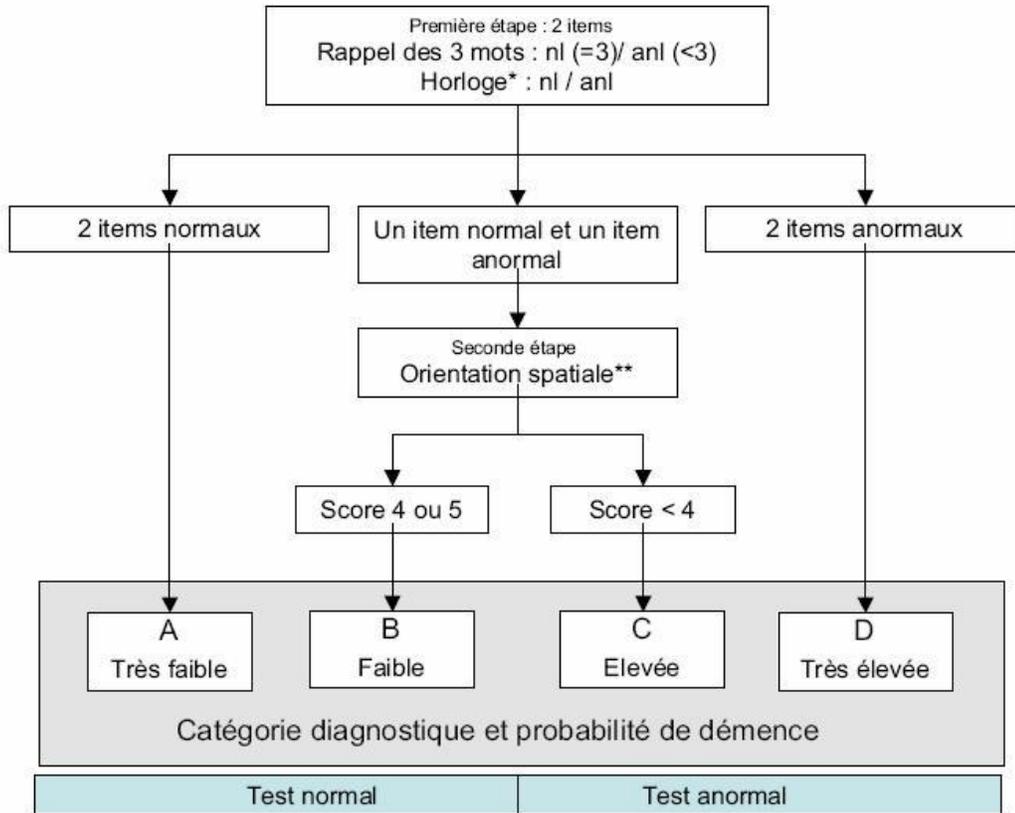
Un score de 3 ou moins indique un signe d'altération cognitive.

© University of New South Wales in partnership with the Geriatric Collaborative Research Centre - Assessment and Older Care. Revised in 2002. 02/03/04

Brodsky H. J Am Geriatr Soc 2002; 50: 530-34
Thomas P. Psychol Neuropsychiatr Vieil 2006; 4: 69-77

ANNEXE 7

Evaluation cognitive ultra-rapide par le test CODEX



Cotation du test CODEX

1. Cotation du test de l'horloge :

Les nombres sont-ils tous présents ? Oui-Non

Sont-ils correctement placés ? Oui-Non

Y a-t-il une petite et une grande aiguille ? Oui-Non

Leurs directions sont-elles convenables ? Oui-Non

**4 OUI =
horloge normale
sinon anormale**

2. Cotation du rappel des 3 mots

Les 3 mots sont bien rappelés = **Rappel des 3 mots normal**

Horloge et 3 mots normaux = CODEX normal (Catégorie diagnostique A)

Horloge et 3 mots anormaux = CODEX anormal (Catégorie diagnostique D)

Autres cas = faire la seconde étape

4. Cotation de la seconde étape :

- Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes (ou quel est le nom de la rue du cabinet où nous nous trouvons ?)

- Quel est le nom de la ville où nous sommes ?

- Quel est le nom du département où nous nous trouvons ?

- Quel est le nom de la région où nous nous trouvons ?

- A quel étage sommes nous ?

Chaque bonne réponse vaut un point.

Si le total = 4 ou 5, le CODEX est normal

Si le total ≤ 3, le CODEX est anormal.

Comptez 1 point par bonne réponse

Somme = 4 ou 5 : = CODEX normal (Catégorie diagnostique B)

Somme = 0, 1, 2 ou 3 = CODEX anormal (Catégorie diagnostique C)

Le test CODEX a été mis au point par le Pr Belmin et son équipe à l'hôpital Charles Foix, Ivry-sur-Seine

Information sur le test sur le site www.testcodex.org

Références : Presse Med 2007; 36:1163-90, Revue de Gériatrie 2007; 32:627-31.



ANNEXE 8

QUESTIONNAIRE

Quel est votre sexe ?

Quel est votre mode d'exercice ?

- Seul
- En groupe

Quel est votre secteur d'activité?

- Urbain
- Semi urbain
- Rural

Quelle est votre année d'installation ?

Avez-vous une formation universitaire en gériatrie ?

- Oui
- Non

Quel pourcentage de votre patientèle à un âge égal ou supérieur à 75 ans ?

Dans cette population de patients de plus de 75 ans, quel pourcentage présente, selon vous, des pathologies de la mémoire?

D'après vous, est-il utile de dépister les pathologies de la mémoire?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

Pourquoi ?

Vous sentez-vous compétent dans la prise en charge de patient atteint de pathologie de la mémoire?

Pratiquez-vous des tests de dépistage à la recherche de troubles cognitifs ?

- Oui
- Non

Si oui, lesquels ?

- Mini Mental State (MMS)
- 5 Mots de Dubois
- Test du cadran de l'horloge
- Autre

Si non, pourquoi ?

- Trop chronophage

- Tests réalisés lors d'une consultation dédiée
- Absence de rémunération spécifique
- Absence de formation pratique à ces tests
- Absence de thérapie efficace
- Autre

Utilisez-vous votre intuition clinique dans le dépistage des troubles de la mémoire ?

- Jamais
- Rarement
- Parfois
- Souvent
- Essentiellement

Jugez-vous que votre intuition clinique suffirait au diagnostic de trouble de la mémoire ?

- Oui
- Non

Pourquoi ?

Avez-vous l'habitude d'adresser vos patients présentant des pathologies de la mémoire en consultation dédiée au dépistage de ces troubles ?

- Jamais
- Rarement
- Parfois
- Souvent
- Essentiellement

Auprès de quels professionnels ?

- Gériatre
- Neurologue
- Psychiatre
- Consultation mémoire

Si oui, lesquels ?

- Mini Mental State (MMS)
- 5 Mots de Dubois
- Test du cadran de l'horloge

- Test ADL/IADL
- Autre

Si non, pourquoi ?

- Trop chronophage
- Tests réalisés lors d'une consultation dédiée
- Absence de rémunération spécifique
- Absence de formation pratique à ces tests
- Autre

Jugez-vous que votre intuition clinique suffise au diagnostic de trouble de la mémoire ?

- Oui
- Non

Pourquoi ?

IX. BIBLIOGRAPHIE

1. Berr C. Epidémiologie de la maladie d'Alzheimer. (Page consultée le 20/12/2014). <http://INSERM.fr/>
2. Population par âge au 1^{er} Janvier 2015 (page consultée le 01/05/2016). <http://insee.fr/>
3. Dufouil C, Amouyel.P. Epidémiologie (page consultée de 01/05/2016). [http:// fondation-alzheimer.org/](http://fondation-alzheimer.org/)
4. Recommandations HAS : diagnostic et prise en charge de la maladie d'Alzheimer et syndrome apparentés, HAS, Mars 2008.
5. La démence. Mars 2015. (Page consultée le 01/05/2016). Organisation Mondiale de la Santé <http://who.int/>
6. Rigaud A.-S. , Duron E. , Seux M.-L , Hugonot-Diener L. Troubles cognitifs et principales « démences » ou maladies dégénératives non Alzheimer. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Psychiatrie, 37-540-B-50, 2010.
7. Derouesné C., Lacomblez L. Epidémiologie des troubles de la mémoire. EMC, Psychiatrie, 37-115-A-10, 2007
8. Touchon J, Portet F. [Mild cognitive impairment]. Presse Médicale Paris Fr 1983. oct 2007;36(10 Pt 2):1464- 8.
9. Vellas B., Robert P. Traité sur la maladie d'Alzheimer. Springer. 2013
10. Krolak-Salmon P. Que reste-t-il du Mild Cognitive Impairment ou trouble cognitif léger? (French). Mild Cogn Impair What Engl. cover date 2011;15(8):274- 8.
11. Jean-François Dartigues, Catherine Helmer, Luc Letenneur, Karine Péres, Unité Inserm 897, Université Bordeaux Ségalen. Gériatrie et Psychologie NeuroPsychiatrie du Vieillissement. sept 2012;Volume 10(3, 325-31).
12. Croisile B. Le Mild Cognitive Impairment (déficit cognitif léger) : l'antichambre de l'Alzheimer?Mild Cogn Impair Wait-Romme Alzheimers Dis Engl. cover date 2002;27(3):189- 94.
13. Dionet E, Federico D, Foyatier-Michel N, Dirson S, Cadet L. Critères diagnostiques des troubles cognitifs légers dans une cohorte de 100 patients. Diagn Criteria Mild Cogn Impair Cohort 100 Subj Engl. cover date 2009;165(12):1062- 70.

14. Michel BF, Geda Y, Becker H, Petersen R. Repérer le Mild Cognitive Impairment : Prédicatif de la maladie d'Alzheimer ? Concours Méd Paris. cover date 2007;129(3-4):65- 73.
15. Dubois B, Feldmann HH, Jacova C, Dekosky ST, Barbegeer-Gateau P, Cummings J, et al. Research criteria for the diagnosis of Alzheimer's disease : revising the NINCDS-ADRDA criteria. Lancet Neurol 2007 ;6 :734-46.
16. Sarazin M, Berr C, De Rotrou J, Fabrigoule C, Pasquier F, Legrain S, et al. Amnestic syndrome of the medial temporal type identifies prodromal AD : a longitudinal study, Neurology 2007 ;69 :1859-67
17. Sarazin M, Chauviré V, Gerardin E, Colliot O, Kinkingnehun S, de Souza LC, et al. The amnestic syndrome of hippocampal type in Alzheimer's disease : an MRI study. J Alzheimer Dis 2010 ;22 :285-94
18. Dubois B, Touchon J, Portet F, Ousset PJ, Vellas B, Michel B. The 5 words : a simple and sensitive test for the diagnosis of Alzheimer's disease. Presse Med 2002 ;31 :1696-9.
19. Sarazin M, Horne N, Dubois B. Natural history of Alzheimer's disease and other dementing illnesses. In : Alzheimer's disease and related disorders. London : Martin Dunitz ; 2002. P.183-98.
20. Cummings JL. Alzheimer's disease. In : Cumming JL, editor. The neuropsychiatry of Alzheimer's disease and related dementias. London : Martin Dunitz ; 2003. P.57-116.
21. Sink KM, Holden KF, Yaffe K. Pharmacological treatment of neuropsychiatric symptoms of dementia : a review of the evidence. JAMA 2005 ;293 :596-608.
22. De Souza LC, Sarazin M, Goetz C, Dubois B. Clinical investigations in primary care. Front Neurol Neurosci 2009 ; 24 :1-1.
23. Rossor MN, Fox NC, Mummery CJ, Schott JM, Warrn JD. The diagnosis of young-onset dementia. Lancet Neurol 2010 ;9 : 793-806.
24. Lehericy S, Marjanska M, Mesrob L, Sarazin M, Kinkingnehun S. Magnetic resonance imaging of Alzheimer's disease. Eur Radiol 2007 ; 17 :347-62.
25. Cummings JL. Alzheimer's disease. N Engl J Med 2004 ;351 :56-7.
26. Hansson O, Zetterberg H, Buchhave P, Londos E, Blennow K, Minthon L. Association between CSF biomarkers and incipient Alzheimer's disease in patients with mild cognitive impairment : a follow-up study. Lancet Neurol 2006 ;5 :228-34.
27. Dérouesné C, Bakchine S. Syndrome frontal. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris) Neurologie, 17 035-B-10, 2000 : 7p.

28. Mackenzie JR, Neumann M, Bigio EH, Cairns NJ, Alafazoff I, Kril J et al. Nomenclature for neuropathologic subtypes of frontotemporal lobar degeneration : consensus recommendations. *Actu Neuropathol (Berl)* 2009 ; 117 :15-8.
29. Snowden JS, Neary D, Mann DM. Frontotemporal dementia. *Br J Psychiatry* 2002 ; 180 :140-3
30. Rigaud AS, Duron E, Seux ML, Hugonot-Diener L. Troubles cognitifs et principales « démences » ou maladies dégénératives non Alzheimer. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Psychiatrie, 37-540-B-50, 2010.
31. Brun A, Englund E, Gustafson L, Passant U, Mann DM, Neary D et al. Clinical and neurophysiological criteria for fronto temporal dementia. The Lund and Manchester group. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1994 ; 57 :416-8.
32. Neary D, Snowden JS, Gustafson L, Passant U, Stuss D, Black S, et al. Frontotemporal lobar degeneration : a consensus on clinical diagnosis criteria. *Neurology* 1998 ; 51 : 1546-54.
33. Lebert F, Pasquier F, Souliez L, Petit H. Fronto temporal behavioral scale. *Alzh Dis Assoc Disord* 1998 ; 12 :335-9.
34. Pasquier F, Grymonprez L, Lebert L, Van der Linden M. Memory differs in frontotemporal dementia and Alzheimer's disease. *Neurocase* 2001 ; 7 :161-71.
35. Thomas-Anterion C, Grangette F, Ozanne B, Laurent B. Etude quantitative et qualitative de l'évocation lexicale dans les démences fronto-temporales et d'Alzheimer. *Rev Neuropsychol* 1998 ;8 :415-30.
36. Dubois B, Stachevsky A, Litvan I, Pillon B. The FAB : a frontal assesment battery at bedside. *Neurology* 2000 ; 55 :1621-6.
37. Deakin JB, Rahman S, Nestor PJ, Hodges JR, Sahakian BJ. Paroxetine does not improve symptoms and impairs cognition frontotemporal dementia : a double-blind randomized, controlled trial. *Psychopharmacology (Berl)* 2003 ;172 :400-8.
38. Lebert F, Stekke W, Hasenbrockx C, Pasquier F. Frontotemporal dementia : a randomised controlled trial with trazodone. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2004 ; 17 :355-9.
39. McKeith IG, Dickson DW, Lowe J, Emre M, O'Brien JT, Feldman RS, et al. Consortium on DLB. Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies : third report of the DLB consortium. *Neurology* 2005 ;65 :1863-72.
40. Collerton D, Barn D, McKeith IG, O'Brien J. Systematic review and meta analysis show that dementia with Lewy bodies is a visual-perceptual and attentional-executive dementia. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2003 ;16 :229-37.

41. Ballard CG, Aarsland D, McKeith IG, O'Brien J, Gray A, Cormack F et al. Fluctuation in attention : PD Dementia vs DLB with parkinsonism. *Neurology* 2002 ;59 :1714-20.
42. Aarsland D, Ballard C, Larsen JP, McKeith I. A comparative study of psychiatric symptoms in dementia with Lewy bodies and Parkinson's disease with and without dementia. *Int J Geriatr Psychiatry* 2001 ;16 :528-36.
43. Aarsland D, Ballard C, McKeith I, Perry RH, Larsen JP. Comparison of extrapyramidal signs in dementia with Lewy bodies and Parkinson's disease. *J Neuropsychiatry clin Neurosci* 2001 ;13 :374-9.
44. Boeve BF, Silber MH, Ferman TJ. REM sleep behavior disorder in Parkinson's disease and dementia with Lewy bodies. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 2004;17 :146-57.
45. Aarsland D, Ballard C, Larsen JP, McKeith I, O'Brien J, Perry R. Marked neuroleptic sensitivity in dementia with Lewy bodies and Parkinson's disease. *J Clin Psychiatry* 2005 ;66 :633-7.
46. Lobotesis K, Fenwick JD, Phipps A, Ryman A, Swann A, Ballard C, et al. Occipital hypoperfusion on SPECT in dementia with Lewy bodies but not AD. *Eurology* 2001 ;56 :643-9.
47. McKeith I, Del-Ser T, Spano PF, Emre M, Wesnes K, Anand R, et al. Efficacy of rivastigmine in dementia with Lewy bodies : a randomised, double-blind, placebo controlled international study. *Lancet* 2000 ;356 :2031-6.
48. Bonelli SB, Ransmayr G, Steffebauer M, Lukas T, Lampl C, Deibl M. L-dopa responsiveness in dementia with Lewy bodies, Parkinson disease with and without dementia. *Neurology* 2004 ; 63 :376-8.
49. Aarsland D, Andersen K, Larsen JP, Lolk A, Kragh-Sorensen P. Prevalence and characteristics of dementia in Parkinson disease : an 8-year prospective study. *Arch Neurol* 2003 ; 60 :387-92.
50. Emre M. Dementia associated with Parkinson's disease. *Lancet Neurol* 2003 ;2 :229-37.
51. American Psychiatric Association. Mini DSMIV-TR. Paris : Elsevier Masson ; 2010.
52. Emre M, Aarsland D, Brown R, Burn DJ, Duyckaerts C, Mizuno Y, et al Clinical diagnosis criteria for dementia associated with Parkinson disease. *Mov disord* 2007 ;16 :2314-24.
53. Emre M, Aarsland D, Albanese A, Byrne EJ, Deuschl G, De Deyn PP. Rivastigmine for dementia associated with Parkinson's disease. *N Engl J Med* 2004 ;351 :2509-18.
54. Wallin A, Milos V, Sjögren M, Pantoni, Erkinjuntti T. Classification and subtypes of vascular dementia. *Int Psychogeriatr* 2003 ;15 :27-37.

55. Kokmen E, Wishnant JP, O'Fallon WM, Chu CP, Beard CM. Dementia after ischemic stroke : a population-based study in Rochester, Minnesota (1960-1984) *Neurology* 1996 ;19 :154-9.
56. Sachdev PS, Brodaty H, Valenzuela MJ, Lorentz L, Looi JC, Wen W. The neuropsychological profile of vascular cognitive impairment in stroke and TIA patients. *Neurology* 2004 ;62 :912-9.
57. Zekry D, Duyckaens C, Belmin J, Geoffre C, Hermann F, Moulias R et al. The vascular lesions in vascular and mixed dementia , the weight of fonctionnal neuroanatomy. *Neurobiol Aging* 2003 ;24 :213-9.
58. Erkinjuntti T, Kurz A, Gauthier S, Bullock R, Lilienfeld S, Damaraju CV. Efficacy of galantamine in probable vascular dementia and Alzheimer's disease combined with cerebrovascular disease : a randomised trial. *Lancet* 2002 :359 :1283-90.
59. Applegate WB, Pressels S, Wittes J, Luhr J, Shekelle RB, Camel GH. Impact of the treatment of isolated systolic hypertension on behavioral variables. Results from the Systolic Hypertension in the Elderly Program. *Arch Intern Med* 1994 ;154 :2154-60.
60. Lithell H, Hansson L, Skoog I, Elmfeldt D, Hofman A, Olofsson B et al. SCOPE study group. The Study on Cognition and Prognosis in the Elderly (SCOPE) : principal results of a randomized double-blind intervention trial. *J Hypertens* 2003 ;21 :875-86.
61. Gillette-Guyonnet S, Nourhashemi F, Andrieu S, Cantet C, Micas M, Ousset P-J, et al. The REAL.FR research program on Alzheimer's disease and its management: methods and preliminary results. *J Nutr Health Aging*. 2003;7(2):91- 6.
62. Wilcock J, Iliffe S, Turner S, Bryans M, O'Carroll R, Keady J, et al. Concordance with clinical practice guidelines for dementia in general practice. *Aging Ment Health*. mars 2009;13(2):155- 61
63. 3C Study Group. Vascular factors and risk of dementia: design of the Three-City Study and baseline characteristics of the study population. *Neuroepidemiology*. déc 2003;22(6):316- 25.
64. Helmer C, Pérès K, Pariente A, Pasquier F, Auriacombe S, Poncet M, et al. Primary and secondary care consultations in elderly demented individuals in France. Results from the Three-City Study. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2008;26(5):407- 15.
65. Wilkinson D, Sganga A, Stave C, O'Connell B. Implications of the Facing Dementia Survey for health care professionals across Europe. *Int J Clin Pract Suppl*. mars 2005;(146):27- 31.
66. Löppönen M, Räihä I, Isoaho R, Vahlberg T, Kivelä S-L. Diagnosing cognitive impairment and dementia in primary health care --a more active approach is needed. *Age Ageing*. nov 2003;32(6):606- 12.

67. Villars H, Oustric S, Andrieu S, Baeyens JP, Bernabei R, Brodaty H, et al. The primary care physician and Alzheimer's disease: an international position paper. *J Nutr Health Aging*. févr 2010;14(2):110- 20.
68. Van Hout HPJ, Vernooij-Dassen MJ, Stalman WAB. Diagnosing dementia with confidence by GPs. *Fam Pract*. déc 2007;24(6):616- 21.
69. Luck T, Luppä M, Sieber J, Schomerus G, Werner P, König H-H, et al. Attitudes of the German general population toward early diagnosis of dementia--results of a representative telephone survey. *PLoS One*. 2012;7(11):e50792.
70. Waldorff FB, Almind G, Mäkelä M, Møller S, Waldemar G. Implementation of a clinical dementia guideline. A controlled study on the effect of a multifaceted strategy. *Scand J Prim Health Care*. sept 2003;21(3):142- 7.
71. Ravenel E, Biedermann J. Place du médecin généraliste dans le diagnostic et le suivi des démences. 2008.
72. [Berrut G](#). L'Etude GuidAge : la plainte mnésique en médecine générale. *La revue de Gériatrie*, vol.32, n° 3, 2007/03, pages 219-222, 11 réf., ISSN 0397-7927, FRA.
73. Haute Autorité de Santé - Maladie d'Alzheimer :une nouvelle recommandation HAS pour le diagnostic et la prise en charge 2011
74. McDowell I, Kristjansson B, Hill GB, Hebert R. Community screening for dementia : The mini mental state exam (MMSE) and modified mini-mental state exam (3MS) compared (English). *J Clin Epidemiol*. cover date 1997;50(4):377- 83.
75. Pariel-Madjlessi S, Operon C, Pequignot R, Konrat C, Leonardelli S. Syndromes démentiels du sujet âgé : démarches diagnostiques : Troubles cognitifs et démences: une priorité de santé publique. *Dement Syndr Elder Diagn Proced Engl*. cover date 2007;36(10):1442- 52.
76. Pradier C, Sakarovitch C, Le Duff F, Layese R, Metelkina A, Anthony S, et al. The mini mental state examination at the time of Alzheimer's disease and related disorders diagnosis, according to age, education, gender and place of residence: a cross-sectional study among the French National Alzheimer database. *PLoS One*. 2014;9(8):e103630.
77. Shulman KI. Clock-drawing : Is it the ideal cognitive screening test? (English). *Int J Geriatr Psychiatry*. cover date 2000;15(6):548- 61.
78. Jacus J-P, Hamon-Vilcot B, Basset-Berges M-F, Campistron E, Malick C, Baud M. Test des 5 mots : insuffisamment sensible, mais très spécifique des troubles mnésiques organiques. *Five-Word Test Insufficiently Sensitive Very Specif Org Mem Disord Engl*. cover date 2006;35(6):948- 54

79. Cowppli-Bony P, Fabrigoule C, Letenneur L, Ritchie K, Alperovitch A, Dartigues JF, et al. Le test des 5 mots : validité dans la détection de la maladie d'Alzheimer dans la population générale. *Rev Neurol (Paris)*. déc 2005;161(12):1205- 12
80. Leissing-Desprez C. *Troubles cognitifs des démences : Dépistage et évaluation*. 2009.
81. Barberger-Gateau P, Commenges D, Gagnon M, Letenneur L, Sauvel C, Dartigues J-F. Instrumental Activities of Daily Living as a screening tool for cognitive impairment and dementia in elderly community dwellers. *J Am Geriatr Soc*. cover date 1992;40(11):1129- 34.
82. Jean-François Dartigues, Catherine Helmer, Luc Letenneur, Karine Péres, Unité Inserm 897, Université Bordeaux Ségalen. *Gériatrie et Psychologie NeuroPsychiatrie du Vieillissement*. sept 2012;Volume 10(3, 325-31).
83. Chopard G, Vanholsbeeck G, Tio G, Pitard A, Binetruy M, et al. Rapid Screening of Cognitive Change in Patients with Questionable Dementia Using the Memory Impairment Screen and the Isaacs Set Test. *J Am Geriatr Soc*. cover date 2009;57(4):703- 8.
84. Borson S, Scanlan J, Brush M, Vitaliano P, Dokmak A. The mini-cog : A cognitive vital signs' measure for dementia screening in multi-lingual elderly. *Int J Geriatr Psychiatry*. cover date 2000;15(11):1021- 7.
85. Brodaty H, Pond D, Kemp NM, Luscombe G, Harding L, Berman K, et al. The GPCOG: A new screening test for dementia designed for General practice. *J Am Geriatr Soc*. cover date 2002;50(3):530- 4.
86. Belmin J, Pariel-Madjlessi S, Surun P, Bentot C, Feteanu D, et al. The cognitive disorders examination (Codex) is a reliable 3-minute test for detection of dementia in the elderly (validation study on 323 subjects). *Presse Méd* 1983. cover date 2007;36(9):1183- 90.
87. Commenges D, Gagnon M, Letenneur L, Dartigues JF, Barberger-Gateau P, Salamon R. Statistical description of the Mini-Mental State Examination for French elderly community residents. Paquid Studio group. *J Nerv Ment Dis*. Janvier 1992 ;180(1) :28-32.
88. Waldemar G, Phung KTT, Burns A, Georges J, Hansen FR, Iliffe S, et al. Access to diagnostic evaluation and treatment for dementia in Europe. *Int J Geriatr Psychiatry*. janv 2007;22(1):47- 54
89. Bardoux-Thiercelin F, Mathieu A-M (Directeur de thèse), Souchon S (Directeur de thèse). *Les Médecins généralistes face aux troubles cognitifs des personnes âgées : intérêt test de l'horloge*. Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines; 2004.
90. Oude Engberink A, Pimouguet C, Amouyal M, Gerassimo O, et al. Déterminants de la prise en charge des patients déments dépistés dans une cohorte populationnelle: approche

qualitative auprès de leurs médecins généralistes. Determinants Support Dement Patients Gen Pract Qual Approach Based Epidemiol Cohort Engl. cover date 2013;11(2):157 - 67.

91. Bideau L, Leclerc M, Idiri H (Directeur de thèse). Etat des lieux des connaissances et de la pratique de médecins généralistes de la métropole lilloise dans le diagnostic des troubles cognitifs du sujet âgé. Université du droit et de la santé; 2013.

92. Cahill S, Clark M, Walsh C, O'Connell H, Lawlor B. Dementia in primary care: the first survey of Irish general practitioners. Int J Geriatr Psychiatry. avr 2006;21(4):319- 24.

93. La lettre de l'observatoire des dispositifs de prise en charge et d'accompagnement de la maladie d'Alzheimer. Fondation Médéric Alzheimer. n°16 éd. oct 2010;

94. Bourgeois M-L. La nomenclature psychiatrique actuelle et les critères diagnostiques (DSM-IV et CIM-10). Rev fr dommage corpor. Global Média Santé, Neuilly sur Seine; 2012. p. 95 - 9.

95. Bruno Vellas, Philippe Robert. Traité sur la maladie d'Alzheimer. Springer. 2013.

TITRE DE LA THESE : Dépistage des troubles de la mémoire chez les personnes âgées de plus de 75 ans : valeur de l'intuition clinique des Médecins Généralistes

TITRE DE LA THESE :

**DEPISTAGE DES TROUBLES DE LA MEMOIRE CHEZ LES PERSONNES AGEES DE PLUS DE 75ANS : VALEUR DE
L'INTUITION CLINIQUE DES MEDECINS GENERALISTES**

AUTEUR : JONATHAN CHANEY

RESUME :

Introduction

Les maladies de la mémoire restent sous-diagnostiquées de façon importante. En soins primaires le manque de temps pour un repérage est souvent mis en avant ainsi que l'intuition clinique au détriment des tests de dépistage. Le but de cette étude est d'analyser cette intuition clinique par rapport aux tests de dépistage.

Méthodes

La patientèle de plus de 75 ans de 3 médecins généralistes a bénéficié de tests cognitifs (MMSE, 5 mots, horloge, fluence) et classée en selon leur niveau cognitif. En parallèle et en insu, chaque médecin traitant a évalué les performances cognitives de son patient par une EVA (de 0 « pas de trouble » à 10 « troubles cognitifs patents »).

Résultats

84 patients ont été inclus : 36.9% présentaient un Trouble Neuro-Cognitif Majeur (TCNM), 38.1 % un TCN mineur (TCNm), et 25 % avaient des fonctions cognitives normales. L'intuition clinique était respectivement $2,09 \pm 1,18$, $2,34 \pm 1,21$ et $5,45 \pm 1,48/10$ ($p < 0.0001$). Seuls les patients indemnes sont différents des patients présentant un TNCm. La performance diagnostique des médecins généralistes est : Sensibilité 74.6 %, Spécificité 76.2 %, Valeur Prédictive Positive 90.4 % et Valeur Prédictive Négative : 50.0 % ; $p < 0.0001$).

Conclusion

La performance diagnostique de l'intuition clinique du médecin généraliste est satisfaisante pour dépister les TNCM patents, mais insuffisante pour repérer les TNCm. Lorsqu'il conclut qu'il y a probablement un trouble, il a raison 9 fois sur 10, mais lorsqu'il conclut qu'il n'y a pas de trouble, il se trompe 1 fois sur 2. Ceci suggère que le médecin généraliste ne peut pas se fier à sa seule intuition clinique pour éliminer des troubles cognitifs et doit recourir à des tests de dépistage simples pour s'assurer du bon fonctionnement cognitif de ses patients.

Mots clés : Médecine Générale, troubles neuro-cognitifs, dépistage, intuition clinique, patients âgés