

**Université Toulouse III – Paul Sabatier**

**Faculté de médecine Toulouse**

**Année 2016**

**2016 TOU3 1121**

**THESE**

**Pour le diplôme d'état de docteur en médecine**

**Spécialité médecine générale**

**Présentée et soutenue publiquement le 01/12/2016**

**Par**

**Jérémy SALBASHIAN**

**Né le 06 novembre 1987 à Aubagne**

**TITRE : L'application des recommandations HAS dans la prise en charge des patients atteints de maladie d'Alzheimer en médecine générale dans la région Midi Pyrénées 2015**

**Président : Madame le Professeur NOURHASHEMI**

**Directrice de Thèse : Dr Hélène VILLARS**

**Jury de Thèse :**

**Madame le Professeur Fatemeh NOURHASHEMI**

**Présidente**

**Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC**

**Assesseur**

**Madame le Professeur Maria-Eugenia SOTO**

**Assesseur**

**Monsieur le Docteur Serge BISMUTH**

**Assesseur**

**TABLEAU du PERSONNEL HU**  
**des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier**  
**au 1<sup>er</sup> septembre 2015**

**Professeurs Honoraires**

Doyen Honoraire	M. ROUGE D.	Professeur Honoraire	M. BARTHE
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Y.	Professeur Honoraire	M. CABARROT
Doyen Honoraire	M. CHAP H.	Professeur Honoraire	M. DUFFAUT
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL B.	Professeur Honoraire	M. ESCAT
Doyen Honoraire	M. PUEL P.	Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE	Professeur Honoraire	M. PRIS
Professeur Honoraire	Mme ENJALBERT	Professeur Honoraire	M. CATHALA
Professeur Honoraire	M. GEDEON	Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. PASQUIE	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE
Professeur Honoraire	M. RIBAÛT	Professeur Honoraire	M. GARLES
Professeur Honoraire	M. ARIET J.	Professeur Honoraire	M. BONAFE
Professeur Honoraire	M. RIBET	Professeur Honoraire	M. VAYSSE
Professeur Honoraire	M. MONROZIES	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE
Professeur Honoraire	M. DALOUS	Professeur Honoraire	M. GUITARD
Professeur Honoraire	M. DUPRE	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES F.
Professeur Honoraire	M. FABRE J.	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE
Professeur Honoraire	M. DUCOS	Professeur Honoraire	M. CERENE
Professeur Honoraire	M. LACOMME	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL
Professeur Honoraire	M. COTONAT	Professeur Honoraire	M. HOFF
Professeur Honoraire	M. DAVID	Professeur Honoraire	M. REME
Professeur Honoraire	Mme DIDIER	Professeur Honoraire	M. FAUVEL
Professeur Honoraire	Mme LARENG M.B.	Professeur Honoraire	M. FREXINOS
Professeur Honoraire	M. BES	Professeur Honoraire	M. CARRIERE
Professeur Honoraire	M. BERNADÉT	Professeur Honoraire	M. MANSAT M.
Professeur Honoraire	M. REGNIER	Professeur Honoraire	M. BARRET
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. REGIS	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. ARBUS	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC
Professeur Honoraire	M. PUJOL	Professeur Honoraire	M. DELSOL
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI	Professeur Honoraire	M. ABBAL
Professeur Honoraire	M. RUMEAU	Professeur Honoraire	M. DURAND
Professeur Honoraire	M. BESOMBES	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER
Professeur Honoraire	M. SUC	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE	Professeur Honoraire	M. POURRAT
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE	Professeur Honoraire	M. OUFREU D.
Professeur Honoraire	M. CARTON	Professeur Honoraire	M. ARNE JL
Professeur Honoraire	Mme PUEL J.	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU J.
Professeur Honoraire	M. GOUZU	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER G.
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE J.
Professeur Honoraire	M. PASCAL	Professeur Honoraire	M. PESSEY J.
Professeur Honoraire	M. SALVADOR M.	Professeur Honoraire	M. CHAVOIN JP.
Professeur Honoraire	M. BAYARD	Professeur Honoraire	M. GERAUD G.
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE	Professeur Honoraire	M. PLANTE P.
Professeur Honoraire	M. FABIE	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL JF.

**Professeurs Émérites**

Professeur ALBAREDE	Professeur JL ADER
Professeur CONTÉ	Professeur Y. LAZORTHES
Professeur MURAT	Professeur L. LARENG
Professeur MANELFE	Professeur F. JOFFRE
Professeur LOUVET	Professeur B. BONEU
Professeur SARRAMON	Professeur H. DABERNAT
Professeur CARATERO	Professeur M. BOCCALON
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL	Professeur B. MAZIERES
Professeur COSTAGLIOLA	Professeur E. ARLET-SUAU
	Professeur J. SIMON

**P.U. - P.H.**

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ADDUE Daniel	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, Transfusion
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVILLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT David	Neurologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique
M. BUGAT Roland (C.E)	Cancérologie
M. CARRIE Didier	Cardiologie
M. CHAF Hugues (C.E)	Biochimie
M. CHAUVÉAU Dominique	Néphrologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie
M. CLANET Michel (C.E)	Neurologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie
M. DUCOMMLIN Bernard	Cancérologie
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie
M. FRAYSSE Bernard (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. ZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique
M. LANG Thierry	Bio-statistique Informatique Médicale
M. LANGIN Dominique	Nutrition
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. MALAVAUD Bernard	Urologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses
M. MOLNIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique
M. MONROZIES Xavier	Gynécologie Obstétrique
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
M. MOSCOVICI Jacques	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI Fatemeh	Gériatrie
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. OSWALD Erik	Bactériologie-Virologie
M. PARRAUD Jean	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PAUL Carle	Dermatologie
M. PAYOUX Pierre	Biophysique
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie
M. PRADIERE Bernard (C.E)	Chirurgie générale
M. RASCOL Olivier	Pharmacologie
M. RECHER Christian	Hématologie
M. REICHMANN Pascal (C.E)	Urologie
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie
M. SANS Nicolas	Radiologie
M. BERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON Norbert	Médecine Légale
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastro-Entérologie

**P.U. - P.H.**

2ème classe

Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-Entéro.
M. CALVAS Patrick	Généraliste
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt. Funct.
M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. GAME Xavier	Urologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
Mme GENESTAL Michèle	Réanimation Médicale
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. LEOUX Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. FARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. FARIENTE Jérôme	Neurologie
M. PATHAK Alul	Pharmacologie
M. PASTRE Bernard	Hématologie
M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-Entérologie
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie

**P.U.**

M. GUSTRIC Stéphane	Médecine Générale
---------------------	-------------------

**P.U. - P.H.**

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

**P.U. - P.H.**

2ème classe

M. AGAR Philippe	Pédiatrie
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARLET Philippe (C.E)	Médecine Interne
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie
M. BUJAN Louis	Urologie-Andrologie
M. BUSCAIL Louis	Hépatogastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHAMONTIN Bernard (C.E)	Thérapeutique
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAÏDI Marique	Histologie Embryologie
M. DELABESSE Eric	Hématologie
Mme DELISLE Marie-Benoîte (C.E)	Anatomie Pathologique
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel	Cardiologie
M. GLOCK Yves	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie, Essai de la Santé et Prévention
M. GROLEAU RAGUX Jean-Louis	Chirurgie plastique
Mme GUMBAUD Roïne	Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LAURENT Guy (C.E)	Hématologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MARTY Nicole	Bactériologie Virologie Hygiène
M. MASSIF Fabrice (C.E)	Médecine Infectieuse
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick	Nutrition
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie
M. ROLLAND Yves	Généraliste
M. ROSTAING Lionel (C.E)	Néphrologie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. SALVAYRE Robert (C.E)	Biochimie
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel	Pharmacologie
M. SERRANO Elio (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. SUG Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Généraliste

M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile
M. GARRIDO-STOW-HAS Ignacio	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHE Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie
M. LAFFOSSE Jean-Michel	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. LEGLEVAQUE Pierre	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
Mme MAZEREEDUW Juliette	Dermatologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. OTAL Philippe	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurologie
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne
M. TACK Ivan	Physiologie
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie

Professeur Associé de Médecine Générale

Pr VIDAL Marc

Pr STILLMUNKES André

Professeur Associé en O.R.L.

Pr WICHSARD Virginie



## **Remerciements**

Je tiens à exprimer mes remerciements aux membres du jury pour l'intérêt qu'ils portent à mon travail en acceptant de l'évaluer.

### **Madame le Professeur Fatemeh NOURHASHEMI,**

Professeur des universités

Gériatre

CHU Toulouse (Purpan)

Vous me faites l'honneur de juger et de présider cette thèse, veuillez trouver aujourd'hui l'expression de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect. Ce travail reflètera, je l'espère, la hauteur de vos exigences.

### **Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC**

Professeur des Universités,

Médecin généraliste,

Coordonnateur du Département Universitaire de Médecine Générale de Toulouse,

Nous vous remercions de l'intérêt que vous avez porté à ce travail en nous faisant le privilège de siéger à notre jury. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon estime.

### **Monsieur le Docteur Serge BISMUTH**

Maître de conférences associé de médecine générale

Médecin généraliste

Vous étiez présent durant mes débuts d'interne à la plateforme des fragilités et aujourd'hui vous compté parmi mon jury de thèse. Veuillez recevoir le témoignage de ma sincère reconnaissance et de ma considération.

**Madame le Pr Maria-Eugenia SOTO**

Praticien hospitalier

Gériatrie

CHU de Toulouse (Purpan)

Merci d'avoir répondu présente, vous me faites l'honneur de juger cette thèse, veuillez trouver aujourd'hui l'expression de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

**Madame le Docteur VILLARS Hélène**

Praticien hospitalier

Géiatre

CHU de Toulouse

Ma directrice de thèse qui est aussi pour moi une amie, merci de m'avoir aidé à monter ce projet et d'avoir accepté de le diriger avec tant d'enthousiasme. Merci pour ta patience, ta disponibilité, tes précieux conseils et ta gentillesse tout au long de la réalisation de ce travail. Même à l'autre bout du monde j'ai pu compter sur toi et j'espère que tu auras su lire dans les lignes de ce travail l'expression de toute ma reconnaissance.

**Aux Docteurs Abellan van kan, Subra, Ousset, Lala, Sastre....**ainsi qu'à l'ensemble des infirmières, aides-soignantes et secrétaires de l'hôpital de jour 1 et 2 de l'hôpital Casselardit Purpan pour avoir accompagné mes premiers pas d'interne à vos côtés et pour m'avoir transmis votre passion pour ce métier.

**Aux Docteurs, Delga et Moilliet**, mes maîtres de stages, pour leur gentillesse et leurs transmissions de leurs passions pour la médecine générale.

**A l'ensemble des médecins généralistes de Midi Pyrénées** qui ont accepté de prendre le temps de répondre à mon questionnaire et qui ont permis la réalisation de ce travail.

**A Toi ma Polynésie** et à l'ensemble du personnel médical de l'hôpital du TAAONE de Polynésie Française, pour votre accueil si chaleureux, vous m'avez tant appris sur le plan

professionnel et humain, faisant de ma dernière année d'internat une année riche en apprentissage et en découverte. Je n'oublierai jamais ces paysages magnifiques, perdu au milieu du Pacifique entre lagons turquoise et montagnes verdoyantes, cette douceur de vivre, la gentillesse des gens du « fenua », les odeurs de tiaré et le son festif du yukulélé.

### **A ma famille**

**Mes parents** qui m'ont donné tant d'amour, de bonheur et de joie. Vous avez su élever quatre garçons en leur donnant tous les moyens nécessaires pour réussir dans cette vie. Sans relâche vous m'avez donné l'envie d'avancer et de m'accrocher à mes rêves. Merci de m'avoir toujours soutenu durant les bons et les mauvais moments, et d'avoir fait de moi l'homme que je suis aujourd'hui. Vous êtes ma plus grande fierté. Je vous aime.

**A mes frères Cyril, Frédéric et Florian**, pour toutes ces années passées à vos côtés et pour tous ces souvenirs inoubliables. Un lien indestructible existe et existera toujours entre nous. Merci à mon frère jumeau **Frédéric** d'avoir été là depuis le 6 novembre 1987, on a commencé par partager le même ventre, puis nos premiers pulls Mickey, nos premières purées ou tu finissais la tête dedans bien souvent, nos premiers bonbons de la boulangerie du chêne vert, nos premiers vélos, notre premier lit superposé, nos premières mauvaises notes à l'école buissonnière, nos premières punition à coup de cuillère en bois, notre premier scooter qui a fini à la casse, notre premier aquarium, nos premières soirées, et surtout nous avons partagé la même maison durant mes longues études. Je ne dirais pas que tu as été le colocataire le plus facile mais en tout cas le plus fidèle durant mes journées entières passées devant mes livres de médecine, c'est sûrement ta présence et ta bonne humeur qui m'ont permis de tenir le coup. Merci à **Cyril** « moustaki » mon grand frère, tout d'abord pour avoir été le premier de la famille, car en tant qu'ainé, on sait que ça n'a pas été de tout repos, et « Evelyne Déliat » s'en est souvenu jusqu'à l'âge de tes 18 ans et merci aussi pour avoir été un grand frère présent et bienveillant. Tu as su nous donner le bon exemple, et pourtant ce n'était pas gagné et c'est en partie grâce à toi que nous y sommes arrivés. Merci à **Florian**, le petit dernier mais de loin le plus mature, pour avoir supporté nos bêtises, nos surnoms et toutes ces blagues débiles à table durant tant d'années. Tu es arrivé le dernier dans la famille « Malcolm », et tu as complété le tableau « d'une famille formidable ». N'oublie pas que tes grands frères sont fiers de toi et qu'ils seront toujours là. Bon courage pour la suite de tes études.

**A ma grande mère Waddad**, qui j'en suis sûre me regarde chaque seconde du haut du ciel. Je ne peux pas décrire en quelques lignes tout ce que tu as pu représenter pour moi. Ces soirées passées à jouer au « ALBATCH », ta façon de parler moitié français moitié

libanais et les plats que tu cuisinais avec amour pour réunir toute la famille me manque. Tu as été une avalanche d'amour et de bonheur dans notre vie. Tu as toujours été là pour nous guider vers le droit chemin et nous rassurer durant les moments difficiles. Tu as laissé derrière toi un énorme vide mais voilà mémé ton petit fils est enfin arrivé au bout, « El hakim » .Tu es dans mon cœur pour toujours.

**A mon grand-père Marius et Eliane**, le patriarche de la famille Salbashian, ton accent du midi et tes expressions datant de l'époque de Marcel Pagnol continuent encore de nous faire rire. Tu es notre grand père arménien et tes feuilles de vignes sont inégalables dans toute la Provence Alpes Cotes d'Azur. J'espère te voir encore en bonne santé pendant de nombreuses années au pied du Garlaban.

**A mamie et Jean Paul**, merci d'avoir été là et d'avoir mis tout en œuvre durant ma première année pour que je puisse étudier dans les meilleures conditions Je vous souhaite pleins de bonnes choses pour l'avenir.

**A mes tantes et mes oncles**, qui m'ont toujours soutenu et cru en moi. **Aida**, ma seconde maman, une boule de bonheur qui a toujours une anecdote à raconter pour faire rire tout le monde. Nous n'avons pas réussi les castings de la « famille en or » mais ne t'inquiètes pas ce n'est pas que de ta faute. Continue à nous régaler de ton sourire et de ta bonne humeur, tu es un pilier de la famille. **Ibtissam** et **Bader**, présente depuis nos premiers pas, du Vallon des Auffes au Pharo , merci pour tous ces instants passés entre cousins cousines, vous m'avez donné tant de force en me régaland de nombreux plats délicieux, du « kébbé » au « Falafel » en passant par le « fatouch » et les « mahmouls ». Je voudrais me réveiller tous les jours avec cette odeur de « manaich » chaud qui embaume la maison. **A Ramzy**, mon oncle celui qui a sans cesse raison capable de réfuter les plus grandes théories, mais aussi le meilleur sommelier de la famille qui a toujours un petit verre de vin à offrir pour détendre l'atmosphère, « ne t'en fais pas, un jour le chic bar sera à nous », merci pour toute l'affection que tu as su donner à tous tes neveux et nièces. Une grosse pensée à ma tante **Rwaida**, la princesse de la famille, je me souviendrai toujours de mes premiers pulls Mickey que tu tricotais pour tous tes neveux et nièces, ta voix douce et ton sourire me manque, nous t'aimons pour toujours. Mon parrain **Frédéric** et ma tante **Coco** les motards du dimanche, qui nous ont transmis la passion pour la mer et la pêche à la girelle, merci d'avoir recostumiser notre première twingo, grâce à vous, nous avons pris un bon départ vers l'avenir. **A Foued** le tonton au grand cœur, merci pour ta générosité et ton sens de la famille, merci pour ces parties de pêche ou tu mettais des heures à trouver le bouchon et

pour tous ces apéros ou tu as répondu présent. Je suis heureux de te savoir auprès de ma tantine.

**A mes cousines Céline Mélissa, Nathalie, Christelle, Freddy, Doriane, Marc, Laetitia, Eddy, Mélodie, Théo, Franck, Fredo, Sonia, Zouzou, Norma , Aucha, Priscillia, Sandrine, Célia, Alicia, Melvin** ..... qui ont toujours été à mes côtés durant les grands moments de ma vie, on partage tant de souvenirs, d'histoires et d'aventures ensemble que vous prenez une place immense dans ma vie. Merci d'avoir fait tant d'efforts durant mes études pour rester près de moi. **Céline**, merci pour ces nombreux fous rires et pour tes conseils en matière de tenue vestimentaire c'est grâce au Tshirt « Dreamland » et « ready for everything » que j'ai pu acquérir mon propre style. **Melissa**, tu as su nous faire rire depuis tout petit avec ton cheveux sur la langue et tes mimiques à la « Ellie kakou », s'il te plaît ne change rien. Nous avons maintenant notre propre entreprise JMC et la cagnotte à dépenser fin décembre. **Freddy** le parrain de la famille, généreux dans les formes et dans le cœur, déjà tout petit tu partageais tes bonbons piqués chez Roseline, merci de m'avoir fait découvrir la recette authentique du brownie au « Yankee grill » et les soirées aux caves du roi à St Tropez. **Marco** merci pour ta patience et ton calme face à toute cette agitation qui règne dans cette famille, « petit mousse » tu es la force tranquille du quartier « d'Endoume Catalan Menpenti », nous avons encore besoin de toi. **Christelle et Laetitia** les deux bohémiennes de la famille Béaini, merci pour toutes ces soirées camping et barbecues sauvages au milieu de nulle part, merci pour tous ces bons moments simples et votre coté 100% naturel, vous avez su garder votre âme d'enfant tout en restant des mères formidables. **Nanou**, tu sais que c'est avec toi que je peux partager ma passion pour les musiques et les soirées libanaises, merci pour tous ces Dabkeh enflammés à la Capellette, promis dès que je peux je te récupère la ceinture électrique de RANIA.

**A Céline**, mon amour, mon petit singe, ma vahiné que j'ai laissé à Tahiti, je ne sais pas ce que l'avenir nous réserve, peut être que l'océan Pacifique aura raison de nous, en tout cas je voulais te remercier pour tout le bonheur que tu m'as donné durant ces cinq dernières années passées à tes côtés. Je t'aime.

**A mes belles sœurs Laure et Margaux**, je sais que les premiers repas en famille n'étaient pas facile devant quatre abrutis sans cervelle, mais Laure tu as tenu bon et tu as gardé espoir en chantant tes refrains de Walt Disney et maintenant voici que nous avons deux magnifiques petits neveux Manon et Raph, merci de continuer l'aventure et d'être là parmi nous. Merci à Margaux, « Miss St Trop » pour ta bonne humeur ta joie de vivre, tes

histoires d'ici et d'ailleurs, tes petites attentions et ton soutien pendant mes premières et pénibles années d'études, de la cour des miracles à Cahors. Grâce à toi j'ai acquis les bases pour être plus chic et plus « fashion », surtout ne changes pas. **A ma belle cousine Doriane** c'est un plaisir de te compter dans la famille et de te voir présente parmi nous d'année en année, merci d'accompagner mon fou de cousin de jour en jour et de lui avoir donné une si belle petite famille avec nos deux petits cousins **Loann et Sandro**.

**A mes beaux cousins, Arnaud** merci de m'avoir soutenu en Polynésie pour souffler dans le tuyau d'arrivée d'essence et devant le fiasco que fut les 30ans de Céline, sache qu'elle n'a jamais été aussi épanouie qu'à tes côtés et tu peux t'en féliciter. **Sébastien**, merci d'abord pour les fraises chantilly mais surtout pour le petit Bobby qui comble ma cousine de bonheur et de joie. **A Julien** pour toute l'attention et la présence que tu portes à notre Nanou. Je vous souhaite le meilleur.

**A mes amis, Anthony, Freddy, Sak, Chanh Denis, Karim, Soury, Jérôme, Nick, Ham, Pascal, Aben, Nèche, , Walid, Nina, Vivi, Emphavone, Papone, Laurene, Maelig.....** Les enfants du quartier, un groupe de phénomène tous aussi fous les uns que les autres mais toujours là depuis plus de 15 ans, merci d'avoir profité à ma place durant mes études longues et difficiles et merci de m'avoir supporté dans mes phases de décompression une fois que je sortais la tête de mes livres. Je n'oublierai jamais ces soirées agitées, ces T-shirts déchirés, ces fous rires, ces shishas sur la colline, ces moments de partage et tous ces instants passés avec vous. Grâce à vous le chemin vers la réussite m'a paru moins long et difficile. Vous faites partie de mon passé et bien sûr vous ferez partie de mon futur de « Dr Strauss ».

**A mes voisins, Marie, Bruno, Domi, Nico, Célia, .....** qui me suivent depuis le début, vous étiez là durant mes longues périodes de révisions passées en pyjama et vous êtes toujours là pour m'accompagner à la fin de mes études. Je suis à présent prêt à m'occuper de vous, de vos problèmes de santé comme de vos problèmes existentiels. Merci de partager nos vies et d'être là dans les moments les plus importants.

**A Anaïs et à tous mes Co internes de Polynésie**, qui m'ont accompagné durant cet internat riche en émotion. Anaïs, c'est depuis la première S de Toulouse Lautrec que tu ne m'as plus lâché, depuis les cours de physiques chimies de Mr Blat aux longues soirées de révisions d'ECN ou tu devais malgré toi supporter les vapeurs de narguilé qui m'étaient nécessaire pour décompresser. Merci de m'avoir donné confiance en moi, dans toutes ces étapes difficiles pour un étourdi comme moi. **Pierrot**, mon père dodue et mon grand frère de Polynésie, la générosité en chair et en os, toujours de bons conseils entre deux

magazines du canard enchainé, mon associé de soirées « réré », de pêche aux perroquets et de plongée, merci pour tous ces moments passés à tes côtés, j'espère pouvoir encore reluquer ton boule dans ce petit bas panthère à travers d'autres recoins de cette planète. **Anouck**, la voix de la raison et de l'optimisme, capable de nous illuminer dans les chemins les plus sombres, merci d'avoir été là à chaque fois que le moral baissait, et surtout merci pour ta spontanéité et tes raisonnements parfois décalés, « compte rendu en fin de soirée ». **Francky** mon coach personnalisé, on se rejoint à « prison break » mec pour continuer les séances, merci d'avoir supporté toutes ces conneries et tous ces apéros d'abrutis auxquelles on a pu te trainer. **Nono** « ma gamine », j'ai enfin trouvé aussi ravagé du cerveau que moi en médecine, merci simplement de nous faire rire, et n'oublie pas que mon premier concert « cannettes, bouteilles recyclables » c'était avec toi. Merci Sassan mon pseudo chef de médecine interne pour m'avoir pris sous ton aile, on reprend la houle quand tu veux cousin « SWELL ». **Kévin** pour m'avoir permis de devenir le surfeur que je suis aujourd'hui reconnu d'Orofara à Papara « lol » et pour tous ces plans galères avec le petit Alex (le plus grand pêcheur à la ligne de l'équipe), du naufrage au « motue nono » aux soirées chaudes du Paradise. Ah **Nico et Solène** mes compagnons les plus proches du premier semestre, vous aurez toujours votre place chez nous autour de « Nathalie » pour enfumer vos esprits. Ah **Nico** mon meilleur co-interne de galère dans un service de pneumologie d'une autre dimension ou je cite « la médecine ne s'apprend pas que dans les livres » et **Solène**, merci pour votre bonne humeur et votre simplicité, grâce à vous mon dernier semestre était « pErfait, hmmm NANA ».

# TABLE DES MATIERES

<b>I. INTRODUCTION</b>	<b>5</b>
<b>I.1. Epidémiologie</b>	<b>5</b>
<b>I.2. Les mesures politiques : les différents plans élaborés dans la prise en charge de la Maladie d'Alzheimer</b>	<b>6</b>
<b>I.3. Rappels concernant la maladie d'Alzheimer</b>	<b>7</b>
<b>I.4. La place du médecin généraliste dans la prise en charge des patients atteints de MA</b>	<b>8</b>
<b>I.5. Les recommandations de bonnes pratiques cliniques et état des connaissances</b>	<b>9</b>
<b>I.5.1. Enjeux des recommandations médicales</b>	<b>9</b>
<b>I.6. Les recommandations HAS dans la prise en charge des patients atteints de MA</b>	<b>11</b>
<b>I.6.1. Objectif</b>	<b>11</b>
<b>I.6.2. Diagnostic de la maladie d'Alzheimer</b>	<b>12</b>
<b>I.6.3. Annonce du diagnostic</b>	<b>12</b>
<b>I.6.4. Thérapeutique</b>	<b>12</b>
<b>I.6.5. Suivi</b>	<b>12</b>
<b>II. MATERIEL ET METHODES</b>	<b>13</b>
<b>II.1. Objectifs</b>	<b>13</b>
<b>II.2. Description de l'étude</b>	<b>13</b>
<b>II.3. Population étudiée</b>	<b>13</b>
<b>II.4. Recueil de données</b>	<b>13</b>
<b>II.5. Variables recueillies</b>	<b>14</b>
<b>III. RESULTATS</b>	<b>15</b>
<b>III.1. Caractéristiques des médecins participant à l'étude</b>	<b>15</b>

<b>III.2. Connaissances des recommandations HAS par les médecins généralistes</b>	<b>16</b>
<b>III.3. Attitude des médecins généralistes face aux recommandations HAS</b>	<b>17</b>
<b>III.4. Application des recommandations HAS</b>	<b>18</b>
<b>III.5. Opinion personnelle des médecins généralistes</b>	<b>23</b>
<b>III.6. Les principaux freins à l'application des recommandations HAS</b>	<b>24</b>
<b>IV. DISCUSSION</b>	<b>26</b>
<b>IV.1. Forces et faiblesses de notre étude</b>	<b>26</b>
<b>IV.2. L'observance des recommandations HAS dans la prise en charge des patients atteints de maladie d'Alzheimer en médecine générale</b>	<b>27</b>
<b>IV.2.1. Dépistage</b>	<b>28</b>
<b>IV.2.2. Diagnostic de la maladie d'Alzheimer</b>	<b>28</b>
<b>IV.2.3. Annonce diagnostique de la maladie d'Alzheimer</b>	<b>29</b>
<b>IV.2.4. Prise en charge thérapeutique pharmacologique spécifique</b>	<b>30</b>
<b>IV.2.5. Thérapeutique pharmacologique non spécifique</b>	<b>33</b>
<b>IV.2.6. Prise en charge thérapeutique non pharmacologique</b>	<b>33</b>
<b>IV.2.7. Suivi des patients atteints de maladie d'Alzheimer</b>	<b>36</b>
<b>IV.2.8. Suivi des aidants naturels de patients atteints de maladie d'Alzheimer</b>	<b>36</b>
<b>IV.2.9. Les principales difficultés rencontrées par les praticiens pour l'application des recommandations HAS dans la prise en charge des patients atteints de maladie d'Alzheimer</b>	<b>37</b>
<b>V. CONCLUSION</b>	<b>42</b>
<b>VI. BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>43</b>
<b>VII. MOTS CLES</b>	<b>49</b>
<b>VIII. ANNEXES</b>	<b>50</b>
<b>VIII.1. Annexe 1 : Critères diagnostiques DSM IV de la maladie d'Alzheimer</b>	<b>50</b>
<b>VIII.2. Annexe 2 : Critères diagnostiques actualisés de la démence de type Alzheimer DSM V</b>	<b>51</b>
<b>VIII.3. Annexe 3 : Diagnostic d'une maladie d'Alzheimer selon le guide ALD 15</b>	<b>53</b>
<b>VIII.4. Annexe 4 : Annonce du diagnostic selon le guide ALD15</b>	<b>56</b>

<b>VIII.5. Annexe 5 : Traitement pharmacologique spécifique de la maladie d'Alzheimer (selon le guide ALD 15)</b>	<b>57</b>
<b>VIII.6. Annexe 6 : Traitement pharmacologique non spécifique de la maladie d'Alzheimer</b>	<b>58</b>
<b>VIII.7. Annexe 7 : Prise en charge des comportements perturbateurs et confusion aiguë</b>	<b>60</b>
<b>VIII.8. Annexe 8 : Interventions non pharmacologiques (selon le guide ALD 15)</b>	<b>61</b>
<b>VIII.9. Annexe 9 : Prescription de réhabilitation (selon le guide ALD 15)</b>	<b>62</b>
<b>VIII.10. Annexe 10 : Structures de soutien de la maladie d'Alzheimer (selon le guide ALD 15)</b>	<b>62</b>
<b>VIII.11. Annexe 11 : Suivi clinique piloté par le médecin traitant (selon le guide ALD 15)</b>	<b>63</b>
<b>VIII.12. Annexe 12 : La visite longue (selon le guide ALD 15)</b>	<b>67</b>
<b>VIII.13. Annexe 13 : Suivi de l'aidant naturel (selon le guide ALD 15)</b>	<b>67</b>
<b>VIII.14. Annexe 14 : Les examens complémentaires sont-ils nécessaires au suivi ?</b>	<b>68</b>
<b>VIII.15. Annexe 15 : Questionnaire</b>	<b>68</b>

## **LEXIQUE**

ADAS-Cog Alzheimer's Disease Assessment Scale-cognitive subscale

ADL l'échelle Activities of Daily Living pour les activités basiques de la vie quotidienne

ALD (affection de longue durée)

AMI-Alzheimer : Alerte et Maîtrise de l'iatrogénie des neuroleptiques dans la maladie d'Alzheimer

AMM Autorisation de mise sur le marché

APA (allocation personnalisée d'autonomie).

CisMEF catalogue et Index des sites médicaux Francophones

CLIC centres locaux d'information et de coordination

CMP centres médico-psychologiques

CMRR centres mémoire et les centres mémoire de ressources et de recherche

DSM 5 Diagnostic and Statistical Manual

DUMG département universitaire de médecine générale

ESA équipes spécialisées Alzheimer

EBM évidence Base Médecine

EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

FMA : formation médicale Alzheimer

HAS Haute autorité de santé

IADL Instrumental Activities of Daily Living pour les activités instrumentales de la vie quotidienne

INSERM institut national de santé et de recherche médicale

MA maladie d'Alzheimer

MAIA Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer

MAMA maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées

MDPH maisons départementales des personnes handicapées

MG : Médecins généralistes

MMSE Mini-Mental Status Examination

MND Maladies Neuro Degenerative

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

PMND plan maladies neurodégénératives

Q.I.R : Questionnaire d'Identification des Représentations

RBPC recommandations de bonnes pratiques cliniques

RM recommandations médicales

RPC recommandations médicales pour la pratique clinique

SMR service médical rendu

SNC : système nerveux central

SSIAD services de soins infirmiers à domicile

TBS tableau de bord de suivi

TCP troubles du comportement perturbateur

URPS union régionale des professionnels de santé

VL visites longues

## **I. Introduction**

Avec le vieillissement de la population en France, la prévalence de la maladie d'Alzheimer (MA) va augmenter. Une publication récente a ainsi estimé le nombre de démence de tout type à au moins 980 000 en 2010 et ce nombre pourrait atteindre plus de 1 500 000 personnes en 2030 du fait de l'augmentation de l'espérance de vie attendue en France. Cependant, les différents régimes d'assurance maladie dénombrent seulement 420 808 personnes en ALD15 (Affection de longue durée maladie d'Alzheimer et autres démences) en 2014. Ces maladies représentent un coût humain social et financier considérable. (1)

Leur prise en charge devient plus que jamais un enjeu de santé publique, comme ont essayé d'en tenir compte les différents plans dont le plan gouvernementaux Alzheimer 2008-2012 et récemment le plan Maladies Neuro Dégénératives (MND) 2014-2019, ainsi que la Haute Autorité de Santé (HAS) pour la prise en charge des patients atteints de MA en médecine générale. Le médecin généraliste occupe une place centrale dans le système de soin français, renforcée par la réforme imposant au patient le choix d'un médecin traitant référent.

### **I.1. Epidémiologie**

La prévalence et l'incidence de la MA croissent de façon exponentielle avec l'âge avec une prévalence de plus de 30% après l'âge de 85 ans. (2)

Ainsi environ 900 000 personnes souffrent de la MA aujourd'hui en France. En 2050, une personne sur trois en France aura 60 ans ou plus. Le vieillissement de la population française s'accroîtrait entre 2005 et 2050 : alors que 20,8 % de la population résidant en France métropolitaine avait 60 ans ou plus en 2005, cette proportion sera de 30,6 % en 2035 et de 31,9 % en 2050. Ainsi, en supposant une stabilité de la durée de vie moyenne, 1 200 000 personnes seront dépendantes en 2040, contre 900 000 actuellement (3). Cette pathologie a été déclarée « grande cause nationale » en 2007 faisant d'elle l'une des trois priorités de santé publique avec le cancer et les maladies cardiovasculaires.

Le médecin traitant est malgré tout et sera encore plus le pivot de l'organisation du parcours de soins, dans lequel intervient une équipe pluridisciplinaire mettant en avant les thérapeutiques non médicamenteuses (4). Or il existe un sous-diagnostic de la MA en médecine générale, mis en évidence dans de nombreux travaux (5) (6). Selon l'Inserm, près de la moitié des personnes atteintes de la MA ne sont pas diagnostiquées en France. Dans

ce contexte et grâce aux plans gouvernementaux successifs, la HAS a réactualisé les recommandations de bonne pratique pour le diagnostic et la prise en charge de la maladie d'Alzheimer et maladie apparentées MAMA en décembre 2011 et en Juin 2012.

Dans le même temps, la prise en charge médicamenteuse de cette affection est remise en cause en 2012 par la Commission de Transparence de la HAS. Celle-ci a réévalué les quatre molécules prescrites, rétrogradant leur intérêt thérapeutique « d'important » en 2007 à « faible » en raison d'effets indésirables graves (7) (8).

La HAS réévalue actuellement le « service médical rendu » (SMR), en d'autres termes, l'efficacité des quatre médicaments anti-Alzheimer actuellement sur le marché. Quatre ans après la dernière déclassification de ces molécules, l'institution sanitaire pourrait, cette fois-ci, déclarer leur SMR « insuffisant » et ainsi tout simplement provoquer leur déremboursement total, à l'heure où cette thèse est rédigée nous ne savons malheureusement pas quelle sera la décision. (9) (10)

## **I.2. Les mesures politiques : les différents plans élaborés dans la prise en charge de la MA**

Un premier plan Alzheimer a été élaboré en 2001-2005 avec des mesures centrées sur le diagnostic de la maladie, la création de consultations mémoire, la création d'accueils de jour, l'APA (allocation personnalisée d'autonomie).

Un second plan Alzheimer, rédigé en 2004-2007 (11) a complété les mesures concernant la reconnaissance de la maladie à part entière en tant qu'ALD 30 (affection de longue durée). Il a également insisté sur la création d'outils de formation et d'information pour le renforcement de la médicalisation des établissements hébergeant les personnes handicapées et dépendantes.

Un troisième plan est entré en vigueur le 1er janvier 2008 et couvre la période 2008-2012 (12). Le plan Alzheimer est composé de 44 mesures (13) chacune ayant un objectif principal permettant de contribuer à l'amélioration de la prise en charge de la MA. Parmi ces mesures, on trouvait les objectifs suivants : le renforcement de la dimension éthique de la prise en charge, le développement de la prise en charge, la simplification du parcours de soins, l'approche médico-sociale, l'amélioration de la prise en charge du patient Alzheimer précoce, la recherche sur le plan physiopathologique, l'amélioration des connaissances dans le domaine neuropsychologique, l'imagerie, la génétique, la pharmacologie, la thérapeutique. C'est notamment de ce plan que découle les recommandations HAS sur la

prise en charge du malade avec les mesures d'améliorations du diagnostic et du plan de soin (mesures 4 à 15) de l'accès aux structures d'accueil en établissement (mesures 16 à 19) et de soutien de l'aidant naturels (mesures 1 à 3).

Le Plan Maladie Neuro Dégénératives 2014-2019 : Les orientations et mesures du plan maladies neurodégénératives (PMND) s'inscrivent dans la Stratégie nationale de santé et la Stratégie nationale de recherche. Ce plan est un socle commun dans la lutte contre les maladies neurodégénératives, tout en prenant en compte les spécificités de chaque maladie. Cette démarche transversale constitue une innovation et un défi, à la frontière entre un plan de santé ciblé sur une maladie et une stratégie globale. (14)

Ce plan, actuellement en cours, comprend 3 grandes priorités :

- Améliorer le diagnostic et la prise en charge des malades
- Assurer la qualité de vie des malades et de leurs aidants
- Développer et coordonner la recherche

### **I.3. Rappels concernant la MA**

La MA est une affection neurodégénérative fréquente dans la population âgée. Elle a été décrite pour la première fois par le psychiatre et anatomopathologiste allemand Alois Alzheimer en 1906.

Elle se caractérise par un syndrome démentiel qui associe des troubles des fonctions cognitives (mémoire, langage, praxies, gnosies, fonctions exécutives) suffisamment importants pour avoir un impact dans la vie quotidienne. Le patient présente une altération dans ses relations sociales et une perte d'autonomie nécessitant la mise en place d'un programme d'aides afin de tenter de palier aux difficultés de la vie quotidienne. Ces différentes altérations aboutissent à une institutionnalisation à un stade avancé.

Les critères diagnostiques DSM 5 (Diagnostic and Statistical Manual) ont introduit un nouveau diagnostic de trouble neurocognitif léger et majeur. Ces critères présentent quelques différences avec ceux du DSM-IV précédemment utilisés (annexe 1 et 2). Une autre classification existe : la classification de NINCDS-ADRDA (National Institute of Neurological and Communicative Diseases and Stroke/Alzheimer's Disease and Related Disorders Association) basée sur des critères qui permettent de définir le caractère probable ou possible de MA. (15) (16)

Les manifestations cliniques les plus précoces sont des troubles bénins de la mémoire qui portent sur les faits récents et le plus souvent sur les détails de la vie quotidienne. L'évolution est lente et progressive. Elle se caractérise par une altération des fonctions exécutives, des troubles phasiques, des troubles praxiques, des troubles gnosiques qui seront plus ou moins marqués selon le degré d'atteinte de la maladie. L'apparition de troubles du comportement vient aggraver les troubles cognitifs et sont responsables d'un épuisement des aidants. Le patient peut aussi présenter une apathie, des troubles du sommeil, une agitation ou des hallucinations. (17)

#### **I.4. La place du médecin généraliste dans la prise en charge des patients atteints de MA**

Le médecin généraliste a un rôle central dans la prise en charge du malade souffrant de la MA(18) (19) à différents niveaux: la prévention, la détection de l'apparition de la démence, le diagnostic, le traitement et le suivi et l'accès enfin à la recherche clinique. Ce rôle clé en tant que fournisseur de soins et des soins planificateur est souvent soutenu par la confiance de la famille dans leurs compétences (20). Il est le plus souvent le premier recours de consultation lors d'une plainte du patient ou de son entourage (21). Selon le baromètre santé Médecins Généralistes 2009, 92 % des médecins généralistes interrogés déclarent avoir suivi au moins un patient atteint de MA dans l'année, 30,7 % en ayant accompagné plus de dix. Le médecin généraliste, en tant que premier recours et interlocuteur de choix, a un rôle majeur à jouer dans le soutien de l'aidant. Une meilleure prise en charge du fardeau de l'aidant de patient Alzheimer vivant à domicile est un enjeu crucial dans la gestion de cette pathologie du devenir du patient qui est étroitement lié à celui de l'aidant. L'état de santé de l'aidant et sa surveillance sont donc primordiaux pour assurer au patient atteint d'Alzheimer une prise en charge de bonne qualité et durable. (22).

Dans un travail récent, il a été mis en évidence que la connaissance des médecins généralistes sur la MA était bonne mais que la mise en pratique des recommandations était, quant à elle, insuffisant (23). De nombreuses initiatives pour modifier l'attitude des médecins généralistes ont été prises et de nombreuses recommandations à l'attention des médecins généralistes, élaborées en Europe et en Amérique du Nord. (24)

Par ailleurs, la maladie pose la question du devenir social du patient qui est étroitement lié à celui de l'aidant. L'état de santé de l'aidant et sa surveillance sont donc primordiaux pour

assurer au patient atteint de MA une prise en charge de bonne qualité et durable. Une meilleure prise en charge du sentiment de fardeau, décrite par Zarit (HAS grille de Zarit.2010) de l'aidant de patient atteint de MA vivant à domicile est un enjeu crucial dans la gestion de cette pathologie. L'importance du sentiment de fardeau retentit non seulement sur l'aidant mais aussi sur la qualité de vie et des soins du patient ainsi que sur la faisabilité du maintien au domicile. Certains facteurs sont prédictifs d'un fardeau élevé pour l'aidant du patient atteint de MA. Parmi ces facteurs certains sont modifiables et il faut essayer de les influencer par le biais de traitements médicamenteux et d'éducation thérapeutique. D'autres ne le sont pas et on peut essayer de les compenser en augmentant les aides, en proposant des séjours en structures de répit. Le médecin généraliste, en tant que premier recours et interlocuteur de choix, à un rôle majeur à jouer. Pouvoir cibler rapidement les couples patient-aidant les plus à risque de fardeau élevé peut donc représenter une aide pour lui. (25)

Le médecin généraliste a donc un rôle central dans la prise en charge de la MA et des syndromes apparentés. Il semble essentiel qu'il intervienne à tous les niveaux : dans la prévention, dans la détection de la démence débutante, dans la prise en charge diagnostic, le traitement et le suivi du malade et enfin, dans la recherche thérapeutique. Pour permettre cette démarche qualité, le médecin généraliste se doit de faire évoluer ses pratiques professionnelles par plusieurs moyens. D'une part, une formation initiale optimisée pour appréhender la problématique générale de la MA dans nos sociétés, la place et le rôle des soignants, les outils mis à disposition et les enjeux ; d'autre part une formation continue aux objectifs clairs et réalistes qui devrait lui permettre de modifier ses comportements, de valoriser ses acquis et de faire évoluer ses compétences. Compte tenu de l'augmentation importante de la prévalence des démences, et en particulier de la MA, dans les années qui viennent, le médecin généraliste sera de plus en plus confronté aux problématiques que soulève cette maladie. Il est donc essentiel actuellement de bien affirmer son rôle et de développer ses interactions avec les autres acteurs intervenant dans la prise en charge de ces patients.

## **I.5. Les recommandations de bonnes pratiques cliniques et état des connaissances**

### **I.5.1. Enjeux des recommandations médicales**

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit les soins de santé de qualité comme étant : accessibles, efficaces, efficients, acceptables /axés sur le patient, équitables et sécuritaires (26). Or de nombreuses publications médicales mettent en lumière une sous-utilisation, une sur utilisation, ou une més-utilisation du système de soins dans les pays occidentaux (27). C'est dans ce contexte qu'ont été développés différents outils afin d'améliorer la qualité des soins délivrés aux patients tels que les recommandations médicales pour la pratique clinique (RPC) plus souvent appelées recommandations médicales (RM). Les RM sont développées par des organismes de santé publique à partir des années 90 dans de nombreux pays, et proposées aux professionnels de santé comme outil d'aide à la décision. En France, c'est d'abord l'Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale (A.N.D.E.M.) avec les recommandations médicales opposables en 1990, relayée par l' Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (A.N.A.E.S.) à partir de 1999, et aujourd'hui la H.A.S. qui se charge de promouvoir les bonnes pratiques et le bon usage des soins auprès des professionnels de santé et des usagers de santé. Les recommandations médicales répondent à trois critères :

- 1) Prise de conscience d'une inter-variabilité toujours plus grande des pratiques médicales dans la prise en charge des malades
- 2) Difficulté pour les professionnels de la santé de se maintenir à niveau face à la masse de publications scientifiques
- 3) Augmentation des coûts de santé nécessitant une rationalisation du système de Soins (28)

Elles visent à :

- Améliorer la qualité des soins délivrés aux patients
- Résumer les résultats de recherche et rendre les décisions cliniques plus transparentes
- Réduire la variation induite au niveau de pratique
- Promouvoir l'utilisation efficiente des ressources
- Repérer les lacunes du savoir et attribuer des priorités aux activités de recherche
- Guider les consommateurs, et informer les patients et les responsabiliser
- Eclairer les politiques publiques
- Appuyer le contrôle de la qualité, y compris les vérifications des pratiques des cliniciens ou des hôpitaux. (29) (30)

Ces organismes ont pour mission de réaliser une synthèse des connaissances disponibles à propos de stratégies préventives, diagnostiques ou thérapeutiques en médecine et de contribuer à l'amélioration de la qualité des soins en diffusant ces conclusions à l'ensemble des partenaires de santé.

C'est ce travail de synthèse difficile à effectuer à l'échelle individuelle du médecin qui est à l'origine de toute recommandation. Bien qu'accueillies favorablement par les médecins (31), il s'avère que les recommandations médicales sont peu appliquées dans la pratique quotidienne par ces derniers avec les conséquences suivantes (32)

- Les patients ne bénéficient pas des avancées de l'Evidence Base Médecine (EBM)
  - les patients font l'objet de traitements inutiles ou dangereux (33)
  - l'existence de variations importantes de la qualité des soins d'un praticien à l'autre
  - un gaspillage des ressources intellectuelles et financières puisque le développement de recommandations représente un coût important en terme d'argent et de temps.
- (34)

La MA soulève, outre l'enjeu médical, un enjeu social que le médecin traitant devra aussi évaluer dans sa prise en charge.

- Un problème médical : les thérapeutiques médicamenteuses ne permettant que d'atténuer la rapidité d'évolution de la maladie de façon discrète.

- Un problème social avec la perte d'autonomie responsable d'une incapacité à vivre seul aboutissant à une institutionnalisation, à court, moyen ou long terme.

## **I.6. Les recommandations HAS dans la prise en charge des patients atteints de MA**

Les principaux points des recommandations HAS explicités dans le guide ALD 15 rédigé par la HAS en 2009, réactualisé en 2012, des actes et prestations. (35) (36)

### **I.6.1. Objectif**

L'objectif de ce guide est d'expliciter pour les professionnels de santé la prise en charge optimale et le parcours de soins d'un malade admis en ALD au titre de l'ALD 15 maladie d'Alzheimer et autres démences. C'est un outil pragmatique auquel le médecin traitant peut se référer notamment au moment d'établir le protocole de soins conjointement avec le médecin conseil et le patient.

Les recommandations professionnelles de la HAS 2008 sur « le diagnostic et la prise en charge de la MAMA ont été la source principale pour élaborer ce guide médecin.

### **I.6.2. Diagnostic de la MA**

Démarche diagnostic d'une MAMA (annexe 3)

### **I.6.3. Annonce du diagnostic**

Comment annoncer un diagnostic de MA au patient et à son entourage (annexe4)

### **I.6.4. Thérapeutique**

**Traitements pharmacologiques spécifique de la MA (annexe 5)**

**Traitements pharmacologiques non spécifique de la MA (annexe 6)**

(37) (38) (39) (40) (41) (42)

**Prise en charge des comportements perturbateurs (actualisées en 2012) (annexe7) (43) (44)**

**Traitements non pharmacologiques**

-Interventions non pharmacologique (annexe 8)

-Prescription de réhabilitation (annexe 9)

-Structure de soutiens (45) (46) (annexe 10)

### **I.6.5. Suivi**

-Suivi clinique piloté par le médecin traitant (annexe 11)

- La visite longue (annexe 12) (47)

-Suivi de l'aidant naturel (annexe 13)

- Les examens complémentaires sont-ils nécessaires au suivi ? (annexe 14)

## **II. Matériels et méthodes**

### **II.1. Objectifs**

#### Objectif principal

L'objectif de ce travail est donc d'évaluer le niveau de connaissance et d'application des recommandations HAS (guide ALD 15 du médecin généraliste sur la MA de mai 2009 réactualisé en 2012) dans la prise en charge des patients atteints de MAMA en médecine générale.

### **II.2. Description de l'étude**

Il s'agit d'une étude descriptive transversale qui repose sur un questionnaire anonyme envoyé aux médecins généralistes de la région Midi-Pyrénées, permettant d'évaluer l'application des recommandations HAS dans la prise en charge des patients atteints de MA du guide ALD 15 du médecin généraliste de mai 2009 réactualisé en 2012.

### **II.3. Population étudiée**

#### Population source

La population d'étude se compose de tous les médecins généralistes Midi Pyrénées inscrit à l'ordre des médecins, exerçant dans le secteur libéral (activité libérale exclusive ou à temps partagé avec une activité salariée).

Les médecins généralistes ont été choisis de manière aléatoire en recueillant leurs mails sur les sites de remplacements de l'URPS (union régionale des professionnels de santé) de Midi Pyrénées, mais aussi sur le site du DUMG (département universitaire de médecine générale) de Midi Pyrénées (incluant les tuteurs et tutrices en médecine générale).

#### Critères d'inclusion

Tous les médecins répondant aux critères suivants ont été inclus dans l'étude :

Médecin généraliste inscrit à l'ordre des médecins et justifiant d'une activité libéral en Midi-Pyrénées sur la période de l'étude, du 01/07/15 au 06/08/15.

### **II.4. Recueil de données**

#### Données disponibles

Les résultats de la collecte des données des différents médecins généraliste ont été fournis sous la forme d'une liste avec le mail, le nom et prénom du médecin généraliste ainsi que son département d'exercice.

#### Données recherchées

Les mails ont été recherchés sur les sites de remplacements de l'URPS de Midi Pyrénées et des autres régions Françaises, mais aussi sur le site du DUMG de Midi Pyrénées (incluant les tuteurs et tutrices en médecine générale)

#### Mode de collecte

Un questionnaire standardisé, a été envoyé par courrier électronique à l'aide du logiciel GOOGLE DRIVE, entre le 01/07/2015 et Le 06/08/2015 et les données ont été recueillies et enregistrées directement sur un tableau Excel de manière anonyme.

Le nombre de courriers électronique envoyés s'élève à 800 mails pour 155 réponses recueillies.

### **II.5. Variables recueillies**

Le questionnaire a été élaboré en s'appuyant sur les recommandations actuelles de l'HAS du guide ALD 15 du médecin généraliste sur la MA de mai 2009 réactualisé en 2012 concernant la prise en charge des patients atteint de MA.

Le questionnaire (disponible en annexe 1) a été décomposé en plusieurs parties collectant différentes informations.

La première partie du questionnaire s'appuie sur le recueil des caractéristiques sociodémographiques du médecin et ses modalités d'exercice.

La suite des questions concernait la connaissance générale et l'application des recommandations HAS en matière de diagnostic, d'annonce, de thérapeutique, de suivi, de prise en charge multidisciplinaire, sociale et de soutien de la famille et du patient.

Le ressenti du médecin vis-à-vis de ces nouvelles recommandations et la recherche de freins à l'application de celles-ci ont été recueillis au travers de plusieurs items (rôle du médecin, temps passé, méconnaissance, intérêt de ces recommandations...).

### III. Résultats

800 questionnaires ont été envoyés par courrier électronique. Au total 155 réponses ont été recueillies puis analysées, ce qui correspond à une participation à 19% de l'ensemble des médecins généralistes choisis inclus.

#### III.1. Caractéristiques des médecins participant à l'étude

Dans notre population de 155 médecins généralistes ayant répondu au questionnaire, 75 sont de sexe masculin 74 de sexe féminin et 6 non déterminés. La moyenne d'âge est de 47 ans.

La zone d'exercice est principalement en milieu périurbain avec 45% des médecins généralistes interrogés contre 32.20% en milieu rural et 22.80% en milieu urbain. Le mode de travail en libéral intégral prédomine à 80% face au 16 % détenant une activité mixte libéral et salarié dans une structure médicale (4% non renseigné).

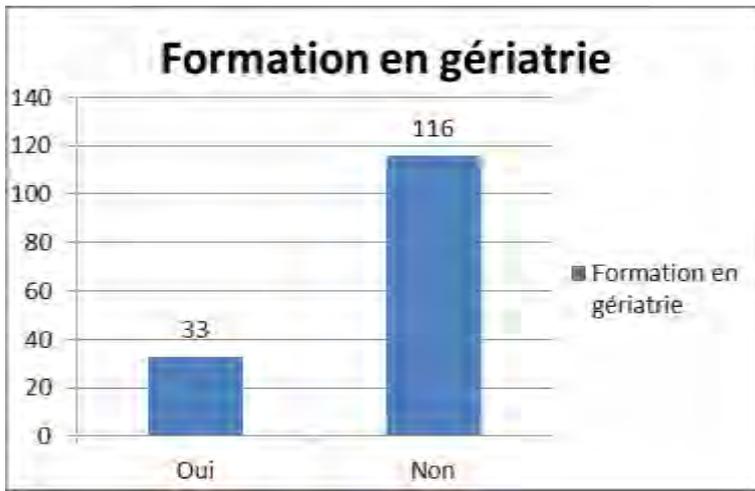
(Figure 1)



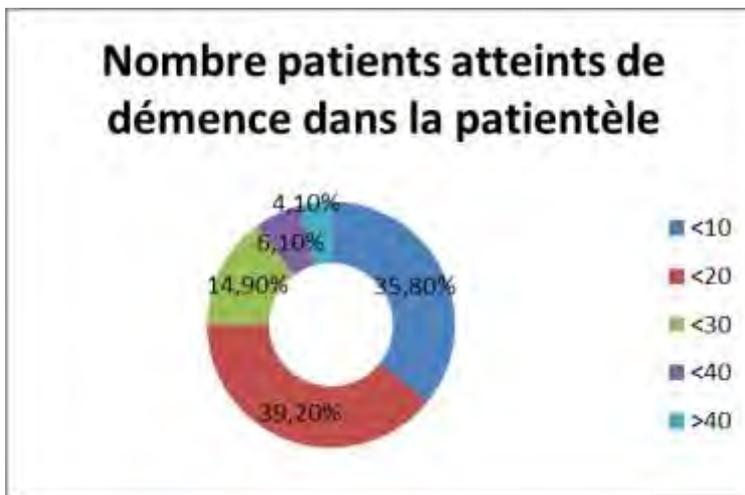
La moyenne du nombre d'années d'exercice est de 22 ans.

Nous dénombrons 9% de médecins coordonnateurs d'une maison de retraite et seulement 22% déclarent avoir une formation (DU, DESC ...) en gériatrie contre 75% sans formation en parallèle de leur activité de médecine générale, les 4% restant ne sont pas précisés.

Par contre 86% des médecins généralistes de l'étude affirment participer de façon régulière à la formation médicale continue. (Figure 2)

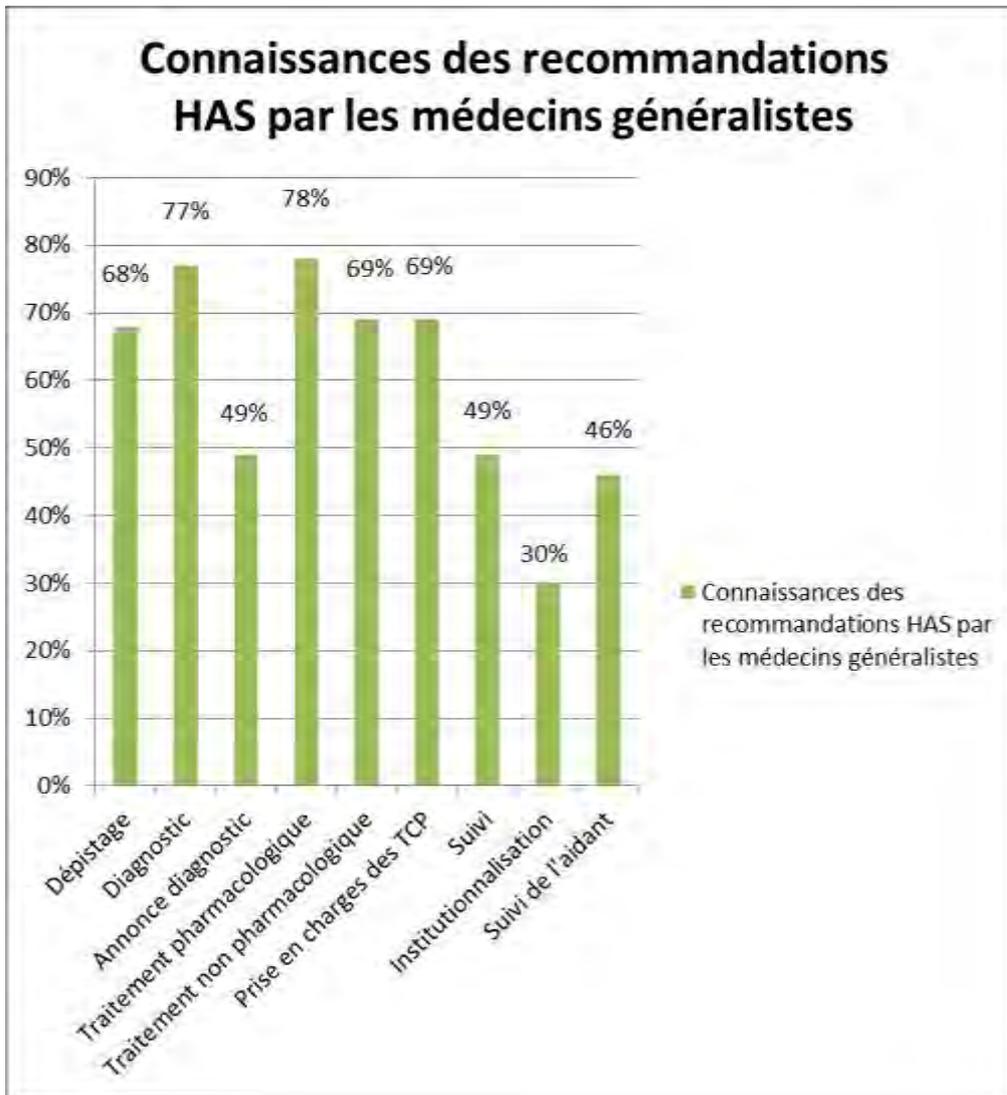


A propos du nombre de patient atteints de MA figurant dans la patientèle des médecins, la plupart c'est-à-dire 39% en compte entre 10 et 20, 36% en compte moins de 10, 15% entre 20 et 30, 6% entre 30 et 40 et seulement 4% avec plus de 40. (Figure 3)



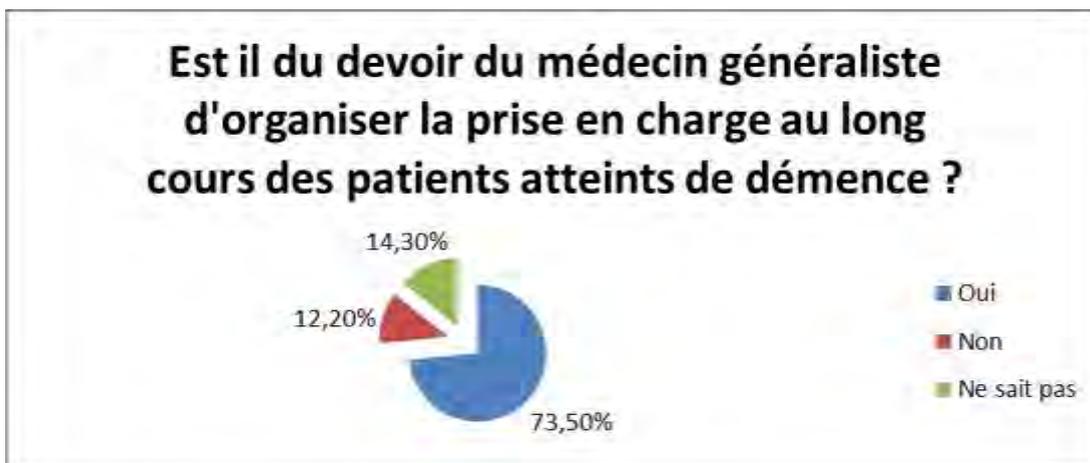
### **III.2. Connaissances des recommandations HAS par les médecins généralistes**

A propos des recommandations HAS, les médecins déclarent connaître les recommandations HAS concernant le : (figure 4)



### III.3. Attitude des médecins généralistes face aux recommandations HAS

(Figure 5)



Pour la plupart des médecins c'est-à-dire 74% d'entre eux, c'est au médecin de famille que revient la tâche de prise en charge au long cours des patients atteints de démence de MA.

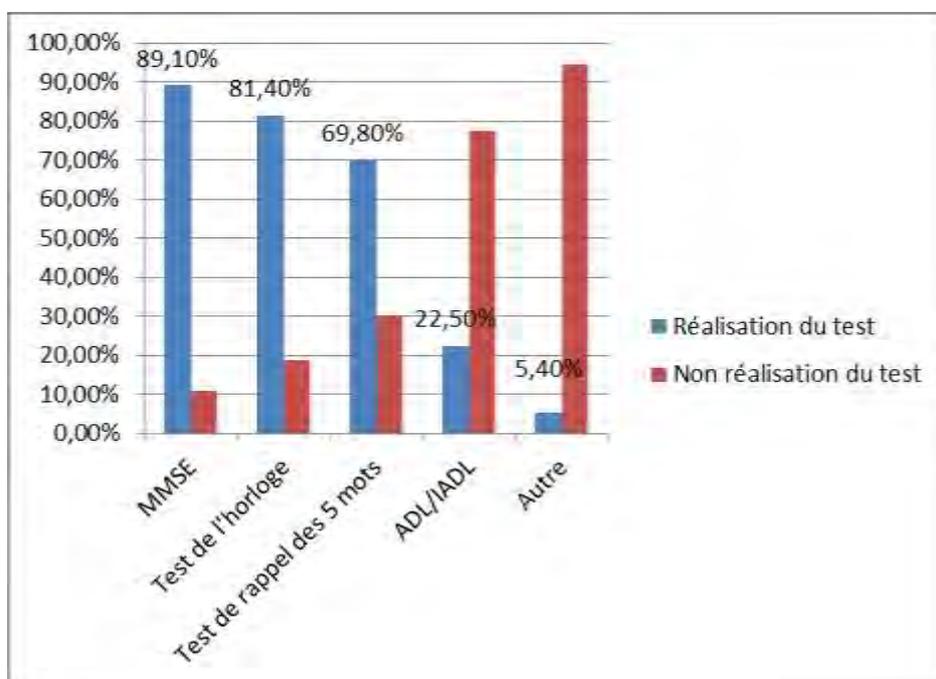
Une minorité 12% n'est pas d'accord avec ce point de vue et 14% n'ont pas d'opinion à ce sujet.

### **III.4. Application des recommandations HAS**

A la question concernant la réalisation de tests cognitifs visant à dépister les patients atteints de démence au cabinet, 39% des médecins déclarent le faire de façon occasionnelle, la plupart du temps (>50%) pour 30% d'entre eux, 19% de façon systématique et 13% ne les réalisent jamais.

Quels types de tests cognitifs sont utilisés en pratique ?

(Figure 6)



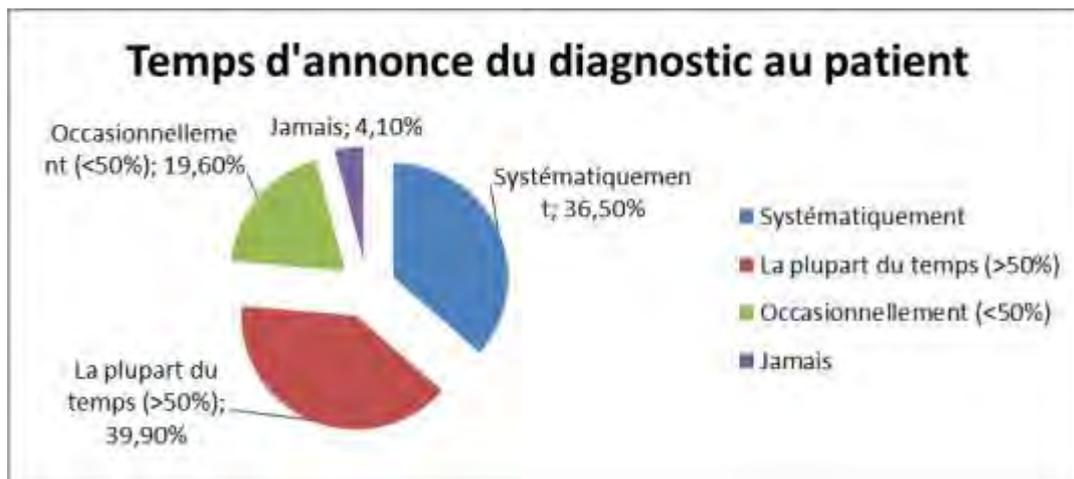
En rapport avec la question ci-dessus portant sur la réalisation de tests cognitifs, nous cherchons à savoir quels tests sont les plus fréquemment utilisés en cabinet de médecine générale dans le dépistage des démences.

Le MMSE (Mini-Mental Status Examination) est en tête de liste avec une utilisation par 89% des médecins généralistes ensuite vient le test de l'horloge pour 81%, puis le test de rappel des 5 mots (70%) et enfin le test ADL/IADL (23%) (Activities of Daily Living/Instrumental Activities of Daily Living).

Après dépistage de troubles cognitifs par des tests simples 51% des médecins généralistes adresse systématiquement leurs patients vers un spécialiste (gériatre, neurologue) pour réalisation d'un diagnostic, 40% la plupart du temps (>50%), 8.80% occasionnellement et

seulement 1% ne les adresse jamais. Une fois le diagnostic posé par un spécialiste, Les médecins généralistes prennent le temps d'annoncer le diagnostic de manière systématique pour 37% d'entre eux, la plupart du temps (>50% des cas) pour 40% d'entre eux, de manière occasionnelle pour 20% d'entre eux et jamais pour 4% d'entre eux. Les chiffres sont quelque peu différents pour le temps d'annonce à la famille en effet il se fait de manière systématique pour 65% des médecins interrogés, la plupart du temps pour 30% d'entre eux, de manière occasionnelle pour 6% d'entre eux et jamais pour 1% d'entre eux.

(Figure 7)



#### Prise en charge médico-sociale des patients atteints de démence de type Alzheimer

Les aides structures sociales les plus sollicitées sont en premier lieu le Conseil Général avec l'allocation personnalisée autonomie (77%) , les accueils de jour (66%), les services d'assistantes sociales (54%), les ESA (équipes spécialisées Alzheimer) (47%), les CLIC (centre local d'information et de coordination gérontologique) (37%) les MAIA (Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer) (30%) et en dernier lieu la mairie (23%). Pour ce qui est de la demande de mise en affection de longue durée chez les patients diagnostiqués comme atteints de MA 88% des médecins généralistes réalisent cette démarche de manière systématique et 12% pour la plupart du temps permettant aux patients une prise en charge à 100% des soins de santé.

L'ordonnance de réhabilitation est prescrite par 49% des médecins généralistes.

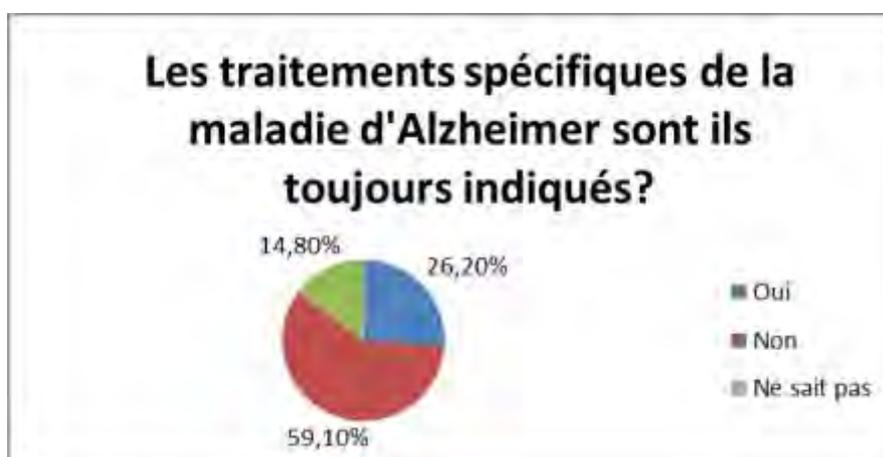
#### Recours aux structures sociales par les médecins généralistes

(Figure 8)

	Médecins généralistes travaillant en relation avec :	Médecins généralistes ne travaillant pas en relation avec :
MAIA	29.5%	70.5%
CLIC	37%	63%
Accueil de jour	65.8%	34.2%
ESA	47.3%	52.7%
Assistante sociale	54.1%	45.9%
Conseil Général : APA	76.7%	23.3%
Mairie	22.6%	77.4%
Autre	11.6%	88.4%

### Thérapeutique

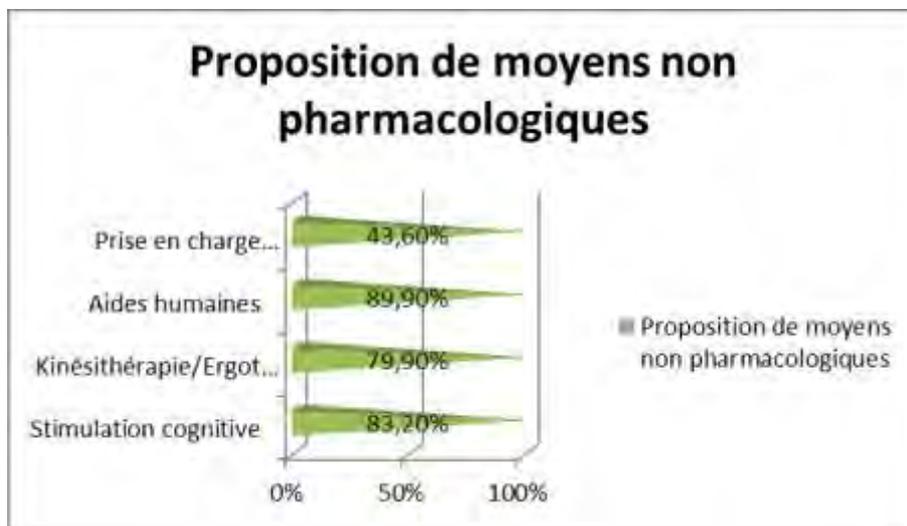
Selon 59% des médecins généralistes les traitements spécifiques de la MA à savoir les anti-cholinestérasique et la Mémantine, ne sont plus indiqués, pour 26% d'entre eux leurs indications sont toujours d'actualité alors que 15% d'entre eux ne savent pas. Pour ce qui est de leurs prescriptions 49% des médecins généralistes les utilisent couramment, alors que 41% d'entre eux ne les utilisent plus. (Figure 9)



Dans le tableau ci-dessous sont regroupés les moyens non pharmacologiques pouvant être utilisés dans la prise en charge des patients atteints de démence. L'aide humaine est en tête

de liste avec un recours chez 90% des praticiens, vient ensuite la stimulation cognitive (83%) puis les exercices de kinésithérapie et d'ergothérapie (80%) et en dernière place une prise en charge orthophonique est proposée par 43% des médecins généralistes.

(Figure 10)



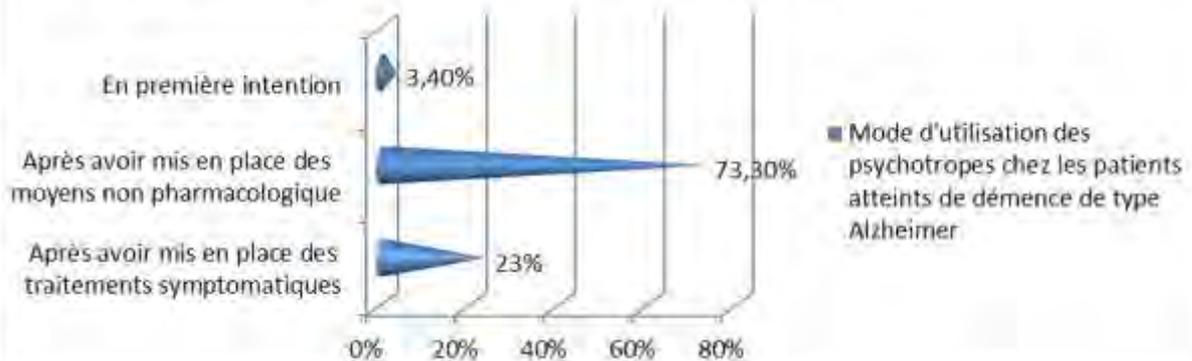
En cas de trouble du comportement les psychotropes sont utilisés après avoir mis en place des moyens de prise en charge non pharmacologique dans 73% des cas, après avoir mis en place des traitements symptomatiques dans 23% des cas et en première intention dans seulement 3% des cas. La posologie des psychotropes est initiée à des doses inférieures à celles d'un adulte sain dans 88% des cas. En ce qui concerne l'utilisation des benzodiazépines, des molécules à demi-vie courte sont utilisées dans 100% des cas.

La voie d'utilisation des neuroleptiques la plus employée est la forme orodispersible dans 60% des cas, puis la voie orale dans 39% des cas et par voie injectable dans 1% des cas.

La majorité des médecins généralistes (62%) affirment ne pas travailler avec le programme AMI et seulement une minorité (8%) semble s'y référer dans leurs pratiques quotidiennes.

(Figure 11)

## Mode d'utilisation des psychotropes chez les patients atteints de démence de type Alzheimer



### Suivi

Le suivi est réalisé pour la plupart des médecins tous les 3 mois (50%), mais pour une grande partie aussi (46%) il est réalisé tous les mois. Pour 4% des médecins généralistes celui-ci n'est pas systématisé. (Figure 12)



Les examens complémentaires semblent faire partie du suivi pour 54% d'entre eux, alors que 40% n'y ont pas recours.

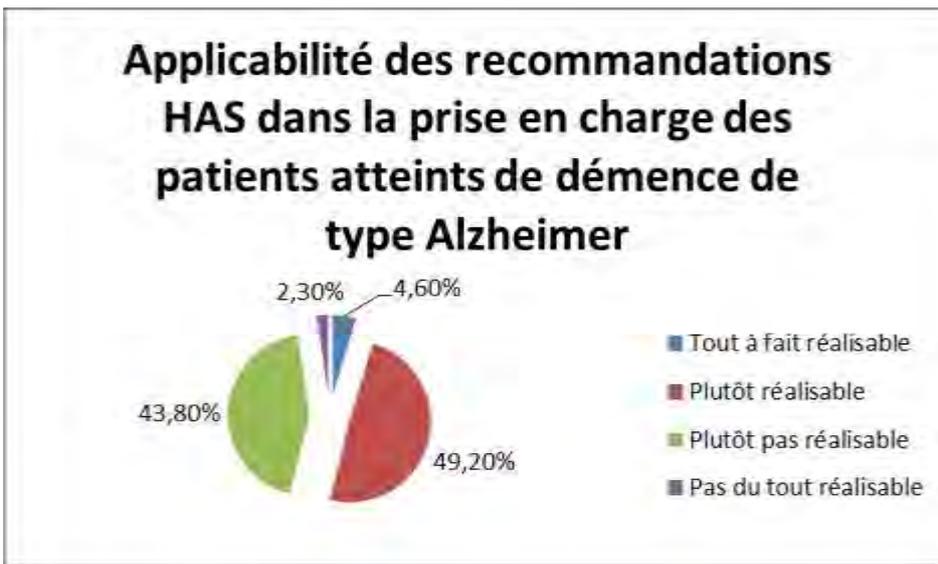
Un quart environ (26%) des médecins généralistes réalisent des consultations annuelles pour les aidants.

La réalisation de visite annuelle longue est pratiquée par 39% des médecins généralistes de l'étude. (Figure 13)



### III.5. Opinion personnelle des médecins généralistes

Dans la partie opinion, nous notons que 49% des médecins généralistes pense que l'applicabilité des recommandations HAS est plutôt réalisable et 5% tout à fait réalisable. Cependant 44% trouvent leurs applications plutôt non réalisable ou pas du tout réalisable pour 2% d'entre eux. (Figure 14)



Plus de la moitié des praticiens interrogés (53%) ont le sentiment de mettre en application les recommandations HAS la plupart du temps, 1% d'entre eux pensent les appliquer de manière systématique, alors que dans 40% des cas celles-ci sont utilisées de manière occasionnelle ou jamais pour 6% de la population de l'étude. (Figure 15)



### **III.6. Les principaux freins à l'application des recommandations HAS**

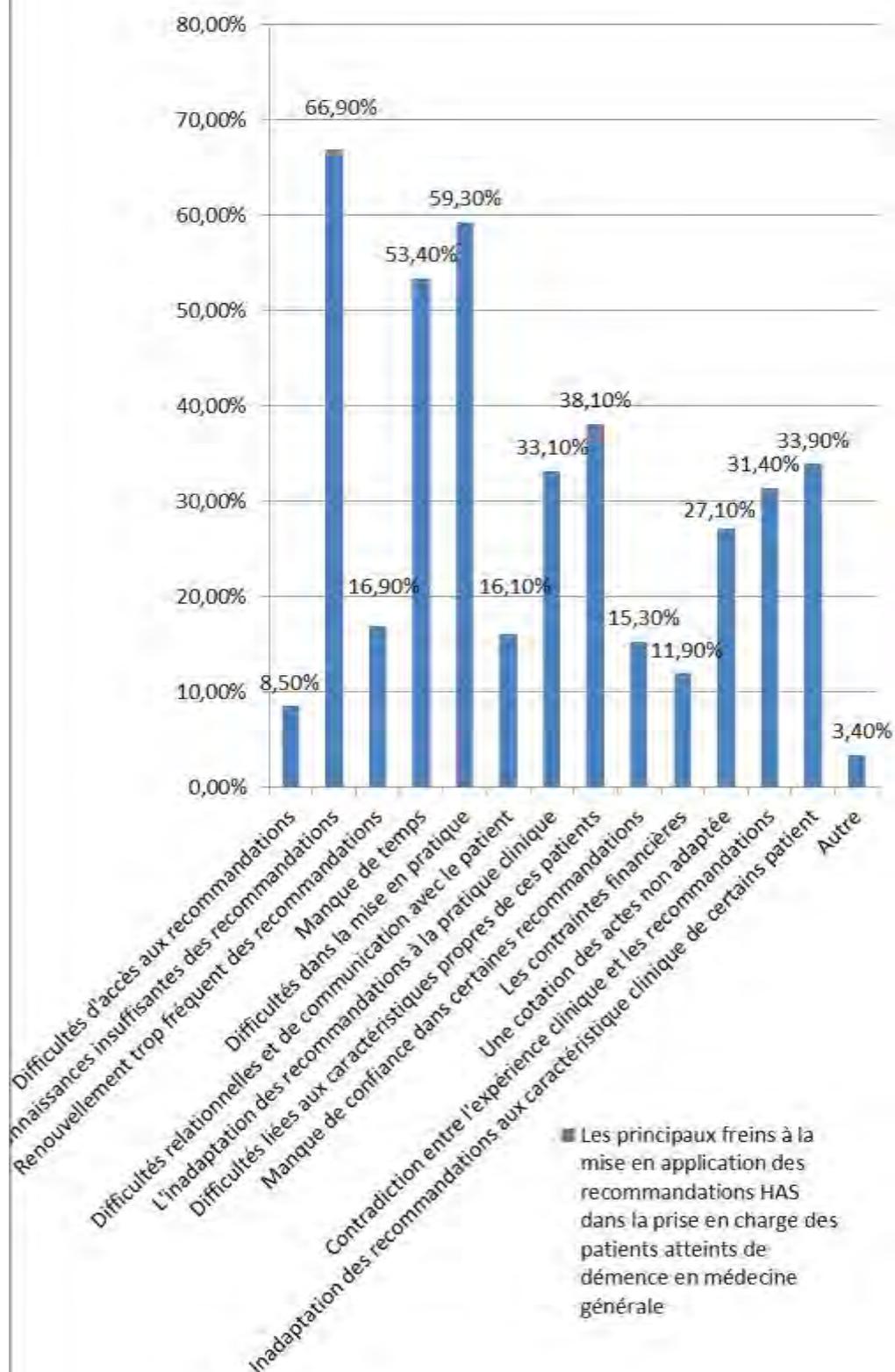
En référence au tableau ci-dessous nous pouvons mettre en évidence les principaux freins à l'application des recommandations HAS concernant la prise en charge des patients atteints de MA en médecine générale :

Au premier rang nous notons, les connaissances insuffisantes des recommandations (67%), difficultés de mise en pratique (59%) et le manque de temps (53%).

Dans un second temps viennent les difficultés liées aux caractéristiques propres de ces patients (38%), l'inadaptation des recommandations aux caractéristiques propres de ces patients (34%), l'inadaptation des recommandations à la pratique clinique (33%), contradiction entre les recommandations et la pratique clinique (31%) une cotation des actes non adaptée (27%).

En dernier lieu un renouvellement trop fréquent des recommandations (17%) les difficultés relationnelles et de communication avec le patient (16%), le manque de confiance dans certaines recommandations (15%), les contraintes financières (12%). (Figure 16)

## Les principaux freins



## **IV. Discussion**

### **IV.1. Forces et faiblesses de notre étude**

#### Les forces

Dans les données de la littérature aucune étude observationnelle descriptive portant sur l'application de l'ensemble des recommandations HAS dans la prise en charge des patients atteints de MA en médecine générale n'a jamais été entreprise en France. (48) Environ 6% des médecins généralistes de Midi Pyrénées ont été interrogés et tout de même 19% (155 médecins généralistes) d'entre eux ont souhaité répondre à ce questionnaire. Cet échantillon semble correct et nous permet d'obtenir des résultats assez représentatifs. Cela reflète sans doute un intérêt grandissant des médecins généralistes vis-à-vis des informations disponibles dans la prise en charge de la MA. Comme nous l'avons évoqué plus haut, la prévalence de la MA s'accroît avec le développement démographique et le vieillissement de la population. Les médecins généralistes sont donc de plus en plus sollicités et sont sans doute en quête d'information pouvant les guider dans leurs pratiques quotidiennes.

Ce travail aura probablement permis l'information et la sensibilisation de 155 médecins sur l'intérêt d'une prise en charge la plus conforme possible aux recommandations de l'HAS des patients souffrant de MA et de leurs proches.

#### Les faiblesses

La principale faiblesse de notre étude est sans doute le biais de sélection des médecins généralistes. Les caractéristiques démographiques des médecins ayant répondu diffèrent légèrement par rapport aux chiffres de l'INSEE (L'Institut national de la statistique et des études économiques) sur la démographie médicale au niveau national.

En effet notre population est légèrement plus jeune avec une moyenne d'âge de 47 ans contre 54 ans à l'échelle nationale, l'utilisation des courriers électroniques et de l'informatique peut être l'une des causes responsables de ce biais de sélection. Le nombre de médecin en activité libéral exclusive est plus important dans notre étude à 80% contre 51%, la répartition homme femme est aussi différente avec 48% de médecin de sexe féminin dans notre population face au 39% au niveau national.

Si les médecins ayant répondu à l'étude semblent refléter à peu près la population médicale au niveau national en terme d'âge ou de mode d'exercice, ils sont aussi pour la plupart très souvent confrontés à des patients atteints de MA. En effet, 39% d'entre eux comptent

entre 10 et 20 patients atteints de MA dans leurs patientèle. Nous dénombrons 9% de médecin coordonnateur d'une maison de retraite et 21% déclarent avoir une formation en gériatrie (DU, DESC..). Il existe donc un biais de sélection où les participants sont potentiellement plus impliqués dans cette pathologie que leurs autres confrères. Par ailleurs le biais de sélection majeur se fait sur le recrutement de médecins sur des sites de remplacement donc ayant pour habitude d'être remplacés et les médecins exerçant une activité de maître de stage au département universitaire de médecine générale de Midi Pyrénées.

La répartition de la MA sur le territoire de Midi Pyrénées semble par ailleurs mettre en évidence quelques disparités en fonction du lieu d'exercice. Alors que la plupart des médecins généralistes exerçant en périurbain et urbain compte dans la grande majorité entre 0 à 10 patients atteint de MA (respectivement 42% et 41% d'entre eux) ceux exerçant en milieu rural compte pour 58% d'entre eux 10 à 20 patients dans leurs patientèle.

#### **IV.2. L'observance des recommandations HAS dans la prise en charge des patients atteints de MA en médecine générale**

Concernant la prise en charge de la MA en médecine générale, cette étude révèle des différences de prise en charge par les médecins généralistes de Midi Pyrénées par rapport aux recommandations. En effet selon 73% des médecins questionnés il est de leur rôle de piloter la prise en charge des patients atteints de MA cependant 66.9% d'entre eux déclarent que l'un des freins principal à l'application de celles-ci en est leur connaissance insuffisante. Ils sont en moyenne 59.9% à déclarer connaître les recommandations allant du dépistage au suivi de l'aidant, et environ 53% ont le sentiment de mettre en application ces recommandations la plupart du temps. En effet ces chiffres montrent une certaine carence dans l'utilisation des recommandations HAS pour la prise en charge des patients atteints de MA en médecine générale reconnue par les praticiens eux-mêmes. Les recommandations HAS sont tout à fait réalisables pour seulement 6% des médecins et plutôt réalisable pour 50% d'entre eux, il est donc compréhensible que celles-ci ne soient pas suivies de façon importante. Il existe donc une certaine concordance entre les déclarations des médecins quant à leurs connaissances et le niveau d'application des recommandations HAS. Environ un médecin sur deux ne maîtrise pas les connaissances sur les recommandations HAS et on peut supposer que c'est pour cela qu'il ne les applique pas de ce fait dans sa pratique courante. Cependant nous ne pouvons pas en être certains car de nombreux travaux de la

littérature ont montré, dans d'autres maladies chroniques qu'une bonne connaissance des recommandations n'est pas suffisante pour garantir leur bonne application (49) (50). Nous mettons d'ailleurs en évidence un certain décalage entre cette notion de connaissance et d'application dans certains domaines des recommandations comme notamment le dépistage, la thérapeutique pharmacologique spécifique et le suivi de l'aidant dans notre travail.

Le baromètre santé de 2009 est le principal point de repère faisant le bilan de la situation des médecins généralistes vis-à-vis des recommandations de la Haute Autorité de Santé en France dans la prise en charge des patients atteints de MA (23). Au niveau internationale les données de la littérature montrent une connaissance et une application des recommandations HAS insuffisantes dans la prise en charge de la MA. (51) (52) (53)

#### **IV.2.1. Dépistage**

Dans notre étude 68% des médecins déclarent connaître les recommandations en terme de dépistage de la MA, cependant seulement 19% réalisent de manière systématique des tests cognitifs de dépistage chez leurs patients suspects. Parmi ces tests le MMSE est le plus utilisé en pratique, 89% des médecins. Ces résultats concordent avec un travail de thèse de Midi Pyrénées réalisée sur 149 médecins généralistes en 2014 (54) montrant que face à une plainte mnésique un nombre trop faible des médecins (59%) réalisent un dépistage des troubles cognitifs.

#### **IV.2.2. Diagnostic de la MA**

Dans notre étude 77% des médecins généralistes déclarent connaître les recommandations en termes de diagnostic contre 41% dans le baromètre santé de 2009. Ce résultat est intéressant, il souligne le fait que l'importance du diagnostic semble donc de plus en plus intégrée par les praticiens, notamment pour éviter les erreurs diagnostic et leurs faire bénéficier d'une prise en charge multidisciplinaire précoce. Peut-être sommes-nous face à l'efficacité de l'amélioration de la formation initiale en MG ? Rappelons-nous toutefois que c'est au spécialiste qu'il revient de réaliser le diagnostic. La connaissance des médecins généralistes en termes de parcours diagnostic s'évalue donc principalement à leurs capacités à diriger vers les spécialistes après avoir entrepris un premier dépistage. Or nous avons mis en évidence plus haut que le dépistage de la MA en médecine générale est encore insuffisant. De même dans notre étude 51% seulement des praticiens de notre étude dirigent systématiquement les patients suspects vers un spécialiste, en cas de suspicion de

MA. Le temps moyen nécessaire en France pour poser le diagnostic de démence (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 et à 10 mois en Allemagne, ce qui souligne l'importance du retard diagnostique (30) (31) en France. Dans la littérature plusieurs freins ont été identifiés pour expliquer cette carence et notamment l'inefficacité des traitements et la peur de poser un diagnostic avec toutes les représentations que cela peut avoir pour le patient et son entourage(54). Il s'agit du stigma (stigmatisation) qui est un phénomène bien connu envers les maladies chroniques ou les maladies mentales et qui s'accompagne de conséquences dévastatrices pour les individus qui en sont atteints et pour leurs familles. Dans la MA des répercussions comme la dépression, un niveau de fardeau plus élevé pour les aidants et la distanciation de ces personnes malades ont été mis en évidence. Il a été ainsi montré qu'une perception de compétence plus basse chez les individus ayant un diagnostic de MA augmente les niveaux de stigmatisation par le biais de comportements discriminatoires, notamment d'une sur-distanciation. (55)

#### **IV.2.3. Annonce diagnostique de la MA**

En ce qui concerne l'annonce diagnostique, 49% des médecins affirment connaître les recommandations nous observons en effet que seulement 36.5% des médecins prennent systématiquement le temps d'annoncer le diagnostic au patient et 40% la plupart du temps. Surement pour les raisons évoquées plus haut. Par contre il semble que ceux-ci aient plutôt tendance à s'adresser aux proches, avec annonce à un membre de la famille de manière systématique pour 65% et la plupart du temps pour 28% d'entre eux. Dans le baromètre santé un tiers des médecins estime que l'annonce du diagnostic posait problème. Nous n'avons pas posé cette question ouvertement dans le questionnaire et ne pouvons donc pas vraiment comparer, mais nos données laissent supposer le même ressenti. L'annonce diagnostique reste encore difficile en médecine générale, en effet plusieurs freins ont déjà été mis en évidence dans la littérature à savoir, les troubles de la compréhension du patient, le désir de le protéger, les représentations et le retentissement psychologique négative de la maladie par le patient et ses proches, le risque de désocialisation et de suicide ,et pour finir le sentiment d'impuissance du médecin accru par l'absence de thérapeutique spécifique efficace à proposer, qui remettent en cause l'intérêt même de l'annonce. (56) Cependant aujourd'hui de nombreuses structures d'aide et de moyen de prise en charge non pharmacologique sont développés par le ministère de la santé au travers des recommandations pour améliorer la prise en charge et le soutien des patients et de leurs familles. L'annonce diagnostique est donc une étape indispensable pour mettre en place le

plan de soin. Un travail de thèse reposant sur la réflexion de l'annonce diagnostic de la MA admet qu'il serait nécessaire de se pencher sur les difficultés de cette communication, du côté du patient et de la famille, mais aussi du côté des médecins. Seule une étude de la dynamique de la communication permettrait de proposer des éléments pratiques pour faciliter la réalisation de cette tâche complexe et toujours difficile. (57)

#### **IV.2.4. Prise en charge thérapeutique pharmacologique spécifique**

Dans notre étude un nombre minime de médecins 26% affirment que ces traitements spécifiques sont recommandés contre 59% qui pensent le contraire. Or 49 % les prescrivent toujours dans leurs pratiques courantes.

Il y a donc une contradiction entre la notion de recommandation et de pratique clinique vis-à-vis de ces traitements puisqu'en dépit de considérer les thérapeutiques spécifiques comme non recommandées, la plupart des médecins les utilisent toujours. Tout d'abord nous pouvons nous demander pourquoi les médicaments spécifiques sont perçus comme hors recommandation par les praticiens. En effet malgré le devoir de recours aux traitements spécifiques de la MA qui figure toujours dans les recommandations HAS à l'heure où nous écrivons cette thèse, de nombreux travaux récemment publiés révisent, voir affirment, la non efficacité de ces médicaments, ce qui plonge les médecins dans un doute majeur vis-à-vis de leurs pratiques. Les 4 médicaments symptomatiques de la MA, les anticholinestérasiques (le donépézil (aricept<sup>o</sup>), la galantamine (reminyl<sup>o</sup>) et la rivastigmine (exelon<sup>o</sup>) et un dérivé de l'amantadine, la mémantine (ebixa<sup>o</sup>) ont été décrits comme ayant un effet modeste et transitoire par rapport aux nombreux effets indésirables auxquels ils exposent, notamment par la revue Prescrire. L'efficacité des médicaments anti-Alzheimer étant modeste et transitoire et leurs effets indésirables étant nombreux, il faut se demander régulièrement si leur prescription est réellement utile au patient (58). En 2012, la HAS a réactualisé ses données sur la place des traitements médicamenteux spécifiques de la MA en se basant notamment sur plusieurs études portant sur l'efficacité des médicaments spécifiques de la MA dont deux méta analyses de 2008 (59) (60) et de 2011 l'étude Schneider (61) (62), l'étude de Cochrane collaboration en 2009 (63) et le Pentag 2010, Nice 2011 (64) dont l'évaluation finale a été publiée en mars 2011. Celle-ci a affirmé que leur rapport efficacité/effets indésirables était faible et que leur efficacité n'a été établie que par rapport au placebo. L'effet établi porte donc essentiellement sur les troubles cognitifs mais il est de faible taille et sa pertinence clinique est discutable avec un ASMR V (absence d'amélioration de service médical rendu). Elle rappelle que ces

médicaments sont associés à un risque d'effets indésirables graves (troubles digestifs, neurologiques avec l'aggravation de syndromes parkinsoniens, vertiges, tremblements, maux de tête ; incontinence urinaires ; cardiaques avec risque de syncope, de troubles du rythme cardiaque...) ou susceptibles d'altérer la qualité de vie et/ou de nécessiter l'arrêt du traitement (65). L'ensemble de ces analyses aboutissent aux mêmes conclusions en soulignant l'absence de données nouvelles de qualité suffisante mettant en évidence des effets cliniquement pertinents de ces médicaments : ni sur des critères de jugements majeurs comme le retard à l'entrée en institution ou la mortalité, ni sur l'amélioration des fonctions cognitives. A l'heure actuelle les médicaments anti Alzheimer sont en cours de réévaluation par la commission de transparence. Basé sur des travaux de Meta analyses cette réévaluation permet de réexaminer l'ensemble des données disponibles, y compris les plus récentes. Le risque de déremboursement de ces spécialités est à l'heure actuelle au cœur des débats. Une telle mesure pourrait intervenir à l'issue d'une période de transition, qui permettrait de développer les autres moyens de prise en charge.

Les discordances entre les recommandations, les données de la littérature et les leaders d'opinion quant à l'intérêt des traitements spécifiques de la MA désorientent probablement les médecins dans leur prise en charge. D'autre part l'ambivalence dans le fait de poursuivre la prescription de ces traitements spécifiques malgré le fait que les médecins généralistes pensent que ceux-ci ne sont plus recommandés peut être sous tendu par le fait qu'ils représentent malheureusement la seule option thérapeutique spécifique actuelle dans cette pathologie, ce qui doit probablement « forcer la main » aux médecins se sentant dans l'obligation de proposer une prise en charge thérapeutique pour leurs patients. Car il a été montré que les habitudes de prescriptions font partie intégrante de l'activité en médecine générale, en effet par l'intervention médicamenteuse, les médecins cherchent tout d'abord à agir sur le malade et sur la maladie et ajustent ensuite leur attitude en fonction des réactions des patients. Le fait de prescrire rassure probablement les familles et le malade qui a le sentiment d'être traité. Ceci permet aux praticiens d'affirmer son statut de médecin traitant capable de rendre service et de proposer une prise en charge thérapeutique aux patients. (66)

Nous ne pouvons toutefois pas faire de nos suppositions une réalité. Cette prescription est certainement le fruit d'un mécanisme de défense par les médecins généralistes face à une situation complexe générant un sentiment de découragement, d'impuissance et de culpabilité.

Un travail de thèse a essayé de rechercher les facteurs qui pouvaient influencer la prescription hors recommandation par les médecins généralistes. Cette façon de prescrire dépend de la capacité du praticien à évaluer et sélectionner les données de la littérature, de son expérience clinique, et des préférences de chaque patient. (67) Ces déterminants interagissent entre eux par le biais de l'empirisme, des indications et des autorités de santé. Les praticiens priorisent la satisfaction de leur patientèle mais aussi leur implication dans la décision. Les écarts entre les données actuelles de la science et la pratique quotidienne existent. La difficulté est d'allier science, conscience et éthique aux réalités de la pratique quotidienne et à l'intérêt premier du patient. La prescription hors recommandation occupe une place importante dans la pratique quotidienne. Cela tient à plusieurs particularités liées aux contraintes qui l'entourent. Les conditions d'exercice du généraliste, l'incertitude diagnostique propre à la discipline, le manque de temps, la représentation symbolique de certaines thérapeutiques et le pouvoir qui les accompagne, la difficulté d'accès raisonné aux références scientifiques, la relation médecin - patient dans sa dimension commerciale, la relation médecins généralistes - médecins spécialistes (libéraux ou hospitaliers), et les positions de soumission symbolique des premiers au seconds. (68)

Selon France Alzheimer, « en arrêtant ces traitements, on court le risque d'accroître une démedicalisation, qui aura aussi un effet négatif sur la prise en charge globale. Sans aucun traitement médicamenteux spécifique, l'intérêt du diagnostic, aux yeux des familles et de certains professionnels de santé, pourrait apparaître secondaire. Le parcours diagnostic serait alors moins balisé pour le public alors que qu'il est la clé de voute d'une prise en soin adaptée et efficace » (69). Comme nous l'avons dit plus haut, l'intervention médicamenteuse constitue le socle à la prise en charge thérapeutique et au suivi par les médecins généralistes qui ajustent ensuite leur attitude en fonction des réactions des patients. La soustraction de ces thérapeutiques médicamenteuses pourrait en plus de déstructurer la prise en charge entraîner une recrudescence du sentiment d'impuissance et de découragement déjà préexistant dans la représentation de la MA par le médecin et les aidants avec un retentissement d'autant plus négatif sur le parcours de soin. Malheureusement nous n'avons pas pu explorer ces questions dans notre travail, car cette réévaluation des traitements symptomatiques de la MA est arrivée après sa conception.

La prescription d'un traitement médicamenteux spécifique dans la prise en charge des patients atteints de MA fait toujours partie des recommandations HAS, à l'heure où nous écrivons. Celles-ci sont toutefois une option dont l'instauration ou le renouvellement est laissé à l'appréciation du médecin prescripteur. Cependant doit-on poursuivre l'utilisation de ces thérapeutiques chez les patients atteints de MA alors que les données de la

littérature montre que le rapport bénéfice risque n'est pas en faveur de leurs prescriptions ? Alors, que proposer, que privilégier, afin de prescrire au mieux dans l'intérêt premier du patient ? Remettre en avant l'esprit d'Hippocrate et garder en vue l'essentiel : « primum non nocere ». Nous attendons donc les résultats de cette nouvelle évaluation concernant ces thérapeutiques, qui permettront éventuellement d'homogénéiser et d'appuyer la pratique des médecins généralistes.

Pour pallier à ce manque de traitement efficace et pour réduire le sentiment d'impuissance des praticiens, les recommandations proposent de nouvelles solutions à disposition des médecins généralistes à proposer à leurs patientèle avec notamment la mise en place de moyens non pharmacologiques

#### **IV.2.5. Thérapeutique pharmacologique non spécifique**

La HAS élabore un ensemble de règles de précautions à utiliser lors de la prescription des psychotropes renforcé par la mise en place du programme AMI en 2008.

Contrairement au baromètre santé de 2009 dans lequel seulement 26 % des médecins généralistes semblaient maîtriser la prise en charge les troubles comportementaux, notre travail montre que les recommandations semblent bien connues pour 69% et appliquées dans la pratique quotidienne des médecins. Les moyens non pharmacologiques en première intention dans 73% des cas et une utilisation des psychotropes à des posologies inférieures à celle d'un adulte sain dans 88% des cas. Les benzodiazépines de demi vie courte sont préférés dans 100% des cas ainsi que les neuroleptiques sous forme orodispersible (60%) et orale classique (39%).

Cependant ces résultats ne semblent pas être le fruit du programme AMI du plan Alzheimer, car en effet seul 8% des médecins de l'étude connaissent et utilisent ce programme dans leurs pratiques quotidiennes. L'utilisation de manière raisonné des psychotropes et notamment des neuroleptiques doit sans doute découler d'une sensibilisation aux effets délétères de ceux-ci, identifiés par la revue de la littérature mais aussi constatés directement par les médecins généralistes dans leurs pratiques cliniques.

(70)

#### **IV.2.6. Prise en charge thérapeutique non pharmacologique**

Comme les recommandations le détaillent, plusieurs interventions non pharmacologiques sont envisageables. Elles sont, tant en ambulatoire qu'en institution, un élément important

de la prise en charge thérapeutique. Dans notre étude les médecins généralistes montrent une bonne utilisation des ressources non pharmacologiques dans la prise en charge de leurs patients atteints de démence comme l'aide humaine 90% des cas ,la stimulation cognitive dans 83% des cas, la kinésithérapie et l'ergothérapie dans 80% des cas et la prise en charge orthophonique qui est quant à elle un peu moins demandée dans 43% des cas. Ce qui est en accord avec les 69% des médecins déclarant connaître les moyens de prise en charge non pharmacologique. Nous pouvons noter une amélioration par rapport au baromètre santé de 2009 dans lequel 51 % des médecins s'estimaient suffisamment formés aux traitements non médicamenteux de la MA.

Cependant, du fait de difficultés méthodologiques, aucune de ces interventions n'a apporté la preuve de son efficacité. Cela soulève donc les mêmes questions que pour les traitements symptomatiques. Elles doivent être dans tous les cas pratiquées par un personnel formé et s'inscrire dans le cadre d'un projet de soins, et le cas échéant d'un projet d'établissement. La thérapie par l'activité physique : les résultats des essais cliniques sont aléatoire certains montre une amélioration significative du déclin cognitif alors que d'autre sont moins probant, cependant tous semblent s'accorder sur l'amélioration des symptômes de la dépression et des capacités physiques. (71) (72) (73)

En effet la HAS conseille ces moyens thérapeutiques dans le cadre de la prise en charge des patients atteints de MA mais elle admet aussi le manque de preuve d'efficacité envers ces nouvelles méthodes. Malgré l'intérêt grandissant soulevé par plusieurs de ces stratégies, les recherches sur l'efficacité des interventions non médicamenteuses restent rares. Cette situation pourrait s'expliquer en partie par le peu d'intérêt commercial suscité par la mise au point d'interventions non pharmacologiques (74). Ces thérapeutiques représentent une option supplémentaire non négligeable à proposer aux patients par les médecins généralistes, pouvant permettre par la même, de diminuer la prescription de thérapeutique pharmacologique dangereuses et sans intérêts et il semble que les médecins généralistes de notre étude le savent, et les utilisent.

#### Prise en charge médico-sociale

Notre étude met en évidence une difficulté des médecins traitants dans la prise en charge médico-sociale des patients et de leurs familles. Le baromètre santé mettait déjà en évidence une sous-utilisation des structures d'aides médico-sociales avec un recours aux services d'aides et de soins à domicile pour 36 % d'entre eux et vers un centre local d'information et de coordination gérontologique (CLIC) 18 % d'entre eux. Dans notre étude, le recours aux structures d'aide montre aussi que seul 30% travaillent en relation

avec les MAIA et 37% avec les CLIC. À trois ans de l'élaboration du plan Alzheimer ces résultats semblent encore trop faibles. Tandis que les accueils de jour (66%), le Conseil Général (77%) et les ESA (47.3%) semblent être plus familiers avec un recours plus fréquent par les médecins généralistes. Le conseil général et les accueils de jour sont mieux connus car certainement plus anciennement utilisés. Les nouvelles structures (MAIA) doivent s'intégrer progressivement dans la pratique quotidienne. Nous remarquons toutefois que les ESA (issues du plan Alzheimer 2008-2012) semblent déjà bien sollicités. Ceci découle probablement d'une information mieux diffusée et simplifiée mais aussi d'un recours facilité pour le médecin sur simple prescription médicale et pour le patient qui peut bénéficier de ces services directement à domicile. En effet 49% des médecins généralistes ont l'habitude de prescrire des ordonnances de réhabilitation dans nos résultats.

En accord avec nos résultats un travail de thèse portant sur le médecin généraliste et le soutien au domicile des patients atteints de MA réalisée en 2014 dans la région Parisienne portant sur 132 médecins généralistes ou la fréquence du recours à ces acteurs (MAIA et CLIC) était peu importante pour 62% des interrogés (32% parfois, 30% jamais) et ce indépendamment de la qualité de leur développement sur le territoire. Le frein principal rapporté était le manque d'informations relatives à ces nouveaux outils. Cependant les résultats de ce travail diffèrent de notre étude sur la prescription de la réhabilitation à domicile par les ESA, 45% des médecins connaissent le contenu de la prise en charge de la réhabilitation à domicile mais 71% d'entre eux ne la prescrivaient jamais (75) Nous pouvons donc penser qu'il y a eu une évolution de la prescription de réhabilitation avec recours aux ESA, favorisée par les mêmes raisons que celles évoquées plus haut.

La MA et autre démence sont reconnues en ALD 15 depuis le décret (n° 2011-74-75-77) du 19 janvier 2011 et (n° 2011-726) du 24 juin 2011. La demande de mise en ALD est quant à elle largement demandée, de manière systématique pour 88% des médecins et la plupart du temps dans 12% des cas. Les médecins généralistes ont donc bien connaissance que la MA est une affection de longue durée avec une prise en charge complète des soins de santé par l'assurance maladie, conférant une aide financière précieuse aux patients et aidants. Ceci peut être expliqué par le fait que les médecins ont l'habitude de remplir des feuilles d'affections de longue durée pour de nombreuses autres pathologies et que cela fait partie intégrante de leurs pratiques quotidiennes mais cela pourrait venir aussi de la pression des familles qui réclament les aides prévues pour les dépenses de santé en rapport à la maladie.

#### **IV.2.7. Suivi des patients atteints de MA**

En accord avec les 49% de praticiens qui déclarent connaître les recommandations en termes de suivi, notre étude rapporte que les médecins assurent un suivi tous les mois pour 46%, et tous les trois mois pour 50% d'entre eux. Cependant nous n'avons aucune donnée sur le contenu des consultations de suivi, nous pouvons penser que ces consultations sont prévues pour d'autres pathologies et/ou qu'elles ne soient pas consacrées uniquement au suivi de la MA. Seulement 39% réalisent des visites annuelles longues au domicile du patient. Il existe donc une négligence de ces nouveaux dispositifs mis en place par le Ministère de la Santé pour inciter une meilleure réponse aux besoins du patient en valorisant le fait de s'intéresser à son milieu de vie.

La réalisation du suivi énoncé par les recommandations semble toutefois laborieuse, exhaustive et difficile en pratique. Le temps nécessaire est sans doute important pour une cotation non adaptée. Ces raisons peuvent en plus d'un défaut de connaissance expliquer par la même occasion le faible nombre de visites longues réalisées malgré une cotation spécifique de celle-ci. Le travail de thèse portant sur le médecin généraliste et le soutien au domicile des patients atteints de MA réalisée en 2014 dans la région Parisienne, montrait que les visites longues étaient méconnues pour 77% des médecins ayant répondu à l'étude avec pour frein principal le manque de connaissance.

54% des médecins déclarent réaliser des examens complémentaires (Scanner, bilan biologique....) systématiques de suivi chez leurs patients atteints de MA contre 40% d'entre eux alors bien que ceux-ci ne doivent pas être systématiques dans le suivi. Le déclin des fonctions cognitives avec l'altération des capacités de communication peut favoriser la prescription d'examens complémentaires qui peuvent être utilisés comme un moyen de réassurance par le médecin généraliste et comme support dans le suivi des patients, comme cela a été décrit dans la littérature.

#### **IV.2.8. Suivi des aidants naturels de patients atteints de MA**

Seul 26% des médecins généralistes réalisent des consultations annuelles pour les aidants alors qu'ils sont 46% à déclarer connaître les recommandations concernant le suivi de l'aidant. Ceci peut être expliqué par le fait que l'aidant a tendance à se négliger en passant au second plan et donc ne verbalise aucune demande au médecin traitant du patient, quand

il s'agit aussi de leur médecin traitant. En effet de nombreux aidants ont un autre médecin traitant que le patient, notamment les enfants des malades. Il y a toute une démarche à franchir pour les accompagner dans l'acceptation des aides. Et souvent, c'est plus l'aidant que le malade lui-même qui refuse les aides extérieures. Rappelons simplement que le déni est une composante essentielle de tout deuil débutant, et que s'il y a pour l'aidant un deuil à faire, c'est bien celui de son parent ou de son conjoint idéal ou idéalisé qu'on ne peut sans détresse voir entrer ainsi en dépendance. Tous ces mécanismes concourent à faire que l'aidant minimise la lourdeur de la situation et de ce fait ne bénéficie pas des aides mises à disposition pour lui et le malade. Un travail de thèse recherchant les principaux besoins des aidants dans l'accompagnement des patients atteints de MA retrouve que ceux-ci ont besoin de conseils dans le but d'acquérir plus d'habiletés pour s'occuper de leur proche malade, d'information sur la maladie, de confiance en soi et besoin de soutien face aux difficultés relationnelles avec leur proche malade. La demande de soins et de soutien personnel n'est pas évoquée. L'aidant est centré avant tout sur le malade et sa maladie, oubliant de prendre soin de sa propre personne. Il est toutefois du devoir de médecin, d'informer l'aidant sur l'importance de son état de santé nécessaire pour poursuivre son rôle de soutien dans les meilleures conditions et de l'inciter à accepter les aides mises à dispositions pour lui-même.(76) (77) Nous pouvons penser que la lourdeur de la prise en charge du patient atteint de MA et le fait que l'aidant se retire de lui-même au second plan, entraînent un manque de vigilance du médecin par rapport à l'aidant expliquant alors le faible nombre de consultations annuelles de réalisées.

#### **IV.2.9. Les principales difficultés rencontrées par les praticiens pour l'application des recommandations HAS dans la prise en charge des patients atteints de MA**

Notre étude met en évidence des freins à l'application des recommandations liées aux caractéristiques propres de ces patients (38%), à l'inadaptation des recommandations aux caractéristiques propres de ces patients (34%), à l'inadaptation des recommandations à la pratique clinique (33%), à la contradiction entre les recommandations et la pratique clinique (31%), au manque de confiance dans certaines recommandations (15%). De plus les difficultés relationnelles et de communication avec le patient (16%) propre aux pathologies démentielles ont été évoquées.

Les principaux freins à l'application restent toutefois, les connaissances insuffisantes des recommandations (67%). Comme nous pouvons le penser de manière naturelle, le médecin

généraliste omnipraticien ne peut se tenir à jour des recommandations, si en plus celles-ci se renouvellent trop fréquemment, ceci est le ressenti de 17% des médecins de l'étude.

Les difficultés de mise en pratique (59%) et le manque de temps (53%) figurent aussi parmi les freins principaux. En effet les caractéristiques propres aux patients et à la famille avec notamment les troubles de la compréhension et les efforts émanant de la prise en charge rendent parfois difficile la mise en pratique des règles de bonne pratique clinique. En effet les troubles cognitifs et comportementaux empêchent la mise en place d'une relation médecin malade satisfaisant pour mettre en œuvre les conseils prodigués par les recommandations. Le patient est bien souvent incapable d'exprimer ses plaintes, ses désirs et son vécu de la pathologie. Le médecin doit donc systématiquement à la suite de l'examen du patient, informer et soutenir l'aidant mais aussi veiller à ce que celui-ci garde un bon état de santé physique et moral. Cela nécessite un examen clinique beaucoup plus long et plus difficile chez les patients déments, et donc une perte de temps et d'argent, surtout que les cotations des actes semblent non adaptée pour 27% d'entre eux et que les contraintes financières représente un obstacle à l'observance des recommandations pour 12% d'entre eux.

Un travail de thèse portant sur les freins à l'application des recommandations en médecine générale (27) retrouve des freins similaires à notre étude comme l'inadaptation des RBPC à la pratique clinique et aux caractéristiques cliniques du patient, le manque de temps et de connaissance, le manque de confiance en certaines RBPC, la difficulté de se tenir toujours informé et les contraintes financière.(78) (79) On doit prêter attention au fait que, dans les entretiens, les médecins déclarent massivement suivre les RPC, alors que les données statistiques indiquent le contraire.

Nous pouvons faire un parallèle avec le niveau d'application des recommandations HAS par les médecins généralistes dans la prise en charge d'autres pathologies chroniques pour rechercher d'autres causes pouvant expliquer le manque de suivi des recommandations. De nombreuses études portant notamment sur la prise en charge du diabète (49), de l'hypertension artérielle (50) et sur d'autres pathologies chroniques comme l'asthme, les dyslipidémies, la migraine, la dépression et l'obésité montrent qu'il existe un déficit majeur dans l'application de leurs recommandations respectives. (80)

Nous pouvons donc déduire que l'application des recommandations en médecine générale semble difficile à mettre en œuvre pour la plupart des maladies chroniques. En effet les recommandations ne prennent pas toujours en compte les caractéristiques cliniques propres du patient et de sa maladie, ce qui demande au médecin d'adapter ses prescriptions et sa

prise en charge au mieux pour le patient en déviant bien souvent du référentiel strict imposé par les recommandations de bonnes pratiques. L'adhésion au contenu des recommandations HAS dans la prise en charge des pathologies chroniques masque des réserves importantes quant à son utilisation en pratique quotidienne : tout se passe comme si le médecin les considérait comme théoriquement justifiées, mais peu applicables à l'ensemble de sa patientèle. Les causes sont plurielles. La réalité de la pratique est d'abord que le traitement physiologique se heurte à toute une série de facteurs dont le généraliste n'a pas la maîtrise. Il est parfois difficile d'aller au-delà de la volonté d'un patient, de ses habitudes, et de son milieu. S'il donne des conseils, il n'a pas les moyens de garantir qu'ils seront respectés et, de fait, il constate qu'ils ne le sont pas toujours. Donc même si il est prouvé qu'une formation médicale continue bien suivie améliore fortement la mise en pratique des recommandations dans l'activité quotidienne du praticien, celle-ci ne peut prévoir une solution générale pour l'ensemble des cas cliniques rencontrés par le médecin généraliste. L'application des recommandations fait intervenir des critères objectifs, comme certaines caractéristiques de patients (plus âgés, ayant un diabète plus ancien) et des médecins (plus âgés, plus ruraux, moins insérés dans le tissu professionnel). Mais c'est probablement davantage dans les relations concrètes entre les patients et les médecins qu'il faut chercher les raisons de l'attitude des généralistes à l'égard des RPC. (81) Quant à leur rôle, ils le voient d'abord comme étant d'éduquer les patients ou d'adapter les prescriptions à la demande et non d'assurer un suivi sur les bases strictes du référentiel. Leur pratique, tournée vers l'efficacité visible de leurs décisions, va privilégier les traitements censés donner des résultats, c'est-à-dire d'abord les conseils devant déboucher sur un traitement physiologique et ses conséquences et, bien sûr, les traitements médicamenteux. Par l'intervention médicamenteuse, les médecins cherchent tout d'abord à agir sur le malade et sur la maladie et ajustent ensuite leur attitude en fonction des réactions des patients. Si nous ramenons ce constat à la prise en charge des patients atteints de MAMA en médecine générale, le problème est encore plus complexe du fait de l'inexistence de traitements médicamenteux curatifs.

Les représentations peuvent constituer aussi un frein propre de la MA dans l'application des recommandations car elles constituent un des facteurs qui influence le médecin généraliste dans sa prise en charge. Elles se situent à l'interface de la psychologie, de l'anthropologie et de la sociologie (82). De nombreux travaux dont certains sur les représentations de la MA par le médecin généraliste et les aidants principaux montrent que celles-ci ont un retentissement majeur sur la prise en charge des patients. Une revue de la bibliographie, menée au cours de l'année 2010, a permis d'étudier les représentations de

cette démence chez les omnipraticiens ainsi que leurs conséquences. Cinq types de représentations ont été identifiés (mort sociale du patient/morcellement de la pensée du patient/deshumanisation/souffrance globale/solitude du médecin). Bien qu'elles soient nombreuses et variées chez un même individu, elles ont des conséquences le plus souvent négatives (sentiment de découragement, d'impuissance, de peur ou de mise en échec) sur le diagnostic et la prise en charge de la MA. (83)

Cependant ces représentations peuvent être modifiées par différentes interventions. Celles-ci ont pour but, chez les omnipraticiens et dans le cadre de cette maladie, d'améliorer leur connaissance, de mieux les positionner dans leur démarche diagnostique et de suivi, mais aussi mieux les intégrer dans un travail de partenariat avec les autres intervenants. Ces différentes interventions sont d'ailleurs prévues dans les recommandations HAS.

Dans notre étude les principaux domaines dans lesquels les médecins présentent les plus grosses lacunes sont le dépistage, la thérapeutique pharmacologique spécifique, le recours aux structures médicosociales et le suivi de l'aidant. Les points forts sont retrouvés dans la prise en charge thérapeutique pharmacologique non spécifique et non pharmacologique, la mise en ALD et le suivi des patients.

Aux freins habituels les plus courants identifiés dans la littérature en ce qui concerne l'application des recommandations en pratique courante (le manque de connaissance, de temps et l'inadaptation des recommandations à la pratique clinique) s'ajoute les caractéristiques propres de la MA avec notamment, l'absence de traitement curatifs, le décalage entre les recommandations et les données de la littérature sur les traitements pharmacologiques spécifiques de la MA, les caractéristiques propres du patient et les représentations de la MA.

Les points de comparaisons possibles entre notre étude et le baromètre santé (84) semblent être en faveur d'une amélioration des connaissances et de l'utilisation des recommandations dans la prise en charge de la MA. Ces résultats doivent être toutefois tempérés car plusieurs biais rentrent en jeu dans la comparaison des deux populations de médecins généralistes. Dans notre étude plus de la moitié des médecins généralistes ont le sentiment de mettre en pratique les recommandations HAS dans la prise en charge de la MA contre seulement 1/10 des médecins pour la prise en charge de six principales maladies chroniques dans la revue de la littérature.(80) Cette différence peut être expliquée par le biais de sélection, 22% des médecins ayant répondu au questionnaire détiennent une formation en gériatrie, et 88% affirment participer régulièrement à la FMC. 64% d'entre eux compte plus de 10 patients atteints de la MA dans leurs patientèle. En

effet la MA est encore sous diagnostiquée en France, la forte proportion de patients atteints de MA dans la patientèle des médecins sélectionnés révèlent probablement une faculté plus accrue pour ceux-ci dans le diagnostic et le suivi de la MA par rapport au reste de la population médicale. Le choix de répondre au questionnaire est libre nous pouvons donc penser que la plupart des médecins ayant répondu au questionnaire doivent sans doute présenter un intérêt particulier pour la MA et donc de ce fait être plus sensibiliser aux recommandations et à la prise en charge de celle-ci. Pour ce qui est des autres pathologies chroniques la présence de variables précises tel que les marqueurs biologiques LDL, HBA1c.... ou les constantes tel que la TA, le poids.... permettent de vérifier de manière plus fiable la bonne application des recommandations contrairement au suivi de la MA . Dans notre étude l'estimation du niveau d'application des recommandations repose uniquement sur les réponses des praticiens au questionnaire, sans vérification clinique, biologique ou administrative. Ces résultats doivent donc être appréciés avec précaution.

Il serait donc judicieux de réaliser une enquête observationnelle descriptive à plus grosse échelle en questionnant cette fois ci les couples aidants-malades sur la prise en charge par leurs médecins généralistes en terme de diagnostic, de thérapeutique de suivi, et d'orientation vers les aides médicosociales afin d'objectiver réellement ce qui est réalisé en pratique. Cela nous permettrait par ailleurs d'interroger et de mettre en évidence le ressenti des patients-aidants sur leurs prises en charge, mais aussi de repérer les démarches prévues par les recommandations en terme d'aide sociale, financière et médicale qui ont été le plus bénéfique pour eux. Une meilleure analyse de l'offre et de la demande pourrait ainsi permettre d'adapter les plans d'aide au patient atteints de MAMA prévus par le ministère de la santé.

De nouvelles propositions émergent afin de renforcer davantage l'observance des recommandations de bonnes pratiques comme la mise en place de « Tableau de bord de suivi » (TBS) (85) et la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique "ROSP" (86) prévue par la HAS. Pour l'instant en l'absence de traitements curatifs de la MA, il faut insister et promouvoir les mesures non médicamenteuses qui sont primordiales dans la prise en charge du patient dément, et bien souvent insuffisamment connues par les généralistes. Des solutions permettant d'améliorer les critères suivant permettraient sans doute de faciliter l'observance des recommandations : forme synthétique simplifiée, bonne lisibilité, large diffusion auprès des professionnels de santé et de la population des sujets traités, et évaluation de son impact chez les professionnels de santé sur les objectifs de santé publique.

## V. Conclusion

### CONCLUSION

Dans le contexte démographique et socioéconomique actuel, un des enjeux de la prise en charge de la MA est une meilleure diffusion des recommandations de la HAS à l'ensemble des médecins généralistes. En effet, l'application des recommandations HAS dans la prise en charge des patients atteints de MA est responsable d'un bénéfice non négligeable pour le patient et les aidants sur le plan médical mais aussi sur le plan social avec l'utilisation efficiente du réseau de soins et des structures d'aides spécialisées. Notre travail semble montrer que différents points des recommandations HAS de 2009, réactualisées en 2012 concernant la MA sont encore mal connus et appliqués par les médecins généralistes notamment au niveau du dépistage, de la thérapeutique pharmacologique spécifique, du recours aux établissements de soutien mis en place par le dernier plan Alzheimer et du suivi de l'aidant. La prise en charge de la MA reste difficile au cabinet du médecin généraliste, avec comme principaux obstacles, le manque de temps et de connaissance, l'absence de cotation adaptée, le renouvellement constant des recommandations, une contradiction entre l'expérience clinique et les recommandations théoriques. Aux freins habituels communément rencontrés dans la prise en charge des autres maladies chroniques s'ajoutent les caractéristiques propres du patient atteints de MA et de son aidant, et naturellement l'absence de thérapeutique médicamenteuse efficace, d'autant que les molécules sont en cours de réévaluation. D'autres travaux semblent à présent nécessaires pour étudier ces freins et les moyens de les faire évoluer.

## VI. Bibliographie

1. Pr Philippe Amouyel, directeur de la recherche d'une unité mixte Inserm. Alzheimer. juill 2014;
2. Dr Carole Dufouil, Pr Philippe Amouyel .Epidémiologie France Alzheimer.2016.
3. Alzheimer's disease international. The global impact of dementia and analysis of prevalence, incidence, cost and trends.2015
4. HAS. Haute Autorité de Santé - Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : dispositif d'annonce du diagnostic et d'accompagnement. 2012.
5. Cahill S, Clark M, O'Connell H, Lawlor B, Coen RF, Walsh C. The attitudes and practices of general practitioners regarding dementia diagnosis in Ireland. Int J Geriatr Psychiatry. juill 2008;23(7):663-9.
6. Hansen EC, Hughes C, Routley G, Robinson AL. General practitioners' experiences and understandings of diagnosing dementia: factors impacting on early diagnosis. Soc Sci Med 1982. déc 2008;67(11):1776-83.
7. HAS. Haute Autorité de Santé - Réévaluation des médicaments indiqués dans le traitement symptomatique de la maladie d'Alzheimer. 2013.
8. HAS. Haute Autorité de Santé - Place des médicaments du traitement symptomatique de la maladie d'Alzheimer. 2013.
9. Medisite. A-la-une-Alzheimer-bientôt-des-médicaments-déremboursés.14 octobre 2016.
10. France Alzheimer. Médicaments : France Alzheimer opposée au déremboursement total.2016
11. Moreaud O. Maladie d'Alzheimer. oct 2004;
12. HAS. Recommandation maladie d'Alzheimer et maladies apparentées diagnostic et prise en charge has sante.2011-12. 2011.
13. UPS Toulouse. Maladie d'Alzheimer. 2008.
14. Cohen CA, Pringle D, LeDuc L. Dementia caregiving: the role of the primary care physician. Can J Neurol Sci J Can Sci Neurol. févr 2001;28 Suppl 1:S72-6.

15. van Hout H, Vernooij-Dassen M, Poels P, Hoefnagels W, Grol R. Are general practitioners able to accurately diagnose dementia and identify Alzheimer's disease? A comparison with an outpatient memory clinic. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract.* avr 2000;50(453):311-2.
16. Villars H, Bismuth S, Oustric S, Nourhashemi F, Vellas B. Le médecin généraliste et la maladie d'Alzheimer. *Cah Année Gériatrique.* mars 2010;2(1):2-12.
17. Van Hout HP, Vernooij-Dassen MJ, Stalman WA. Diagnosing dementia with confidence by GPs. *Fam Pract.* 13 nov 2007;24(6):616-
18. Loubatières, Marie-Hélène. Facteurs influençant le fardeau de l'aidant principal du patient atteint de maladie d'Alzheimer vivant à domicile : une revue systématique de la littérature. Thèse d'exercice en Médecine générale. [Toulouse]: Paul Sabatier.; 2014.
19. 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.
20. Musicco M, Sorbi S, Bonavita V, Caltagirone C, Study Group on Validation of the Guidelines for the Diagnosis of Dementia and Alzheimer's Disease of the Italian Neurological Society. Validation of the Guidelines for the Diagnosis of Dementia and Alzheimer's Disease of the Italian Neurological Society. Study in 72 Italian neurological centres and 1549 patients. *Neurol Sci Off J Ital Neurol Soc Ital Soc Clin Neurophysiol.* déc 2004;25(5):289-95.
21. Kurdi J. André STILLMUNKES. Les représentations de la maladie d'Alzheimer chez les médecins généralistes. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2013.
22. ARS Taper qualité des soins et relations avec les usagers agence régionale de la santé.2010.
23. MIRSAMADZADEH S. pdfConstruction de la version pilote d'un questionnaire de prediction de la mise en application des recommandations pour la pratique clinique par les médecins généralistes. 2008.
24. McKenzie JE, French SD, O'Connor DA, Mortimer DS, Browning CJ, Russell GM, et al. Evidence-based care of older people with suspected cognitive impairment in general practice: protocol for the IRIS cluster randomised trial. *Implement Sci.* 2013;8(1):91.

25. Woolf SH, Grol R, Hutchinson A, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines: potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. *BMJ*. 20 févr 1999;318(7182):527-30.
26. Wollersheim H, Burgers J, Grol R. Clinical guidelines to improve patient care. *Neth J Med*. juin 2005;63(6):188-92.
27. Hobbs FDR, Erhardt L. Acceptance of guideline recommendations and perceived implementation of coronary heart disease prevention among primary care physicians in five European countries: the Reassessing European Attitudes about Cardiovascular Treatment (REACT) survey. *Fam Pract*. déc 2002;19(6):596-604.
28. McGlynn EA, Asch SM, Adams J, Keesey J, Hicks J, DeCristofaro A, et al. The quality of health care delivered to adults in the United States. *N Engl J Med*. 26 juin 2003;348(26):2635-45.
29. Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *The Lancet*. oct 2003;362(9391):1225-30.
30. Grol R, Buchan H. Clinical guidelines: what can we do to increase their use? *Med J Aust*. 18 sept 2006;185(6):301-2.
31. Hobbs FDR, Erhardt L. Acceptance of guideline recommendations and perceived implementation of coronary heart disease prevention among primary care physicians in five European countries: the Reassessing European Attitudes about Cardiovascular Treatment (REACT) survey. *Fam Pract*. déc 2002;19(6):596-604.
32. McGlynn EA, Asch SM, Adams J, Keesey J, Hicks J, DeCristofaro A, et al. The quality of health care delivered to adults in the United States. *N Engl J Med*. 26 juin 2003;348(26):2635-45.
33. Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *The Lancet*. oct 2003;362(9391):1225-30.
34. Grol R, Buchan H. Clinical guidelines: what can we do to increase their use? *Med J Aust*. 18 sept 2006;185(6):301-2.
35. HAS. Maladie d'Alzheimer et autres démences. mai 2009;

36. HAS. Maladie d'Alzheimer et autres démences , actes et prestations affection de longue durée. 2012.
37. ARS. NEUROLEPTIQUES ET PATIENTS ATTEINTS DE DEMENCE. Prescription dans la Maladie d'Alzheimer. 2013.
38. HAS. Prescription-des-psychotropes-chez-le-sujet-age-psycho-sa-programme-pilote-2006-2013. 2006.
39. HAS. LES INDICATEURS D'ALERTE ET DE MAÎTRISE DU PROGRAMME AMI – ALZHEIMER. 2010.
40. HAS. NEUROLEPTIQUES CHEZ LE MALADE ALZHEIMER. 2010.
41. Dr MATINAUD Olivier Pr Hannequin Didier. Les médicaments actuels de la démence, Département de neurologie CMRR. 2008;
42. HAS. Benzodiazepines et médicaments apparentes chez le patient âgé. 2008.
43. HAS. Confusion aigue chez la-personne agee prise en charge initiale de l'agitation. 2009.
44. HAS. Maladie-d-alzheimer-et-maladies-apparentees-prise-en-charge-des-troubles-du-comportement-perturbateurs. 2009.
45. HAS. Maladie d'Alzheimer suivi medical des aidants naturels-synthese.pdf. 2010.
46. INPES. Rapport-aidant - maladie d'Alzheimer (INPES 2009). 2009;
47. INPES. Maladie d'Alzheimer réaliser une visite longue. mai 2012;
48. Professeur Joël ANKRI. Evaluation du plan Alzheimer 2008-2012. Juin 2013
49. Thomas Bories. Université de Rouen. Mémoire. Prise en charge thérapeutique des patients diabétiques de type 2 par les médecins généralistes de l'Eure. 2012.
50. Jacques Blacher, Jean-Michel Halimi, Olivier Hanon, Jean-Jacques Mourad, Atul Pathak, Bruno Schnebert, Xavier Girerd. Société Française d'Hypertension Artérielle. Prise en charge del'hypertension artérielle de l'adulte. 2013
51. 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.

52. Musicco M, Sorbi S, Bonavita V, Caltagirone C, Study Group on Validation of the Guidelines for the Diagnosis of Dementia and Alzheimer's Disease of the Italian Neurological Society. Validation of the Guidelines for the Diagnosis of Dementia and Alzheimer's Disease of the Italian Neurological Society. Study in 72 Italian neurological centres and 1549 patients. *Neurol Sci Off J Ital Neurol Soc Ital Soc Clin Neurophysiol.* déc 2004;25(5):289-95.
53. 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.
54. Aliacar L. Dépistage des troubles cognitifs, modalités et freins en médecine générale : étude de pratiques professionnelles en région Midi-Pyrénées. 2014.
55. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vie.* Stigmatisation dans la maladie d'Alzheimer, une revue de la question. 2012.10 (3):297-305
56. *Gérontologie et société.* L'annonce du diagnostic de la maladie d'Alzheimer. 2009
57. Jacques Selmès, Christian Derouesné. Réflexions sur l'annonce du diagnostic de la maladie d'Alzheimer. Juin 2004.
58. *Prescrire.* Les médicaments de la maladie d'Alzheimer. 2008;
59. Raina P, Santaguida P, Ismaila A, Patterson C, Cowan D, Levine M, et al. Effectiveness of cholinesterase inhibitors and memantine for treating dementia: evidence review for a clinical practice guideline. *Ann Intern Med.* 4 mars 2008;148(5):379-97.
60. Schneider LS, Dagerman KS, Higgins JPT, McShane R. Lack of Evidence for the Efficacy of Memantine in Mild Alzheimer Disease. *Arch Neurol.* Published online April 11, 2011. doi:10.1001/archneurol.2011.69. 2011.
61. Birks J. Cholinesterase inhibitors for Alzheimer's disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006;(1):CD005593.
62. PenTag. The effectiveness and cost-effectiveness of donepezil, galantamine, rivastigmine and memantine for the treatment of Alzheimer's disease (review of TA111): a systematic review and economic model. June 2010. 2011.
63. HAS. *Prise-en-charge-des-médicaments-soumis-a-réévaluation.* 2016

64. Int j Geriatr Psychiatry. Evaluation of a home-based exercise program in the treatment of Alzheimer's disease the Maximizing Independence in Dementia (MIND) study. 2009.
65. HAS. Place des médicaments du traitement symptomatique de la maladie d'Alzheimer. 2012.
66. Commission: Président Dr François-Régis CERRUTILa prescription et la place du médicament dans la relation Médecin-Patient-Pharmacien Nationale Permanente 2011-2012)
67. *SCHLIER Marjorie*. Pourquoi les médecins généralistes prescrivent-ils hors AMM ? Étude qualitative évaluant la prescription du Kardégic® hors AMM auprès de médecins généralistes et discussion autour de la discordance entre AMM et recommandations.2012
68. Philippe Saby .Prescription hors AMM en Médecine Générale Etude qualitative auprès de 13 médecins généralistes exerçant en Île-de-France.2013
69. France Alzheimer et maladies apparentés. Médicaments : France Alzheimer opposée au déremboursement total. 2016(même que celui du haut)
70. ARS Aquitaine. Neuroleptiques et patients atteints de démence. Prescription dans la maladie d'Alzheimer. Programme Gestion du Risque en EHPAD 2013
71. Kemoun G, Thibaud M,Roumagne N et coll. Effects of a physical training programme on cognitive function and walking efficiency in elderly persons with dementia. *Dement Geriatr Cogn Disord*; 2010.
72. Eggermont LH,Swaab DF ,Hol EM et coll. Walking the line, a randomised trial on the effects of a short term walking programme on cognition in dementia. *I Neurol neurosurg Psychiatry*; 2009.
73. Santana-Sosa E,Barriopedro ML Lopez Mojares LM et coll. Exercise training is beneficial for Alzheimer's patients. *Int J Sports Med*; 2008.
74. Virginie Gardette,M.D.,Nicolas Coley,M.S. et Sandrine AndrieuM.D,PH.D. Les traitements non pharmacologique une approche différente de la maladie d'Alzheimer.
75. Coureau L. Le médecin généraliste et le soutien au domicile des patients atteints de maladie : pratiques et difficultés après l'application du plan Alzheimer 2008-2012, étude comparative des milieux urbain, semi-rural et rural. 2014.
76. Michel. Quand les aidants refusent d'être aidés. 30 mai 2014

77. Revue d'épidémiologie et de santé publique. Attentes et besoins des aidants de personnes souffrant de maladie d'Alzheimer. 2012
78. Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abboud PA, et al. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. JAMA. 20 oct 1999;282(15):1458-65.
79. Espeland A, Baerheim A. Factors affecting general practitioners' decisions about plain radiography for back pain: implications for classification of guideline barriers--a qualitative study. BMC Health Serv Res. 24 mars 2003;3(1):8.
80. Anne marie Brocas. Santé gouvernement. Les pratiques en médecine générale dans cinq régions : formation médicale continue, évaluation des pratiques et utilisation des recommandations de bonne pratique.2009.
81. Alain letourmy,Joel CogneauJanine Bachimont. Pourquoi les médecins généralistes n'observent-ils pas les recommandations de bonnes pratiques cliniques ? L'exemple du diabète de type 2. Sci Soc Santé. 2006;26.
82. M.Balint. Le médecin, son malade et la maladie,. Ed Payot. 1988;(3ième éditions.Paris : Payot).
- 83.Docteur André STILLMUNKES.le médecin généraliste et les représentations de la maladie d'alzheimer chez les aidants principaux. Thèse. 2015
84. L'accompagnement de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en médecine générale. INPES/Baromètre santé; 2009.
85. Hector Falcoff, Madeleine Favre, Olivier Benainous .Prescrire. Plaidoyer pour une évidence : les Tableaux de Bord de Suivi (TBS) informatiques. 2009.
86. Adeline Raynal. La tribune. Prime a la performance quand les médecins jouent les bons élèves.2013.

## VII. Mots clés

Démence de type Alzheimer / Recommandations / Haute autorité de santé / Application / Psychotropes / médecine générale / aidant / Anticholinestérasique /Mémantine / Midi Pyrénées.

## VIII. Annexes

### VIII.1. Annexe 1 : Critères diagnostiques DSM IV de la MA

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

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

2. une (ou plusieurs) des perturbations cognitives suivantes :

a. aphasie (perturbation du langage)

b. apraxie (altération de la capacité à réaliser une activité motrice malgré des fonctions motrices intactes)

c. agnosie (impossibilité de reconnaître ou d'identifier des objets malgré des fonctions sensorielles intactes)

d. perturbation des fonctions exécutives (faire des projets, organiser, ordonner dans le temps, avoir une pensée abstraite).

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

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

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

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

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

3. à des affections induites par une substance.

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

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

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

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

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

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

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

## **VIII.2. Annexe 2 : Critères diagnostiques actualisés de la démence de type Alzheimer DSM V**

La maladie d'Alzheimer est, selon les critères diagnostiques du DSM-5, un trouble neurocognitif léger (déficit cognitif léger) ou majeur (démence) caractérisé par un déclin de la mémoire et de la capacité d'apprentissage avec un début insidieux et une progression graduelle des symptômes cognitifs et comportementaux.

Dans, le trouble neurocognitif léger l'indépendance de la personne est maintenue, ce qui n'est plus le cas dans le trouble neurocognitif majeur.

Voici ces critères :

- A. Les critères du trouble neurocognitif majeur (démence) ou du trouble neurocognitif léger sont rencontrés.
- B. Début insidieux et progression graduelle d'une déficience dans un ou plusieurs domaines cognitifs (pour le trouble neurocognitif majeur, au moins deux domaines).
- C. Les critères suivants pour la maladie d'Alzheimer probable ou possible sont rencontrés :

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

La **maladie d'Alzheimer probable** est diagnostiquée si une des conditions suivantes est présente ; autrement, la **maladie d'Alzheimer possible** doit être diagnostiquée.

1. Évidence d'une mutation génétique responsable de la maladie d'Alzheimer selon l'histoire de la famille ou des tests génétiques.
2. Les trois éléments suivants sont présents :

- a. Évidence claire de déclin de la mémoire et de l'apprentissage et d'au moins un autre domaine cognitif (basée sur l'histoire détaillée ou des tests neuropsychologiques).
- b. Déclin progressif régulier de la cognition, sans plateaux prolongés.
- c. Aucune évidence d'étiologie mixte (c'est-à-dire, absence d'autres maladies neurodégénérative ou cérébrovasculaire, ou d'une autre maladie neurologique, mentale ou systémique ou d'une condition susceptible de contribuer au déclin cognitif).

**Pour le trouble neurocognitif léger :**

La **maladie d'Alzheimer probable** est diagnostiquée s'il y a évidence d'une mutation génétique responsable de la maladie d'Alzheimer provenant de tests génétiques ou des antécédents familiaux.

La **maladie d'Alzheimer possible** est diagnostiquée s'il n'y a pas d'évidence d'une mutation génétique responsable de la maladie d'Alzheimer provenant de tests génétiques ou de l'histoire de la famille, et les trois des éléments suivants sont présents :

- 3. Évidence claire de déclin de la mémoire et de l'apprentissage.
  - 4. Déclin progressif régulier de la cognition, sans plateaux prolongés.
  - 5. Aucune évidence d'étiologie mixte (c'est-à-dire, absence d'autres maladies neurodégénérative ou cérébrovasculaire, ou d'une autre maladie neurologique, ou systémique ou d'une condition susceptible de contribuer au déclin cognitif).
- D. La perturbation n'est pas mieux expliquée par une maladie cérébrovasculaire, une autre maladie neurodégénérative, les effets d'une substance ou d'un autre trouble mental, neurologique ou systémique.

La présentation typique de la maladie est amnésique (c'est-à-dire, avec une déficience de la mémoire et de l'apprentissage). Des présentations non amnésiques inhabituelles, en particulier des variantes visuo-spatiales et d'aphasie logopénique (langage non fluent), existent également.

À la phase de trouble neurocognitif léger, la maladie d'Alzheimer se manifeste typiquement par une déficience de la mémoire et de l'apprentissage, parfois accompagnée par des déficits de la fonction exécutive.

À la phase de trouble neurocognitif majeur (démence), les capacités visuospatiales et perceptuelles-motrices ainsi que le langage seront également déficients, en particulier lorsque la démence est modérée à sévère. La cognition sociale tend à être conservée jusqu'à tard dans le cours de la maladie.

La prééminence de la perte de mémoire peut causer des difficultés importantes relativement tôt dans le cours de la maladie. La cognition sociale (et donc le fonctionnement social) et la mémoire procédurale (par exemple, danser, jouer des instruments de musique) peuvent être relativement préservées pendant des périodes prolongées.

### **VIII.3. Annexe 3 : Diagnostic d'une MA selon le guide ALD 15**

#### 1 Objectifs

- Rechercher les arguments cliniques et paracliniques permettant d'établir le diagnostic.
- Évaluer la sévérité de la démence.
- Rechercher des comorbidités.
- Éliminer une autre affection susceptible d'expliquer les signes observés.
- Annoncer le diagnostic, établir un plan de soins adapté et accompagner le patient et son entourage.

#### 2. Professionnels impliqués

La détection (évaluation initiale) d'une démence chez un patient est le plus souvent du champ du médecin généraliste. Si cette évaluation initiale est en faveur d'un déclin cognitif, le diagnostic et l'annonce de la maladie seront assurés par un neurologue, gériatre ou psychiatre en coordination avec le médecin généraliste. Il est recommandé que le diagnostic de démence soit envisagé dès les premiers symptômes et conduise à des explorations pour confirmer précocement le diagnostic. Une évaluation cognitive est également recommandée à l'entrée et en cours de séjour en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

#### 3 Diagnostic de la maladie d'Alzheimer

##### ► Évaluation initiale

- Entretien

\_ Si possible et après accord du patient, avec un accompagnant identifié capable de donner des informations fiables.

\_ Recherche des antécédents médicaux personnels et familiaux, notamment les antécédents familiaux de démence et les facteurs de risque cérébro-vasculaires.

\_ Recherche du type et de l'origine de la plainte, des prises de médicaments, d'alcool ou de toxique.

\_ Précisions sur le mode et le lieu de vie, qui vont conditionner la prise en charge.

\_ Histoire de la maladie.

\_ Recherche de symptômes évoquant une détérioration intellectuelle pour chacune des fonctions cognitives.

\_ Recherche de comorbidités.

· Évaluation cognitive globale

\_ Effectuer une évaluation globale de manière standardisée à l'aide du

*Mini-Mental Status Examination* (MMSE) dans sa version consensuelle établie par le Groupe de recherche et d'évaluation des outils cognitifs (GRECO) (*Annexe 3*). L'âge, le niveau socioculturel, l'activité professionnelle et sociale, ainsi que l'état affectif (anxiété et dépression) et le niveau de vigilance du patient, doivent être pris en considération dans l'interprétation du résultat du MMSE.

· Évaluation fonctionnelle

\_ Apprécier le retentissement des troubles cognitifs sur les activités de la vie quotidienne. Cette évaluation peut être structurée à l'aide d'échelles :

- échelle *Instrumental Activities of Daily Living* (IADL) pour les activités instrumentales de la vie quotidienne ;

- échelle simplifiée comportant les 4 items les plus sensibles (utilisation du téléphone, utilisation des transports, prise de médicaments, gestion des finances) ; la nécessité d'une aide du fait des troubles cognitifs à au moins un de ces items constitue un retentissement significatif de ces troubles sur l'activité quotidienne du patient ;

- échelle *Activities of Daily Living* (ADL) pour les activités basiques de la vie quotidienne.

· Évaluation thymique et comportementale

\_ Rechercher une dépression qui peut parfois se présenter sous l'aspect d'un syndrome démentiel, mais surtout peut accompagner ou inaugurer un syndrome démentiel.

\_ Rechercher des troubles affectifs, comportementaux ou d'expression psychiatrique (troubles du sommeil, apathie, dépression, anxiété, hyperémotivité, irritabilité, agressivité, hallucinations, idées délirantes, etc.). Cet entretien peut être structuré à l'aide d'échelles telles que le *NeuroPsychiatric Inventory* (NPI) et l'échelle de dysfonctionnement frontal (EDF).

· Examen clinique

\_ État général (perte de poids, examen neurologique1).

L'examen neurologique reste longtemps normal dans la maladie d'Alzheimer. L'existence de signes neurologiques doit faire évoquer un autre diagnostic que celui de la maladie d'Alzheimer ou l'existence d'une comorbidité.

\_ État cardio-vasculaire (HTA, troubles du rythme).

\_ Degré de vigilance (recherche d'une confusion mentale).

\_ Déficits sensoriels (visuels ou auditifs) et moteurs.

\_ Recherche de comorbidités.

► Conduite à tenir après l'évaluation initiale

\_ Si, en dépit de la plainte mnésique, les fonctions cognitives appréciées par le MMSE et des tests brefs de repérage, les activités de la vie quotidienne évaluées par l'échelle IADL et le contexte clinique (absence de troubles de l'humeur et du comportement) sont strictement normaux, une évaluation cognitive comparative doit être proposée au patient, dans le cadre d'un suivi, 6 à 12 mois plus tard.

\_ Si elle est en faveur d'un déclin cognitif, le patient doit être adressé à un centre mémoire (CMR, CM2R) ou à un spécialiste pour la réalisation d'un bilan clinique (évaluation cognitive approfondie) et paraclinique (encadré 1) afin de poser le diagnostic de maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée. Les critères diagnostiques recommandés sont présentés en annexe 4.

. Examens paracliniques à envisager dans la démarche diagnostique de la maladie d'Alzheimer ou d'une autre démence

· Biologie

\_ Dosage de la thyroïdostimuline hypophysaire (TSH), hémogramme, ionogramme sanguin, calcémie, glycémie, albuminémie et bilan rénal (créatinine et sa clairance calculée selon la formule de Cockcroft et Gault).

\_ Un dosage de la vitamine B12, un dosage des folates, un bilan hépatique (transaminases, gamma GT), une sérologie syphilitique, VIH ou de la maladie de Lyme sont prescrits en fonction du contexte clinique.

· Imagerie

\_ Imagerie par résonance magnétique nucléaire (IRM) avec des temps T1, T2, T2\* et FLAIR et des coupes coronales permettant de visualiser l'hippocampe. En cas de contre-indication, une tomodensitométrie cérébrale sans injection de produit de contraste est réalisée.

· Analyse du LCR

\_ Analyse standard du LCR uniquement chez les patients ayant une présentation clinique atypique et/ou rapidement évolutive.

\_ Le dosage de marqueurs de la maladie d'Alzheimer dans le LCR (protéines *Tubulin Associated Unit* (TAU) totale, phospho-TAU, Ab42, etc.) peut être réalisé en cas de doute diagnostique et en particulier chez les patients jeunes.

· Électroencéphalogramme

\_ En fonction du contexte clinique : crise comitiale, suspicion d'encéphalite ou d'encéphalopathie métabolique, suspicion de maladie de Creutzfeldt-Jakob, etc., ou en cas de confusion ou d'aggravation rapide d'une démence connue dans l'hypothèse d'un état de mal non convulsif.

· Étude génétique

\_ Une étude génétique ne peut être proposée que chez les patients ayant des antécédents familiaux de démence évocateurs d'une transmission autosomique dominante. Si une mutation a été identifiée chez un patient, un diagnostic pré symptomatique peut être réalisé chez les apparentés qui le souhaitent et avec leur consentement écrit. Ce diagnostic pré symptomatique ne peut être entrepris que dans le cadre d'une procédure d'information et de prise en charge se déroulant au sein d'une consultation multidisciplinaire de génétique.

#### 4 Plan de soins et d'aides

Le diagnostic ne se conçoit que dans le cadre d'un plan de soins et d'aides, qui comprend en fonction du stade de la maladie :

· Une prise en charge thérapeutique médicamenteuse et non médicamenteuse.

· Une prise en charge médico-socio-psychologique coordonnée du patient et de son entourage.

· D'éventuelles mesures juridiques.

Ce plan de soins et d'aides est suivi et réévalué régulièrement.

#### **VIII.4. Annexe 4 : Annonce du diagnostic selon le guide ALD15**

L'annonce du diagnostic de la démence peut être effectuée en plusieurs étapes selon la réceptivité de la personne. Il est souvent utile de répéter ce diagnostic à des moments différents. Si la personne en est d'accord, le diagnostic est communiqué à sa famille ou à la personne de son choix. À un stade précoce, les capacités cognitives de la personne sont suffisamment conservées pour que la compréhension en soit possible. L'annonce du diagnostic est faite en prenant en compte l'histoire de vie du patient, sa représentation de la maladie et ses craintes, ce qui peut nécessiter un

travail préalable avec le médecin traitant et la famille. Le médecin qui a établi le diagnostic est responsable de son annonce. L'annonce se fait en coordination avec le médecin traitant. Le diagnostic et son annonce à un stade tardif gardent un intérêt car ils permettent d'adapter la prise en charge. Ils soulagent souvent les proches en leur permettant de mettre des mots sur leur expérience passée et présente. Du fait des troubles cognitifs et des difficultés de communication du patient, l'annonce du diagnostic à ce stade nécessite une écoute particulière du patient, un choix soigneux des mots et une prise en compte de ses capacités de communication.

### **VIII.5. Annexe 5 : Traitement pharmacologique spécifique de la MA (selon le guide ALD 15)**

Quels que soient l'âge et le stade de la maladie auxquels le diagnostic est porté (hormis le stade très sévère : MMSE < 2), un traitement spécifique doit être envisagé chez un patient atteint de maladie d'Alzheimer lorsque le diagnostic a été annoncé, en prenant en compte son rapport bénéfice/risque.

Selon l'autorisation de mise sur le marché (AMM), ce traitement ne peut être instauré que par les neurologues, gériatres et psychiatres.

Peut être proposé :

- Au stade léger (MMSE > 20) : un inhibiteur de la cholinestérase (donépézil, galantamine ou rivastigmine).
- Au stade modéré (10 < MMSE < 20) : un inhibiteur de la cholinestérase ou un antiglutamate (mémantine).
- Au stade sévère (MMSE < 10) : un antiglutamate (mémantine).

Une bithérapie (inhibiteur de cholinestérase et mémantine) a été comparée à une monothérapie par inhibiteur de cholinestérase dans 2 essais randomisés aux résultats contradictoires. En l'état actuel des données, il n'y a pas d'arguments pour recommander une bithérapie. Il n'y a pas de preuves pour recommander l'utilisation des médicaments suivants dans le traitement spécifique de la maladie d'Alzheimer : les antioxydants dont la vitamine E, la sélégiline, les extraits de ginkgo biloba, les nootropes, les anti-inflammatoires, les hormones (dont la DHEA et les œstrogènes), les hypocholestérolémiants (dont les statines) et les oméga 3.

Un électrocardiogramme (ECG) est recommandé avant la prescription d'un inhibiteur de la cholinestérase chez les patients ayant des antécédents cardiaques, bradycardes ou sous traitement bradycardisant (bêta-bloquants, etc.). La surveillance de l'observance et de la tolérance doit être assurée, en ayant recours éventuellement, notamment chez les personnes isolées, à un professionnel de santé. Les traitements sont institués à la dose minimale et la posologie est augmentée progressivement jusqu'à la dose maximale préconisée et tolérée. Le patient est revu à un mois pour

une évaluation de la tolérance et un ajustement de la posologie soit par le médecin primo-prescripteur, soit par le médecin traitant ou un autre spécialiste qui assure le suivi du patient. En cas d'intolérance ou d'impossibilité à atteindre les doses maximales recommandées, il est possible de substituer un inhibiteur de la cholinestérase par un autre dans les formes légères à modérément sévères ou un inhibiteur de la cholinestérase par la mémantine dans les formes modérées et sévères.

En dehors de la situation d'intolérance malgré des adaptations thérapeutiques, l'arrêt des traitements doit être envisagé au stade très sévère lorsque l'interaction entre le patient et son entourage n'est plus évidente, en tenant compte de l'ensemble du contexte et au cas par cas.

### **VIII.6. Annexe 6 : Traitement pharmacologique non spécifique de la MA (selon le guide ALD 15)**

Les psychotropes n'ont pas d'effet préventif sur la survenue des troubles du comportement.

#### · Antipsychotiques

Les antipsychotiques atypiques et classiques exposent à un risque plus élevé de décès et d'accidents vasculaires cérébraux.<sup>5</sup> Leur usage est déconseillé chez les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée. Leur usage est fortement déconseillé dans la maladie à corps de Lewy pour les mêmes raisons et du fait de leurs effets secondaires neurologiques (effets extra-pyramidaux).

Avant toute prescription d'un antipsychotique, il est recommandé d'évaluer le rapport bénéfices/risques en tenant compte :

- de ses effets secondaires neurologiques extrapyramidaux (akathisie, syndrome parkinsonien, dyskinésies tardives) ;
- Du risque de :
  - . Chute,
  - . Fausses routes alimentaires,
  - . Sédation excessive,
  - . Troubles métaboliques,
  - . Hypotension orthostatique,
  - . Troubles du rythme,
  - . Troubles de la conduction cardiaque ;

- De ses éventuels effets anticholinergiques (risque de troubles cognitifs, de constipation, de rétention urinaire).

Il est recommandé de ne prescrire un antipsychotique qu'en cas de trouble psychotique sévère et non contrôlable autrement (troubles productifs au contenu effrayant, hallucinations), après échec des autres mesures non médicamenteuses ou en cas d'urgence (danger pour le patient lui-même ou pour autrui).

En cas de décision de prescription, il est recommandé de suivre les règles ci-dessous :

- Évaluer systématiquement le risque d'événements cérébrovasculaires, cardiaques, neurologiques, cognitifs et métaboliques.
- Identifier, documenter et quantifier systématiquement les symptômes cibles à corriger.
- Choisir l'antipsychotique après une analyse individuelle des bénéfices/risques : demi-vie courte, effet anticholinergique faible.
- Informer systématiquement le patient ou l'aidant sur le rapport bénéfices/risques du traitement.
- Utiliser systématiquement la posologie initiale la plus basse possible, de l'ordre du quart des posologies usuelles chez l'adulte jeune, puis l'augmenter progressivement si besoin.
- Prescrire le traitement pour une durée très limitée.
- Réévaluer systématiquement, au moins toutes les semaines, la tolérance physique, neurologique et cognitive et l'efficacité symptomatique.
- Arrêter les antipsychotiques dès que l'état clinique le permet ou dès que les autres mesures thérapeutiques sont devenues efficaces. Dans la maladie d'Alzheimer ou la démence à corps de Lewy, un antipsychotique ne peut être prescrit que chez des patients bénéficiant déjà d'un traitement par inhibiteur de la cholinestérase, sauf en cas de contreindication ou d'intolérance à ce dernier. En cas de prescription d'un antipsychotique, un traitement d'une durée très limitée et à faible posologie de l'une des deux molécules les plus étudiées dans ce domaine peut être envisagé : rispéridone à une posologie de 0,25 mg à 1 mg par jour ou olanzapine à une posologie de 2,5 à 5 mg par jour (hors AMM). La clozapine ne peut être prescrite que dans les troubles psychotiques associés à la maladie de Parkinson (AMM) ; elle n'est pas recommandée dans la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées en raison du risque d'événements indésirables graves, notamment une neutropénie.

#### : Antidépresseurs

Les antidépresseurs avec des effets anticholinergiques doivent être évités en raison d'un effet délétère possible sur les fonctions cognitives. Les antidépresseurs, notamment les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS) et le moclobémide, sont indiqués dans la dépression des patients

déments à condition que le diagnostic différentiel avec l'apathie ait été correctement fait. Les antidépresseurs sont également indiqués dans les épisodes dépressifs caractérisés se traduisant par une instabilité émotionnelle, anxiété, impulsivité, agitation ou encore idées délirantes. En cas d'anxiété chronique, les benzodiazépines ne doivent pas être prescrites au long cours.

#### · Anxiolytiques

Leur prescription doit être limitée aux situations de crise ou doit être de courte durée après correction des causes : somatiques, relationnelles, psychologiques ou iatrogéniques. Il est recommandé d'utiliser des molécules à demi-vie courte et sans métabolite actif. Ces produits, et notamment les benzodiazépines, ont des risques qui doivent être pris en compte : sédation, agitation paradoxale, accentuation des troubles mnésiques, chute, syndrome de sevrage en cas d'arrêt brutal. Leur arrêt, lorsqu'il est envisagé, doit être progressif. Le recours au méprobamate peut être envisagé en deuxième intention dans les crises aiguës, mais il ne doit s'agir en aucun cas d'un traitement au long cours. Les antihistaminiques de type hydroxyzine doivent être évités en raison de leur effet anticholinergique.

### **VIII.7. Annexe 7 : Prise en charge des comportements perturbateurs et confusion aiguë (selon le guide ALD 15)**

Les troubles du comportement perturbateurs (TCP) ont une origine multifactorielle. Ils peuvent être déterminés par :

- des facteurs écologiques, liés à l'environnement et l'entourage, aux aidants et aux professionnels ;

- des facteurs propres à la personne ou à la maladie.

L'enquête doit rechercher en priorité les causes somatiques et psychiatriques, les facteurs déclenchant et les facteurs prédisposant.

- Il est recommandé d'utiliser en première intention des techniques de soins non médicamenteuses appropriées aux TCP. Les interventions non médicamenteuses sur la qualité de vie, le langage, la cognition, la stimulation sensorielle, l'activité motrice et les activités occupationnelles.

En cas de prescription d'un neuroleptique, il est recommandé :

- De commencer systématiquement par une dose plus faible que chez l'adulte (1/4 à 1/2 dose) ;

- D'éviter la forme injectable qui est moins bien tolérée, en particulier au plan cardiovasculaire de privilégier les formes buvables et orodispersibles.

En cas de prescription d'une benzodiazépine, il est recommandé :

- De commencer systématiquement par une dose plus faible que chez l'adulte (1/4 à 1/2dose)
- De privilégier l'emploi d'une benzodiazépine per os, d'action rapide et de durée d'action courte, tels que l'Alprazolam, le Lorazépam, l'Oxazépam

### **VIII.8. Annexe 8 : Interventions non pharmacologiques (selon le guide ALD 15)**

Plusieurs interventions non pharmacologiques sont envisageables. Elles sont, tant en ambulatoire qu'en institution, un élément important de la prise en charge thérapeutique. Cependant, aucune de ces interventions n'a apporté la preuve de son efficacité du fait de difficultés méthodologiques. Elles doivent être dans tous les cas pratiquées par un personnel formé et s'inscrire dans le cadre d'un projet de soins, et le cas échéant d'un projet d'établissement.

Interventions non médicamenteuses

Interventions portant sur la qualité de vie

La qualité de vie est conditionnée par un confort physique et psychique, ainsi qu'un environnement adapté. Cela nécessite des aides à domicile. La formation du personnel intervenant auprès de ces patients est essentielle.

Prise en charge orthophonique

Elle vise à maintenir et à adapter les fonctions de communication du patient (langage, parole et autres) et à aider la famille et les soignants à adapter leur comportement aux difficultés du malade. L'objectif principal est de continuer à communiquer avec lui, afin de prévenir d'éventuels troubles du comportement réactionnel. Elle peut être prescrite à différents stades de la maladie, l'approche thérapeutique devant être évolutive et s'adapter aux troubles du patient, à son comportement, à sa motivation, à son histoire personnelle et aux possibilités de coopération avec l'entourage. Elle est recommandée dans les maladies avec atteinte du langage au premier plan (démence sémantique, aphasie primaire progressive). Elle concerne également les troubles de la déglutition.

Interventions portant sur la cognition

La stimulation cognitive est une intervention cognitivo-psychosociale écologique (en rapport avec les situations de la vie quotidienne). Les activités proposées sont des mises en situation ou simulations de situations vécues (trajet dans le quartier, toilette, téléphone, etc.). Elle peut être proposée aux différents stades de la maladie d'Alzheimer, et adaptée aux troubles du patient. Son objectif est de ralentir la perte d'autonomie dans les activités de la vie quotidienne. Le programme comprend un volet pour les patients et un pour les aidants. La revalidation cognitive est une méthode de rééducation neuropsychologique visant à compenser un processus cognitif déficient. Elle peut être proposée aux stades légers de la maladie d'Alzheimer et jusqu'aux stades modérés

dans certains troubles dégénératifs focaux. Elle ne se conçoit qu'individuellement. Cette prise en charge ne peut être réalisée que par un personnel spécialisé.

#### Interventions portant sur l'activité motrice

L'exercice physique, et notamment la marche, pourrait avoir un effet positif non seulement sur les capacités physiques et la prévention du risque de chutes, mais aussi sur certaines mesures cognitives, d'aptitudes fonctionnelles et certains aspects du comportement. L'intervention de kinésithérapeutes, de psycho-motriciens et d'ergothérapeutes peut être sollicitée.

#### Interventions portant sur le comportement

Les symptômes non cognitifs entraînent une détresse significative ou des comportements à risque. Ils doivent faire l'objet d'une analyse afin d'identifier les facteurs qui peuvent générer, aggraver ou améliorer de tels comportements. Cette évaluation doit inclure, l'état physique du patient, la dépression, les douleurs, la biographie individuelle, les facteurs psychosociaux, les facteurs environnementaux physiques et l'analyse fonctionnelle et des comportements. La musicothérapie, l'aromathérapie, la stimulation multisensorielle, la rééducation de l'orientation, la reminiscence therapy, la thérapie assistée d'animaux, les massages, la thérapie de présence simulée (vidéo familiale) et la luminothérapie pourraient améliorer certains aspects du comportement.

### **VIII.9. Annexe 9 : Prescription de réhabilitation (selon le guide ALD 15)**

Pour améliorer ou préserver l'autonomie de la personne dans les activités de la vie quotidienne : prescrire la réhabilitation au stade précoce. Cette intervention a pour objectifs le maintien des capacités restantes par l'apprentissage de stratégies de compensation, l'amélioration de la relation patient-aidant et l'adaptation de l'environnement. Cette intervention est réalisée par les équipes spécialisées Alzheimer (ESA) au sein des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD). Comment rédiger l'ordonnance? La prestation dite de soins de réhabilitation et d'accompagnement dispensée dans le cadre de cette intervention est réalisée sur prescription médicale. L'ordonnance comportera les mentions suivantes : « 12 à 15 séances de réhabilitation pour maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée ».

### **VIII.10. Annexe 10 : Structures de soutien de la MA (selon le guide ALD 15)**

Informez le malade et l'aidant des dispositifs existants pour répondre aux besoins de coordination et d'information sur les ressources.

Pour vérifier l'adéquation entre les besoins du patient, ceux de son entourage et les moyens mis en place, appuyez-vous sur des structures :

- Les MAIA, maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer. Pour les cas « complexes », un gestionnaire de cas organise une prise en charge renforcée et intensive par des professionnels spécifiques ;
- Les centres locaux d'information et de coordination(CLIC) ;
- Les réseaux gérontologiques ;
- Les centres mémoire et les centres mémoire de ressources et de recherche (CMRR) ;
- Les maisons départementales des personnes handicapées(MDPH) ;
- Les centres médico-psychologiques (CMP);

Pour répondre aux besoins de répit de l'aidant Il existe des structures qui leur permettent de « souffler » quelques heures en offrant par ailleurs une prestation thérapeutique aux personnes malades pendant une ou plusieurs demi-journées :

- Les accueils de jour ;
- Les plateformes d'accompagnement et de répit, qui offrent également des prestations de soutien pour les aidants et/ou les couples. (Le plan MND prévoit de créer 65 plateformes de répits supplémentaires)

La mise en place des MAIA

Solution clé du Plan Alzheimer, a pour objectif d'accueillir, d'orienter et d'offrir à toute personne âgée en perte d'autonomie la bonne prestation (service, soin ou prestation financière), au bon moment, par le bon acteur. Il s'agit ainsi de répondre au désarroi des familles qui ne savent pas à qui s'adresser et sont souvent perdues dans de nombreux dispositifs mal articulés et cloisonnés. Sur son territoire, la MAIA organise le travail en commun de tous les acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux sur la base de partenariats. Sans créer de nouvelle structure, elle permet ainsi aux professionnels de sécuriser leurs actions et d'en améliorer la pertinence et l'efficacité, sur la base d'une évaluation partagée des besoins de la personne.

#### **VIII.11. Annexe 11 : Suivi clinique piloté par le médecin traitant (selon le guide ALD 15)**

##### **► Suivi par un spécialiste**

Le suivi par un médecin spécialiste est recommandé 6 mois après l'annonce du diagnostic ou à la fin de la titration des traitements spécifiques, puis au minimum tous les ans.

Ce suivi spécialisé a pour objectif de réévaluer et d'éventuellement ajuster :

- Le diagnostic.
- L'efficacité et la tolérance du traitement pharmacologique.
- La prise en charge.

Il doit déterminer si l'évolution est compatible avec le diagnostic annoncé. Il tient compte de la synthèse des suivis qui lui sont fournis (médecin traitant, orthophoniste, psychologue ou autre rééducateur, accueil de jour, service de soins à domicile, etc.) et doit répondre aux questions du patient, de sa famille, du médecin traitant et des autres intervenants. Il peut informer sur les possibilités de confirmation de diagnostic à l'issue du décès par un prélèvement cérébral et sur les possibilités de participer à d'éventuels protocoles de recherche clinique ou thérapeutique.

► Suivi standardisé tous les 6 mois

Il est recommandé que les patients bénéficient d'un suivi standardisé tous les 6 mois faisant appel à des compétences pluridisciplinaires, piloté ou effectué par le médecin traitant, utilement assisté d'un professionnel formé assurant la coordination (qui peut se rendre éventuellement à domicile). Cette évaluation multidisciplinaire peut se faire en plusieurs temps ou être regroupée dans le cadre d'une consultation mémoire, voire d'une séance d'hôpital de jour.

Cette évaluation de suivi, en présence d'un informant proche, porte sur les champs suivants :

•• Évaluation médicale du patient examen clinique du patient ; poids, pouls, pression artérielle et recherche d'une hypotension orthostatique ; état nutritionnel, variation de poids, appétit, ingesta ; chutes et risques de chute ; comorbidités, complications iatrogènes, observance, prise de médicaments non prescrits ; évaluation cognitive globale, par le MMSE ou à un stade plus avancé par la SIB courte pour objectiver les capacités restantes afin d'adapter la prise en charge ; évaluation comportementale, au mieux à l'aide d'une échelle comme le NPI ou le NPI-réduit, recherchant notamment des hallucinations ou des idées délirantes, une apathie, des idées dépressives, des troubles du sommeil et des troubles des conduites alimentaires, une agressivité, une agitation (notamment en fin de journée), de l'anxiété, une tendance à la déambulation, à la désinhibition, des troubles des conduites sexuelles et une modification du sommeil ; évaluation fonctionnelle des activités de base de la vie quotidienne (toilette, habillage, alimentation, déplacement, etc.) et des activités instrumentales de la vie quotidienne (autonomie pour la prise de médicaments, la gestion des finances, les transports, le téléphone, etc.) avec les échelles type ADL, IADL, qui permettent d'ajuster les aides physiques et matérielles à apporter.

••• Évaluation médicale de l'aidant et des proches fatigué de l'aidant témoignant d'un vécu d'épuisement, d'une souffrance verbalisée ou repérable, qu'il est possible d'évaluer sur une échelle analogique ou avec une échelle de type Zarit (éventuellement forme simplifiée). Ce repérage peut être l'occasion de mettre en place des réponses thérapeutiques adaptées à l'aidant comme au sujet malade ; évaluation de l'état de santé de l'aidant (trop souvent négligé) qui peut nécessiter une consultation propre.

••• Évaluation sociale et juridique

Elle permet d'aborder certaines situations à risque et d'informer notamment sur les risques de la conduite automobile et sur le rôle de la commission du permis de conduire, seule apte à décider du bien-fondé de la poursuite de cette activité et d'éventuelles restrictions ; et sur d'autres conduites à risque comme l'utilisation d'armes à feu ou la gestion inappropriée des finances. Cette information est consignée par écrit par le praticien.

Elle évalue les risques de l'environnement (cuisinière à gaz sans système de sécurité, tapis non fixés, sanitaires inadaptés, porte-fenêtre dangereuse, produits ménagers et stock de médicaments accessibles, sortie de l'habitat en zone dangereuse, etc.) et mesure l'isolement du patient, voire du patient et de son aidant principal. En fonction des circonstances, le médecin peut proposer une mise sous sauvegarde de justice (simple certificat auprès du tribunal d'instance, renouvelable), une curatelle ou une tutelle. Il peut également s'informer de l'établissement de directives anticipées et de la désignation d'une personne de confiance. En cas de maltraitance avérée ou supposée, le réseau Allô Maltraitance (ALMA), présent dans tous les départements, peut apporter une aide au praticien.

••• Évaluation, proposition et ajustement des aides

Il s'agit des interventions pharmacologiques ou non pharmacologiques : aides à domicile, ergothérapie, psychomotricité, kinésithérapie, orthophonie, soutien psychologique (individuel ou groupe de parole), accueil de jour, voire accueil temporaire, etc. Le maintien à domicile est à réévaluer régulièrement. Des informations sur les divers dispositifs, y compris les associations de familles, sont à proposer. Il faut veiller à ce qu'une personne assure la coordination médicale, psychologique, médico-sociale et des différents intervenants : soit un membre de l'entourage proche du patient, soit un personnel de santé.

► Suivi rapproché

Un suivi rapproché par le médecin traitant est nécessaire, au minimum tous les 3 mois, et davantage en fonction du contexte, éventuellement assisté d'un coordinateur paramédical.

À chaque contact, il est recommandé :

- De s'enquérir du poids, de l'état nutritionnel et des constantes (pouls, tension) ;
- De surveiller attentivement toutes les comorbidités ;
- D'évaluer l'observance, la tolérance et l'efficacité des traitements pharmacologiques et des interventions non-médicamenteuses

► Agitation ou autre modification comportementale récente

En cas d'agitation ou d'une autre modification comportementale récente, il est recommandé de suivre les recommandations de bonnes pratiques de soins en EHPAD portant sur l'agitation et l'agressivité (Annexe 5) et les recommandations de la HAS en cours de publication : « Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs ».

Il faut avant tout rechercher :

- Une comorbidité, en particulier, en raison de leur fréquence et de leur caractère « asymptomatique », un fécalome, une infection (notamment dentaire ou urinaire), une rétention urinaire, un trouble métabolique, une mycose (principalement buccale), ou la décompensation d'une pathologie chronique ou une comorbidité neurologique.
- Une cause iatrogène.
- Une douleur.
- Un syndrome dépressif.
- Une modification ou une inadaptation de l'environnement (notamment l'épuisement ou la dépression de l'aidant). Il est recommandé d'examiner le malade dans une atmosphère calme et de rencontrer l'entourage pour rechercher des signes d'appel. L'examen du malade étant insuffisant pour éliminer une maladie somatique, il est recommandé de réaliser :
  - Hémogramme.
  - Ionogramme, urée, créatinine sanguins.
  - Bilan hépatique.
  - C-réactive protéine (CRP), vitesse de sédimentation.
  - Calcémie, créatine phosphokinase (CPK), troponine.
  - Glycémie.

- Bandelette urinaire : si résultat positif examen cytobactériologique des urines (ECBU).
- En fonction des signes cliniques : abdomen sans préparation, radiographie des poumons, électrocardiogramme, albuminémie.

#### **VIII.12. Annexe 12 : La visite longue (selon le guide ALD 15)**

Le suivi par un médecin spécialiste est recommandé 6 mois après l'annonce du diagnostic ou à la fin de la titration des traitements spécifiques, puis au minimum tous les ans. Un suivi standardisé tous les 6 mois faisant appel à des compétences pluridisciplinaires en plusieurs temps ou regroupée dans le cadre d'une consultation mémoire, voire d'une séance d'hospitalisation de jour. Puis un suivi rapproché par le médecin traitant est nécessaire, au minimum tous les 3 mois, et davantage en fonction du contexte, éventuellement assisté d'un coordinateur paramédical. (Annexe). La VL, réalisée par le médecin traitant au domicile du patient, est l'occasion de mieux situer celui-ci dans son cadre de vie habituel, et de vérifier l'adéquation entre ses besoins, ceux de son entourage et les moyens mis en place. Elle permet à chacun d'eux de participer activement aux décisions concernant sa prise en charge thérapeutique et médico-sociale. Celle-ci est prise en charge par la Sécurité Sociale une fois par an. (54)

Consultation longue annuelle (VL + MD = 56 euros).

#### **VIII.13. Annexe 13 : Suivi de l'aidant naturel (selon le guide ALD 15)**

Les aidants dits naturels ou informels sont les personnes non professionnelles qui viennent en aide à titre principal, pour partie ou totalement, à une personne dépendante de son entourage pour les activités de la vie quotidienne.

- Proposer une consultation annuelle remboursée à l'aidant naturel d'une personne atteinte de MAMA (mesure n° 3 du Plan Alzheimer (2008-2012)). Cette consultation, si l'aidant l'accepte, doit permettre d'évaluer son état de santé physique et psychique. En cas de fatigue de l'aidant témoignant d'un vécu d'épuisement, d'une souffrance verbalisée ou repérable, qu'il est possible d'évaluer sur une échelle analogique ou avec une échelle de type Zarit (éventuellement forme simplifiée), des réponses thérapeutiques adaptées à l'aidant, comme au sujet malade, seront instaurées.
- Être particulièrement vigilant sur l'état psychique de l'aidant, son état nutritionnel et son niveau d'autonomie physique et psychique.
- Rechercher une souffrance, des troubles anxieux et/ou dépressifs, des troubles du sommeil, en tenant compte du contexte familial, social et culturel.
- Vérifier le bon niveau d'adéquation entre les besoins social et culturel et les moyens mis en place (aides médico-sociales et financières).

-Examens complémentaires

**VIII.14. Annexe 14 : Les examens complémentaires sont-ils nécessaires au suivi ?**

La MAMA ne justifie pas un suivi para clinique particulier en dehors de l'exploration d'événements cliniques intercurrents.

**VIII.15. Annexe 15 : Questionnaire**

**Je vous suis très reconnaissant de consacrer quelques minutes à mon questionnaire de thèse portant sur les connaissances et l'applications des recommandations de la haute autorité de santé (guide ALD 15 de bonnes pratiques rédigé par la HAS en 2009 puis réactualisé en 2012) dans la prise en charge des patients atteints de démence de type Alzheimer en médecine générale dans la région Midi-Pyrénées .Les données seront anonyme. Il ne s'agit en aucun cas d'une critique de votre pratique professionnelle.**

**Ce questionnaire vous prendra environ 15 minutes. Je vous remercie d'avance.**

**1) CARACTERISTIQUE DU MEDECIN**

1) -Sexe :  H  F

2)-Age :

3)-Zone d'exercice :

- Urbaine (> 20 000 habitants)
- Périurbaine (2000-20000 habitants)
- Rurale (> 2000 habitants)

4) Votre nombre d'année d'exercice :

5) Le mode de votre exercice :

- Libéral intégral
- Mixte (libéral et salarié exerçant dans une structure médicale)

5) Le nombre de consultations moyen par mois :

- Moins de 200
- Entre 200 et 400
- Plus de 400

Pas de réponse

6) Etes-vous médecin coordonnateur d'une maison de retraite ?

Oui

Non

7) Avez-vous un DESC (diplôme d'étude spécialisé complémentaire) en gériatrie ?

Oui

Non

8) Avez-vous une formation en gériatrie ? (DU, Capacité) ceci modifie l'activité quotidienne du médecin

9) Combien de patients atteints de démence de type Alzheimer comptez-vous dans votre patientèle ?

<10  <20  <30  <40  <50  plus de 50

10) Participez-vous régulièrement à la formation médicale continue ?

Oui

Non

## **2) CONNAISSANCES**

Connaissez-vous l'existence des recommandations HAS de prise en charge des patients atteints de démence de type Alzheimer en médecine générale en terme de (cocher si oui) :

Dépistage

Diagnostic

Annonce du diagnostic

Traitement pharmacologique

Traitement non pharmacologique

- Prise en charge des troubles du comportement
- suivi
- Entrée en institution
- De suivi de l'aidant

### **3) ATTITUDES**

1) Pensez-vous qu'il soit du rôle du médecin généraliste de « piloter » la prise en charge au long cours des patients atteints de maladie d'Alzheimer ? (Objectifs : évaluer le niveau d'adhésion aux recommandations)

- Oui
- Non

### **4) APPLICATION**

#### **A) DIAGNOSTIC**

1) Réalisez-vous des tests cognitifs (type MMSE, ADL...) parmi l'ensemble de vos patients suspects de présenter des troubles cognitifs ?

- Systématiquement
- La plupart du temps ( $\geq 50\%$  des patients)
- Occasionnellement ( $< 50\%$  des patients)
- Jamais

Si oui lesquels ?

- MMSE
- Test de l'horloge
- Test de rappel des 5 mots
- ADL / IADL

Si occasionnellement ou jamais pourquoi ?

2) Dirigez-vous les patients identifiés comme présentant des troubles cognitifs vers les spécialistes (gériatres, neurologues, psychiatres) ?

- Systématiquement
- La plupart du temps ( $\geq 50\%$  des patients)
- Occasionnellement ( $< 50\%$  des patients)
- Jamais

Si occasionnellement ou la plupart du temps, lesquels dirigez-vous préférentiellement vers des spécialistes (les plus jeunes, ceux pour qui les résultats aux tests sont douteux,...) ?

Si jamais pourquoi.....

3) a) Prenez vous le temps d'annoncer le diagnostic au patient et de lui expliquer sa pathologie ?

- Systématiquement
- La plupart du temps ( $\geq 50\%$  des patients)
- Occasionnellement ( $< 50\%$  des patients)
- Jamais

Si jamais pourquoi.....

b) A sa famille ?

- Systématiquement
- La plupart du temps ( $\geq 50\%$  des patients)
- Occasionnellement ( $< 50\%$  des patients)
- Jamais

Si jamais pourquoi.....

## B) MEDICO SOCIAL

4) Travaillez-vous en relation avec les différentes structures disponibles dans la prise en charge des patients atteint de démence (cocher si oui) ?

- MAIA (maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer)

- CLIC (Les centres locaux d'information et de coordination)
- Accueil de jour
- ESA (les équipes spécialisées Alzheimer)
- Assistante sociale
- Conseil général : APA (allocation pour l'autonomie)
- Mairie

5) Demandez-vous la mise en affection de longue durée (ALD) pour l'ALD n°15 : maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées ?

- Systématiquement
- La plupart du temps
- Occasionnellement
- Jamais

Si occasionnellement ou jamais pourquoi.....

6) Prescrivez-vous des ordonnances de réhabilitation faisant intervenir les Equipes Spécialisée Alzheimer (Composées d'ergothérapeute, IDE et assistant de soins en gériatrie travaillant en équipe pour retarder la perte d'autonomie et l'aménagement du domicile) chez vos patients atteints de maladie d'Alzheimer?

- Oui  non

Si jamais ou occasionnellement pourquoi.....

### C) THERAPEUTIQUE

1) Selon vous les traitements pharmacologiques spécifiques (Anti-cholinestérasique, Mémantine.....) sont-ils toujours indiqués en première intention dans le traitement de la démence de la maladie d'Alzheimer de stade modérée à léger selon les recommandations HAS ?

- Oui
- Non
- Ne sais pas

2) a) Les Utilisez-vous en pratique ?

- Oui
- Non
- Si non pourquoi.....

3)a) Proposez-vous des moyens non pharmacologiques de prise en charge au long cours de ces patients (cocher si oui)

- Stimulation cognitive (ateliers mémoire etc...)
- Kinésithérapie/Ergothérapie
- Aides humaines (Aide à domicile : Infirmière diplômée d'état, aide-soignante, aide-ménagère qui améliorent le confort physique et le relationnel dans la vie quotidienne des patients)
- Prise en charge orthophonique

4) Concernant les critères d'utilisation des psychotropes chez les patients atteints de démence : (situations nécessitant leurs utilisations, précautions d'emploi et les caractéristiques pharmacologiques des psychotropes devant être choisis) (cocher si oui)

a) Vous les utilisez :

- Après avoir mis en place des traitements symptomatiques
- Après avoir mis en place des moyens non pharmacologiques (réassurance, confort...)
- En première intention

b) Concernant la posologie d'introduction, vous utilisez ?

- Des doses inférieures à celle d'un adulte sain
- Des doses supérieures à celle d'un adulte sain
- Des doses identiques à celle d'un adulte sain

c) Si vous choisissez une benzodiazépine par exemple : pensez vous qu'il faille,

- choisir molécules de demi vie courte-> (Alprazolam Xanax°, Oxazepam Seresta°....)
- Choisir des molécules de demi vie longue -> (Diazepam Valium°, Prazepam Lysanxia°....)
- Commencer par des doses inférieures à celle d'un adulte sain
- Commencer par des doses supérieures à celle d'un adulte sain

d) Concernant l'utilisation des neuroleptiques (Risperidone°, Olanzapine° qui sont les plus étudiées dans ce domaine) quel type de voie initiez-vous préférentiellement ?

- Injectable
- forme orodispersible
- voie orale classique
- Non applicable

5) Travaillez-vous avec le programme AMI mis en place depuis 2008 (alerte maîtrise de la iatrogénie des neuroleptiques permettant de détecter les patients sous neuroleptiques et d'en réviser la prescription afin de prévenir au mieux des effets indésirables) ?

- Oui
- Non

Si non pourquoi :

- Car je ne connais pas ce programme

6)a) En cas de comportements perturbateurs, que proposez-vous en première intention après avoir éliminé une cause somatique ou psychiatrique bien définie ?

- Une prise en charge non pharmacologique (réassurance, confort...)
- Une prise en charge pharmacologique (psychotropes)

b) Dans quels cas utilisez-vous les psychotropes dans ce contexte de trouble du comportement chez un patient atteint de démence (cocher si oui) ?

- En cas de confusion
- En cas de trouble psychotique sévère et non contrôlable

- Après échec des autres mesures non médicamenteuses
- En cas d'urgence (danger pour le patient lui-même ou pour autrui)
- En cas d'épuisement de l'aidant

7) A quelle fréquence réévaluez-vous le traitement pharmacologique spécifique de vos patients atteints de maladie d'Alzheimer?

- Tous les 3 mois
- Tous les 6mois
- Tous les ans
- Ou plus

#### D) Suivi

1) Comment organisez-vous le suivi, de vos patient atteint de démence de type Alzheimer? A quelle fréquence revoyez-vous vos patients ?

- Tous les Mois
- Tous les 3 mois
- Tous les 6 mois
- Tous les ans
- Je ne les vois pas systématiquement

2) Réalisez-vous des examens complémentaires systématiques (scanner cérébral, bilan biologique....) de suivi chez les patients Alzheimer ?

- Oui  Non

Si oui pourquoi.....

3) En pratique réalisez-vous des visites annuelle longues au domicile afin d'évaluer la situation du patient dans son environnement pour mieux répondre à ses besoins?

- Oui  Non

Si oui pourquoi.....

4) En pratique réalisez-vous des consultations annuelles pour les aidants ?

Oui  Non

Si oui pourquoi.....

#### 5) OPINION PERSONNELLE

1) Diriez-vous que l'application de ces recommandations HAS guide ALD15 est :

Tout à fait réalisable

Plutôt réalisable

Plutôt pas réalisable

Pas du tout réalisable

2) Avez-vous le sentiment de mettre en application les recommandations HAS sur la prise en charge des patients atteints de démence de type Alzheimer dans votre pratique quotidienne ?

Systématiquement

La plupart du temps

Occasionnellement

Jamais

3)a) Pensez-vous que cela entraîne une surcharge de travail ?

Oui

Non

b) Concernant l'application de ces recommandations vous pensez qu'elle représente :

Une surcharge de travail acceptable

Une surcharge de travail inacceptable

Pas de surcharge de travail

5) Si oui diriez-vous que cette surcharge de travail est rémunérée convenablement ?

Oui

Non

6) Si vous avez déclaré ne pas, actuellement, être en mesure d'appliquer les recommandations dans leur intégralité, quelles en sont les raisons principales ? (Cocher si oui, plusieurs réponses possibles)

Des difficultés d'accès aux recommandations

Une Connaissance incomplète ou insuffisante des recommandations

le manque de temps

Des difficultés à mettre en œuvre en pratique courante (manque d'accès aux structures médico-sociales et intervenants paramédicaux etc...)

Des difficultés dans la communication et le relationnel avec les patients et leurs famille

L'inadaptation des recommandations aux caractéristiques cliniques de certains patients

L'inadaptation des recommandations à la pratique clinique quotidienne

Des difficultés liées aux caractéristiques propres de ces patients (observance des traitements mise en pratique du suivi etc...)

le manque de confiance dans certaines recommandations

Les contraintes financières

Une cotation des acte non adaptée

L'existence de contradictions trop grandes entre l'expérience clinique du médecin de famille et les recommandations de la Haute Autorité de Santé

Structures d'aide adaptées inaccessibles

Autre (Commentaire libre) .....

Merci d'avoir renseigné ce questionnaire qui permettra d'approcher au mieux les éventuelles difficultés rencontrées par les médecins généralistes, dans leur pratique quotidienne face aux patients atteints de maladie d'Alzheimer et apparentés, et leurs proches. Nous espérons que notre

travail apportera des solutions pour une meilleure appropriation et utilisation des recommandations de bonne pratique. Les résultats de cette étude vous seront bien sûr communiqués par mail.

Bien confraternellement,

TITRE : Application des recommandations HAS dans la prise en charge des patients atteints de maladie d'Alzheimer en médecine générale dans la région Midi Pyrénées 2015

DIRECTEUR DE THÈSE : Docteur Hélène VILLARS

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : À Toulouse, le 1<sup>er</sup> décembre 2016

Les différents plans gouvernementaux français concernant la maladie d'Alzheimer (MA), et notamment le plan 2008-2012 ont permis l'élaboration de recommandations sur la prise en charge des patients atteints de MA et de leurs aidants. L'objectif principal de cette étude a été d'évaluer la connaissance et l'application de ces recommandations HAS (guide ALD 15 de bonnes pratiques rédigé par la HAS en 2009 puis réactualisé en 2012) dans la prise en charge des patients atteints de MA en médecine générale.

Il s'agit d'une étude descriptive transversale qui a reposé sur un auto-questionnaire anonyme envoyé aux médecins généralistes. 155 médecins généralistes de la région Midi-Pyrénées ont répondu. Parmi eux 59% des praticiens interrogés déclarent connaître les recommandations HAS et 53% ont le sentiment de les mettre en pratique la plupart du temps. Les plus grosses carences en termes d'application sont retrouvées dans plusieurs domaines comme le dépistage (19%), la thérapeutique pharmacologique spécifique (49%), le recours aux structures médicosociales avec une utilisation encore trop faible des MAIA (30%) et des CLIC (37%) et le suivi de l'aidant (26%). Les ESA semblent cependant mieux sollicités (47.3%) et 49% des médecins généralistes ont l'habitude de prescrire des ordonnances de réhabilitation dans nos résultats. Les points forts sont retrouvés dans la prise en charge thérapeutique pharmacologique non spécifique (73%) et non pharmacologique (74%), la mise en ALD (88%) et le suivi des patients (96%). Cependant seul 39% réalisent des visites annuelles longues au domicile du patient. Parmi les médecins généralistes qui déclarent ne pas les appliquer, la grande majorité (66.9%) évoque une méconnaissance des recommandations pour le justifier. Les difficultés pour les médecins généralistes à connaître les recommandations semblent donc la cause, en grande partie de leur non application. Cependant il existe d'autres raisons évoquées, puisque seulement 6% des médecins les trouvent réalisables (plutôt réalisable pour 50% d'entre eux). Aux freins habituels les plus courants identifiés dans la littérature, en ce qui concerne l'application des recommandations dans la prise en charge des pathologies chroniques (le manque de connaissance(66.9%), de temps (53.4%) et l'inadaptation des recommandations à la pratique clinique(33.1%) s'ajoute les caractéristiques propres de la MA avec notamment, l'absence de traitement curatif, le décalage entre les recommandations et les données de la littérature sur les traitements pharmacologiques spécifiques de la MA, les caractéristiques propres du patient et les représentations de la MA.

Conclusion : Notre travail semble montrer que différents points des recommandations HAS de 2009, réactualisées en 2012 concernant la MA sont encore mal connus et appliqués par les médecins généralistes. Une bonne connaissance associée à une application des recommandations dans la prise en charge des maladies chroniques est un véritable défi au quotidien pour le médecin généraliste, pour des raisons bien connues dans la littérature, ceci est encore plus vrai dans la MA dont les caractéristiques propres et le retentissement social et humain sont si particuliers dans un contexte d'absence de thérapeutique efficace.

---

### **The implementation of the HAS recommendations in the management of Alzheimer's disease in general medicine achieved in Midi Pyrenees 2015**

The various French government plans regarding the Alzheimer Disease (AD), just like the 2008-2012 plans, have allowed the implementation of recommendations on the patient care with AD and their caregivers. The main objective of this study was to evaluate the knowledge and the implementation of these HAS recommendations (ALD 15 guide of good practice drawn up by HAS in 2009 and updated in 2012) in the care of dementia patients Alzheimer's type in general practice.

This is a cross-sectional descriptive study was based on an anonymous self-administered questionnaire sent to GPs. 155 general practitioners in the Midi-Pyrénées region responded. Among them 59% of practitioners questioned reported knowing the HAS recommendations and 53% feel they practice them most of the time. The biggest deficiency in terms of application are found in several areas such as screening (19%), the specific pharmacological therapy (49%), the use of medical and social structures with too low even use of MAIA (30%) and CLIC (37%) and monitoring of the caregiver (26%). ESA however seem more use (47.3%) and 49% of GPs are accustomed to prescribe rehabilitation orders in our results. The strengths are found for the no specific pharmacological treatment (73%) and non-pharmacological (74%), setting ALD (88%) and monitoring of patients (96%). Among general practitioners who say they do not apply them, the vast majority (66.9%) suggests a lack of knowledge to justify it. The difficulties for GPs to know the recommendations thus seem to be one of the main causes of their non-implementation. However there are other reasons given, since only 6% of physicians are the feasible (rather feasible for 50% of them). The most common conventional brakes identified in the literature, concerning the implementation of recommendations in the management of chronic disease (lack of knowledge (66.9%), lack of time (53.4%) and inappropriate recommendations in clinical practice (33.1%) is added the characteristics of AD including the absence of curative treatment, the gap between the recommendations and the literature data on specific pharmacological treatment of AD, the characteristics patient and representations of AD

Conclusion: Our work suggests that different points of the HAS recommendations of 2009, updated in 2012 on the MA are still poorly understood and implemented by general practitioners. A good knowledge associated with the implementation of the recommendations in the management of chronic diseases is a daily challenge for the general practitioner, for well-known reasons in literature, such as lack of knowledge of time and difficulty of implementation from a practical standpoint. This is even truer in AD, which inherent characteristics and social and human repercussions are so special in a context of lack of effective therapy.