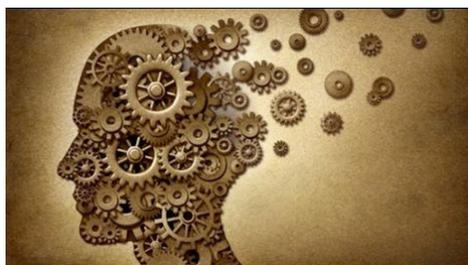


Quel rôle du médecin généraliste face à la maladie d'Alzheimer ?



Paris, le samedi 4 février 2017 - Le choix à la fin de l'année 2016 de Marisol Touraine de ne pas reprendre immédiatement à son compte l'avis de la Haute autorité de Santé (HAS) appelant à suspendre le remboursement des médicaments indiqués dans la maladie d'Alzheimer en raison de leur absence d'efficacité a été dénoncé par un grand nombre de professionnels de santé, notamment chez les médecins

généralistes. Signataires de la convention, MG France, la Fédération des médecins de France (FMF) et le Bloc ont notamment appelé les praticiens à ne plus prescrire ces médicaments, soulignant

que l'utilisation de ces produits pourrait leur être reprochée par les familles en cas de scandale sanitaire. Cependant, le ministre de la Santé a considéré nécessaire de mener une réflexion sur la prise en charge de la maladie d'Alzheimer, jugeant qu'une suppression brutale de la voie médicamenteuse risquerait d'entraîner des ruptures de prise en charge, ces traitements constituant souvent la seule voie d'entrée à un véritable accompagnement. Pourtant, des recommandations en faveur d'approches différenciées existent déjà, comme en témoignent pour nous ici les professeurs Pierre-Louis Druais, Jean-Yves Lereste et Laurent Letrilliart, du Collège de la médecine générale (CMG) qui reviennent pour nous sur le rôle du médecin généraliste face à la maladie d'Alzheimer. Se penchant sur question délicate du repérage trop précoce et sur celle de la place des médicaments, les trois praticiens insistent sur l'importance de l'accompagnement élargi du médecin généraliste. Ils soulignent également la nécessité de nouvelles évaluations, en ce qui concerne d'une part le bénéfice d'une prise en charge précoce et d'autre part l'efficacité des différentes approches non médicamenteuses.

Par les Professeurs Pierre-Louis Druais, Jean-Yves Lereste et Laurent Letrilliart (Collège de la médecine générale)

On admet que la maladie d'Alzheimer se développe selon trois phases successives : une phase préclinique asymptomatique, une phase de troubles cognitifs légers peu symptomatique et celle de démence (incluant un retentissement social)¹. La prévalence des troubles cognitifs légers est estimée entre 5 et 29% de la population selon les critères utilisés ; ces troubles représentent un facteur de risque d'évolution vers une démence, dans une proportion mal connue en population². La maladie d'Alzheimer est la cause la plus fréquente de syndrome démentiel, devant la démence vasculaire, et loin devant d'autres causes plus rares comme la démence fronto-temporale ou la maladie à corps de Lewy. Le syndrome démentiel a fréquemment une origine mixte, liée à la fois à une maladie d'Alzheimer et vasculaire. On estime qu'environ 6,4 % des personnes de plus de 65 ans sont atteintes d'un syndrome démentiel, la fréquence variant de 1,2 % avant 69 ans à 28,5 % après 90 ans³.

Différencier dépistage et repérage

Le diagnostic précoce de la maladie d'Alzheimer recouvre deux notions bien différentes, bien que parfois confondues (y-compris par certains médecins) : le dépistage et le repérage. Le dépistage consiste à rechercher la maladie chez des patients qui n'ont aucune plainte. Le dépistage de la maladie d'Alzheimer n'est recommandé ni en France ni à l'étranger, pour des raisons éthiques liées à l'absence de test validé en médecine générale et de traitement ayant une balance bénéfices-risques favorable. Le repérage, qui est la démarche recommandée, consiste pour le médecin à évaluer les patients pour lesquels il existe une plainte de troubles de la mémoire de la part de celui-ci ou de son entourage, en réalisant une double évaluation: une expertise cognitive et une appréciation des activités de la vie quotidienne. Si la prévalence de la phase préclinique est inconnue et son

évolution vers une démence encore mal identifiée, il est important d'expliquer le diagnostic aux phases de démence avec retentissement social. Annoncer en excès provoquera angoisses et difficultés alors que l'évolution n'est pas prévisible dans l'état actuel des connaissances. Annoncer en retard une démence avec retentissement social porte préjudice au patient et à son entourage et peut provoquer une perte de chance dans la prise en charge psycho sociale de la maladie. Cette prise en charge pourrait être efficace pour limiter l'évolution⁴ même si cette information est parfois secondairement contredite⁵.

Un diagnostic difficile

Ainsi, quand à la demande du patient ou des proches, une évaluation conduit à suspecter un syndrome démentiel, des examens complémentaires (cliniques, biologiques et d'imagerie) seront réalisés pour éliminer un diagnostic différentiel comme une dépression, une hypothyroïdie, une tumeur cérébrale... En l'absence de cause identifiée, le patient sera habituellement adressé dans un « centre mémoire », où il bénéficiera d'une évaluation neuropsychologique approfondie⁶. Cependant, même dans ces centres spécialisés, diagnostiquer la cause d'un syndrome démentiel est difficile et probabiliste, ce qui explique de fréquents diagnostics de maladie d'Alzheimer par excès (supérieurs à 17 %)⁷. A l'inverse, il existe de nombreux cas de maladie d'Alzheimer asymptomatiques chez les patients âgés⁸.

Interrogation sur la pertinence d'une prise en charge avant la phase de démence

Il n'existe pas de traitement validé de la phase pré clinique et de la phase de troubles cognitifs légers. Alors que la démarche diagnostique est complexe, la HAS ne précise pas les critères de diagnostic des troubles cognitifs légers. Cette imprécision amène à des prises en charges variables et à des bilans neuropsychologiques, parfois invasifs, alors qu'il n'existe actuellement aucun traitement curatif validé de ces troubles. L'hypothèse que le diagnostic des troubles cognitifs légers pourrait permettre aux médecins de préserver la qualité de vie du patient et de ses aidants et de circonscrire les situations de crise à venir devrait être évaluée par des projets de recherche.

Privilégier les approches non médicamenteuses

Pour traiter la maladie d'Alzheimer, le Collège national des généralistes enseignants (CNGE) préconise de privilégier les interventions non médicamenteuses, afin de limiter les troubles cognitifs et psycho-comportementaux et permettre de prolonger le maintien à domicile, bien que leur niveau de preuve soit limité⁹. La stratégie thérapeutique est pluridisciplinaire et comporte un plan de soins et d'aides intégrant l'accompagnement du patient et des aidants. La prise en charge médicale comporte ainsi l'intervention d'infirmières et selon les cas, d'un kinésithérapeute, d'un orthophoniste, d'un psychomotricien, d'un ergothérapeute ou d'un psychologue ou psychiatre. Les symptômes comportementaux (agitation, agressivité, désinhibition) des démences peuvent être améliorés notamment par des approches complémentaires (musicothérapie, aromathérapie, ou massages par exemple). Le niveau de preuve de leur efficacité reste faible et l'approche sociale liée à l'accompagnement de ces patients est essentielle. Les symptômes psychologiques (anxiété, dépression, apathie, irritabilité, états délirants) peuvent bénéficier d'activités récréatives adaptées. A coté des thérapeutiques non médicamenteuses, il faut aussi discuter traitement par psychotropes qui sont à évaluer en fonction du contexte global du patient. La formation des aidants sur la maladie et sa prise en soins est essentielle. Les patients doivent aussi être accompagnés sur le plan médico-social et doivent pouvoir bénéficier d'aides à domicile, d'accueils de jour ou de répit, voire d'une protection juridique si elle s'avère nécessaire.

Des médicaments non efficaces

Dans l'état actuel des connaissances, pour la phase de démence, aucun traitement actuellement remboursé par la sécurité sociale n'a fait de preuve de son efficacité sur des critères pertinents. Alors que de nombreuses références internationales ne les recommandent plus, il reste permis de les prescrire en France. Cette incohérence est probablement due à des délais différents dans la constitution et la mise à jour des référentiels. Cependant la formulation de la HAS est prudente puisque ces traitements sont présentés comme une option thérapeutique et pas comme une obligation. Après réévaluation des anticholinestérasiques et antiglutamate au terme de 5 ans

d'utilisation, la HAS préconise le non remboursement de ces traitements. La décision ministérielle est en attente et le Collège de la médecine générale participe activement au groupe de travail missionné pour redéfinir le parcours de soins des patients et des aidants.

Des évaluations et des recherches indispensables

Pour se sortir de ces impasses successives, seules des recherches entreprises de manière pluridisciplinaire peuvent permettre demain de progresser dans l'élaboration des démarches de soins. Des études sur les prévalences des phases précliniques et des troubles cognitifs légers doivent être documentées ; l'évolution vers la démence des deux phases peu symptomatiques devrait être précisée ainsi que ses facteurs de régression. De même les interventions psychosociales devraient être testées pour évaluer leur efficacité en population tant aux phases peu symptomatiques qu'à la phase d'état de la maladie. Enfin contribuer à l'information des patients sur les protocoles de recherche en cours est une exigence éthique et sociale. C'est une des missions du médecin généraliste au-delà du soin, dans sa fonction d'accompagnement des patients et des familles.

1 -The Lancet. The three stages of Alzheimer's disease. *Lancet* 2011; 377: 1465.

2 - Jessen F, Amariglio RE, van Boxtel M, et al. A conceptual framework for research on subjective cognitive decline in preclinical Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement* 2014; 10: 844-52.

3 - Ankri J. *Gérontologie et société* 2009 ;128-9 :129-41

4 - Hill NTM, Mowszowski L, Naismith SL, Chadwick VL, Valenzuela M, Lampit A. Computerized Cognitive Training in Older Adults With Mild Cognitive Impairment or Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Psychiatry* 2016; : appi.ajp.2016.1.

5 - Koivisto AM, Hallikainen I, Välimäki T, et al. Early psychosocial intervention does not delay institutionalization in persons with mild Alzheimer disease and has impact on neither disease progression nor caregivers' well-being: ALSOVA 3-year follow-up. *Int J Geriatr Psychiatry* 2016; 31: 273-83

6 - Letrilliant L, Pouchain D. Syndrome démentiel et maladie d'Alzheimer : approche diagnostique. *exercer* 2011; 22: 52-6.

7 - Beach TG, Monsell SA, Phillips LE, Kukull W. Accuracy of the clinical diagnosis of Alzheimer disease at National Institute on Aging Alzheimer Disease Centers, 2005-2010. *J NeuropatholExpNeurol* 2012 Apr;71:266-73.

8 - Jicha GA, Abner EL, Schmitt FA, et al. Preclinical AD Workgroup staging: pathological correlates and potential challenges. *Neurobiol Aging* 2012;33:622.e1-622.e16.

9 - Collège national des généralistes enseignants. Maladies d'Alzheimer et apparentées : structurer la prise en charge autour des interventions non médicamenteuses. Communiqué de presse, 2011. Disponible sur :

http://cnge.fr/media/docs/cnge_site/cnge/111121_Communique_CNGE_Alzheimer.pdf.

Copyright © <http://www.jim.fr>