



Département  
Médecine  
Générale



## Congrès National 2015

DES UNITÉS DE SOINS,  
D'ÉVALUATION ET DE  
PRISE EN CHARGE\*

# Alzheimer

## Repérage et prise en charge des troubles cognitifs en soins primaires : *FAP* study

**Bertrand Fougère, MD, PhD<sup>1,2</sup>**

<sup>1</sup> *Gérontopôle, Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse, Toulouse, France*

<sup>2</sup> *Inserm UMR 1027, Université de Toulouse III Paul Sabatier, Toulouse France*

# Conflits d'intérêt

---

Aucun

2015 © Congrès National des Unités de soins d'évaluation et de prise en charge Alzheimer, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2015 © Congrès National des Unités de soins d'évaluation et de prise en charge Alzheimer, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

# Introduction

- Vieillessement de la population continue (Beard et al., 2012)
  - **461 millions > 65 ans en 2004**
  - **2 milliards > 65 ans en 2050**
- En Europe, un doublement prévu des cas de démences
  - **7,7 millions en 2001**
  - **15,9 millions en 2040** (Ferri et al., 2005)
  - **20 millions d'aidants**
- Problématique: **diagnostic tardif** des pathologies démentielles à des stades modérés à sévères (Mitchell et al., 2008)
  - score moyen MMSE=19/30 lors de la première consultation

# État des lieux en soins primaires

- **Médecin Généraliste (MG): place centrale** dans notre système de santé et dans la prise en charge des troubles cognitifs (article L. 4130-1 du Code de la Santé Publique)
  - 850 000 patients MA et 225 000 nouveaux cas/an
  - 58 000 MG sur le territoire
  - soit **15 patients MA/MG** et **4 nouveaux cas/an/MG**
- **10-15%** des patients âgés en soins primaires ont une **plainte de mémoire** (Lopez et al., 2003)
- **2/3** des patients présentant une **maladie d'Alzheimer** (MA) vivent à leur **domicile** malgré le retentissement sur les activités de vie quotidienne

# Rôle du MG dans la PEC de la MA

- **Coordination des soins** auprès des acteurs paramédicaux et sociaux
- Mise en place et surveillance du **PPS**
- Mise en place des **démarches administratives et médico-sociales** (ALD, APA,...)
- Gestion des **aidants**
- Surveillance et réévaluation des **thérapeutiques**
- **Prise en charge non médicamenteuse** (activité physique, stimulation cognitive, PEC nutritionnelle,...)

# Difficultés rencontrées

- Repérage et bilans **chronophages** pour le MG
- Dépister une pathologie où il n'y a **pas de traitement** qui modifie le pronostic
- **Les patients** et/ou les **aidants** peuvent être des **freins** au repérage et au diagnostic
- Pas de consensus des **échelles des dépistages** en soins primaires
- **Formation** parfois imparfaite / **Connaissance** perfectible des aides existantes

2015 © Congrès National des Médecins de soins d'évaluation et de prise en charge Alzheimer, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

# Objectifs

**Implémenter en soins primaires une Infirmière d'Évaluation Gériatologique ou un Interne formé pour évaluer les sujets avec une plainte cognitive et/ou impression subjective de fragilité ressenti par le MG**

# Retombées cliniques

- **Améliorer le vieillissement en bonne santé** des personnes âgées
- **Repérer** les patients avec une plainte cognitive en médecine générale
- **Former** les internes en médecine au repérage et à la prise en charge des troubles cognitifs en médecine générale



# Critères d'inclusion et d'exclusion

<b>Inclusion criteria</b>	
Outpatients aged $\geq 70$ years and	
Insured under the social security cover and	
Subjective frailty sensation felt by the GP or	
Patient with memory complaint or	
The two reasons (frailty sensation or memory complaint)	

<b>Exclusion criteria</b>	
Subjects who have already been assessed at GDHF or memory clinic	
Current acute disease	
Visual or hearing impairment preventing testing	
Serious psychiatric disorders	
Subjects unable to speak French	
Person subject to a judicial safeguard order	

# Les acteurs

- **MG**

- Vérification des critères d'inclusion et d'exclusion
- Demande d'évaluation auprès d'un interne formé ou un Infirmière d'Évaluation Gériatrique
- Proposition de recommandations et orientation décidés par le MG seul ou en lien avec un référent cognition hospitalier

- **Internes formés ou Infirmière d'Évaluation gériatrique**

- Formation de 2 journées aux outils d'évaluation
- Evaluation (environ 1h30)
- Résultats de l'évaluation adressée au MG

- **CMRR / HDJ**

- Référent hospitalier qui peut aider le MG dans l'interprétation des tests et dans les propositions de recommandations

# Consultation patient âgé en médecine générale

Plainte cognitive exprimée par le patient ou son entourage

et/ou Impression subjective de fragilité ressentie par le MG

14 cabinets de médecine générale  
TOULOUSE métropole

Consultation avec un  
Infirmière d'Evaluation Gériatologique formée

ou

Consultation avec un Interne formé

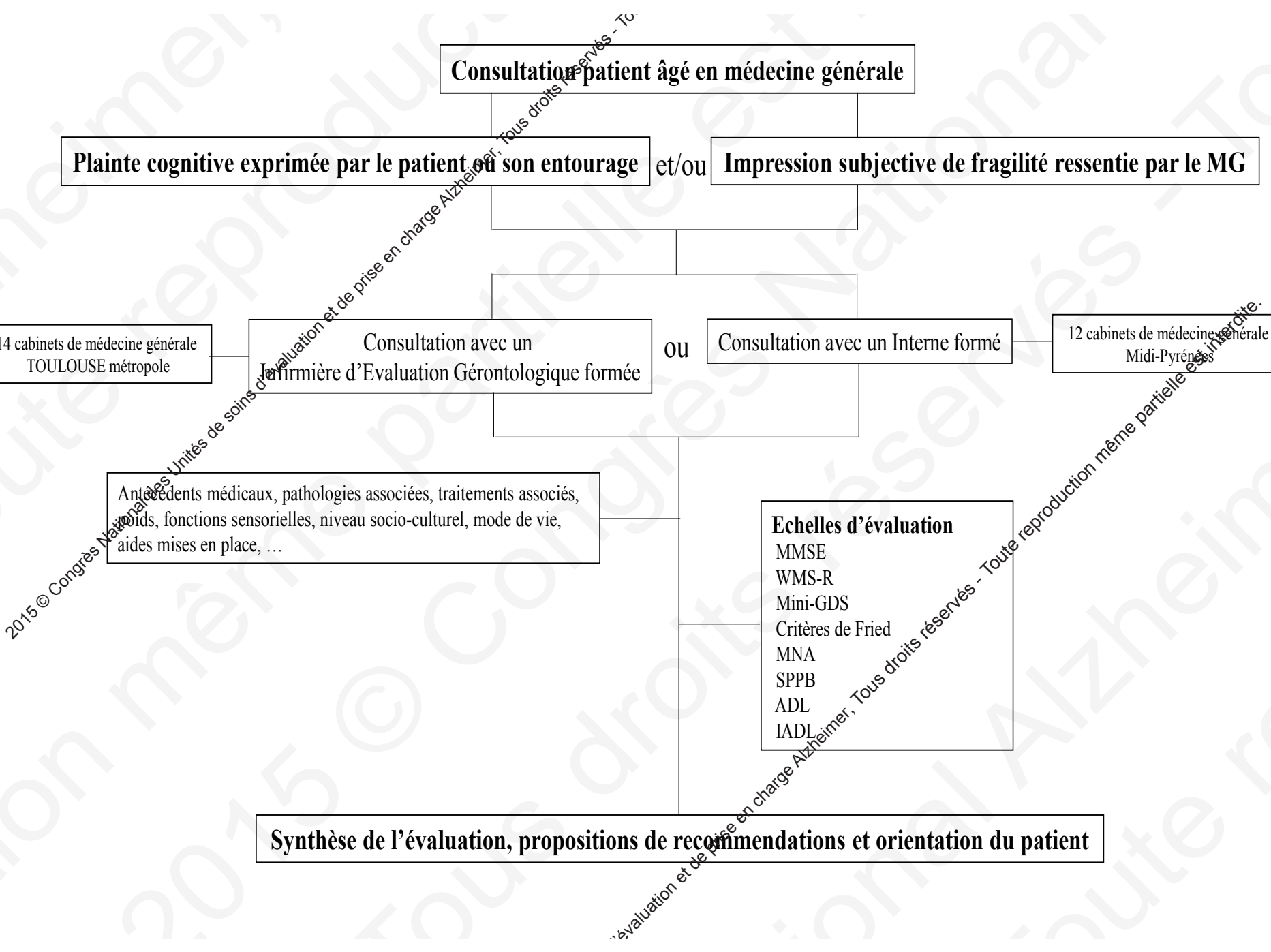
12 cabinets de médecine générale  
Midi-Pyrénées

Antécédents médicaux, pathologies associées, traitements associés,  
poids, fonctions sensorielles, niveau socio-culturel, mode de vie,  
aides mises en place, ...

## Echelles d'évaluation

- MMSE
- WMS-R
- Mini-GDS
- Critères de Fried
- MNA
- SPPB
- ADL
- IADI

Synthèse de l'évaluation, propositions de recommandations et orientation du patient



# Résultats (1)

	Global evaluation (n=200)	Frailty group (a) (n=117)	Cognitive complaint group (b) (n=40)	Cognitive frailty group (c) (n=43)
	Mean ± SD or % (n)	Mean ± SD or % (n)	Mean ± SD or % (n)	Mean ± SD or % (n)
<b>Gender (female)</b>	<u>66% (132)</u>	69% (81)	53% (21)	70% (30)
<b>Age (years old)</b>	<u>81.3 ± 5.92</u>	82.2 ± 5.67	77.4 ± 5.63	82.3 ± 5.88

	Global evaluation (n=200)	Frailty group (a) (n=117)	Cognitive complaint group (b) (n=40)	Cognitive frailty group (c) (n=43)
	Mean ± SD or % (n)	Mean ± SD or % (n)	Mean ± SD or % (n)	Mean ± SD or % (n)
<b>Comorbidities</b>	<u>2.87 ± 1.60</u>	3.11 ± 1.85	2.68 ± 1.09	2.39 ± 1.12
<b>Comorbidities ≥ 3</b>	55% (110)	58% (68)	60% (24)	42% (18)
<b>Treatments</b>	<u>3.72 ± 1.91</u>	4.09 ± 2.03	2.95 ± 1.09	3.43 ± 1.99
<b>Treatments ≥ 3</b>	72% (144)	77% (90)	60% (24)	70% (30)

# Résultats (2)

	Global evaluation (n=200)	Frailty group (a) (n=117)	Cognitive complaint group (b) (n=40)	Cognitive frailty group (c) (n=43)
	Mean ± SD or % (n)	Mean ± SD or % (n)	Mean ± SD or % (n)	Mean ± SD or % (n)
MMS/30	25.2 ± 4.23	25.6 ± 3.60	26.4 ± 4.44	22.9 ± 4.92
Alzheimer disease or other dementia	16.5% (33)	13.7% (16)	10% (4)	30.2% (13)
MCI (yes)	12% (24)	7.7% (9)	22.5 % (9)	14% (6)
Early MCI	6% (12)	4.3% (5)	10% (4)	7% (3)
Late MCI	6% (12)	3.4% (4)	12.5% (5)	7% (3)

# Résultats (3)

	<b>Global evaluation (n=200)</b>	<b>Frailty group (a) (n=117)</b>	<b>Cognitive complaint group (b) (n=40)</b>	<b>Cognitive frailty group (c) (n=43)</b>
	<b>Mean ± SD or % (n)</b>	<b>Mean ± SD or % (n)</b>	<b>Mean ± SD or % (n)</b>	<b>Mean ± SD or % (n)</b>
<b>Orientation</b>				
Care by GP	78% (156)	80.4% (94)	75% (30)	74.4% (32)
Geriatric consultation	7.5% (15)	6.8% (8)	0% (0)	16.3% (7)
Specialized memory center	12% (24)	11.1% (13)	17.5% (7)	9.3% (4)
Geriatric Day Hospital of Frailty	2.5% (5)	1.7% (2)	7.5% (3)	0% (0)

# Discussion

- **Plainte cognitive** exprimée par le patients et/ou **impression subjective de fragilité** du praticien  
→ **résultats objectifs** aux tests réalisés
- **Population évalué = population cible**
  - patients indépendants (ADL≈5/6 et IADL ≈7/8)
  - 75,5% fragiles ou pré-fragile selon Fried
- **MG reste au centre de la PEC**
  - 80% suivi par le MG
  - CMRR et HDJ pour les cas complexes

# Conclusion

- **Alternative ambulatoire complémentaire** aux CMRR adaptée aux enjeux de la prise en charge de la personne âgée des troubles cognitifs dans son bassin de vie

- Adaptée à la **réponse quantitative** des besoins de population

## **Sensibilisation des MG**

- Permettre le **diagnostic précoce** de la MA
- Améliorer l'accès des patients aux **essais thérapeutiques**



# Perspectives

- **Poursuivre les évaluations** au sein des cabinets de médecine générale
- Débuter le **suivi** des patients déjà évalués
- Connaître le **ressenti** des médecins généralistes et des patients sur ces évaluations en soins primaires (thèses de médecine générale)
- Développer ces évaluations sur d'**autres territoires**
- Démontrer l'intérêt de cette **évaluation en soins primaires versus évaluation de référence** (étude médico-économique; PHRC nationale)

## Congrès National 2015

DES UNITÉS DE SOINS,  
D'ÉVALUATION ET DE  
PRISE EN CHARGE\*

# Alzheimer

# MERCI DE VOTRE ATTENTION

## Repérage et prise en charge des troubles cognitifs en soins primaires : *FAP* study

**Bertrand Fougère, MD, PhD<sup>1,2</sup>**

<sup>1</sup> *Gérontopôle, Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse, Toulouse, France*

<sup>2</sup> *Inserm UMR 1027, Université de Toulouse III Paul Sabatier, Toulouse France*