

# PRESCREENING DES PATIENTS ALZHEIMER POUR LA RECHERCHE THERAPEUTIQUE

N. SASTRE HENGAN, L. BRIGITTE  
Centre Recherche Clinique Gérotopôle  
Toulouse, FRANCE



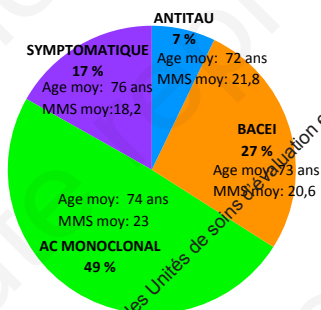
## Objectif:

Les protocoles thérapeutiques dans la maladie d'Alzheimer se complexifient et de plus en plus de contraintes pour les patients et leurs aidants. Il était intéressant de dresser un profil des patients en cours de suivi au centre de recherche du GERONTOPOLE de Toulouse à partir de leur fiche de prescreening.

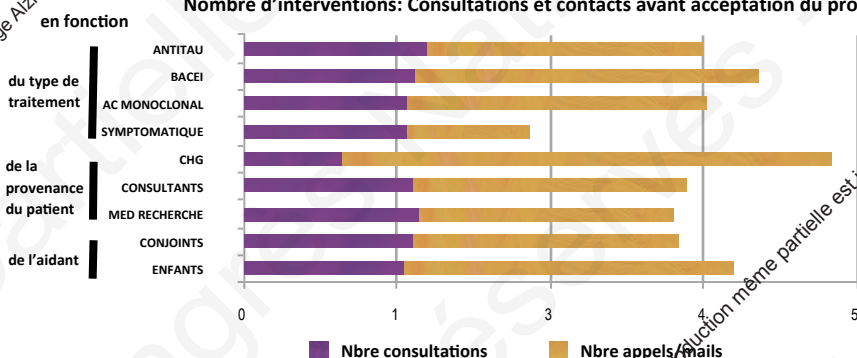
## Méthodes:

Revue des fiches de recrutement des patients randomisés dans les essais thérapeutiques dans la maladie d'Alzheimer à ses différents stades et encore en suivi au mois de Mars 2015 sur le Centre de Recherche Clinique du Gérotopôle. Ces fiches sont établies par l'attachée de recherche (ARC) de façon systématique dès le prescreening des patients. 55 fiches correspondant aux patients en cours de suivi ont été analysées.

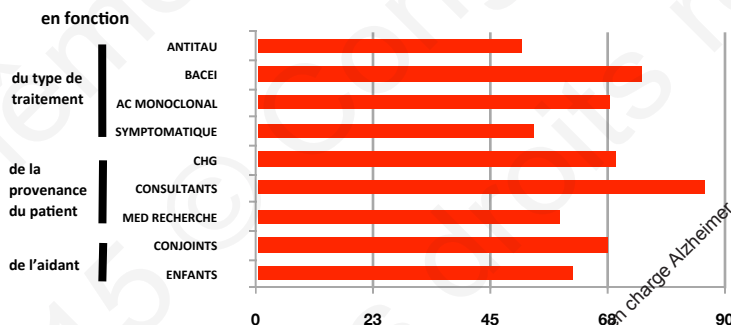
### Types de traitement (55 patients)



### Nombre d'interventions: Consultations et contacts avant acceptation du protocole



### Délais en jours nécessaires à l'acceptation du protocole



## Résultats:

La population concernée présente un score MMS moyen à l'inclusion de 21,5 ce qui correspond aux profils d'inclusion des protocoles en développement (stade prodromal, léger à modéré). Les 55 patients en cours d'étude ont été recrutés pour la majorité par les médecins impliqués dans la recherche thérapeutique (Med recherche)66%, par les autres médecins consultants du pôle (consultants)25%, par les centres hospitaliers généraux (CHG) avec adressage secondaire au CMMR 6%. La moyenne d'âge de ces patients est de 74 ans avec une majorité de femmes (65%), les aidants sont le plus souvent les conjoints (76%). Un seul protocole a été proposé dans 88% des cas, 2 à 3 choix pour les autres. Les personnes résidaient majoritairement sur Toulouse ou à proximité, 9 venaient d'autres départements. 33% avaient déjà participé à la recherche. Pour 83% le recrutement concerne les molécules modifiant la maladie (5 études), peu d'études à visée symptomatique (2). Le nombre d'interventions et le délai de décision pour les inhibiteurs des bêtasécrétases (BACEI) est supérieur aux autres études. Le délai de décision pour participer dépend du stade, plus rapide si prodromal (45,33 jrs) mais peu de molécule: comprimé, perfusion pour celles modifiant la maladie(62,27 vs 67,59 jrs), 53 jrs pour celles à visée symptomatique. Lorsque l'aidant est un enfant il y a plus d'interventions mais le délai moyen de décision reste inférieur à celui observé lorsque le conjoint est l'aidant. Il existe une différence de délai décisionnel en fonction du médecin recruteur (< pour les médecins impliqués dans la recherche thérapeutique et CHG), alors que le nombre d'interventions est presque identique pour les médecins du pôle et supérieur pour les CHG. De l'information à la décision le nombre de consultations médicales du CMRR varient: 0 (2%), une (65%), 2 à 4 (33%) ainsi que le nombre d'appels ou mails: 0 (4%), une (38%), 2 à 7 (58%) soit plus de 3 interventions de l'ARC par patient. Le délai de réflexion peut atteindre plusieurs mois(1 à 721 jrs). Durant les essais concernés on comptabilise 6 sorties prématurées d'étude pour évènements secondaires, aucun retrait de consentement n'a été observé.

## Discussion:

Les caractéristiques des patients dépendent des protocoles proposés, ce qui présuppose une bonne connaissance des études par l'équipe de prescreening. Cette période de prescreening est importante et souvent sous-estimée en particulier en raison des délais de réflexion, d'informations nécessaires avec un investissement soutenu des équipes. Elle peut conditionner le maintien des patients dans l'étude comme le suggère le peu de sorties d'étude observées. L'information sur l'accès aux essais thérapeutiques reste encore trop souvent réservée aux médecins impliqués dans la recherche. Les différences de délai de décision en fonction de la provenance des patients peuvent s'expliquer par un «fléchage» direct vers la recherche thérapeutique et une meilleure information aux autres médecins du pôle mériterait d'être développée. Le travail de l'ARC apparait dans tous les cas indispensable. La constitution d'une véritable «équipe de prescreening» en relation étroite avec l'équipe en charge de la réalisation des protocoles et en interface avec les équipes cliniques, nous semble capitale pour l'amélioration de l'accès à la recherche et la qualité du suivi.