



Diagnostic précoce de la maladie d'Alzheimer

DPAM 92

Les 4èmes Ateliers du Développement Durable.
Bordeaux - 18/10/2007

D'où est née l'idée du DPMA 92 ?

- D'un double constat (2002) :
 - MEE de pathologies neuro-dégénératives, débutantes ou patentes, non diagnostiquées lors des VAD de l'EMS 92.

 - La plainte des gériatres hospitaliers

Comment contribuer au diagnostic de la maladie ?

- Dans un premier temps :

Analyse des certificats médicaux

Sur 187 certificats médicaux (4%)

- Alzheimer ou apparentées 19%
- Patients symptomatiques 36%
- Pas de troubles signalés 45%

- Dans un deuxième temps

Repérer les malades parmi la population « symptomatique »

- 2004 Echantillon de **100 personnes** du groupe **symptomatique**.
- **Evaluation** / MMS, 5 mots de DUBOIS, IADLs, test de l'horloge.
- **52 tests pathologiques** signalés au médecin traitant.
- Rappel à 3 mois. 41 exploitables. **26 refus**.
15 consultations mémoire.
- **13 diagnostics confirmés**.

L'Inscription du département des Hauts-de- Seine dans une réalité

-860 000 personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer
(OPEPS : office parlementaire d'évaluation des politiques de santé)

- Estimée à 160 000 patients, c'est en Ile-de-France que l'incidence est la plus élevée

- Seulement 50% des patients symptomatiques sont reconnus et diagnostiqués

- Une étude européenne : diagnostic bien trop tardif (24 mois de délai entre apparition des premiers signes de la maladie et l'établissement du diagnostic)

2005-2010

**L'Assemblée départementale
retient dans le cadre du Plan
Gérontologique la mise en place
d'un diagnostic précoce des
troubles de la mémoire**

2006

Au Conseil général des Hauts-de-Seine



**... Développement à
l'ensemble de la
population demandeuse
d'APA**

Le moyen d'évaluation

IADLs : Instrumental Activities of Daily Living

- Evaluation du degré d'incapacité dans 4 domaines : téléphone, transport, médicaments, budget.

LAWTON and BRODY scale- 1969 Gerontologist

- Test simple, rapide, validé.

AUTONOMIE : ECHELLE IADL 4-ITEMS

Utiliser le téléphone

- de sa propre initiative
- seulement quelques numéros
- répond mais n'appelle pas
- ne s'en sert pas du tout

Utiliser les transports

- Voyage tout seul
- Seul en taxi
- Transports publics mais accompagné
- Ne se déplace plus

Score 0 à 4

Prendre les médicaments

- Seul
- Seul, si préparés à l'avance
- Incapable

Gérer les finances

- De manière indépendante
- Aide pour le compte en banque, ne peut rédiger les chèques
- Ne peut s'occuper d'argent

Pourquoi ?

Etude PAQUID- Pr DARTIGUES.1993 (n = 1804)

Valeur prédictive de survenue d'une maladie d'Alzheimer à 1 an

Score IADLs

0.....	1%
1.....	10,6 %
2.....	14,8 %
3.....	59,0 %
4.....	318,4 %

Etude PAQUID- Pr DARTIGUES.1993 (n = 1804)

- score >1 : suspicion de démence
- 4 items perturbés : 37,5% des patients souffrent déjà d'une démence et 29,4% risquent d'en développer une dans l'année
- 3 items perturbés : 11% et 6,8% pour le risque dans l'année.

- Parmi la population « démente » = 94% sont dépendants pour au moins un item
- Parmi la population « non démente » = 71% sont totalement autonomes

En pratique

Comment ? L'équipe EMS-APA 92.

Quand ? VAD lors de l'évaluation du sujet.

Par qui ? EMS = TS + Médecin Evaluator.

Et après ? Transmission des infos au médecin traitant / sauf refus de la personne âgée.

Le rôle central du médecin traitant

- Etablir le diagnostic
- Adresser vers UEORG ou CS mémoire

++ sensibilisation, information, formation des MT (CG 92 - 2006 Pr B. DUBOIS)

2007

**Au Conseil général des Hauts-
de-Seine**



...Poursuite de la démarche médico-sociale
sur l'ensemble de la population demandeuse
d'APA (profit individuel)

...et aussi une Etude de Santé publique:

- Convention avec l'ISPED (Pr J.F Dartigues)
- Banque de données 4000 dossiers/an.
- Etude épidémiologique et statistique
- Analyse d'efficacité de notre démarche

Premiers résultats

- Cohorte de 1145 personnes (01/01/07 – 30/04/07)
- **Faible taux de refus de participation (1,3%)**
- 73,8% sont des femmes
- L'âge moyen est de 83,5 ans
- 59% des sujets vivent seuls à leur domicile, 28% sont en couple, 12% cohabitent avec leur famille
- 85% de l'échantillon sont Gir 2-3-4
- 752 ont fourni un certificat médical

- - **24,7%** démence déjà diagnostiquée
- - **21,4%** obtiennent un score de 3 ou 4 (pas de démence sur le certificat initial) = Population cible, **probable maladie d 'Alzheimer ou A. méconnue**
- - Donc **46,1%** de maladies d'Alzheimer ou apparentée connues ou encore méconnues.

- **Mal d 'Alzheimer ou Apparentées (24,7%)**
- **Syndrome démentiel non repéré (21,4%).**
- **Au cours de l'année 2007, confirmer et affiner ce constat.**
- **A moyen terme, menée sur une population annuelle d'environ 3500 personnes et ce sur 5 ans, des données ayant une portée scientifique émergeront.**

- Prochaine étape débute fin d'année 2007:
- **Contacter les médecins traitants des 21,4% de personnes repérées**
- **OBJECTIF DOUBLE:**
- **Démarche diagnostique et prise en charge adaptée,**
- **Sensibiliser et de former à l'identification de cette maladie et de ses enjeux pour notre système de protection sociale.**

L'inscription du département dans une démarche nationale

2001 :Plan Alzheimer I

2002 :*Notre constat*

2004 : "Une vague de 30 mètres de haut que personne ne voit véritablement venir" : Ph DOUSTE-BLAZY.

Etude préliminaire CG 92

Plan Alzheimer II

2005 :Rapport GALLEZ (OPEPS)

Le Conseil Général des Hauts-de-Seine élabore le Plan Gérontologique 2005-2010

2006 :*Mise en place DPMA92*

2007 :Grande Cause Nationale

Etude de Santé publique DPMA92

Plan présidentiel Alzheimer 2008-2012 en préparation

EXPERIENCE DPMA 92

- Les objectifs de départ
- Les freins
- L'avenir

Les objectifs de départ

- Etablir un constat tangible
- Disposer d'un outil de médicalisation du « social »
- Permettre une prise de conscience par notre hiérarchie administrative
 - Réalité de cette population
 - Nécessité d'agir

Les objectifs de départ (II)

Faire comprendre

- EMS = acteurs idéaux (terrain et légitimité)
- Notion de perte de chance de la PA
- Impératif déontologique et judiciaire : « le diagnostic précoce est une obligation pour le médecin »

Les objectifs de départ (III)

Nos atouts

- Une EMS dynamique
- Des médecins gériatres
- Qualité de la collaboration avec la hiérarchie administrative et les élus

Les objectifs de départ (IV)

La preuve

- Une illustration vivante du terrain lors de l'élaboration du Plan gérontologique

- Une parole forte pour nos élus : DPMA et apparentés = **action prioritaire** (A. Dep avril 2005)

Les freins

- Le patient (déni, crainte, angoisse, polypathologie)

- mettre en place le tt
- s'inscrire dans une filière de soins

Ainsi :

- éviter la maltraitance
- réduire les hospitalisations
- éviter les complications
- retarder l'institutionnalisation

Les freins (II)

- La famille (déni, douleur, peur, épuisement ...)
 - comprendre une situation
 - aide aux aidants

Les freins (III)

- Le médecin T (méconnaissance MA, non prescripteur, polypatho)
 - reconnaissance M Alzheimer et A
 - orientation vers Cs mémoire

L'avenir

- **Pour défendre :**
 - Intérêt individuel
 - Intérêt de Santé publique
- **Il faut :**
 - pérenniser le financement (efficacité de la démarche)
 - maintenir la motivation des acteurs (EMS)

DPMA 92

Démarche innovante



Intérêt scientifique



extension à d'autres départements ?

DPMA 92



