



Maladie d'Alzheimer et troubles neurocognitifs

Les principales maladies neurodégénératives se manifestant par des troubles neurocognitifs sont représentées par :

- la maladie d'Alzheimer ;
- les maladies dites apparentées, notamment la maladie cérébrovasculaire, la maladie à corps de Lewy, les dégénérescences fronto-temporales.

Le manuel diagnostic et scientifique des troubles mentaux (DSM-5) considère dorénavant deux grands stades de développement de ces maladies :

- les troubles neurocognitifs légers : sans perte d'autonomie ;
- les troubles neurocognitifs majeurs : avec perte d'autonomie.

Un diagnostic de maladie d'Alzheimer ou apparentée peut donc être envisagé à un stade non démentiel.

→ L'importance du diagnostic

La démarche diagnostique active d'un trouble neurocognitif est essentielle. Elle permet souvent de rassurer le patient ou de porter un diagnostic différentiel de maladie neurodégénérative. La confirmation de diagnostic d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée va permettre de :

- respecter le droit de savoir (diagnostic, pronostic) ;
- repérer et prévenir les comportements à risque (médicaments, usages ménagés à risque, conduite automobile...);
- inscrire la personne et son entourage dans une démarche d'accompagnement et de prévention secondaire ;
- aider l'entourage à comprendre et anticiper les changements liés à la maladie et apaiser les tensions familiales ;
- préserver une qualité de vie ;
- anticiper les stades avancés de la maladie (protection juridique, droits des personnes ...).

→ Une stratégie de diagnostic graduée et personnalisée

Les troubles neurocognitifs sont sous-diagnostiqués ou diagnostiqués tardivement (Santé Publique France estime autour de **60% le taux de diagnostic**). L'offre de prise en charge s'est par ailleurs diversifiée et les connaissances scientifiques ont évolué en termes de diagnostic, de mesures de prévention secondaire et de recherche.

Ces constats ont amené le **Collège de médecine générale** (CMG) et la **Fédération des Centres Mémoire** (FCM) à proposer **une stratégie de diagnostic graduée et personnalisée**. Cette stratégie clarifie les étapes de la démarche diagnostique, elle précise le rôle du médecin généraliste, les conditions du recours aux consultations spécialisées (les Consultations Mémoire ou les spécialistes de ville), aux biomarqueurs et à la recherche.



→ Les principes de la stratégie et les étapes de la démarche diagnostique

La stratégie recommandée repose sur **trois étapes** possibles d'investigation selon le cas.

1^{re} étape : diagnostic et évaluation en médecine générale.

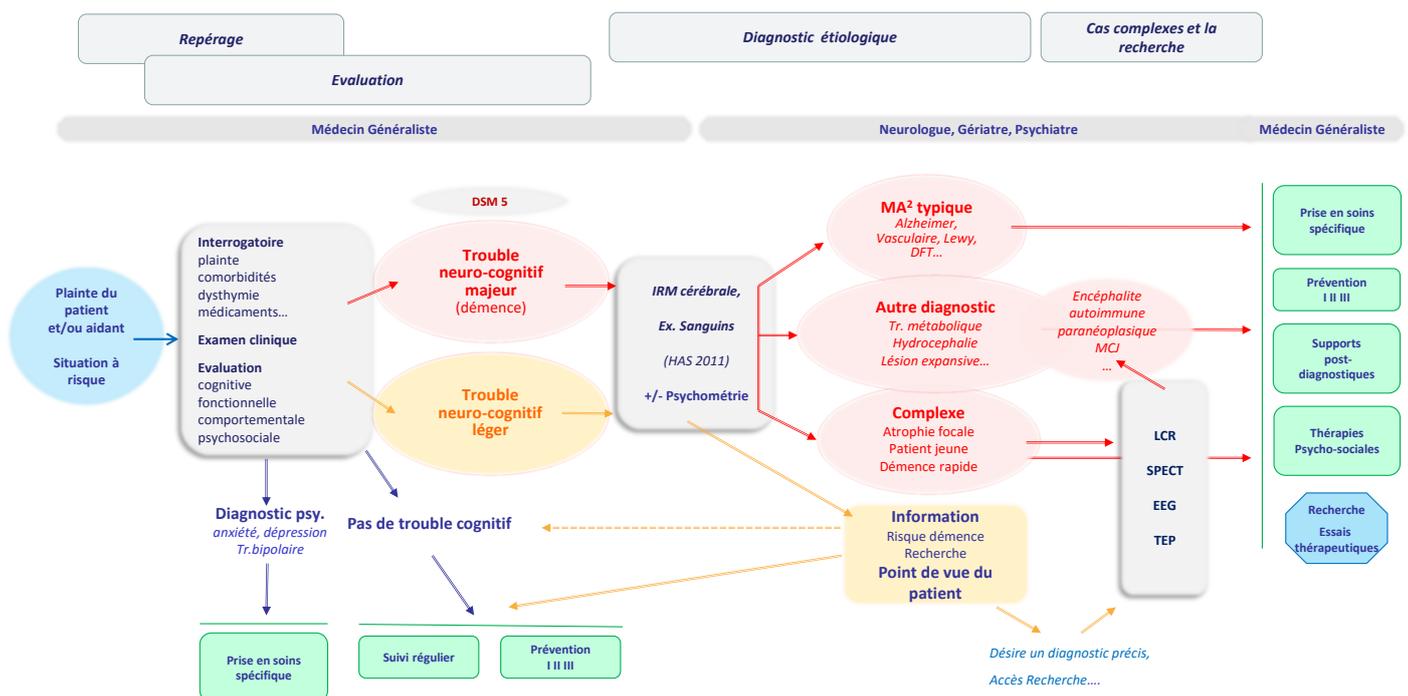
- Poser le diagnostic de trouble neurocognitif léger ou majeur.
- Eliminer un trouble d'origine psychologique ou psychiatrique (anxiété, dépression principalement) ou un trouble d'une autre étiologie.
- Rassurer en cas de plainte non caractérisée et proposer un suivi.
- Prescrire si la situation l'exige des examens complémentaires pour confirmer le diagnostic ou éliminer une cause clinique curable (diagnostic différentiel).
- Orienter le patient avec trouble neurocognitif vers la consultation Mémoire ou un spécialiste après une information éclairée.

2^e étape : en cas de trouble neurocognitif, diagnostic étiologique en collaboration avec une Consultation Mémoire ou un spécialiste de la cognition qui :

- Confirme le diagnostic de TNC.
- Réalise des examens complémentaires : un bilan neuropsychologique si nécessaire, les explorations biologiques recommandées par la HAS, une IRM encéphalique (ou à défaut un scanner).
- Pose un diagnostic étiologique.

3^e étape : diagnostic des cas complexes ou ouvrant l'accès à un protocole de recherche.

Ce niveau permet la prise en charge des cas complexes, parmi lesquels **des malades jeunes de moins de 65 ans, des formes cliniques atypiques, des formes rapides** ou **des cas de symptomatologie** susceptibles de bénéficier d'un accès à des essais et justifiant un recours aux biomarqueurs (LCR et TEP avec traceur spécifique).





→ Le diagnostic différentiel

Les mécanismes susceptibles de provoquer des troubles cognitifs en dehors d'une maladie neurodégénérative sont nombreux. Citons pour exemple : des troubles métaboliques et/ou hydro-électrolytiques (hyperglycémie, hypercalcémie, hyponatrémie, déficit en vitamine B12...), une intoxication chronique (alcool, psychotropes), une dysthyroïdie, un AVC, une hydrocéphalie à pression normale, un hématome sous-dural, une tumeur cérébrale de bas grade, une maladie à prion.

L'examen clinique par le médecin généraliste et la réalisation d'explorations complémentaires sont de fait essentiels dans la démarche diagnostique initiale.

→ Le plan de soins

La démarche diagnostique doit permettre de **proposer à la personne et aux aidants un projet personnalisé de santé**, incluant :

- **une prise en charge spécifique** pour la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées ou pour les éventuels diagnostics différentiels parfois curables ;
- **des interventions neuro-psycho-sociales** : orthophonie, psychologue, atelier de remédiation cognitive, groupes de soutien, répit, aides à domicile, ESAD, SSIAD, accueils de jour... (cf. fiche repère sur la prise en charge) ;
- **des mesures de prévention secondaire** : à travers les soins dédiés aux comorbidités, la prise en charge des facteurs de risque, des prescriptions médicamenteuses appropriées ;
- **la prévention des conduites à risque** : protection contre la iatrogénie, les risques liés à l'environnement, conduite automobile... ;
- **une information sur les mesures anticipées** : personne de confiance, directives anticipées, mandat de protection future... ;
- la mise en place d'un suivi conjoint médecin généraliste-spécialiste de la cognition : consultation mémoire, neurologue, gériatre, psychiatre ;
- **une information sur l'accès à la recherche.**

→ La prévention

La survenue de la maladie et l'aggravation du déclin cognitivo-comportemental peuvent être **retardées par une démarche éducative** proposant :

- **des comportements de vie saine** : une activité physique, une alimentation équilibrée de type méditerranéen, des activités stimulantes intellectuelles et sociales ;
- **la limitation des toxiques (tabac, alcool, substances psychoactives) ;**
- **la prise en charge des facteurs de risque vasculaire, notamment** : dépistage et prise en charge de l'hypertension artérielle, dépistage et prise en charge du diabète ;
- **le respect des recommandations de consommation de certains médicaments** : limiter la consommation des psychotropes, tricycliques, antipsychotiques, benzodiazépines notamment, limiter la consommation des médicaments anticholinergiques (antihistaminiques par exemple).

Des recommandations de prévention personnalisées sont d'autant plus importantes au stade de troubles neurocognitifs légers.



→ La prise en charge par l'Assurance maladie

- La majoration MIS (30 euros au 1er novembre 2017) s'ajoute à la consultation destinée à l'information du patient sur la stratégie thérapeutique.
- Le test d'évaluation d'un déficit cognitif est codé ALQP006 (69,12 euros).
- La maladie ouvre droit à une prise en charge à 100% par l'Assurance maladie au titre de l'ALD 15. La visite longue (VL) (60 euros hors majoration MD au 1er novembre 2017) peut être réalisée jusqu'à trois fois par an au domicile du patient.



POUR EN SAVOIR PLUS

- Krolak-Salmon Pierre *et al.* Vers une stratégie nationale de diagnostic des troubles cognitifs. Approche commune du Collège de la médecine générale et des spécialistes des troubles neurocognitifs. La Presse Médicale, décembre 2017 (<https://doi.org/10.1016/j.lpm.2017.10.029>)
- BEH n°28-29 du 20 septembre 2016. Maladie d'Alzheimer et démences apparentées (http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/28-29/pdf/2016_28-29.pdf)
- HAS. Guide parcours de soins des patients présentant un trouble neurocognitif associé à la maladie d'Alzheimer ou à une maladie apparentée. Mai 2018 (https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2851144/fr/patients-presentant-un-trouble-neurocognitif-associe-a-la-maladie-d-alzheimer-ou-a-une-maladie-apparentee)
- Haut Conseil de la santé publique. Prévention de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées (MAMA). Janvier 2018 (<https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=645>)
- Votre fiche-repère. Pour la prise en charge de vos patients atteints d'un trouble cognitif, de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée. Document réalisé par France Alzheimer avec le soutien du ministère chargé de la santé et la fondation Roger de Spoelberch et la collaboration du CMG et de la FCM2R (<https://www.francealzheimer.org/wp-content/uploads/2018/04/FICHE-REPERE.pdf>)