

LES CONSULTATIONS MÉMOIRE EN GÉRIATRIE

Dr Olivier Michel - Service de Gériatrie clinique, CHU de Rennes.

*Pr Anne-Sophie Rigaud - Service de Gériatrie clinique, Hôpital BROCA - CHU Cochin
Port-Royal, Université René Descartes, Paris V*

Les phénomènes qui entrent en jeu dans les troubles de la mémoire observés au cours du vieillissement sont nombreux, de nature psychologique ou organique, occasionnels ou témoins de la progression d'un état pathologique. La distinction entre ces causes peut s'avérer délicate, surtout en cas de troubles débutants. La nécessité de s'assurer de l'absence de pathologie évolutive, de même que l'existence de molécules à l'efficacité reconnue dans le traitement de la dépression ou, plus récemment, de la maladie d'Alzheimer, justifient un avis médical, en cas de plainte mnésique du patient ou d'anomalies notées par son entourage.

La plainte mnésique ne traduit bien évidemment pas systématiquement l'existence d'un syndrome démentiel, qui, de plus, est souvent démasqué par l'entourage du fait de l'anosognosie fréquemment inhérente à ces maladies. Il faut pouvoir principalement faire la part, dans l'origine des troubles de la mémoire supposés, de problèmes psychologiques ou psychiatriques mais aussi des causes vasculaires ou dégénératives, au premier rang desquelles la maladie d'Alzheimer (MA).

L'intérêt de la prise en charge précoce réside dans les possibilités thérapeutiques de la MA apparues au cours de ces dernières années, dont l'efficacité est reconnue sur les troubles psycho-comportementaux, en particulier l'apathie. De plus, les inhibiteurs de l'acétylcholinestérase semblent avoir une influence bénéfique sur l'évolution naturelle de la maladie.

Les consultations mémoire, alternatives d'un recours au médecin spécialiste libéral, permettent grâce à leur multidisciplinarité et à leur réseau local non seulement l'établissement du diagnostic mais aussi un suivi au long cours. Les gériatres, habitués à travailler dans des équipes regroupant divers professionnels, sont naturellement appelés à jouer un rôle dans ces consultations, sous réserve d'une appétence vis-à-vis de la prise en charge des troubles de mémoire.

ÉPIDÉMIOLOGIE DES SYNDROMES DÉMENTIELS

Le suivi récent de la cohorte PAQUID a permis de mieux cerner le nombre des personnes atteintes d'un syndrome démentiel et de MA. Par rapport aux estimations précédentes, les chiffres ont été revus en hausse sensible. Pour la France, il y aurait donc, pour les plus de 75 ans, parmi les 700 000 cas de syndromes démentiels, 600 000 MA et, pour cette affection, 130 000 cas nouveaux par an. Ceci montre l'urgence de la nécessité d'une amélioration de la prise en charge de cette maladie dont moins du tiers des cas seraient connus et moins de la moitié d'entre eux traités.

PLACE DE LA GÉRIATRIE DANS LE DIAGNOSTIC ET LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DE LA MÉMOIRE

La Circulaire KOUCHNER sur «la mise en œuvre du programme d'action pour les personnes souffrant de maladie d'Alzheimer ou syndromes apparentés » distingue deux niveaux de consultations spécialisées pour les troubles de la mémoire, les consultations mémoire (CM) et les consultations mémoire de ressources et de recherche (CMRR).

La consultation mémoire a pour buts le diagnostic fiable de l'existence ou non d'un syndrome démentiel et son typage le cas échéant, la mise en place d'un projet de soins personnalisé et d'un plan d'aide, le suivi du patient en concertation avec les médecins de ville et les professionnels médico-sociaux ainsi que la formation des professionnels impliqués dans ce suivi. La CM nécessite une équipe pluridisciplinaire formée d'un médecin capable de faire le

diagnostic de MA ou d'un syndrome apparenté, de même que la possibilité de recours à un psychiatre et à un personnel chargé de faire passer des tests et d'assurer le soutien psychologique, au mieux un neuropsychologue.

La consultation mémoire de ressources et de recherche a un double rôle, local, de consultation mémoire de proximité, mais aussi régional, voire interrégional, de recours pour les consultations mémoire et les spécialistes pour les diagnostics et les prises en charges les plus difficiles. De plus, ce CMRR est la tête du réseau des CM locales, qu'il doit coordonner, et a par ailleurs une fonction dans la recherche clinique sur les syndromes démentiels, la formation universitaire et la réflexion à caractère éthique. L'équipe médicale regroupe toutes les spécialités concernées et le caractère pluridisciplinaire de la CM est renforcé par d'autres professionnels.

La gériatrie est clairement mentionnée dans ce dispositif, tant au premier niveau de CM qu'au second de CMRR :

- Le médecin responsable d'une CM peut être un gériatre, au même titre qu'un neurologue. Il faut cependant que ces médecins, quels qu'ils soient, soient capables d'établir un diagnostic de MA de par leur formation et leur pratique et il paraît important qu'ils se montrent intéressés par le diagnostic et la prise en charge de cette pathologie
- Dans sa composition médicale, le CMRR fait appel à une collaboration de gériatres, de neurologues et de psychiatres, afin de disposer, avec le reste de l'équipe de toutes les compétences nécessaires à une prise en charge de qualité.

DÉROULEMENT DE LA CONSULTATION

La consultation mémoire a une place privilégiée avec un double rôle de diagnostic et d'initiation du traitement d'une part, et de suivi de l'évolution de la maladie d'autre part, ceci en coordination avec le médecin généraliste. Il comporte une équipe pluridisciplinaire (gériatre, neurologue, psychiatre, neuropsychologue, assistante sociale, ergothérapeute, orthophoniste, kinésithérapeute et infirmières). Il fonctionne sous forme de consultations ou

de journées d'hospitalisation (hôpital de jour d'évaluation). Cette dernière formule permet d'effectuer une évaluation complète de la personne atteinte d'une démence de type Alzheimer sans induire la perte de repères qui est fréquente lors d'une hospitalisation de plusieurs jours.

L'évaluation gériatrique multidimensionnelle permet de faire le diagnostic de la démence de définir les orientations thérapeutiques et de hiérarchiser les interventions.

Cette évaluation comportera :

- une anamnèse recueillie auprès du patient et de son entourage. Il est important de connaître les médicaments ingérés par le patient.
- des tests neuropsychologiques permettant l'examen de la mémoire, du langage, des gnosies, des praxies gestuelles et constructives, des fonctions exécutives.
- un examen somatique, en particulier neurologique et nutritionnel (au moins mesure du poids, si possible échelle d'évaluation nutritionnelle).
- un examen psychologique et comportemental.
- une évaluation du retentissement fonctionnel des troubles (activités de vie quotidienne).
- des examens biologiques (Numération Formule Sanguine, CRP, ionogramme sanguin, bilan hépatique, dosage de TSH, de vitamine B12, des folates) vérifiant l'absence de facteurs somatiques, en particulier un trouble thyroïdien, ou un déficit vitaminique, susceptibles de participer aux troubles cognitifs.
- un examen tomodensitométrique cérébral, ou une imagerie par résonance magnétique (IRM) en cas de doute sur l'existence de lésions vasculaires.

L'évaluation doit également prendre en compte les aspects environnementaux et sociaux chez la personne âgée.

Ce bilan permet de faire le diagnostic du type de trouble : un oubli bénin lié à l'âge, une dépression, un syndrome confusionnel, une démence « curable » (hématome sous-dural, hydrocéphalie à pression normale, tumeur cérébrale), une démence dégénérative (maladie

d'Alzheimer, démence ou une démence vasculaire à corps de Lewy, démence fronto-temporale, atrophie lobaire...) ou une démence vasculaire.

De plus, différents outils validés permettent d'apprécier le stade de la démence, le fardeau pour l'accompagnant et la qualité de vie. La réponse au traitement est également évaluée lors du suivi.

Le diagnostic de la démence et le bilan des déficits cognitifs sont idéalement réalisés par une équipe pluridisciplinaire incluant au minimum médecin et neuropsychologue, et si possible d'autres professionnels.

Le kinésithérapeute, l'orthophoniste, le psychomotricien, l'ergothérapeute et l'infirmière permettent également un bilan des déficits du patient et l'orientation du projet de rééducation.

Par ailleurs, les compétences d'une diététicienne sont souvent nécessaires du fait de la fréquence des troubles alimentaires .

Enfin, l'assistante sociale en gériatrie contribue à l'évaluation et à la prise en charge dans le maintien au domicile, la mise en place de mesures de protection des biens, d'aides financières ou pratiques aux familles, de gestion du dossier d'aide sociale.

PRISES EN CHARGE MISES EN PLACE EN CONSULTATION

Les médicaments

Le gériatre est un des spécialistes (ainsi que le neurologue et le psychiatre) à pouvoir prescrire le traitement médicamenteux chez les patients souffrant de maladie d'Alzheimer.

Le médecin généraliste peut renouveler le traitement dans l'intervalle. Les anticholinestérasiques (donepezil, rivastigmine, galanthamine) qui ont une action symptomatique en améliorant la transmission cholinergique sont prescrits aux patients à des stades légers à modérément sévères. La mémantine, molécule antagoniste des récepteurs N-méthyl-D-aspartate est indiquée pour les stades modérément sévères à sévères. Leurs effets bénéfiques sur les fonctions cognitives et le fonctionnement global des patients ont été

prouvés par des études contre placebo. Ils réduisent le coût global de la maladie en retardant l'évolution clinique et l'entrée en institution.

Le gériatre a un rôle majeur dans l'identification et le traitement des troubles thymiques et comportementaux qui sont source d'épuisement des familles et de l'entrée en institution des patients.

La fonction du gériatre est également essentielle dans la prise en charge globale du patient en particulier de son état somatique. Il est important de corriger les handicaps sensoriels éventuels du patient, de pratiquer les soins dentaires, de surveiller l'état nutritionnel, de prévenir les troubles de la mobilité et de la posture ainsi que les contractures musculaires et articulaires à un stade évolué de la maladie d'Alzheimer.

La kinésithérapie est essentielle dans l'entretien ou le réapprentissage du pas ainsi que dans la conservation du mouvement.

Enfin, le gériatre joue également un rôle majeur dans la mise en place d'une prise en charge non pharmacologique complémentaire du médicament : techniques empruntées à la psychothérapie, à la psychomotricité et à l'ergothérapie, programmes de réorientation des malades déments, stimulation cognitive adaptée au stade de la démence. Le gériatre peut conseiller également vers une prise en charge des troubles du langage par une orthophoniste.

La prise en charge globale

La consultation mémoire facilite la mise en place d'un système d'aide professionnelles au domicile (infirmière libérale ou association de soins, aide-ménagère, auxiliaire de vie ou garde malade) et le recours à des structures de prise en charge (hôpital de jour de réhabilitation, centre d'accueil de jour) des patients encore ambulatoires ou l'orientation vers une institution des patients atteints de démence sévère. L'équipe de gériatrie conseille la famille pour que l'habitat soit aménagé de façon à minimiser les risques d'accidents pour le patient.

Le consultation mémoire pourra s'aider du Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC) gérontologique qui est un lieu d'accueil, d'écoute et d'information, ayant pour rôle d'aider les personnes à faire valoir leurs droits et les familles à trouver conseil, soutien et orienter en fonction des besoins identifiés vers les dispositifs existants (réseaux de soins, etc.).

L'équipe de gériatrie participe activement aux actions d'information, d'éducation et de soutien auprès de la famille qui sont également nécessaires à tous les stades de la maladie. En effet, la prise en charge au domicile, au long terme, d'un proche souffrant de démence est source de stress voire de dépression et peut causer un dysfonctionnement de la relation entre le patient et l'aidant. La modification des attitudes et réactions de l'entourage influe sur l'évolution positive de la maladie : il est donc important de créer une alliance thérapeutique avec les aidants.

COMMENT AMÉLIORER LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT ?

L'amélioration du dépistage et du diagnostic des démences nécessite la poursuite des efforts d'enseignement de la gériatrie en formation initiale des futurs médecins et en formation continue des praticiens déjà formés.

Le gériatre peut également jouer un rôle dans le dépistage et le diagnostic par l'élaboration de kit d'aide à l'intention des médecins généralistes.

Différents tests de dépistage ont été proposés aux médecins généralistes tels que :

- le Mini Mental Test de Folstein qui évalue les fonctions cognitives de façon globale ;
- le Memory Impairment Screen (forme très abrégée de la procédure de Grober et Buschke) qui permet de dépister les troubles de la mémoire épisodique ;
- la Mini Geriatric Depression Scale à 4 items, version abrégée et validée en français d'une échelle d'évaluation de la dépression chez la personne âgée ;
- l'évaluation abrégée des activités de la vie quotidienne en 4 items comportant l'utilisation du téléphone, des transports en commun, la prise des médicaments et la gestion du budget.

Le gériatre peut également jouer un rôle dans l'information du grand public. L'information et l'éducation sur la prévention au vieillissement pathologique par le biais de la rédaction d'article ou de livre didactique ou la participation active à un CLIC peuvent y contribuer efficacement.

LA NÉCESSITÉ DE LA RECHERCHE

L'équipe de gériatrie de la consultation mémoire (en particulier au niveau du CMRR) doit jouer un rôle dans la recherche diagnostique et thérapeutique.

En ce qui concerne la recherche diagnostique, le gériatre peut avoir un rôle essentiel en développant des recherches sur le vieillissement cérébral. Le recueil de données normatives permettant de différencier vieillissement normal et pathologique est encore nécessaire. En particulier, il est essentiel de mieux comprendre les facteurs de susceptibilité (interaction de facteurs environnementaux avec des facteurs génétiques) qui déterminent, au cours du vieillissement, l'évolution vers un trouble cognitif léger et éventuellement vers une démence.

Par ailleurs, l'équipe de gériatrie est particulièrement habilitée à conduire des études sur certaines formes atypiques des démences chez le sujet âgé, en particulier lorsque celles-ci s'associent à d'autres affections complexes (polypathologie).

La recherche de corrélations entre les aspects cliniques, neuropsychologiques, biologiques, d'imagerie cérébrale et anatomopathologiques des troubles cognitifs chez la personne âgée s'avère indispensable et doit être développée dans les années à venir.

En ce qui concerne la recherche thérapeutique, les équipes de gériatrie sont compétentes et ont le recrutement de patients nécessaire pour participer aux essais cliniques médicamenteux dans les démences. Nous citerons les nouvelles stratégies préventives dans la maladie d'Alzheimer tels que les médicaments antioxydants, les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), les stratégies neuroprotectives, anti-amyloïdes et neurotrophiques.

Par ailleurs, le caractère pluridisciplinaire des équipes de gériatrie rend particulièrement approprié leur participation à des études randomisées visant à confirmer l'effet préventif des traitements anti-hypertenseurs dans les démences ou à prouver le bénéfice de la prise en charge des autres facteurs de risque vasculaire (diabète, hypercholestérolémie, arythmie cardiaque par fibrillation auriculaire) dans la maladie d'Alzheimer ou la démence vasculaire. Enfin, les essais médicamenteux chez le patient âgé dément requièrent l'avis du gériatre afin de tenir compte de la polypathologie et de la polymédication fréquente dans cette population.

Il est également nécessaire que les gériatres développent des formes de prise en charge innovantes complémentaires du traitement médicamenteux et valident leur efficacité car il n'y a pas actuellement de consensus sur ce type de prise en charge. En particulier, la stimulation cognitive du patient associée à une éducation de l'aidant apparaît être une approche thérapeutique intéressante dont la pertinence doit être évaluée par des études contrôlées.

Enfin, l'action sur l'environnement par la domotique en complément des aides humaines professionnelles et familiales au domicile est également un domaine prometteur où l'équipe de gériatrie est susceptible de jouer un rôle important du fait de son caractère pluridisciplinaire.

La présence du gériatre est également indispensable dans la réflexion éthique du CMRR sur des sujets tels que le dossier partagé ou l'éthique de soins. Le gériatre doit participer aux différents débats : comment dire le diagnostic au malade et de quelle façon, comment prendre en charge les malades aux différents stades de la maladie, comment aider efficacement les familles dans la prise en charge au quotidien, comment aider les patients et les familles quand l'institutionnalisation devient inéluctable, comment accompagner les derniers moments du malade...

CONCLUSION

La gériatrie est un partenaire fondamental du diagnostic et de la prise en charge précoce des troubles de la mémoire. Son rôle est essentiel du fait de sa perspective multidisciplinaire et globale de la personne âgée et de son entourage. La gériatrie joue également un rôle déterminant dans la prise en charge à tous les stades des démences par le biais de la filière de soins.

Les auteurs sont à la disposition du lecteur pour les données bibliographiques