

La communication d'une évaluation multidimensionnelle périodique des patients présentant une démence à leur médecin généraliste peut-elle avoir un impact sur leur évolution fonctionnelle ?

Présentation du protocole EvaMMADom.

M. ROTILY*,** (1,2,3), C. GUERLOT (2), A. TOURRE (4), V. BULTINGAIRE (5), V. ALONSO (6), I. STRATON-FERRATO (7), V. TRICHET (8), C. FRANQUI (9), M. GRINO (9), R. KELTCHKOVA-GANTCHEV (2,10), P. BEAU (11), A. BENVENUTO (2, 4), A. BESNIER (12), AL COUDERC (13), D. CONSEIL (2), K. LLAGONE (2), M. DOUGADOS (2), M. CECCALDI (2).

1. Aix Marseille Université, EA 3279-CEReSS-Centre de Recherche sur les Services de Santé, Marseille. 2 Hôpital de la Timone - APMH, CMRR Paca Ouest, Marseille, (3) Hôpital Nord-APHM, Espace Santé APMH, Marseille. 4. CH Sainte Musse, Hôpital Sainte Musse, Consultation Mémoire, Toulon. 5. CH de Digne Les Bains, Consultation Mémoire, Digne les Bains. 6. COS Beauséjour, Hyères, 7 CH de Martigues, Consultation Mémoire, Martigues. 8. CH d'Avignon, Consultation Mémoire, Avignon. 9. Centre Gérontologique Départemental, Consultation Mémoire, Marseille. 10. CH Edmond Garcin, Consultation Mémoire, Aubagne. 11. CH De Vaison-la-Romaine, Consultation Mémoire, Vaison-la-Romaine. 12. CH de Manosque, Consultation Mémoire, Manosque. 13. CH Sainte-Marguerite, Consultation Mémoire, Marseille

Rationnel de l'étude

LES MISSIONS DU MG (HAS, 2011)

- Associé au processus d'annonce,
- Présenter le plan de soins et d'aides ,
- Assurer la mise en place de la collaboration avec le neurologue et les structures de coordination ,
- Mise en place de l'ALD 15, des interventions non médicamenteuses, des éventuels traitements médicamenteux,
- Prise en charge des comorbidités et des facteurs de risque
- Surveillance nutritionnelle
- Orientation vers les services sociaux (mise en place des aides)
- Information du patient et des aidants sur les associations de malades et de familles de malades et les structures de répit.
- Un suivi multidisciplinaire, piloté par le médecin généraliste traitant en collaboration avec un neurologue, un gériatre ou un psychiatre.

Rationnel de l'étude

QUE DIT LA LITTÉRATURE?

- **92 % ont suivi un MA au cours des 12 derniers mois (31% > 10 patients)**
- 41% des MG ont eu connaissance des recommandations HAS
- Les MG qui suivent le plus de MA sont plutôt des **hommes, >50 ans, >20 pat/j, 5-7 j/s. au cabinet, ne pratiquant pas de MEP, menant des actions éducatives**
- Réticence des MG pour les outils d'évaluation psychométrique (15% utilisent un Q.)
- 71% ayant suivi au moins un MA, déclarent annoncer « systématiquement » le diagnostic à la famille de leur patient, 8,3 % à leur patient.
- **La MA n'est pas une priorité pour la majorité des MG**
- **L'identité du médecin, facteur prépondérant pour déterminer la prise en charge des démences en médecine générale**

Evaluation Multidimensionnelle Malades Alzheimer à Domicile

PREPS 16-622 (Programme de recherche sur la performance du système des soins)

Recherche Impliquant la Personne Humaine de Catégorie 2

Contexte

- Un besoin d'évaluation multidimensionnelle avec des outils standardisés et reconnus
- Une insuffisante implication des médecins généralistes dans la prise en charge des patients avec une MASA, en raison d'un manque de formation à ces outils et d'un manque de temps pour la prise en charge de situations complexes

Objectifs

Une évaluation standardisée réalisée par un évaluateur indépendant (RAI-CA) et adressée aux médecins généralistes (MG) impacte-t-elle le score multidimensionnel de fragilité (RAI-HC) chez des patients présentant une démence légère à modérément sévère?

Méthode

- Etude multicentrique, interventionnelle, randomisée prospective avec deux bras (suivi 20 mois).
- Critère principal : Score multidimensionnel de fragilité RAI-HC.
- Population : 320 patients âgé.e.s de 64 ans et plus, recruté.e.s dans 10 consultations mémoire (CM) de la région PACA, présentant un syndrome démentiel léger à modérément sévère ($27 > \text{MMSE} > 9$).

Critères d'inclusion et d'exclusion

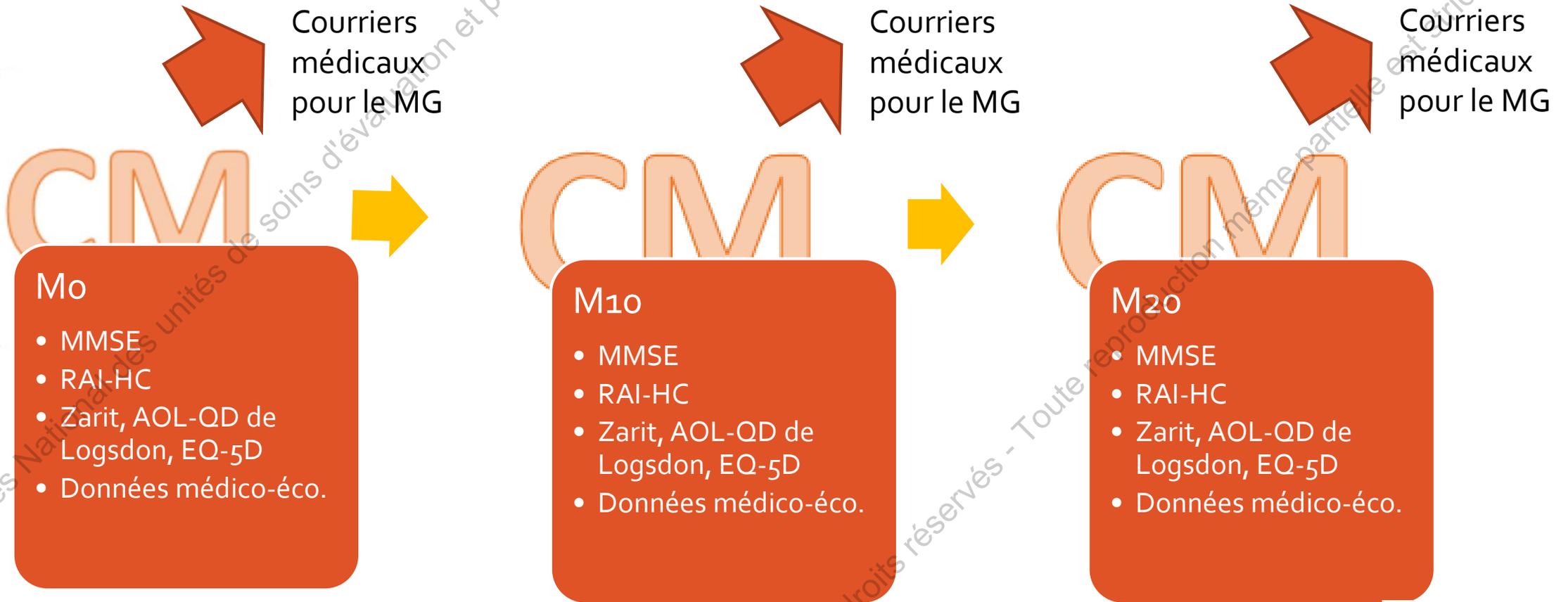
INCLUSION

- Patients porteurs d'une MA (suivant les critères cliniques du NINCDS-ADRDA)
- Recrutés dans les CM et CMRR du grand Sud-Est
- Âgés de plus de 64 ans et présentant un déclin cognitif léger à modérément sévère ($27 > \text{MMSE} > 9$) à la date de l'inclusion
- En mesure de signer un consentement éclairé de participation
- Volontaires pour un suivi médical pendant une période de 20 mois
- Accompagné d'un aidant

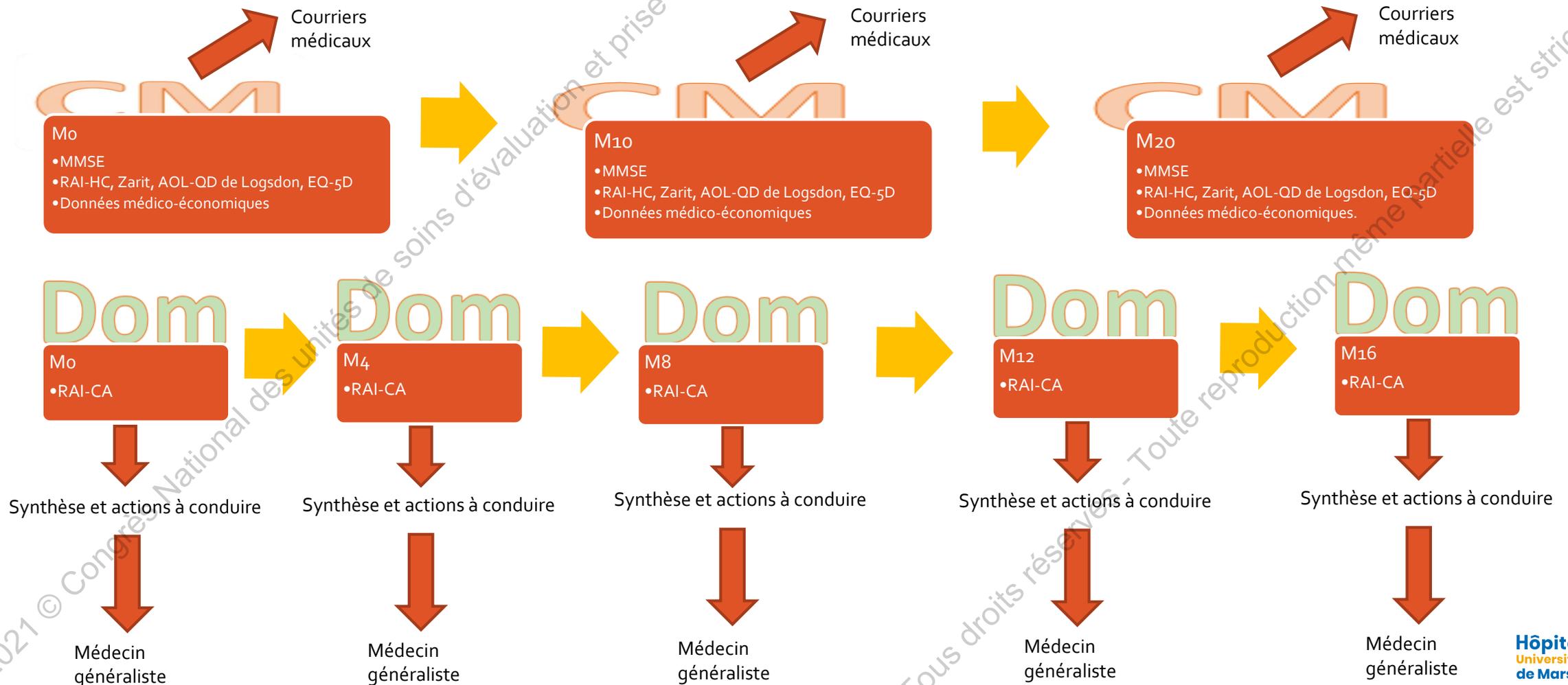
EXCLUSION

- Patients âgés de moins de 65 ans
- Présentant un déclin cognitif débutant ou sévère ($\text{MMSE} > 26$ ou < 10)
- Ne répondant pas aux critères diagnostiques cliniques de maladie d'Alzheimer (NINCDS-ADRDA)
- Recrutés dans les CM et CMRR du grand Sud-Est
- Refusant ou incapables de signer le consentement éclairé de participation, patients sous tutelle ou curatelle
- Non volontaires pour un suivi médical pendant une période de 20 mois

Bras témoin



Bras expérimental



Intervention :

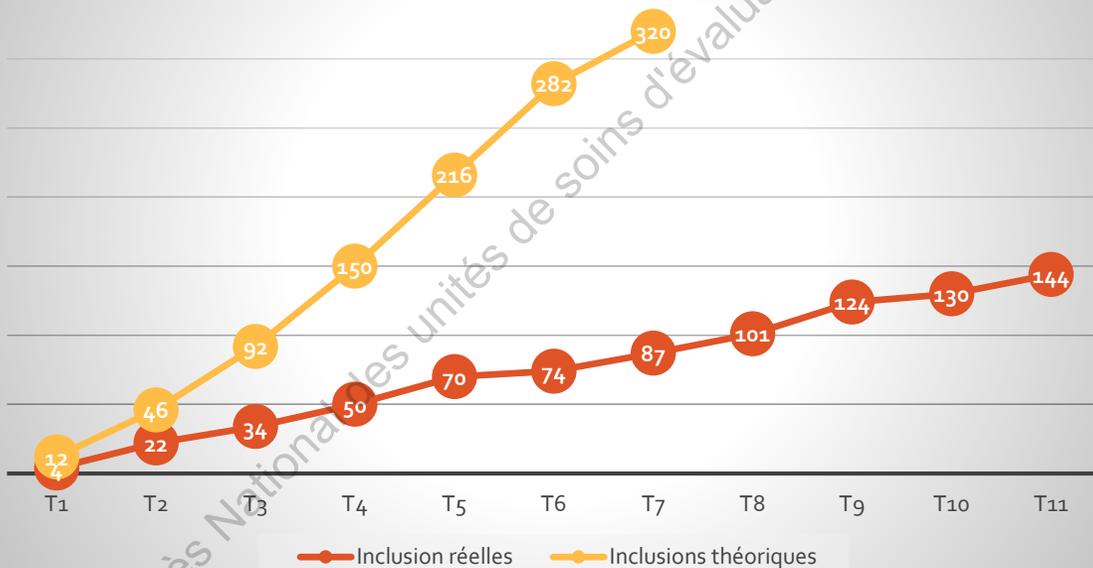
- Evaluation multidimensionnelle [RAI-CA] réalisée par un évaluateur indépendant (psychologue social de la santé) tous les 4 mois, à domicile ou par téléphone, synthèse adressée par courrier/e-mail aux MG.
- Des investigateurs aveugles par rapport à l'intervention.
- Un verbatim proposé aux médecins investigateurs pour l'inclusion des patients.
- Une vidéo de présentation de l'étude pour les équipes et les patients <https://youtu.be/lk4pD4fOluE>
- Une newsletter tous les 4 mois, ainsi que des réunions régulières.
- Une aide est proposée en continu pour parer aux difficultés des investigateurs et des patient.e.s.

Evaluations RAI-HC et RAI-CA

- Apports des entretiens :
 - ✓ Echanger sur le quotidien de manière globale / Participation active des personnes
 - ✓ Un soutien auprès de la famille
 - ✓ RDV réguliers >>> lien de confiance / suivi de l'état et de la prise en charge
- Temps de passation :
 - ✓ 1h à 2h pour la version longue du RAI HC – sur site- Adaptable selon la situation
 - ✓ 30mn à 1h pour la version courte du RAI CA - à domicile ou par téléphone
- Organisation :
 - ✓ Relation directe avec les médecins investigateurs et les ARC/coordonnateur sur site
 - ✓ Relation directe avec les patients et aidants

POINT DES INCLUSIONS AU 26/11/21

Inclusions



1

RAI HC : 144 M0, M10 : 80

2

RAI CA : 191

3

Attrition : 20%

- 8/29 : EHPAD
- 4/29 : Décès
- 2/29 : Déménagement
- 14/29 : Refus

Discussion

- Recrutement des patients plus lent que prévu dans les CM
- Difficile implication des MG et des patients

Hypothèses explicatives

- Pour les CM : ralentissement et/ou suspension des activités de CM - jugées non prioritaires par certaines directions d'établissement - durant les phases les plus intenses de la pandémie de COVID, insuffisance des temps médical et paramédical captés par les soins courants, difficultés logistiques avec notamment absence de personnel et/ou de local dédié à la recherche clinique (RC)
- Pour les MG : difficultés techniques pour les toucher et leur exposer le rationnel de l'étude, méfiance et peu d'attente de certains MG par rapport à des programmes de recherche mis en œuvre par un CHU, manque de temps, faible expérience et méconnaissance des recherches interventionnelles en santé publique
- Plus généralement : scepticisme des patients et des aidants quant à leur implication dans des programmes de recherche, notamment pour des interventions préventives non médicamenteuses des complications de MASA, peur d'être contaminés par le COVID dans les hôpitaux

Propositions

- Valoriser la recherche clinique en soins primaires (MG) : Une consultation dédiée RC ou d'autres bonus financiers ?
- Fournir des ressources supplémentaires aux CM, adapter et valoriser la participation des CM à la RC.
- Mieux informer les patients et le public sur la recherche clinique en soins primaires dans le cadre de la démocratie sanitaire

Conclusion

- Une grande difficulté pour mettre en place une recherche interventionnelle en soins primaires chez des personnes âgées ayant une maladie d'Alzheimer.
- Une innovation nécessaire pour toutes les phases du projet.

Remerciements:

MP Lemoine, IDE (Digne-Les Bains-Manosque), E. Kamara (Martigues), S. El Haras (Avignon) Dr Monges, Dr Quinquempois, Dr Petitnicolas (CH Toulon), Dr Berode (Vaison la Romaine), Dr Koric, Dr Didic, Dr Duprat (APHM-CMRR), J. Brunet, O Ben Ayad, J. Dhorne, A. Heimer, M. Lainé, R. Malkhoun, O. Rarison, S Tardoswki (APHM), et tous les MG et patients participants à EVAMMADOM

