

Vers une stratégie nationale de repérage et de diagnostic des troubles cognitifs

Approche commune du Collège de la Médecine Générale
et d'un groupe d'experts des « troubles neurocognitifs »

Sommaire

Introduction	p.03
Groupe d'auteurs de l'article	p.03
Résumé	p.04
Pour une stratégie nationale commune de repérage des troubles cognitifs	p.05
Repérage et évaluation par le médecin généraliste	p.07
I - Pas de trouble neurocognitif	
II - Diagnostic de trouble neurocognitif majeur (démence)	
III - Diagnostic de trouble neurocognitif léger	
Références	p.12
Groupe de travail du Collège de la Médecine Générale	p.13

Introduction

Le travail a pour objectif de réaliser après analyse de la littérature et une série de recueil d'expérience d'un groupe de médecins généralistes, impliqués dans le « groupe Maladies neuro-dégénératives » au sein du Collège de la Médecine Générale un document de synthèse. Ce document précise le rôle des médecins généralistes et des autres intervenants dans le suivi des patients atteints de maladie neuro-dégénérative en fonction de son stade évolutif. Nombreux de ces éléments ont été intégrés dans le rapport Clanet dont l'analyse de la place de la prise en charge psychosociale.

« La démarche diagnostique de MA ne se conçoit que comme une démarche de diagnostic personnalisé, concept qui renvoie aux notions de décision partagée avec la personne malade et ses proches, et de moment opportun.

Sa complexité est adaptée au degré d'altération cognitive et son retentissement fonctionnel, de la situation clinique et de l'environnement familial et social. La démarche diagnostique qui peut être graduée en étapes successives conduit à l'annonce diagnostique et la mise en place d'actions de soins et d'accompagnement .

L'algorithme de démarche diagnostique présenté est issu des travaux d'un groupe d'experts européens (Action Conjointe Européenne Démence) et fait l'objet d'un travail piloté par la DGS dans le cadre de la mesure 1 du PMND. Il concerne une situation clinique qui est la consultation d'une personne qui exprime une plainte cognitive. «

Le travail préalable et ses finalités ont conduit à l'élaboration d'un document publiable qui résume l'ensemble des données et des éléments de parcours et de pratique. .Il dépasse le travail stricte du CMG.

Groupe d'auteurs de l'article

Pierre Krolak-Salmon^{1 2 5}, Laurent Lezilliant^{2 3}, Mathieu Ceccaldi^{4 5}, Sandrine Andrieu⁶, Bruno Brochet⁷, Pierre Vandiel⁸, Michel Clanet⁹, Pierre-Louis Druais³

¹ Centre Mémoire, Ressources, Recherche de Lyon, Institut du Vieillessement, Hospices Civils de Lyon, Inserm 1048, CNRS 5292,

² Université Claude Bernard Lyon 1, France

³ Collège de Médecine Générale, France

⁴ Centre Mémoire, Ressources, Recherche de Marseille, France

⁵ Fédération des Centres Mémoire Ressources Recherche, France

⁶ Société Française de Gériatrie et de Gérontologie, France

⁷ Fédération Française de Neurologie, France

⁸ Société de Psychogériatrie de langue Française, France

⁹ Plan « Maladies neurodégénératives », France

Résumé

Les troubles neurocognitifs conduisant vers un déficit cognitif, fonctionnel et comportemental sont repérés tardivement et sous-diagnostiqués dans les pays occidentaux. Or de nombreuses mesures s'inscrivant dans une démarche de prévention secondaire et tertiaire visent à préserver une qualité de vie honorable, prévenir les complications et crises comportementales en anticipant les stades avancés des maladies. Le diagnostic de certaines pathologies doit en outre conduire vers des soins spécifiques et une information sur la recherche. Pour la première fois, les représentants du Collège de Médecine Générale, de la Fédération des Centres Mémoire Ressources Recherche, de la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie, de la Fédération Française de Neurologie, de la Société de Psychogériatrie de Langue Française et la gouvernance du Plan « Maladies neuro-dégénératives » proposent une stratégie graduée et personnalisée de repérage et de diagnostic des troubles neurocognitifs impliquant la médecine générale et les spécialistes des troubles cognitifs. Cette stratégie émane d'un travail s'inscrivant dans le cadre de la mesure 1 du plan « Maladies neuro-dégénératives » et de la nouvelle action conjointe européenne « Act on dementia », puis d'un séminaire tenu au Collège de la Médecine Générale en mars 2017.

Mots clefs: *diagnostic, trouble neurocognitif, mémoire, maladie d'Alzheimer, médecine générale*

Pour une stratégie nationale commune de repérage des troubles cognitifs

Les troubles cognitifs représentent la première cause de handicap dans la population âgée, leur prévalence ne cesse d'augmenter du fait du vieillissement de la population. Cela intervient malgré un fléchissement de l'incidence par tranche d'âge du fait de l'efficacité des mesures de prévention et de la qualité de vie. La maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées, i.e. maladie cérébrovasculaire, maladie à corps de Lewy et dégénérescence fronto-temporale, en sont les causes principales mais des diagnostics différentiels doivent être considérés (Mura, Dartigues et al. 2010, Scheltens, Blennow et al. 2016). Près d'un million de personnes présenteraient un trouble neurocognitif à un stade démentiel, alors que trois millions de proches sont touchés indirectement par ces maladies (Helmer, Grasset et al. 2016).

L'impact de la maladie d'Alzheimer des maladies apparentées ainsi que de l'ensemble des pathologies conduisant vers un trouble cognitif et comportemental est majeur à l'échelle individuelle, familiale et sociétale. Après une phase légère, le trouble cognitif s'accroît pour induire une perte d'autonomie et une dépendance (Derouesne 2013, Scheltens, Blennow et al. 2016). Il s'associe souvent à des troubles psycho-comportementaux conduisant parfois le patient aux urgences. Cette dépendance peut être responsable d'incurie chez des personnes isolées socialement, ne consultant plus leur médecin. Il est maintenant démontré que l'absence de diagnostic d'une démence est associée à une augmentation des comportements à risque tels que la conduite automobile, la gestion de ses traitements médicamenteux, la manipulation du gaz ou la gestion de son propre calendrier de consultation médicale (Hamjad, Roth et al. 2016). Avant le stade démentiel, la personne malade peut présenter une plainte cognitive, souvent mnésique, isolée, induisant une anxiété chez elle et son entourage, une incompréhension des changements de performances cognitives ou de comportement, et générant parfois des conflits intrafamiliaux. Le diagnostic à ce stade plus léger permet d'expliquer les changements au patient et à son entourage, ce qui peut apaiser les tensions. Il permet d'anticiper la dépendance, de s'adapter à l'évolution et de « prendre en charge son destin » (Alzheimer Cooperative Valuation in Europe, 2013, www.alcove-project.eu). L'information concernant le risque d'évolution vers des stades plus sévères est dépendante du diagnostic étiologique et de possibles prises en charge spécifiques. Certains patients peuvent souhaiter recevoir une information précise concernant certaines directives anticipées, la désignation d'une personne de confiance. Face à ces familles de maladies incurables, certains patients souhaiteront une information détaillée sur les protocoles de recherche, en particulier les essais thérapeutiques de phase 3 disponibles tels que les inhibiteurs enzymatiques de bêta-sécrétase ou les anticorps monoclonaux ciblant la protéine amyloïde.

Le repérage d'un trouble neurocognitif en soins primaires n'est pas facile. Le médecin généraliste doit faire face à des plaintes amnésiques banales et détecter *la* plainte suspecte qui ne concernera réellement que quelques patients tous les ans (Letrilliart 2014). Il doit alors mener un interrogatoire précis sur le type de plainte et proposer un ou plusieurs tests de repérage performants. La littérature scientifique sur les performances diagnostiques des stratégies ou tests de repérage en soins primaires n'est pas précise, il convient d'explorer plus en avant et de comparer l'impression clinique du médecin, l'interrogatoire structuré sur la plainte du patient ou de l'entourage et les tests cognitifs rapides, traduits en français et validés. En cas de repérage positif, le médecin se doit d'engager la démarche diagnostique recommandée par la Haute Autorité de Santé (HAS 2011), comportant la réalisation d'une imagerie cérébrale, une IRM encéphalique ou à défaut un scanner crânien, ainsi que les explorations biologiques permettant d'écartier un trouble métabolique sévère tel une hypocalcémie, hyponatrémie, ou endocrinien tel une dysthyroïdie. La concertation avec un Centre Mémoire ou un

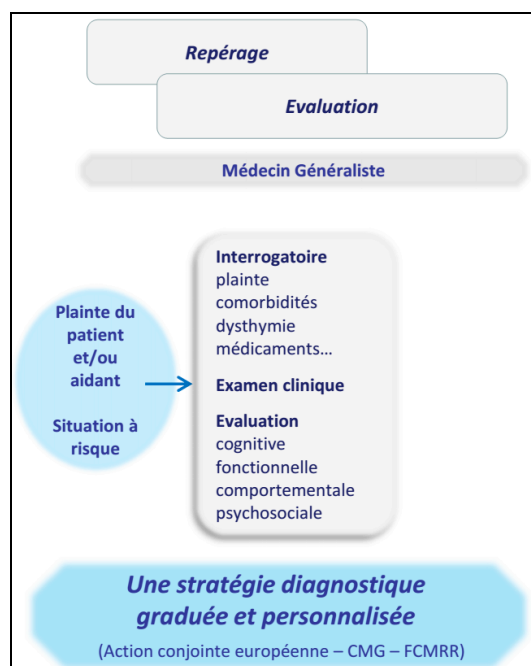
neurologue libéral est à ce stade indispensable. Il convient de rassembler un faisceau d'arguments orientant le diagnostic vers une maladie d'Alzheimer/maladie apparentée ou un diagnostic différentiel induisant une prise en charge spécifique, tel une hydrocéphalie chronique ou tout autre lésion expansive chronique, et parfois des causes rares comme les encéphalites auto-immunes, paranéoplasiques ou maladie de Creutzfeldt Jacob.

Les vingt dernières années représentent une phase inédite de la recherche scientifique sur la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées. Il est maintenant établi que la phase asymptomatique de la maladie d'Alzheimer peut être longue, qu'elle dépend de la réserve cognitive, que la symptomatologie est initiée par une plainte cognitive subjective isolée, suivie d'un trouble neurocognitif léger puis d'un trouble neurocognitif majeur qui induit une perte d'autonomie (Albert, DeKosky et al. 2011, McKhann, Knopman et al. 2011, Derouesne 2013). Les performances des stratégies diagnostiques ont nettement progressé, depuis les tests psychométriques explorant la mémoire et l'ensemble des fonctions cognitives jusqu'aux biomarqueurs explorés dans le liquide céphalorachidien ou en imagerie métabolique telle la tomographie par émission de positons (Teipel, Drzezga et al. 2015). Le diagnostic des lésions associé à la maladie d'Alzheimer permet de proposer à certains patients un essai thérapeutique ciblant ces mêmes lésions protéiques. Malgré ces progrès indéniables, malgré la demande d'information d'une grande partie de la population générale et les nouveaux questionnements éthiques proposés face à ces maladies incurables, la société fait face à un sous diagnostic qui ne dépasse pas 50 à 60% des personnes malades (Brooker, La Fontaine et al. 2014). Lorsqu'il est porté, le diagnostic est souvent tardif, lorsque le patient présente une dépendance avancée, qu'il se met en danger à domicile ou qu'il est atteint de complications comportementales aiguës.

Il est donc apparu nécessaire à la communauté médicale, spécialistes en médecine générale et spécialistes des troubles neurocognitifs, de formaliser une stratégie de repérage en soins primaires et de diagnostic gradué, adapté à la personne malade, à sa demande ou à celle de son entourage. L'absence de traitement curatif, le manque de clarté concernant les différents stades de la maladie et l'utilisation de différents marqueurs cliniques, neuropsychologiques, biologiques et de neuro-imagerie à la frontière des soins et de la recherche ont contribué à une absence de mobilisation pour le repérage des troubles cognitifs et le déploiement de plan d'actions individualisé.

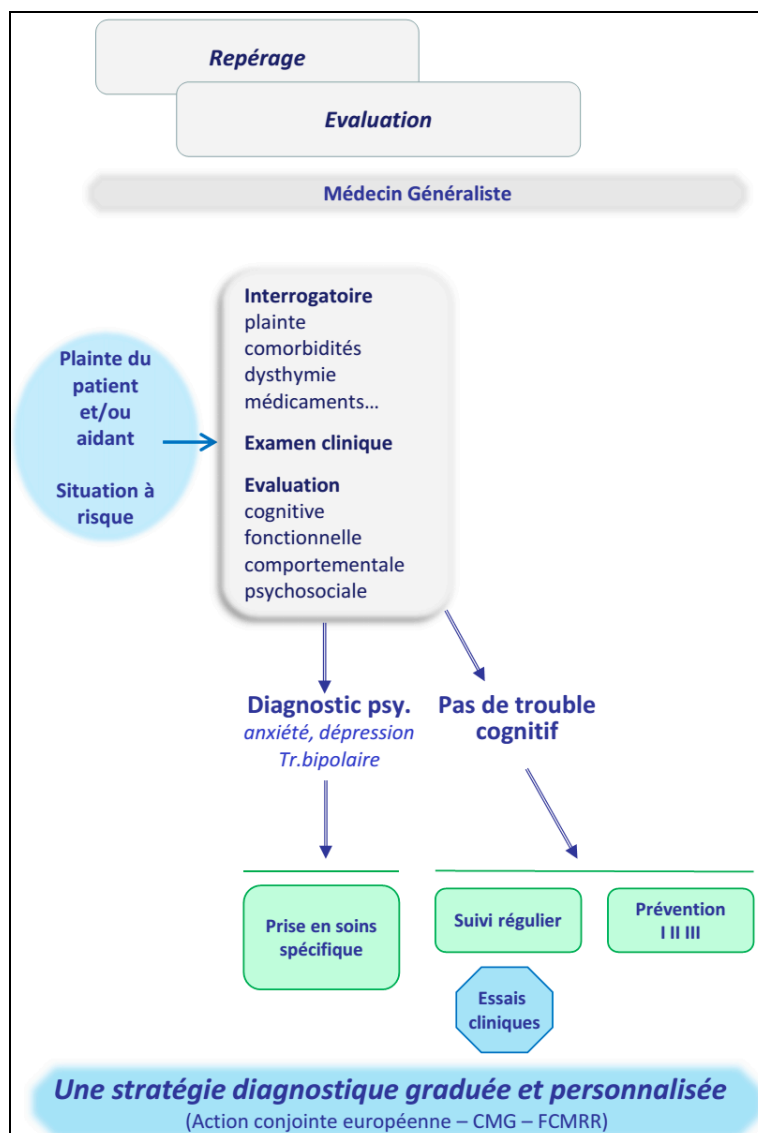
Le Collège de médecine générale et la Fédération Nationale des Centres Mémoire Ressources Recherche proposent ainsi de formaliser une stratégie nationale commune. Cette stratégie propose de considérer une première phase de repérage et d'évaluation en médecine générale (diagnostic positif d'un trouble neurocognitif). Pour les patients présentant un trouble neurocognitif avéré, une deuxième phase peut comporter les explorations préconisées par la Haute Autorité de Santé et un avis d'un spécialiste des maladies neurocognitives (diagnostic étiologique). Pour les cas complexes ou les patients souhaitant accéder à certains protocoles de recherche, et seulement ceux-ci, une troisième phase d'examens paracliniques permet l'utilisation de biomarqueurs biologiques ou de neuro-imagerie. Chaque phase diagnostique confirmée doit conduire vers une information éclairée du patient et de son entourage et vers un plan personnalisé de soins. Ce plan personnalisé de soins peut comporter un suivi médical régulier, avec surveillance des facteurs de risques associés aux troubles cognitifs, la poursuite d'actions de prévention primaire et le déploiement d'actions de prévention secondaire et tertiaire, les approches thérapeutiques spécifiques de certains diagnostics étiologiques comme les épisodes dépressifs caractérisés ou les lésions expansives, les thérapies médicamenteuses et non médicamenteuses indiquées dans certaines maladies neuro-dégénératives, les mesures médico-sociales adaptées à la personne, l'information sur les directives anticipées et l'accès à la recherche.

Repérage et évaluation par le médecin généraliste



Lorsqu'un patient se plaint de sa mémoire ou d'un trouble du langage, d'orientation dans l'espace ou dans le temps, ou de tout autre point d'appel cognitif, lorsque le médecin constate un déclin cognitivo-comportemental manifeste pouvant mettre en danger le patient, lorsque l'entourage signale un déficit cognitif, comportemental ou fonctionnel, une première phase d'évaluation doit être proposée. Elle comporte un interrogatoire minutieux de la plainte qui sera d'autant plus suspecte qu'elle comporte des oublis d'informations ou d'événements prégnants pour le patient, qu'elle induit des conséquences sur l'orientation dans le temps ou dans l'espace, que les informations ne sont pas retrouvées malgré certains indices fournis par l'entourage, qu'elle s'accroît sur une échelle de temps de l'ordre d'un semestre, d'une ou deux années, ou qu'elle induit déjà une perte d'autonomie. Cette plainte souvent mnésique peut d'emblée évoquer des difficultés attentionnelles qui peuvent être en lien avec un trouble dysthymique, un épisode dépressif caractérisé, un trouble anxieux ou une pathologie psychiatrique chronique telle un trouble bipolaire ou un trouble obsessionnel compulsif. Le médecin généraliste évalue de principe les antécédents médicaux, les comorbidités, la possible iatrogénie émanant des traitements chroniques, et parfois de l'automédication. L'examen clinique, global et hiérarchisé, recherche en particulier un syndrome parkinsonien, un syndrome pyramidal pouvant être associé à une encéphalopathie vasculaire. Le praticien, outre le classique Mini Mental Status Examination (MMSE) (Folstein, Folstein et al. 1975) qui est maintenant soumis à copyright, peut disposer d'autres tests comme le test Montreal Cognitive Assessment (MOCA) (Nasreddine, Phillips et al. 2005) ou le test des 5 mots (Cowpl-Bony, Fabrigoule et al. 2005). L'utilisation de tests plus rapides comme le 6-CIT (Upadhyaya, Rajagopal et al. 2010) ou le CODEX (Belmin, Pariel-Madjlessi et al. 2007) devra être précisée par de nouvelles évaluations de leurs performances diagnostiques aux stades du trouble neurocognitif léger et majeur. Outre l'évaluation cognitive, le médecin évalue les capacités fonctionnelles du patient, notamment au travers d'échelles spécifiques comme les Instrumental Activities of Daily Life (IADL) (Lawton and Brody 1969), recherche des troubles du comportement, diurnes ou nocturnes, et pratique de principe une évaluation psychosociale du patient.

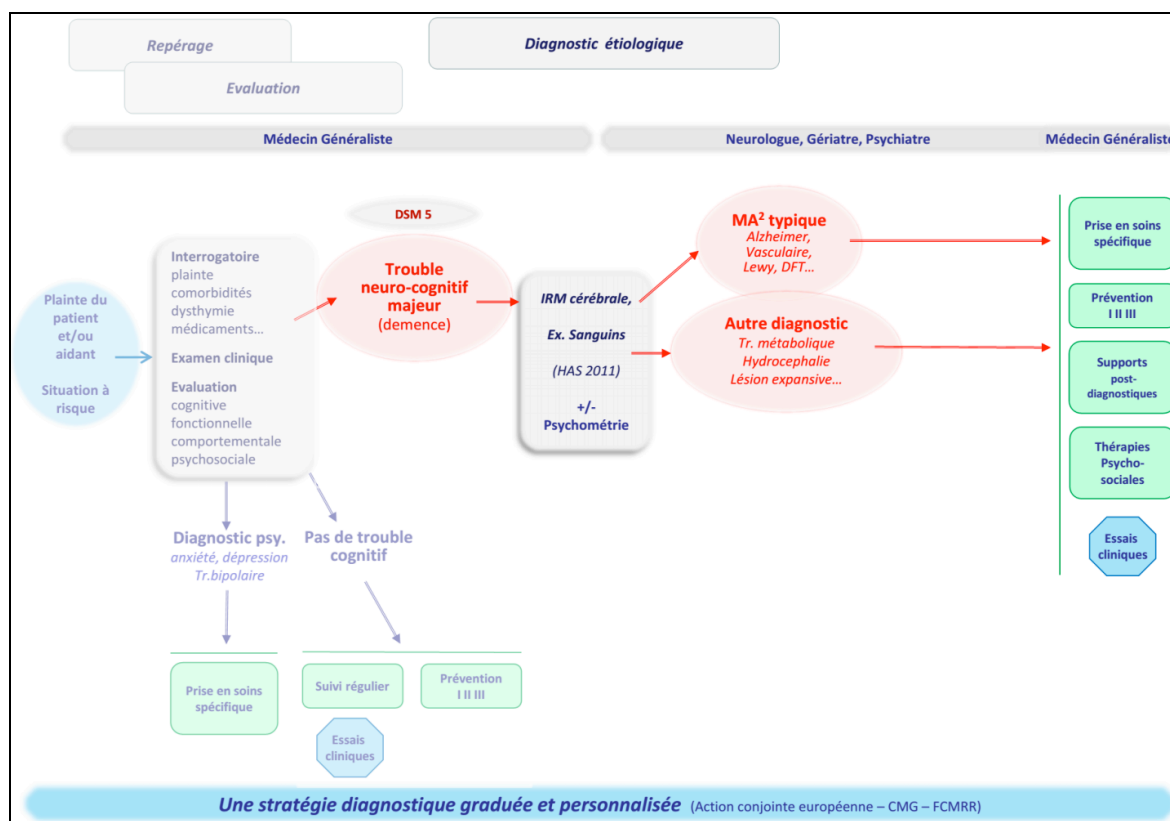
I. Pas de trouble neurocognitif



La première évaluation peut permettre de rassurer le patient quant à l'absence de plainte suspecte ou de trouble cognitif. Cette situation, dans la mesure où elle comporte une plainte ayant conduit vers une consultation, doit permettre de proposer un suivi régulier, la conduction des démarches de prévention primaire, secondaire ou tertiaire, selon les antécédents et comorbidités du patient. Des programmes spécifiques de prévention de la démence ou d'un trouble neurocognitif majeur pourront être proposés, comportant notamment des programmes d'activité physique, de nutrition, de revue de régime alimentaire ou de stimulation cognitive. Des essais de prévention de la maladie d'Alzheimer pourraient être proposés dans un avenir proche aux patients présentant une plainte cognitive isolée.

Cette première évaluation peut conduire vers le diagnostic de troubles dysthymiques, épisodes dépressifs caractérisés en tête, conduisant vers une prise en soins spécifique.

II - Diagnostic de trouble neurocognitif majeur (démence)

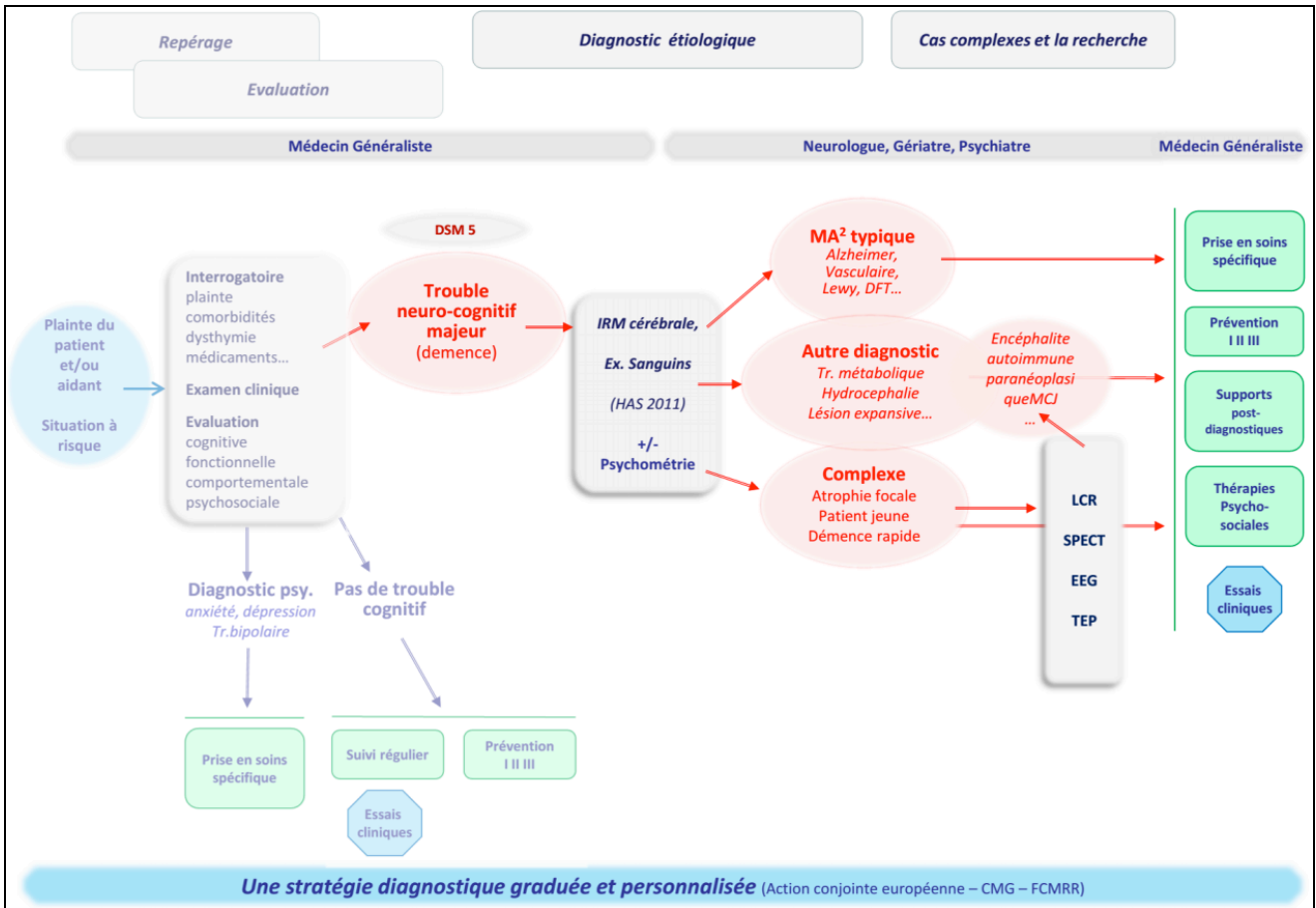


Le médecin généraliste peut à ce stade porter le diagnostic de démence ou de trouble neurocognitif majeur selon le DSM 5. Cette situation doit conduire vers la prescription des explorations biologiques et d'imagerie cérébrale préconisées par la Haute Autorité de Santé (2011). La synthèse diagnostique doit alors faire intervenir un spécialiste du domaine, un neurologue, un gériatre ou un psychiatre qui rassemblera un faisceau d'arguments pouvant conduire vers le diagnostic de maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées.

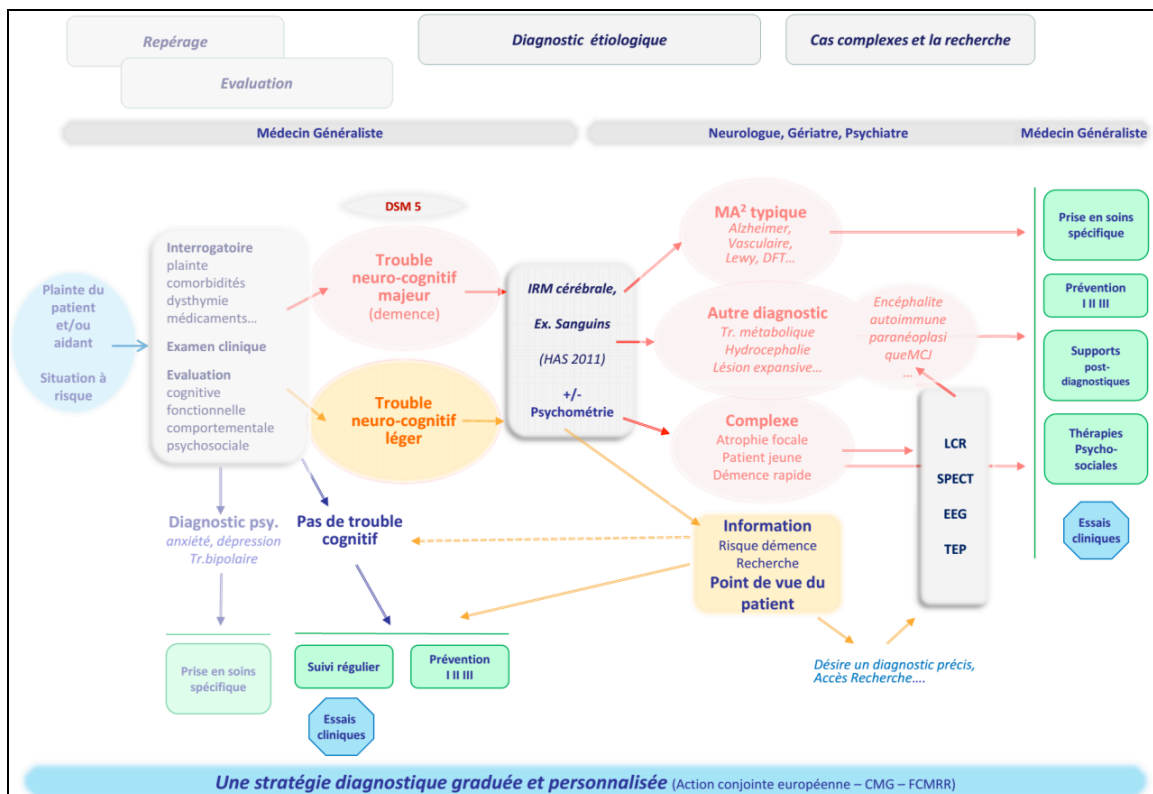
Une synthèse de l'observation et du plan de soins adapté à la personne, doit être réalisée par le médecin généraliste qui intègre de principe l'ensemble des démarches de prévention, les thérapies spécifiques et supports post-diagnostiques, l'adaptation médico-sociale (Callahan, Boustani et al. 2006, Moniz Cook, Swift et al. 2012). Le médecin généraliste doit être informé de la possibilité d'inclusion dans un essai thérapeutique et de son protocole.

Parfois le diagnostic est tout autre, en lien avec un trouble métabolique sévère ou la découverte d'une hydrocéphalie, d'une lésion expansive telle un méningiome ou un astrocytome de bas grade voire un hématome sous dural chronique. Une prise en soins spécifique est alors posée.

Dans les cas complexes, chez les patients jeunes, en cas de trouble cognitif rapide ou de syndrome d'atrophie focale, une troisième phase d'évaluation comportant des examens spécifiques du liquide céphalorachidien ou de neuro-imagerie métabolique ou fonctionnelle voire un EEG peut être préconisée en milieu spécialisé, conduisant possiblement vers des diagnostics rares tels une encéphalite auto-immune ou paranéoplasique, une maladie de Creutzfeldt Jacob (Krolak-Salmon 2017).



III. Diagnostic de trouble neurocognitif léger



Le médecin généraliste peut parfois porter le diagnostic de trouble neurocognitif léger, non encore associé à une dépendance et une perte d'autonomie. Face à un trouble cognitif avéré, il est admis par la communauté médicale qu'il faut appliquer le protocole préconisé par la Haute Autorité de Santé comportant une IRM encéphalique ou à défaut un scanner crânien ainsi que les examens de biologie permettant d'écarter un trouble métabolique ou endocrinien (HAS 2011).

Le patient étant autonome, il est important à ce stade de lui délivrer une information éclairée sur les possibilités de régression de certains troubles, sur le risque d'évolution vers la démence ou un trouble neurocognitif majeur, ce risque dépendant des résultats des examens d'imagerie, de biologie et parfois du bilan neuropsychologique. Une démarche de suivi médical régulier, de prévention, d'application de programme spécifique ou d'information sur la recherche, doit être ménagée.

Si le patient désire un diagnostic lésionnel précis, voire étayer ses directives anticipées et la considération de l'avenir ou accéder à un essai thérapeutique spécifique, le médecin spécialiste de la discipline peut lui proposer les explorations paracliniques, biologiques ou d'imagerie enrichissant le diagnostic lésionnel, tel que le dosage des biomarqueurs de la maladie d'Alzheimer dans le liquide céphalorachidien ou la tomographie par émission de positons avec traceur amyloïde ou TAU (Tubuline Associated Unit). Le diagnostic lésionnel peut permettre à ce stade une inclusion dans un essai thérapeutique qui proposera de cibler les lésions protéiques avant que la perte neuronale ne soit trop importante.

En conclusion, la communauté médicale spécialisée en médecine générale ou spécialisée dans le domaine des maladies neurocognitives propose pour la première fois une stratégie commune de repérage et de diagnostic gradué des troubles neurocognitifs légers ou majeurs et des pathologies à l'origine d'un handicap ou d'un risque d'évolution vers les stades sévères de la démence. Cette approche intégrée doit permettre de rassurer la majorité des patients, de mettre en place une prise en soins spécifique de certaines maladies, notamment des épisodes dépressifs caractérisés, des troubles anxieux, parfois de pathologies neurologiques ou métaboliques. Elle doit permettre de proposer un plan de soins personnalisé, adapté à la personne, à ses déficits cognitifs, comportementaux et fonctionnels, à sa demande ou à celle de ses proches, de promouvoir les démarches de prévention primaire, secondaire après diagnostic d'un facteur de risque ou tertiaire après diagnostic d'une maladie spécifique. Le tissu médico-social, riche et complexe en France, doit être considéré par le médecin, le patient et son entourage en fonction de la dépendance et la perte d'autonomie. Enfin, le patient, s'il peut recevoir l'information, doit être éclairé sur les démarches anticipées qu'il peut considérer et informé sur les essais thérapeutiques, ce qui apparaît maintenant comme un devoir médical face à toute pathologie incurable et associée à un pronostic péjoratif.

Ainsi, le médecin généraliste doit pouvoir repérer et évaluer les plaintes cognitives de ses patients, promouvoir un diagnostic adapté à la personne et ne pas référer inutilement certains patients au médecin spécialiste des troubles neurocognitifs. Il doit pouvoir maîtriser les options diagnostiques qui seront proposées à son patient à travers la consultation spécialisée, le bilan neuropsychologique, les examens de biologie ou d'imagerie, et faire la synthèse de l'évaluation des risques et du plan de soins adapté à la personne. Il doit être pleinement informé des possibilités d'accéder à la recherche, notamment thérapeutique, pour son patient.

L'optimisation du repérage et du diagnostic personnalisés des troubles cognitifs suppose aussi de valider les meilleurs tests d'évaluation disponibles en soins primaires et en milieux spécialisés (Letrilliart, Pouchain et al. 2015).

Références

- Albert, M. S., S. T. DeKosky, D. Dickson, B. Dubois, H. H. Feldman, N. C. Fox, A. Gamst, D. M. Holtzman, W. J. Jagust, R. C. Petersen, P. J. Snyder, M. C. Carrillo, B. Thies and C. H. Phelps (2011). "The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease." Alzheimers Dement 7(3): 270-279.
- Belmin, J., S. Pariel-Madjlessi, P. Surun, C. Bentot, D. Feteanu, V. Lefebvre des Noettes, F. Onen, O. Drunat, C. Trivalle, P. Chassagne and J. L. Golmard (2007). "The cognitive disorders examination (Codex) is a reliable 3-minute test for detection of dementia in the elderly (validation study on 323 subjects)." Presse Med 36(9 Pt 1): 1183-1190.
- Brooker, D., J. La Fontaine, S. Evans, J. Bray and K. Saad (2014). "Public health guidance to facilitate timely diagnosis of dementia: Alzheimer's COoperative Valuation in Europe recommendations." Int J Geriatr Psychiatry 29(7): 682-693.
- Callahan, C. M., M. A. Boustani, F. W. Unverzagt, M. G. Austrom, T. M. Damush, A. J. Perkins, B. A. Fultz, S. L. Hui, S. R. Counsell and H. C. Hendrie (2006). "Effectiveness of collaborative care for older adults with Alzheimer disease in primary care: a randomized controlled trial." JAMA 295(18): 2148-2157.
- Cowppli-Bony, P., C. Fabrigoule, L. Letenneur, K. Ritchie, A. Alperovitch, J. F. Dartigues and B. Dubois (2005). "[Validity of the five-word screening test for Alzheimer's disease in a population based study]." Rev Neurol (Paris) 161(12 Pt 1): 1205-1212.
- Derouesne, C. (2013). "[Mental disorders due to brain lesions in the DSM-5 in the light of the previous versions]." Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil 11(4): 403-415.
- Folstein, M. F., S. E. Folstein and P. R. McHugh (1975). ""Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician." J Psychiatr Res 12(3): 189-198.
- Hamjad, H., D. L. Roth, D. M. Samus, S. Yasar and J. L. Wolff (2016). "Potentially unsafe activities and living condition of older adults with dementia." Journal of the American Geriatric Society.
- Helmer, C., L. Grasset, K. Peres and J. Dartigues (2016). "Evolution temporelle des démences : état des lieux en France et à l'international." Bull Epidémiolo Hebd 28-29: 467-473.
- Krolak-Salmon, P. (2017). Les troubles neurocognitifs. Diagnosics difficiles en médecine interne. P. Seve, J. C. Lega and C. Broussolle, Maloine.
- Lawton, M. P. and E. M. Brody (1969). "Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living." Gerontologist 9(3): 179-186.
- Letrilliart, L. (2014). "ECOGEN : étude des Eléments de la COnsultation en médecine GENérale." Exercer 25: 148-157.
- Letrilliart, L., D. Pouchain, J. Y. Le Reste and V. Renard (2015). "[Letter on the editorial: "Early diagnosis of Alzheimer's disease: Are we too close to the tree to see the forest?"]" Presse Med 44(5): 577-578.
- McKhann, G. M., D. S. Knopman, H. Chertkow, B. T. Hyman, C. R. Jack, Jr., C. H. Kawas, W. E. Klunk, W. J. Koroshetz, J. J. Manly, R. Mayeux, R. C. Mohs, J. C. Morris, M. N. Rossor, P. Scheltens, M. C. Carrillo, B. Thies, S. Weintraub and C. H. Phelps (2011). "The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease." Alzheimers Dement 7(3): 263-269.
- Moniz Cook, E. D., K. Swift, I. James, R. Malouf, M. De Vugt and F. Verhey (2012). "Functional analysis-based interventions for challenging behaviour in dementia." Cochrane Database Syst Rev(2): CD006929.
- Mura, T., J. Dartigues and C. Berr (2010). "How many dementia cases in France and Europe? Alternatives projections and scenarios." European Journal of Neurology 2010-5(17): 252-259
- Nasreddine, Z. S., N. A. Phillips, V. Bedirian, S. Charbonneau, V. Whitehead, I. Collin, J. L. Cummings and H. Chertkow (2005). "The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment." J Am Geriatr Soc 53(4): 695-699.
- Scheltens, P., K. Blennow, M. M. Breteler, B. de Strooper, G. B. Frisoni, S. Salloway and W. M. Van der Flier (2016). "Alzheimer's disease." Lancet 388(10043): 505-517.
- Teipel, S., A. Drzezga, M. J. Grothe, H. Barthel, G. Chetelat, N. Schuff, P. Skudlarski, E. Cavado, G. B. Frisoni, W. Hoffmann, J. R. Thyrian, C. Fox, S. Minoshima, O. Sabri and A. Fellgiebel (2015). "Multimodal imaging in Alzheimer's disease: validity and usefulness for early detection." Lancet Neurol 14(10): 1037-1053.
- Upadhyaya, A. K., M. Rajagopal and T. M. Gale (2010). "The Six Item Cognitive Impairment Test (6-CIT) as a screening test for dementia: comparison with Mini-Mental State Examination (MMSE)." Curr Aging Sci 3(2): 138-142.

Groupe de travail du Collège de la Médecine Générale

Pierre-Louis Druais, Jean Godard, Badis Hadrouf, Laurent Lettrilart, Renaud Marin La Meslée, Isabelle Martinot-Drouet, Stéphane Oustric