

Lettre à l'éditeur

Méthodologie d'enquête sur la prévalence de la maladie d'Alzheimer dans les Bouches du Rhône

Methodological survey on prevalence on Alzheimer's Disease in the region of Bouches du Rhone.

A. DEGRAND-GUILLAUD⁽¹⁾, Y. OBADIA⁽¹⁾, J. GUÉLAIN⁽²⁾

(1) Observatoire Régional de la Santé Provence Alpes Côte d'Azur, 23, rue Stanislas Torrents, F 13006 Marseille (Tirés à part : A. DEGRAND-GUILLAUD).

(2) Service de Santé des Armées du Pharo, Médecine des Collectivités.

La Communauté Européenne a été à l'origine d'un programme d'actions concertées sur l'épidémiologie et la prévention des démences (EURODEM). Ce réseau de recherche a regroupé les travaux d'une vingtaine de centres de recherche de toute l'Europe [1]. Les travaux préparatoires ont montré qu'il n'existait aucune donnée française sur la prévalence des démences et de la maladie d'Alzheimer [2, 3].

Une première étude se déroule actuellement en Aquitaine, auprès de 2 500 personnes âgées. Elle porte sur l'incidence et les facteurs de risque de la maladie (Paquid) [4, 5].

L'Observatoire régional de la santé Provence Alpes Côte d'Azur, en étroite collaboration avec le service de neurologie et de neuropsychologie du CHU Timone, l'Institut de santé des armées du Pharo et l'INSERM Unité 169, va entreprendre une autre étude épidémiologique dont les principaux objectifs sont :

— mesurer la prévalence des démences séniles et de la maladie d'Alzheimer sur un territoire bien défini, le département des Bouches

du Rhône a été retenu ;

— estimer les besoins spécifiques des personnes présentant une démence sénile et de leur famille, et comparer ces besoins à ceux de la population âgée générale. Ce volet socio-économique de l'étude sera aussi bien qualitatif que quantitatif.

Dans second temps, après cette première enquête de prévalence et en relation avec les équipes Nord-Américaines du CERAD (*), nous serons amenés à comparer les deux groupes de malades d'Alzheimer du département des Bouches du Rhône et de la province francophone du Québec, dans l'objectif de rechercher les facteurs de risque de la maladie.

Cette étude est une enquête transversale sur un échantillon représentatif de l'ensemble des personnes âgées du département des Bouches du Rhône. Elle porte sur 3 000 personnes âgées de plus de 70 ans, 90 % d'entre elles vivent à leur domicile et 10 % sont hébergées dans un établissement d'accueil.

L'enquête se compose de deux parties, l'une

se déroulant en institutions pour personnes âgées, l'autre en population générale. Elle reposera sur un sondage aléatoire à deux degrés (fig. 1).

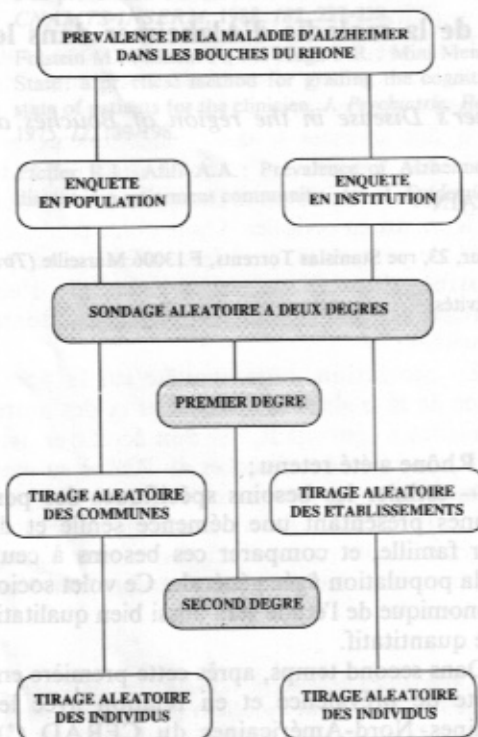


FIG. 1. — Sondage aléatoire à deux degrés.

Le premier degré du sondage consiste à tirer au sort d'une part les établissements, et d'autre part les communes dans lesquelles se déroulera l'enquête. Le second degré du sondage comporte un choix aléatoire des personnes âgées; 2 700 personnes de notre échantillon vivent à leur domicile. Elles sont choisies par tirage au sort sur les listes électorales des communes préalablement retenues. 300 personnes sont hébergées en établissements. Elles sont tirées au sort sur la liste des présents dans les établissements sélectionnés. Ce sondage des personnes sera stratifié selon le sexe et l'âge proportionnellement à la population du département [7].

Cette enquête se déroule en deux phases au domicile de la personne interrogée (fig. 2). Les 3 000 personnes sont informées du déroulement de cette étude par un courrier personnel dans

lequel nous sollicitons leur participation. Parallèlement, une large campagne de communication, orientée vers le grand public et le corps médical, annoncera cette étude.

Deux enquêtrices se rendront au domicile de la personne et l'interrogeront tant sur ses activités et ses besoins éventuels que sur l'état de sa mémoire. Un test, employé depuis longtemps en France, le Mini Mental State (MMS), sera réalisé à son domicile. Il comporte 30 questions simples permettant de dépister une diminution des capacités intellectuelles [8]. Si le score est inférieur à 24/30, l'enquêtrice demandera à la personne interrogée son accord pour recevoir la visite d'un neurologue qui devra faire le diagnostic du trouble cognitif. Cet examen médical constitue la phase 2 de cette étude. Bien entendu, le médecin traitant des personnes entrant en phase 2 sera avisé et leur accord sera sollicité [9].

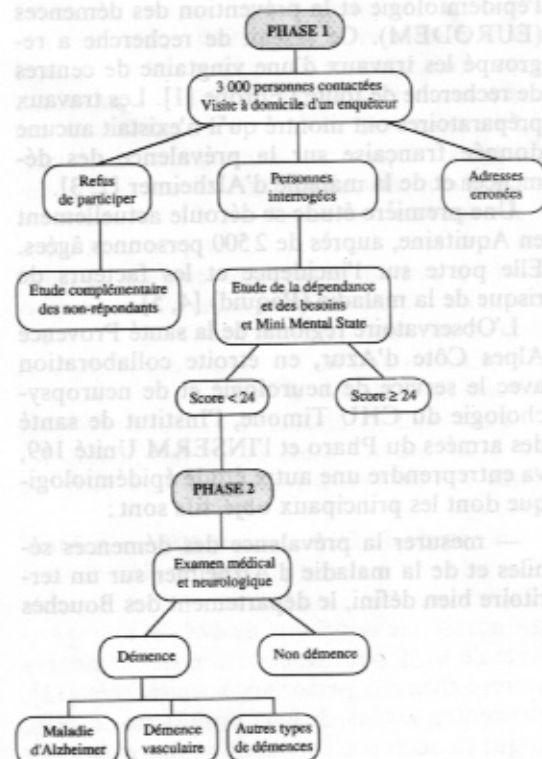


FIG. 2. — Plan général du programme d'étude sur la maladie d'Alzheimer en Provence - PREMAP.

Le questionnaire phase 2 comprend l'histoire clinique du sujet, un examen clinique et neurologique, une étude de la prise médicamenteuse, permettant d'avoir une bonne impression du diagnostic.

Le diagnostic de démence ou de non démence se fait selon les critères du DSM III R [10]. En cas de démence, le diagnostic du type de maladie en cause, et en particulier le diagnostic de maladie d'Alzheimer, sera fait selon les critères du NINCDS-ADRDA de Mac Khann [11]. En cas de démence, un examen tomodensitométrique sera proposé à la personne âgée par son médecin traitant.

Une batterie de tests neuropsychologiques sera également administrée à la personne. Elle comprend un test de fluidité verbale, le Boston naming test (test de dénomination), l'apprentissage d'une liste de mots, un exercice de praxie constructive, le rappel de la liste de mots et la reconnaissance de cette liste au milieu d'autres mots.

Lors de la phase de pré-enquête qui a été réalisée en mai et juin 1990 auprès de 150 personnes âgées de Marseille et d'Aubagne, il a été constaté que près de 30 % des personnes âgées refusaient d'ouvrir leur porte aux enquêteurs. Même si une large campagne de communication devrait faciliter le travail des enquêteurs lors de l'enquête, il faut s'attendre à un fort taux de refus. C'est pourquoi nous avons prévu de réaliser une enquête complémentaire auprès du sous-échantillon des personnes refusant de participer, afin de savoir s'il existe ou non un lien entre leur attitude et la maladie d'Alzheimer.

Il convient de discuter à la fois des limites du Mini Mental State et de la validité des listes électorales utilisées comme base de sondage.

Une étude du Département d'Hygiène Mentale et de Psychiatrie du Johns Hopkins School (Baltimore, Maryland, USA) a montré que le test aurait une sensibilité de 87 % et une spécificité de 82 % pour la détection des démences avérées chez des personnes hospitalisées [12]. Par contre, le taux de faux positifs est de 39 %, ce qui va accroître l'échantillon des personnes vues en phase 2. Le taux de faux négatifs est de 5 %. Il est lié au haut niveau d'éducation des sujets. Ces résultats confirment que le

MMS reste un bon outil de screening pour les démences quand on recherche ensuite l'origine du trouble cognitif. Le MMS présente, en outre, l'avantage de pouvoir être administré par des enquêteurs non médecins, entraînés à sa pratique.

Les listes électorales sont l'une des seules bases de sondage disponible en France. Elle présente de nombreux inconvénients : près de 30 % des adresses sont soit incomplètes, soit périmées. De plus, n'y sont inscrites que les personnes de nationalité française non déchues de leurs droits civiques. Dans notre étude, ces 30 % de personnes, avec lesquelles il n'est pas possible d'entrer en contact du fait d'une adresse erronée, seront remplacées automatiquement.

En conclusion, cette enquête sur la prévalence de la maladie d'Alzheimer et des autres syndromes démentiels, qui doit démarrer dans le département des Bouches du Rhône au mois de mai 1991, apportera une meilleure connaissance de ces maladies et une bonne approche des besoins des personnes âgées de cette région. Les premiers résultats sont attendus pour l'automne 1991.

L'Observatoire Régional de la Santé remercie l'ensemble des partenaires de cette enquête et plus particulièrement A. ALPEROVITCH, M. DELOLME, J. LOUBOUTIN, M. PONCET et A. ALI CHÉRIF.

RÉFÉRENCES

1. Rocca W.A., Hofman A., Amaducci L.: *Prevalence of Alzheimer's disease and other dementing disorders in Europe: A collaborative reanalysis of 1980-1990 findings*. Rotterdam, EURODEM, 1990, 1-31.
2. BERR CL.: Epidémiologie des démences séniles et de la démence de type Alzheimer, in GUARD O., MICHEL B. (Eds) *La maladie d'Alzheimer*. Paris, Medsi/Mc Graw-Hill, 1989.
3. Mas J.L., Alperovitch A., Derouesne C.: Epidémiologie de la démence de type Alzheimer. *Rev. Neurol.*, Paris, 1987, 143, 161-171.
4. Dartigues J.F.: Paquid. Une étude épidémiologique prometteuse. *Rev. Gériatrie*, 1989, 3-4.
5. Gagnon M., Letenneur L., Dartigues J.F.: The validity of the mini mental state examination as a screening instrument for cognitive impairment and dementia in french elderly community residents. *Neuro epidemiology*, 1990, 9, 143-150.

6. Morris J.C., Heyman A., Mohs R.C. *et al.*: The consortium to establish a registry for Alzheimer's disease (CERAD). *Neurology*, 1989, 39, 1159-1164.
7. Alperovitch A.: L'épidémiologie peut-elle contribuer à la prévention des démences? *Actes du 2^e colloque CNAMTS-INSERM*, 1988, 187, 227-228.
8. Folstein M., Folstein F., Mc Hugh P.R.: Mini Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J. Psychiatric Res.*, 1975, 12, 189-198.
9. Pfeiffer R.I., Afifi A.A.: Prevalence of Alzheimer's disease in a retirement community. *Am. J. Epidemiol.*, 1987, 125, 420-436.
10. American Psychiatric Association. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux: DSM III*. Paris, Masson, 1987.
11. Mc Khann G., Drachman D. *et al.*: Report of the NINCDS-ADRDA work group under the auspices of department of health and human services task force on Alzheimer's disease. *Neurology*, 1984, 34, 939-944.
12. Anthony J.C., Le Resche L., Niaz U. *et al.*: Limits of the « Mini Mental State » as a screening test for dementia and delirium among hospital patients. *Psychological Med.*, 1982, 12, 397-408.