UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2020 N° 2020-118

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

DES de MEDECINE GENERALE

par

Clémentine CHAMARRE

Née le 24 novembre 1991 à Nantes

Présentée et soutenue publiquement le 29 septembre 2020

Mise en œuvre du diagnostic précoce des troubles neurocognitifs chez la personne âgée par le médecin généraliste lorsque celui-ci perçoit des troubles.

Président : Monsieur le Professeur DERKINDEREN Pascal
Directeur de thèse : Madame le Docteur DUMONT-BEAUDONNET Véronique

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2020 N°

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

DES de MEDECINE GENERALE

par

Clémentine CHAMARRE

Née le 24 novembre 1991 à Nantes

Présentée et soutenue publiquement le 29 septembre 2020

Mise en œuvre du diagnostic précoce des troubles neurocognitifs chez la personne âgée par le médecin généraliste lorsque celui-ci perçoit des troubles.

Président : Monsieur le Professeur DERKINDEREN Pascal
Directeur de thèse : Madame le Docteur DUMONT-BEAUDONNET Véronique

Remerciements

A Monsieur le Professeur Derkinderen,
Merci pour l'honneur que vous me faites de présider ce jury et d'accepter de juger ce travail.

A Madame le Docteur Boutoleau-Bretonnière,
à Madame le Docteur Jourdain,
à Monsieur le Docteur Vartanian,
Merci pour l'honneur que vous me faites d'être membres du jury et d'accepter de juger ce travail. Je vous remercie pour votre disponibilité.

A Madame le Docteur Dumont-Beaudonnet,
Merci d'avoir accepté d'être ma directrice de thèse, pour votre disponibilité et l'intérêt que vous avez porté à mon travail.

Aux médecins généralistes qui ont accepté de participer aux focus groups, je vous remercie pour votre confiance.

Aux équipes soignantes de médecine polyvalente de Luçon, des urgences de Châteaubriant, de pédiatrie de La Roche-sur-Yon et de médecine polyvalente de Challans,
C'était un vrai plaisir de travailler avec vous.

Aux médecins généralistes qui ont participé à ma formation,
Merci pour la transmission de votre savoir et la confiance que vous m'avez accordée.

A Jérôme, Hortense, Céline et Laure, c'est un plaisir de travailler avec vous.

Aux copains luçonnais, aux sacrés carabins de la Roche, aux med po'potes de Challans, nous sommes de bien belles équipes.

A David et ses meufs, Elise, Céline, Mélanie, Laura, Solenn, Aurélie,
A nos voyages, nos soirées et aux prochains bons moments. Votre amitié est précieuse.

A mes parents, pour votre présence et votre bienveillance.

A Guillaume, mon frère archéologue dont je suis si fière.

A toute la famille, pour votre soutien.

A Julien, à tout ce que tu m'apportes au quotidien et à nos aventures à venir.

Tables des matières

I. INTRODUCTION ..... p. 7

II. METHODE ..... p. 9

III. RESULTAT ..... p. 11

A. Caractéristiques des participants ..... p. 11
B. Les éléments évoquant au médecin généraliste un trouble neurocognitif chez son patient ..... p. 12
1. Les signes cliniques ..... p. 12
2. Lorsque la plainte vient du patient lui-même ou de l'entourage ..... p. 14
C. L'approche du diagnostic du trouble neurocognitif par le médecin ..... p. 14
1. N'aborde pas le sujet dès les premiers doutes ..... p. 14
2. L'approche directe auprès du patient ..... p. 16
3. L'approche par le biais de l'entourage ..... p. 16
4. En cas de refus du patient ..... p. 17
D. Les difficultés rencontrées par les médecins pour évoquer le diagnostic p. 18
1. L'absence de difficulté ..... p. 18
2. L'appréhension vis-à-vis de la réaction du patient ..... p. 18
3. La crainte du médecin ..... p. 19
4. La difficulté liée aux caractéristiques d'une consultation de médecine générale ..... p. 20
E. Le diagnostic du trouble neurocognitif ..... p. 21
1. L'organisation ..... p. 21
2. Les tests de mémoire ..... p. 22
3. Les examens clinique et complémentaire ..... p. 23
4. L'orientation vers les spécialistes ..... p. 24
5. Les différences en fonction de l'âge du patient ..... p. 25
F. Les pistes facilitant le diagnostic ..... p. 26
1. La présence de l'entourage ..... p. 26
2. Les pistes dans la réalisation des tests ..... p. 26
3. Le réseau médical local ..... p. 27
G. La conduite à tenir dès que le diagnostic de trouble neurocognitif est posé ..... p. 27
1. La recherche d'une étiologie ..... p. 27
2. La consultation d'annonce au patient ..... p. 28
3. La mise en place d'un plan d'aide ..... p. 29

H. Différences depuis le déremboursement des traitements anti-Alzheimer p. 32
1. Dans la démarche diagnostique..... p. 32
2. Pour l'orientation vers les spécialistes..... p. 33
3. Dans la prescription du traitement médicamenteux ..... p. 33
4. Dans la prise en charge non médicamenteuse..... p. 34

IV. DISCUSSION ..... p. 36

A. Diagnostic d'un trouble cognitif : les tests ..... p. 36
B. Diagnostic d'un trouble cognitif : les examens complémentaires ..... p. 39
C. Avis spécialisés ..... p. 41
D. La consultation d'annonce ..... p. 42
E. Difficultés induisant un retard diagnostique ..... p. 44
F. Prescription d'un traitement antidépresseur ..... p. 46
G. Effets du déremboursement des traitements de la maladie d'Alzheimer p. 47
H. Un projet de soin personnalisé ..... p. 50
I. Différences de prise en charge selon l'âge du patient..... p. 50
J. Comparaison Loire Atlantique – Vendée ..... p. 51
K. Les biais de l'étude ..... p. 53

V. CONCLUSION..... p. 54

VI. BIBLIOGRAPHIE ..... p. 56

VII. ANNEXES..... p. 62

VIII. LISTE DES ABREVIATIONS ..... p. 111

I. INTRODUCTION

Un trouble neurocognitif est défini comme une réduction acquise, significative et évolutive des capacités dans un ou plusieurs domaines cognitifs. Il s'agit d'une maladie chronique évolutive, non expliquée par une confusion ou une maladie mentale, selon le DSMV (1) (2).
Nous parlerons dans cette thèse de la personne âgée, soit des personnes de plus de 65 ans selon la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé.

Le principal trouble cognitif de la personne âgée connu du grand public est la maladie d'Alzheimer.
En réalité, 80 % des troubles neurocognitifs sont représentés par les maladies neurodégénératives dont la maladie d'Alzheimer, la démence fronto-temporale, la maladie à corps de Lewy diffus et la maladie de Parkinson.
Les 20 % des troubles neurocognitifs restants sont, notamment, les encéphalopathies vasculaires, toxiques, traumatiques (1) (3).

En France, le nombre de patients atteints de la maladie d'Alzheimer est variable selon les études, mais estimé autour de 900 000 cas, en 2018. Le vieillissement de la population a pour conséquence une augmentation significative du nombre de cas, avec 1 million de cas attendus pour 2023 (4).

Etant la principale cause de dépendance chez la personne âgée, les troubles neurocognitifs sont un problème majeur de santé publique, comme en témoignent les différents plans nationaux Alzheimer depuis 2001. Mis en place à la demande des gouvernements politiques, ils permettent d'organiser les soins et structures pour une amélioration du diagnostic et de leur prise en charge (5).

Le dernier plan en date, « Plan Maladie NeuroDégénérative 2014-2019 », demandé par le Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes et la Haute Autorité de Santé, recommande *« la mise en place d'un projet de soin au plus tôt »* pour les personnes présentant une maladie neurodégénérative.
L'objectif de cette précocité est « *d'éviter les situations d'errance qui peuvent conduire à des pertes de chances importantes pour le malade, à des difficultés sociales ou familiales aux conséquences fortes* » et de préserver la qualité de vie du patient ainsi que des aidants.
Cette prise en charge adaptée et au plus tôt ne peut survenir qu'après la pose d'un diagnostic précoce (6).

Le diagnostic précoce consiste, selon l'OMS, à identifier un trouble ou une maladie à partir de tests ou d'examens chez des personnes présentant des troubles définis. Il est appliqué essentiellement de manière individuelle, au début du développement de la maladie, soit dès la perception des premiers symptômes (7).

Au stade où le trouble neurocognitif est majeur, anciennement appelé démence, la maladie est suffisamment importante pour que la personne ne soit plus en capacité d'effectuer seule les actes de la vie quotidienne.

Avant de devenir majeur, des signes débutants sont observables par les proches, les soignants ou le patient lui-même. C'est à ce stade que le diagnostic précoce peut être réalisé.

La plainte cognitive vient dans les ¾ des cas des proches du patient (8). Cependant le médecin traitant a une place essentielle dans le suivi du patient et donc un rôle dans la perception des premiers symptômes (9).

Une étude a montré un sous-diagnostic avec seulement 1 cas de trouble neurocognitif sur 2, tous stades confondus, diagnostiqué et 1 cas sur 3 au stade léger (10). Le délai pour la pose d'un diagnostic après l'apparition des premiers symptômes est de 2 à 3 ans, ce qui profile des difficultés à réaliser ce diagnostic de manière précoce.

Lorsqu'un trouble neurocognitif est suspecté par le médecin généraliste, sans que le patient n'ait de plainte, comment aborde-t-il le sujet avec lui ?

Depuis mai 2018, les « traitements de la maladie d'Alzheimer », les anticholinestérasiques et la Mémantine, ne sont plus remboursés par la Sécurité Sociale. Le Service Médical Rendu est jugé faible par la HAS (11) à cause d'un intérêt incertain et des effets indésirables graves (12) (13).

Ce déremboursement a-t-il eu un impact sur la volonté des médecins à obtenir un diagnostic précoce ?

De plus, en France et selon la HAS, aucun test de repérage de trouble neurocognitif n'est recommandé en soins primaires (14).

Quelle est donc la démarche diagnostique du généraliste?

Ces questions nous mènent au sujet de la thèse : la mise en œuvre du diagnostic précoce des troubles neurocognitifs chez le sujet âgé par le médecin généraliste lorsque celui-ci perçoit les troubles.

II. METHODE

Nous avons réalisé une étude qualitative afin d'étudier les pratiques des médecins, leurs ressentis et leurs expériences.

La méthode qualitative est appropriée lorsque le facteur observé est subjectif. Elle consiste à recueillir des données verbales permettant d'étudier le lien et les éventuelles variations, entre l'exercice quotidien du praticien et les recommandations scientifiques. Elle n'apporte pas de preuve en termes de prévalence, de résultat quantifié. Ses conclusions ne peuvent pas être généralisées d'un point de vue statistique. L'objectif de l'étude est de décrire, comprendre et expliquer des phénomènes particuliers (15).

Le procédé du *focus group* a été choisi car il permet un échange et une confrontation des idées entre les participants. Ce sont des entretiens de groupe collectif ayant l'avantage d'être interactif, d'avoir une dynamique de groupe permettant à chacun de s'exprimer et d'expliquer ses choix (16).

Pour cette thèse, deux *focus groups* ont été organisés.

Le premier *focus group* a eu lieu dans les locaux de l'URML de La Roche sur Yon le 12 avril 2019, réunissant 7 médecins exerçant en Vendée.

Le second s'est déroulé à Nantes, au domicile du Docteur Dumont Beaudonnet, la directrice de thèse, le 30 avril 2019, en présence de 7 médecins exerçant en Loire Atlantique.

Les participants à ces entretiens sont des médecins généralistes exerçant en cabinet de ville, en Loire Atlantique ou en Vendée. Ces 2 départements ont été choisis en fonction de mes connaissances professionnelles, ayant travaillé dans ces 2 départements.

Le recrutement des médecins s'est fait parmi mes connaissances professionnelles et celles de la directrice de thèse, sur demande directe en face à face ou par mail.

Il n'y a eu aucun refus de participation.

Certains participants se connaissaient car travaillaient dans le même cabinet ou faisaient partie d'un même groupe de pairs.

Le sujet de la thèse ne leur a pas été communiqué par avance, afin que les réponses soient les plus spontanées possibles durant les discussions, sans préparation de leur part.

Cette technique d'étude nécessite la participation d'un modérateur et d'un observateur.

La modératrice était le Docteur Dumont-Beaudonnet. Médecin généraliste à Nantes, elle a déjà animé des *focus groups*.

Son rôle était de mener l'entretien en posant les questions du guide d'entretien créé pour cette étude et d'éviter que les participants ne s'éloignent trop du sujet.

J'ai pris le rôle d'observatrice.

Je n'intervenais pas dans les échanges. Mon rôle était d'enregistrer les entretiens et de retranscrire l'aspect non verbal des échanges par écrit.

Un buffet accueillait les médecins, afin de créer une ambiance conviviale et leur permettre de faire connaissance avant le début des entretiens.

Les médecins se sont ensuite installés autour d'une table, favorisant les échanges, avec le modérateur et l'observateur.

Un chevalet était disposé devant chaque participant avec leur dénomination anonyme : une lettre pour identifier le *focus group* de Vendée « V » ou de Loire-Atlantique « L », suivie d'un chiffre. Le médecin devait citer sa dénomination avant de prendre la parole pour ensuite faciliter l'écoute et la retranscription des *focus groups*.

Avant le début des entretiens, j'ai présenté brièvement le sujet et expliqué le déroulement du *focus group*, méthode que peu d'entre eux connaissait.

Le fil conducteur des entretiens était constitué sous la forme d'un ensemble de questions ou guide d'entretien (*Annexe A*). Les questions ont été rédigées à la suite de recherches de la littérature sur le sujet, afin d'explorer le sujet dans sa globalité. Le guide d'entretien comporte 8 questions ouvertes.

Il sert de base de réflexion, permet d'entretenir une dynamique de discussion, tout en laissant une liberté d'expression aux médecins.

Les échanges ont été enregistrés par 2 dictaphones numériques. Les accords pour l'enregistrement et l'utilisation des données ont été recueillis au début des échanges par écrit (*Annexes B et C*).

Les données verbales et non verbales recueillies (attitude, ton de parole, hochement de tête…) ont été intégralement retranscrites « mot à mot » à l'aide d'un logiciel de traitement de texte Word. Le résultat de la retranscription, appelé le verbatim, représente les données de l'étude qui sont ensuite analysées.

Cette analyse a été réalisée par l'observatrice, par analyse thématique ou système de codage. Avant chaque prise de parole, la dénomination du participant est notée afin de l'identifier en toute anonymisation.

III. RESULTATS

A. Caractéristiques des médecins participants aux *focus groups*

Deux *focus group*s ont été organisés :

- Le premier a eu lieu à La Roche-sur-Yon le 12 avril 2019 et a rassemblé 7 médecins exerçant en Vendée. Il a duré 82 minutes.
- Le second s'est déroulé à Nantes le 30 avril 2019, avec 7 médecins exerçant en Loire-Atlantique. Il a duré 74 minutes.

Afin de respecter l'anonymisation des données, les médecins sont identifiés par une lettre (V pour les médecins vendéens et L pour les médecins de Loire-Atlantique) et un chiffre.

Le tableau n°1, en annexe (*Annexe D*), reprend les caractéristiques de chaque participant.
Le tableau n°2, ci-dessous, en est une synthèse :

CARACTERISTIQUES DES MEDECINS		NOMBRE DE MEDECINS CONCERNES
Sexe	Masculin	9
	Féminin	5
Age	26 – 35 ans	3
	36 – 45 ans	2
	46 – 55 ans	7
	>55 ans	2
Eléments d'exercice de la profession	Médecin installé	12
	Médecin remplaçant	2
	En cabinet de groupe	12
	Seul	2
Territoire géographique	Urbain	8
	Semi-rural	5
	Rural	1
Qualification supplémentaire	Avec une capacité de gériatrie	3
	Maitre de stage universitaire	7
Formation gériatrique	Par revue scientifique	11
	Par formation médicale continue	8
	Par cours universitaires	7
	En groupes de pairs	7

Tableau n°2 : Synthèse des caractéristiques des médecins participants aux *focus groups*

Voici les éléments qui ressortent des entretiens.

B. Les éléments évoquant au médecin généraliste un trouble neurocognitif chez son patient

1. Les signes cliniques

La suspicion d'un trouble neurocognitif chez un patient par le médecin est clinique. Il y a une notion de déclin par rapport à l'état antérieur.

Les changements observés sont progressifs, au fur et à mesure des consultations :

« Un changement dans ses habitudes, tout ce qui change dans son quotidien » (L1)

Le principal signe clinique faisant suspecter un début de déficit cognitif est le trouble de la mémoire :

- des questions répétées lors de la consultation
  « Les patients répètent la même chose au fur et à mesure des consultations » (V3)
- des erreurs sur les éléments de leur histoire de vie
  « Des erreurs dans la biographie, ils mélangent leurs petits enfants » (L5)
- des erreurs dans les dates de rendez-vous de consultation

  « [Le patient] qui oublie son rendez-vous une fois, deux fois, et qui n'est pas coutumier du fait » (V4)

  « Vont se tromper dans les dates de renouvellement c'est-à-dire mettons que je les vois tous les 3 mois […] et au bout d'un mois je les vois revenir » (V2)
- des oublis dans les gestes du quotidien

  « Flou dans le traitement, ils ne savent plus trop ce qu'ils prennent » (L5)

  « Les petits oublis […] le code de la carte bancaire » (V3)

Le comportement est inhabituel ; sa présentation, son apparence physique inhabituellement négligées :

« Tout ce qui change dans les habitudes des patients [un] changement vestimentaire » (L4)

« L'hygiène aussi des gens qui ne sont pas habituellement avec des affaires sales » (L1)

Un trouble dysexécutif peut être remarqué durant la consultation :

« Quelqu'un par exemple qui habituellement ne pose pas de problème au rhabillage et qui met sa chemise à l'envers ou qui cherche sa monnaie alors qu'il ne paye pas en pièces » (V4)

Un ralentissement idéo-moteur en général :

> *« [Le ralentissement idéo-moteur est] quelque chose que l'on voit assez précocement »* (L2)
>
> *« Un patient qui est un peu plus ralenti que d'habitude, qui est un peu moins spontané, qui cherche un peu les réponses aux questions qu'on lui pose »* (V1)

Les troubles phasiques sont également mis en évidence avec un discours incohérent, une pauvreté verbale. Les questions ou remarques sont incomprises; la répétition des mêmes questions :

> *« Un discours qui est peu informatif, une tendance à l'utilisation de mot qui remplace celui qui serait venu spontanément dans la conversation, ou un patient qui va expliquer longuement ce qui aurait pu être dit de façon relativement brève »* (V5)
>
> *« Des difficultés de compréhension et un ralentissement à la parole »* (L2)

Une altération des fonctions exécutives, comme pour les démarches administratives qui étaient correctement effectuées auparavant et qui s'avèrent problématiques :

> *« Des difficultés à faire des démarches administratives qu'ils ont fait depuis longtemps, qui sont simples et pour lesquelles ils se trompent, par exemple pour le chèque à remplir. Ils me demandent plusieurs fois de répéter la date, enfin ils l'écrivent mal le chèque »* (V6)

Tous les changements progressifs, d'humeur ou de comportement, qui apparaissent sans cause évidente, d'autant plus s'ils sont associés à d'autres signes cliniques cités plus hauts :

> *« tous les changements d'humeur » (L2)*
>
> *« Les problèmes d'anxiété qui sont un peu répétés chez quelqu'un qui n'était pas particulièrement anxieux » (L1)*
>
> *« Ca peut être de l'agressivité aussi d'être plus en colère »* (L6)

Les médecins observent ces signes cliniques plus aisément dans la patientèle plus âgée, autour de 85 ans. Ils sont moins vigilants avec les patients autour de 65 ans :

> *« C'est plein de petits signes, enfin on l'a dit au début, c'est pas si flagrant que ça. Ce n'est pas facile à distinguer les signes. S'il n'y a pas de plainte dès le premier coup, c'est plus difficile. Après, c'est plus facile chez quelqu'un de plus âgé ; je trouve que les gens sont plus vigilants »* (L2)

2. Lorsque la plainte vient du patient lui-même ou de l'entourage

Il ne s'agit pas de notre sujet d'étude qui cible particulièrement la suspicion des troubles par le médecin généraliste. Mais durant les entretiens, les médecins ont relevé que la suspicion venait le plus souvent du patient, de la famille ou du personnel paramédical s'occupant du patient.

> *« J'ai été peu confronté à des situations où j'ai suspecté moi en premier. La plupart du temps, c'est des patients qui viennent en disant, je ne sais plus où j'ai mis mes clés [par exemple] qui ont déjà eux repéré qu'il se passait quelque chose »* (V1)
>
> *« C'est souvent l'entourage qui dit »* (L1)

Quand la plainte provient du patient, elle s'avère finalement peu spécifique. Elle aboutirait rarement à un diagnostic de trouble cognitif.

> *« Très souvent les gens qui se plaignent de trouble de la mémoire, on fait une recherche d'évaluation. Mais […] c'est surtout des troubles de l'estime de soi et des pertes de confiance, des passages difficiles dans leur biographie, des équivalents dépressifs »* (V7)

C. L'approche du diagnostic du trouble neurocognitif par le médecin

1. N'aborde pas le sujet dès les premiers doutes

Une partie des médecins interrogés n'aborde pas le sujet dès qu'ils suspectent les troubles :

- Principalement à cause de la difficulté à aborder le sujet, dès l'observation des premiers troubles.

  > *« Ce n'est pas la 1ère fois, parce que ce n'est pas évident, enfin une fois tu peux être un peu moins pertinent au niveau intellectuel pour x raison, mais ce n'est pas toujours évident d'aborder le [sujet] »* (L5)

- Ou pour explorer la situation avant d'aborder le sujet avec le patient par crainte de sa réaction.

  > *« Avant d'émettre l'hypothèse qui fait peur à tout le monde en fait en général … c'est-à-dire la maladie d'Alzheimer »* (V7)

La majorité des médecins, qui n'abordent pas le sujet dès les premiers doutes, mettent une note dans le dossier médical au sujet de leurs observations, pour avoir une vigilance particulière lors des consultations suivantes.

> *« Je ne propose pas la première fois, parce que je leur donne quand même le bénéfice du doute. Ils ont le droit une fois d'être perturbé. Enfin, en général, je le note dans un coin du dossier. Puis […] on est vigilant la fois d'après justement, dans la façon dont ils rentrent dans le bureau. On est un peu plus vigilant sur certaines choses, voir si ça se confirme »* (V4)

Le médecin prend en compte l'entourage du patient, le contexte de vie, l'impact d'un potentiel trouble neurocognitif sur la vie du patient.

> *« Je pense que je me demanderais s'il y a un risque pour le patient, s'il y a un danger à la maison »* (L1)
>
> *« S'il est tout seul ou pas »* (L2)

Ce temps de latence permet de rechercher un diagnostic différentiel au trouble neurocognitif, tel qu'un syndrome dépressif ou une potentielle iatrogénie médicamenteuse.

> *« J'essaie déjà de débroussailler […] s'il y a d'autres éléments dans sa vie qui peuvent expliquer des troubles, parce qu'on sait bien qu'un des diagnostics différentiels important c'est la dépression de la personne âgée. Donc savoir si tout se passe bien en ce moment dans la famille ou pour la personne, commencer un petit peu à trier et pas proposer forcément d'emblée un dépistage mémoire »* (V7)
>
> *« Je regarde les ordonnances s'il n'y a pas de médicaments, qui à son âge, peuvent donner confusion »* (V6)

La confusion est un diagnostic recherché.

> *« Eliminer une confusion mentale tout court »* (V7)
>
> Même si *« le syndrome confusionnel et les troubles neurocognitifs, ce n'est pas tout à fait le même tableau »* (V5)

Certains médecins réalisent une biologie et une analyse d'urine. Ils débutent donc les examens faisant partie du diagnostic du trouble neurocognitif, sans aborder le sujet avec le patient. Ces examens participent aussi à la démarche d'élimination des diagnostics différentiels.

> *« Vérifier si au point de vue sanguin et urinaire il n'y a pas un signe infectieux un peu modéré ou discret, qui entraine une confusion mentale facilement chez les gens d'un certain âge […]. Je cherche une réponse organique avant d'émettre l'hypothèse qui fait peur à tout le monde en fait en général… C'est-à-dire la maladie d'Alzheimer»* (V7)
>
> *« Les hyponatrémies sous antidépresseurs si les gens sont déjà sous IRSNA ou une infection urinaire qui passe inaperçue »* (V7)
>
> *« les dysfonctionnements de la thyroïde »* (V4)

Le médecin peut également proposer de réaliser un ou deux tests de mémoire. Les tests préférentiellement utilisés sont « le rappel des 3 mots » et le test de Dubois, du fait de leur rapidité d'exécution.

> *« Je propose de faire un petit jeu le jeu des 3 mots qu'on retient en début de consultation et qu'on demande à la fin de consultation. En général ils ne retrouvent pas, donc c'est plus facile de dire « ah vous avez vu, vous avez des petits problèmes de mémoire, on devrait peut être creuser un peu » »* (L6)
>
> *« Ca dépend de l'état de mon esprit du jour : soit j'attaque d'emblée sur les questions de la mémoire en enchainant sur le test de Dubois, ou alors, comme disait L5, je ne percute pas tout de suite et c'est remis à une autre fois pour aborder les questions »* (L3)

2. L'approche directe auprès du patient

Certains médecins abordent le sujet avec le patient dès les premiers éléments suspects.

Ils verbalisent au patient ces doutes avec les éléments observés :

« Je leur fais remarquer les trucs et je [suis] très frontal, j'y vais bille en tête quoi » (V3)

Ils peuvent poser des questions ciblées au patient, en lui demandant s'il a remarqué des troubles de la mémoire ou des difficultés au quotidien :

« Je pose la question : est-ce que vous avez quelques soucis de mémoire en ce moment ? Et puis on voit ce qui vient » (V7)

« On demande parfois au patient est-ce que lui il trouve qu'il a des difficultés de mémoire et est-ce que ça lui pèse dans son quotidien, est-ce qu'il a remarqué des difficultés récentes dans son quotidien » (L4)

Même si les médecins ont conscience qu'aucune recommandation ne les rend obligatoires, certains proposent la réalisation de tests de mémoire au patient en les présentant comme des examens systématiques à un certain âge. Cette approche permet de justifier les tests et donc de ne pas aborder directement leurs doutes :

« Quand c'est des gens plus âgés, je leur dis que pour tous les gens de plus de 80 85 ans, on fait un test pour savoir où on en est. L'autre fois j'ai proposé le test à un mari et comme ça on pourra le faire pour la femme. Comme je savais que pour le mari y avait rien mais comme on ne savait pas trop comment le proposer à la femme… » (L5)

« Je viens avec un argument un petit peu faux. C'est du mensonge ; je reconnais. Je lui dis qu'après 75 ans, il y a une forte recommandation de faire une consultation mémoire donc je vous envoie voir un spécialiste pour être rassuré » (V6)

3. L'approche par le biais de l'entourage

Le médecin va à la rencontre de l'entourage du patient par téléphone ou en consultation. Pour recueillir des arguments confirmant ses doutes ou les infirmant, il leur demande s'ils ont remarqué des troubles de la mémoire ou des changements progressifs dans le quotidien :

« J'essaie d'avoir le point de vue de la famille, s'ils ont vu aussi un changement de comportement » (V6)

« Je le note dans le dossier. J'en parle pas forcément au patient, mais par contre facilement j'appellerai la famille pour savoir s'ils ont observé quelque chose » (V2)

Ces initiatives ont soulevé la problématique du secret médical :

« C'est légèrement tangent parce qu'il y a le secret médical et normalement la famille ne doit pas être sollicitée sans l'accord du patient » (V7)

Dans la situation où le proche accompagne le patient durant la consultation, le problème de secret médical ne se pose pas :

« *Effectivement, s'il y a un accompagnant à la consultation, ça peut être l'occasion de poser la question* » (V1)

4. En cas de refus du patient

Après que le médecin ait abordé le sujet du diagnostic des troubles neurocognitifs et devant un refus de la part du patient de réaliser les tests, les médecins ont alors 2 propositions :

- Certains invitent le patient à reconsulter avec un proche.
  En discuter à nouveau, avec le patient et ce membre de l'entourage, peut mettre en avant les troubles et faire accepter au patient qu'un diagnostic peut être nécessaire :

  « Si jamais ça ne le fait pas ou qu'il n'accepte pas la proposition de consultation mémoire que je peux lui proposer, pour la fois d'après, essayer de l'amener à venir consulter avec la personne qui partage sa vie afin d'essayer de voir si on peut sortir certains symptômes ou si on peut l'amener à accepter certaines choses, que s'il ne veut pas le faire pour lui mais qu'il le fasse pour l'accompagnant » (V6)

  « On peut solliciter que la personne revienne avec quelqu'un de sa famille et là du coup on est tranquille en fait [pour la problématique du secret médical]» (V7)

- D'autres en rediscutent lors des consultations suivantes.
  Les consultations de suivi permettent au médecin généraliste d'échanger régulièrement avec son patient. Il s'agit d'un véritable avantage, avec la création d'une relation de confiance. Cela peut faire accepter au patient la suite de la prise en charge :

  « Je suis d'accord qu'il faut l'aborder, enfin si on le suspecte. Il faut l'aborder avec le patient lors de la première consultation […]. Si effectivement il n'est pas très clair, on se le note dans le dossier pour être vigilant la prochaine fois et avec la répétition des consultations, où on en parle, l'amener à accepter le bilan cognitif » (V1)

D. Les difficultés rencontrées par les médecins pour évoquer le diagnostic

1. L'absence de difficulté

Dans un premier temps, les médecins n'ont évoqué aucune difficulté pour aborder leur suspicion de trouble cognitif au patient :

« C'est différent de parler […] : est-ce que vous avez quelques problèmes de mémoire en ce moment et de dire est-ce que vous avez des troubles cognitifs ou intellectuels ? Là ça fait chaud […]. Mais si on pose la question, s'ils n'ont pas […] quelques ennuis pour se souvenir des choses, mais en démédicalisant les mots […] ça peut passer plus facilement […]. J'essaye d'adapter mon discours au patient que j'ai en face de moi donc, a priori, je ne rencontre pas moi-même de difficulté» (V7)

« Je n'ai pas l'impression que ça me pose de problème. Après, maintenant, ce qui peut me poser problème, c'est la réaction en face. Là du coup, on est obligé de s'adapter » (V4)

Dans un second temps, après discussion, les médecins ont fait part de leur crainte :

2. L'appréhension vis-à-vis de la réaction du patient

La principale appréhension est celle de la réaction du patient, en abordant le sujet des troubles neurocognitifs.

Le médecin a conscience que de parler de trouble cognitif au patient peut lui faire peur, avec la maladie d'Alzheimer en arrière pensée.

« Ca peut paniquer […] : vous croyez que je suis Alzheimer ?! » (V7)

« J'ai eu des difficultés parce qu'il avait l'impression qu'il serait considéré comme un fou » (V6)

« L'angoisse de la maladie d'Alzheimer : c'est quelque chose de très connu comme nom et très mal connu aussi et tout le monde associe la mémoire à la maladie d'Alzheimer et ils ne voient pas les autres troubles de la mémoire » (L4)

« On peut engendrer de l'anxiété ; ça n'arrange pas certains patients » (L3)

Le médecin peut se retrouver face *« [au] déni du patient »* (L6), ce qui rend ensuite la réalisation des examens complémentaires difficile voire impossible.

3. La crainte du médecin

Les craintes du médecin sont également apparues dans la discussion, surtout dans ce cadre où le patient ne vient pas avec des plaintes cognitives.

Certains médecins craignent d'être iatrogène envers le patient en verbalisant leurs doutes. Cela limite la mise en lumière des troubles et donc la réalisation d'un diagnostic précoce :

> *« On peut se demander si on n'est pas iatrogène en diagnostiquant une maladie quand le patient ne se plaint pas »* (L3)
>
> *« Est-ce qu'on peut imposer un diagnostic à une personne qui ne veut pas de diagnostic ?»* (L4)

Le fait d'aborder le sujet précocement leur apparait plus délétère pour le patient qu'avantageux en termes de prise en charge.

Cela remet en question la nécessité d'être précoce dans le diagnostic :

> *« Je trouve qu'on est rarement dans l'urgence en fait et je me demande est-ce que c'est utile autant de rechercher des troubles cognitifs ? Qu'est-ce qu'on va proposer après ?»* (L1)
>
> *« Quand un patient fait front, c'est-à-dire qu'il dit j'ai pas de problème […], pourquoi on serait obligé de faire un diagnostic si quelqu'un n'en veut pas [?] Quelle est l'option thérapeutique derrière en général, à part détecter une tumeur cérébrale éventuellement curable, les opportunités thérapeutiques sur les troubles cognitifs de type Alzheimer ou autre sont quand même… »* (V7)
>
> *« Qu'est-ce que je vais en faire quoi ? Parce qu'il y a des maladies qu'il faut diagnostiquer le plus vite possible, parce que c'est grave si tu ne t'en occupes pas dans les 15 jours. Mais là, chez quelqu'un qui est très vieux, tu vas te dire bon bah voilà »* (L5)

A l'inverse, d'autres médecins ont fait remarquer qu'une verbalisation des troubles peut être bénéfique pour le patient. Le patient se sent alors pris en charge par le corps médical :

> « *Mettre des mots sur des troubles qu'ils avaient remarqués, ça peut descendre aussi le stress, de se dire on comprend pourquoi vous avez des difficultés*» (L4)

Par exemple, la situation d'un patient dont les médecins suspectaient un trouble neurocognitif depuis plusieurs mois, mais avaient attendu avant d'en parler avec le patient :

> *« On avait attendu qu'il y ai de l'anxiété énorme et ça avait été accepté. Mais c'est vrai, si on l'avait dit dès le début, est-ce qu'on n'aurait pas été plus iatrogène ? Mais là il était tellement anxieux, ça l'embêtait, qu'il avait été plutôt rassuré avec le diagnostic »* (L2)

En appréhendant la réaction du patient face à un tel sujet, aborder le sujet est difficile pour beaucoup des médecins interrogés :

> *« Ce n'est pas évident. Enfin une fois, tu peux être un peu moins pertinent au niveau intellectuel pour x raisons, mais ce n'est pas toujours évident d'aborder le [sujet] »* (L5)
>
> *« Je pense que poser la question, savoir comment la formuler, ça ne me parait pas si évident […] de lui demander s'il a remarqué qu'il avait des troubles »* (V1)

« La difficulté principale, c'est le tact avec lequel il faut arriver à aborder ça et puis essayer de voir ce que le patient est capable d'entendre, d'accepter, d'anticiper après » (V5)

Surtout lorsque le patient présente une anosognosie liée à ces troubles cognitifs et que le patient est isolé socialement :

« Le patient isolé, qui a des troubles cognitifs, et quand on ne peut pas s'appuyer sur la famille, c'est une des difficultés à aborder le sujet » (L4)

Les participants soulignent que leur difficulté est encore plus importante pour des patients entre 65-75 ans.

« Ca dépend des âges, même autour de 65 ans 75 ans, c'est déjà plus dur à engager » (L2)

« Ca peut être compliqué. Enfin je ne l'aborderais pas forcément de la même façon non plus à 65 ans ou à 85 ans en face de moi. Le discours qui va être reçu, à ce moment-là, par la personne, selon son âge, ne va pas être reçu totalement de la même façon à 85 ou à 65. A 65 en effet la violence d'une potentielle annonce peut choquer et peut rendre complexe la prise en charge et puis le bilan ne sera pas forcément le même » (V5)

4. La difficulté liée aux caractéristiques d'une consultation de médecine générale

Une consultation de médecine générale dure en moyenne entre 15 et 20 minutes.
Aborder le sujet des troubles neurocognitifs et proposer ensuite des examens complémentaires en si *« [peu de] temps »* (L3) est compliqué :

« Si le motif de la consultation n'est pas ça, tu ne vas pas te taper un MMS en fin de consult' » (L6)

Un médecin a parlé d'une cotation spécifique pour la réalisation des tests de mémoire.
Mais cette cotation nécessite la réalisation de tests avancés qui ne font pas partis de la batterie classique des médecins généralistes.
Il ne s'agit donc pas d'une solution pour notre sujet de thèse :

« Il y a des cotations pour les bilans mémoire et on est censé faire des tests de Rey et d'autres tests […]. Ça parait compliqué : enfin ce n'est pas en lisant le mode d'emploi qu'on arrive à le faire ; c'est vraiment un apprentissage pour le faire » (L3)

E. Le diagnostic du trouble neurocognitif

Nous sommes maintenant au stade où le sujet des troubles a été abordé.
Sachant qu'il n'existe pas de recommandation concernant les tests de repérages en soins primaires, nous avons demandé aux participants s'ils avaient une méthode pour réaliser le diagnostic du trouble neurocognitif.

1. L'organisation

Une partie des médecins propose à leur patient de programmer une prochaine consultation à court terme dédiée à la réalisation des tests de mémoire :

« Je proposerais assez facilement de revenir faire un test de la mémoire […] sur une consultation dédiée à ça » (L1)

D'autres médecins font certains tests de mémoire lors de la même consultation, c'est-à-dire directement à la suite de l'évocation de la suspicion des troubles :

« Déjà faire le test de Dubois et puis si le test de Dubois est mauvais, c'est plus facile de proposer d'argumenter la consultation sur un autre jour » (L3)

Les médecins sont organisés en fonction des moyens qu'ils ont à leur disposition :

- L'infirmier-ère ASALEE

Les cabinets de plusieurs participants peuvent recourir à un(e) infirmier(ère) ASALEE. Ceux-là font donc appel à lui (elle) pour faire passer les tests de mémoire. Cette consultation est généralement plus longue que celle du médecin généraliste, ce qui facilite la réalisation des tests.

« On a une infirmière ASALEE qui nous fait des dépistages des troubles neurocognitifs dans lequel elle fait le fameux MMS. Elle fait un GDS, le Dubois, le test de l'horloge et le test de la fluence verbale » (V3)

- La consultation mémoire hospitalière

Quelques médecins orientent le patient rapidement vers les consultations mémoires des centres hospitaliers, dont l'Hôpital Bellier à Nantes ou en consultation gériatrique au CH de Challans, pour la réalisation des tests :

« Je ne travaille pas beaucoup avec la consultation mémoire de l'hôpital [de Challans], sauf justement pour les cas précoces, parce que souvent ça mène aussi à une hospitalisation, à des examens complémentaires, ponction lombaire et des choses comme ça, TEP-scan. Enfin y a plein de choses qui peuvent être faites derrière » (V5)

« J'envoie quand même faire un bilan un peu plus poussé à Bellier, enfin à l'hôpital gériatrique de Bellier, pour avoir des tests neuropsy, des tests un peu plus poussés, pour que, s'il y a un syndrome dépressif, ça soit mis en évidence » (L6)

Mais les médecins, surtout ceux exerçant en région semi-rurale en Loire-Atlantique, ont souvent des refus de la part des patients pour aller en consultation mémoire à Nantes :

> *« J'ai beaucoup de personnes qui ne veulent pas aller en consultation mémoire surtout les personnes âgées »* (L1)

- Le médecin généraliste

La majorité des médecins interrogés font eux-mêmes les tests de mémoire avec les patients : soit par absence d'infirmier ASALEE dans le cabinet, soit à cause d'un délai d'attente de consultation trop long pour l'infirmier ASALEE ou soit par préférence du médecin ou du patient.

> *« Actuellement notre infirmière ASALEE a trois mois de délai, donc ça nous arrive qu'on les fasse »* (V4)
>
> *« Je trouve que faire les tests soi-même, ça me permet de renforcer le lien thérapeutique avec le patient et c'est vrai que, même si j'avais accès à une infirmière ASALEE, je pense que je ne la prendrais pas »* (V7)
>
> *« Si l'infirmière ASALEE n'a pas de créneau pour le faire, ou si j'ai envie de les faire, ou si je ressens que le patient préfère que ce soit moi qui les fasse, ou pour une raison X ou Y, on met un créneau et puis la secrétaire elle a l'habitude, elle met en général 30 minutes […] c'est gérable »* (V4)

Un médecin évoque néanmoins le manque de temps pour réaliser ces tests lui-même :

> *« Je n'ai pas le temps, ce n'est pas possible de bloquer une heure pour un patient ce n'est pas possible »* (V3)

2. Les tests de mémoire

Les tests de repérage utilisés sont le MMS, le test de Dubois, le test de l'horloge, le test de la fluence verbale et le GDS.

3 tests sont qualifiés de systématique : le MMS, le test de Dubois et le test de l'horloge.

> *« Elle [l'IDE ASALEE] fait le fameux MMS ; elle fait un GDS, le Dubois, le test de l'horloge et le test de la fluence verbale »* (V4)
>
> *« J'ai fait MMS, les cinq mots et puis l'horloge »* (V1)
>
> *« C'est les trois qu'il faut faire pour le dépistage. C'est les trois minimum »* (V4)
>
> *« et le GDS, l'échelle de la dépression »* (V5)

Un des médecins présents, ayant une capacité de gériatrie, précise que les tests cités ci-dessus sont suffisants pour un diagnostic de trouble neurocognitif chez un patient très âgé. Mais pour le patient plus jeune, autour de 65 ans, d'autres tests plus spécifiques sont nécessaires.

Ces tests spécifiques ne relèvent plus du champ de compétence du médecin généraliste, mais de celui des spécialistes.

> *« Les tests de dépistage préventifs, qui sont en effet ceux qui ont été signalés là et qui sont relativement recommandés, même si ça n'a pas été jusqu'à présent authentifié, ce sont ceux qui sont pratiqués même en hospitalisation gériatrique et autre. C'est les quatre tests [MMS, Dubois, horloge, GDS] qui sont les plus courants […]. Mais à 65 ans, les tests neuropsy seront probablement inéluctables et donc la batterie de quatre va être un peu légère, alors qu'inversement, à 85 ans, dans 90 % des cas, avec votre batterie là et puis un ou deux tests complémentaires RL/RI16 »* (V5)

Un médecin a des difficultés pour faire la différence entre un trouble neurocognitif et une dépression.

> *« Je trouve que ça peut être difficile avec la dépression parce que, est-ce qu'elle est associée ou pas ? La différence entre les troubles de la mémoire et la dépression, j'ai du mal »* (L4)

3. Les examens clinique et complémentaire

Avant même l'évocation de sa suspicion au patient et la réalisation des tests de mémoire, une partie des médecins fait un examen clinique orienté et certains examens complémentaires :

> *« J'ai constaté qu'il y avait des troubles […], je cherche une réponse organique avant d'émettre l'hypothèse qui fait peur à tout le monde en fait en général. C'est-à-dire la maladie d'Alzheimer »* (V7)

D'autres font les examens à la suite des tests de mémoire, qui confirment la présence de trouble cognitif.

> *« A partir de ce moment-là, après on déroule. Effectivement on lance le bilan sanguin le scan [cérébral]»* (V3)

L'examen clinique est complet avec notamment un examen neurologique. Il recherche un diagnostic différentiel tel que le fécalome provoquant une confusion ou une masse inhabituelle par exemple :

> *« Examen neurologique, examen clinique général pour vérifier qu'il n'y a pas de masse qui pourrait expliquer une étiologie secondaire »* (L2)
>
> *« Eliminer aussi les étiologies de confusion plus aigües qui seraient réversibles. Je sais pas, des trucs bêtes le fécalome des choses comme ça »* (L3)

Les examens complémentaires cités sont la biologie complète, une analyse d'urine et le scanner cérébral :

> *« Plutôt pour des diagnostics d'exclusion le bilan habituel biologique, scanner et pour faire un diagnostic positif, y a pas de bilan complémentaire à part les tests »* (L1)

« Vérifier si au point de vue sanguin et urinaire, il n'y a pas un signe infectieux un peu modéré ou discret qui entraine une confusion mentale facilement chez les gens d'un certain âge […], les hyponatrémies sous antidépresseurs si les gens sont déjà sous IRSNA » (V7)

« par exemple sur les dysfonctionnements de la thyroïde » (V4)

Ils sont moins élaborés pour les personnes très âgées :

« Souvent sur des personnes âgées ou très âgées, je ne fais pas trop de bilan à part la prise de sang ou des trucs comme ça, peut-être que je devrais en faire plus, mais je ne sais pas ce que ça va apporter » (L5)

4. L'orientation vers un spécialiste

Une partie des médecins réalise les tests de mémoire, les examens cliniques et complémentaires, puis oriente le patient vers **le gériatre** :

« [Les examens complémentaires] et puis en général ça se termine chez le gériatre qui fait le diagnostic » (V3)

« [Vers] la consultation gériatrique de l'hôpital pour qu'un diagnostic soit posé pour qu'un mot soit mis » (V4)

Certains adressent le patient en « **consultation mémoire** », afin de mettre en place une prise en charge pluridisciplinaire :

« J'adresse facilement au centre de mémoire » (L6)

« A l'hôpital Bellier ou bien à la Clinique Brétéché » (L3)

« J'adresse facilement au centre de mémoire, parce que je trouve qu'il y a une prise en charge. Enfin c'est quand même très chronophage comme pathologie s'il faut que tu t'occupes de tout : de la mise en place de l'orthophonie, des aides à domicile, de l'APA, du CLIC, prévenir tout le monde. Alors que, quand je reçois le compte rendu qui est quand même très très fouillé, parce qu'ils ont fait pas mal de chose, et après ils les dirigent là où il faut, et c'est vrai que je trouve ça assez pratique » (L6)

L'orientation vers **le neurologue** survient pour le patient plus jeune autour de 65 ans, avec l'objectif d'effectuer des examens plus spécifiques :

« Il y a les consultations gériatrie et consultation mémoire à l'hôpital local et pour les personnes jeunes je les oriente plutôt vers le neurologue […]. Je pense que l'attitude est différente en fonction de l'âge du patient et si je suspecte un trouble de la mémoire, je ne pose pas de diagnostic et je le laisse au spécialiste, sauf si le patient est très âgé » (L3)

Quelques médecins adressent leur patient au **psychiatre**, pour une éventuelle primo-prescription d'un traitement. Le choix du psychiatre est lié à sa proximité géographique.

« Dans notre secteur c'est plutôt les psychiatres » (L2)

A plusieurs reprises, les médecins ont fait remarquer que le délai d'attente de consultation chez le spécialiste leur paraissait long :

« Ca se termine chez le gériatre plus de six mois après, voire … » (V4)

« La difficulté […] du délai d'obtention de la consultation, car moi, je ne pose jamais le diagnostic du type de déficit, parce que c'est en dehors de mon champ de compétence. Donc on sait qu'on a éliminé les étiologies secondaires, y'a pas de tumeur cérébrale, y'a pas de trouble biologique, donc on a un trouble neurocognitif essentiel. Mais de quel type ? Enfin moi, je ne me sens pas capable de poser le diagnostic, même avec la batterie de tests faite, donc on attend avec impatience la consultation gériatrique de l'hôpital pour qu'un diagnostic soit posé » (V4)

Ils sont aussi mis en difficulté lorsque le patient refuse d'y aller, surtout pour les patients n'habitant pas dans un milieu urbain avec les spécialistes hospitaliers à proximité :

« J'en ai quelques-uns qui refusent complètement d'aller [chez le spécialiste] » (L1)

« Il y a une part de culpabilité, de honte, qui fait qu'ils refusent d'aller plus loin aussi et le deuxième refus c'est le bilan est passé chez le spécialiste et après il refuse d'y retourner […]. Je pense qu'ils se sentent en échec et ça les énerve d'être en échec » (L3)

Certains doutent de la nécessité d'un avis spécialisé.

Le spécialiste a une proximité moindre avec le patient. Le temps d'observation est réduit par rapport au médecin généraliste qui a plus de recul pour juger l'apparition de potentiels troubles neurocognitifs :

« Je n'envoie pas souvent au neurologue, je ne suis pas sûr qu'il prenne autant le temps si tu n'as pas d'arrière-pensée avec un diagnostic secondaire […]. Y a pas de raison que le neurologue, qui voit la personne 20 minutes, ait une meilleure approche que toi, qui voit le patient 20 minutes tous les 3 mois depuis 3 ans » (L5)

5. Les différences en fonction de l'âge du patient

Durant toute la durée des entretiens, les médecins ont fait remarquer une différence dans la prise en charge diagnostique en fonction de l'âge du patient.

Comme nous l'avons vu précédemment, ils prennent plus de précaution, davantage de temps d'observation avant d'en parler au « sujet jeune », de peur de leur réaction.

La batterie des tests de mémoire peut être plus complète ; ils n'orientent pas vers le même spécialiste :

« Je pense que ça dépend de l'âge du patient. Si le patient a 85 ans, ça ne change pas grand-chose ; si le patient a 66 ans, je crois que l'approche est différente et l'orienterai vers les CHU Nord pour un bilan plus poussé » (L3)

« Je n'ai pas la même attitude avec différentes personnes. C'est difficile d'avoir une conduite à tenir systématique ; ça dépend si la personne est âgée ou pas âgée, si elle est seule ou pas chez elle, et c'est vrai que 65 ans ce n'est pas la même chose que 85 » (L1)

F. Les pistes facilitant le diagnostic

Après avoir repérer les difficultés pour aborder et mettre en œuvre ce diagnostic de trouble neurocognitif, nous demandons aux médecins les pistes qui pourraient les aider au quotidien.

1. La présence de l'entourage

La présence d'un proche lors de la consultation ou *« la présence d'un proche qui confirme, qui a constaté lui aussi des troubles »* (V1) peut faciliter l'approche du sujet avec le patient.

2. Les pistes dans la réalisation des tests

Un des médecins suggère qu'il faut entreprendre la démarche diagnostique, dès la présence du moindre doute :

« Je pense que si on veut un diagnostic plus précoce il faudrait être plus proactif, c'est-à-dire quand on a un doute, on fixe un rendez-vous, on fait un bilan, et lancer des examens pour le diagnostic différentiel et demander un avis spécialisé pour le diagnostic » (V3)

Le test des 5 mots de Dubois est utilisé en premier lieu, sans obligatoirement entreprendre l'ensemble de la batterie de tests :

« J'avais la notion que, quand on n'avait pas trop de temps […], quand on a un petit doute, le test des 5 mots est quasiment le plus sensible. C'est-à-dire que le MMS déjà c'est plus long et puis le MMS, ça dépend quand même beaucoup plus du niveau socio-culturel du patient » (V4)

Cependant si on se limite au test de Dubois, certains troubles pourraient ne pas être repérés.

« Les 4 tests dont on a parlé évaluent chacun des mémoires différentes : les 5 mots de Dubois évaluent l'indiçage et uniquement l'indiçage. Ils vont donc passer complètement à côté de tout ce qui est psycho-comportemental, de tout ce qui va être lié à d'autres grilles » (V5)

Pour faire accepter les tests de mémoire, un des médecins met en avant les points positifs qui ressortiront de ces tests :

« Je dis souvent que les tests de la mémoire vont mettre en évidence les troubles, mais aussi mettre en évidence les points forts des gens, qu'ils leur restent et du coup faire de ses points

forts pour la rééducation. Enfin les orthophonistes se servent beaucoup de ça, de toutes les différentes mémoires. Et des fois, avec des tests si tu vois qu'ils sont plus mémoire visuelle, tu vas faire des post-it ou noter sur un tableau » (L5)

3. Le réseau médical local

La prise en charge diagnostique peut être pluridisciplinaire.

Il est donc important de bien connaitre son réseau local avec les spécialistes et les « filières mémoire » de son secteur :

« Je pense que c'est important de connaitre le réseau dans notre ville. Moi, quand je me suis installé, il y avait des troubles que je n'avais pas forcément fouillé, parce que je ne savais pas vraiment vers qui orienter. Et puis, en envoyant à gauche à droite et en voyant là où il y avait le plus de prise en charge qui me semblait plus ou moins adaptée, maintenant j'ai un réseau qui me semble plus facile d'accès et je me penche plus vers le problème quand je sens que j'ai plus de solutions à proposer » (L4)

Afin d'obtenir un avis spécialisé dans un délai plus rapide, un des médecins propose les consultations gériatriques ambulatoires de ville qui se développent actuellement.

Ces consultations créent un réseau de ville facilitant les prises en charge, dans les territoires où le délai de consultation hospitalière est long :

« Le maillage du territoire […], en effet ce que j'entends de mes collègues et je veux bien croire que ça se passe exactement comme ça, avec une consultation mémoire qui est hospitalo-centrée exclusive […], je pense que mailler le territoire avec des consultations gériatriques ambulatoires de ville, qui permettraient plus rapidement de répondre aux questions, et surtout en plus de mailler le territoire […], ce serait peut-être une façon d'aller plus vite de poser des diagnostics plus précocement et rendre un service plus précocement » (V5)

G. La conduite à tenir dès que le diagnostic de trouble neurocognitif est posé

Nous allons au-delà du sujet de la thèse, qui est le diagnostic, mais les médecins ont tenu à parler de la prise en charge qui suivait ce diagnostic.

1. La recherche d'une étiologie

Une fois le trouble neurocognitif objectivé, les examens cliniques, biologiques et complémentaires sont réalisés.

Ils sont à la recherche d'une étiologie à l'origine des troubles afin de ne pas se limiter à la maladie d'Alzheimer :

« Comme on est dans un trouble neurocognitif, sans étiologie a priori définitive, il faut que l'on cherche une cause, c'est-à-dire qu'on n'a pas dit qu'on était spécifiquement dans la maladie d'Alzheimer » (V7)

« Le diagnostic des troubles cognitifs, c'est des critères DSM4, c'est jamais un diagnostic de certitude. C'est un diagnostic de probabilité, y compris pour le gériatre, avec sa batterie de tests, que de surcroit pour faire le diagnostic, il faut la batterie de tests dont on a parlé tout à l'heure, voire un complément en fonction de la 1ère série qui a été faite, si jamais il y a besoin d'étayer parce qu'on n'est pas à 100 % avec les 4 tests » (V5)

2. La consultation d'annonce au patient

Les médecins relèvent l'importance d'*« une consultation d'annonce officielle du* diagnostic *au patient »* (V5), *« pour aider aussi à l'acceptation de la maladie »* (L2) et afin d'aider également les aidants :

« Le diagnostic, ce n'est pas uniquement pour le patient qu'on le fait, mais pour accompagner tous ceux qui, tout au long de la maladie, seront aussi impactés que le patient par ces troubles cognitifs » (V5)

Mais cette consultation d'annonce peut mettre en difficulté les médecins, au point de ne pas la faire eux-mêmes mais de se référer au spécialiste.

« Je n'ai jamais annoncé moi-même, enfin quand je n'ai pas envoyé à l'hôpital et au spécialiste et qu'il n'y a pas eu de diagnostic de marqué noir sur blanc ; je n'ai jamais dit c'est une maladie d'Alzheimer. J'ai dit c'est des troubles de la mémoire ou des troubles cognitifs » (L5)

« Je ne pose jamais le diagnostic du type de déficit, parce que c'est en dehors de mon champ de compétence […]. Je ne me sens pas capable de poser le diagnostic même avec la batterie de tests faite ; donc on attend avec impatience la consultation gériatrique de l'hôpital pour qu'un diagnostic soit posé » (V4)

Un des médecins ne voit pas d'intérêt pour le patient de faire cette consultation d'annonce

« Je ne fais pas de consultation d'annonce au patient. Qu'est-ce que ça peut foutre que vous ayez une maladie d'Alzheimer ou autre chose ? Enfin je caricature un peu, mais, en gros, vous avez du mal avec la vie quotidienne, il y a des aides donc on va organiser les aides et on ne va pas se focaliser sur ce foutu terme d'Alzheimer, qui fout autant la trouille au patient que les diagnostics de cancer. C'est à mon avis équivalent dans l'image qu'ont les gens. Je ne vois pas trop l'utilité en fait. On n'est pas obligé d'arriver à un diagnostic de certitude, en tout cas dans cette maladie-là » (V7)

3. La mise en place d'un plan d'aide

Les médecins sont tous d'accord de la nécessité d'un plan d'aide pour une prise en charge pluridisciplinaire :

> *« On vient de monter une maison de santé là et, via cette maison de santé, on peut avoir accès à des réunions pluri-professionnelles. Donc on utilise ce biais-là pour réunir les différents acteurs. Ça va être l'infirmière, les aides sociales diverses et variées… Et puis on a une association qui prend les anciens pour leur faire faire des jeux, un peu de rééducation et on se réunit tous ensemble autour de ces patients-là »* (V3)

Le bénéfice est certain :

> *« Je ne rejoins pas ce que j'ai entendu sur le « on ne peut rien faire et y a pas de curatif du tout ». En ce qui me concerne, c'est sûr que pour moi, selon le diagnostic qui sera posé, il y a un grand service à rendre même si ce service à rendre n'est pas forcément médicamenteux »* (V5)

Généralement, les médecins proposent des aides en fonction des difficultés repérées même en amont de la pose du diagnostic :

> *« Sans avoir de diagnostic, c'est difficile de proposer telle ou telle prise en charge. Mais finalement, est-ce que avoir le diagnostic ça va changer ce que l'on va proposer aux gens et les accompagnements possibles ? Donc peut-être que, si c'est trop long, on peut justement commencer à proposer des choses sans avoir mis un nom »* (V1)

> *« Le diagnostic semble important, mais il n'empêche en aucun cas de démarrer ce qui restera le service premier au patient […]. Je donnerais plutôt le listing des différentes aides qui peuvent être apportées »* (V5)

- Les interlocuteurs paramédicaux

Les aides à domicile et infirmiers ont une place prépondérante dans l'aide au quotidien des patients ayant des troubles cognitifs :

> *« On propose une infirmière pour préparer les médicaments si y'a besoin de préparer les médicaments, mais ça va être un peu de pansements …»* (V4)

Les médecins font facilement appel aux orthophonistes, même si les délais de consultation sont longs :

> *« Tu demandais le bilan orthophonique, parce que le bilan de la mémoire peut aboutir à des séances d'orthophonie. Je l'ai fait pour 2 patients, mais les délais pour un rendez orthophoniste c'est [long] […]. L'orthophonie pour les troubles cognitifs vraiment très légers, ça peut avoir un apport positif sur la mémorisation »* (L3)

Le portage des repas est un service couramment proposé :

« Je pense aux repas qui sont portés » (V6)

- Les accueils de jour et hébergements temporaires

Les ateliers mémoire sont souvent cités comme une aide supplémentaire au patient :

« Pour des personnes jeunes, je trouve que les ateliers mémoire, c'est pas mal [chez] quelqu'un qui est motivé » (L1)

Ce sont des accueils de jour proposés par les associations ou par les EHPAD. Ces temps d'accueils permettent de faire des exercices de rééducation, de maintien cognitif ou un temps de repos aux aidants.

Les hébergements temporaires sont un véritable temps de répit pour les aidants :

« Des structures qui peuvent aider sur le plan intellectuel, essayer de faire des petits jeux. Y a des associations qui font ça très bien » (V3)

« Tu as les EHPAD qui font aussi des journées accueil de jour avec une espèce de rééduc'. Enfin c'est des exercices, mais c'est surtout pour le soutien pour les familles une ou deux journées pour les aidants » (L2)

« Il y a la MAIA dans les situations avec grande difficulté, il y a les accueils à droite à gauche, il y a les hébergements temporaires, […] il y a des accueils de jour chez l'habitant […]. J'ai 2 interlocuteurs sur Challans qui font de l'accueil de jour à domicile » (V5)

« on fait intervenir facilement le CLIC, pour tout ce qui est pour les aides administratives, pour ce qui est d'aider à mettre en place à la fois les aides associatives et pour ce qui est de l'infirmière et du pilulier » (V4)

- Les associations

« Proposer par exemple le nid des aidants» (V4)

« et les associations pour les aidants type France Alzheimer » (V7)

- Les aides administratives et financières

Le médecin doit remplir des dossiers administratifs afin de permettre au patient d'obtenir des aides financières :

« Il y a l'APA qui est à prévoir pour avoir des aides, le dossier MDPH pour augmenter les aides aux aidants » (V7)

« *la demande d'ALD* » (L5)

➡ L'aide de/et pour l'entourage

L'environnement du patient peut s'avérer dangereux, des conseils d'aménagement du quotidien peuvent être expliqués à la famille :

« Demander à la famille de faire changer le système de cuisson : il faut demander d'éliminer le gaz ; passer à l'électrique » (V7)

Il est important d'informer et expliquer aux proches ce qui est en lien avec la maladie, les symptômes et les ressources auxquelles ils peuvent faire appel.

« On peut faire quelque chose pour la famille pour qu'elle soit informée, qu'elle sache comment elle doit réagir, comment aider le patient et surtout que la famille ne s'épuise pas […]. Il y a des associations pour les aidants familiaux pour accompagner les patients » (V6)

➡ Le traitement médicamenteux

Les traitements « anti-Alzheimer » sont un des maillons de la prise en charge des troubles neurocognitifs. Nous verrons, plus loin dans les résultats, si la prescription de ces traitements est modifiée par son déremboursement.

« Même si on a l'impression que les gériatres ne sont pas tous d'accord [au sujet de l'efficacité des traitements anti-Alzheimer] » (V4)

« Je ne prescris jamais de traitement en primo prescription, je laisse ça aux spécialistes » (V3)

Certains médecins introduisent un traitement antidépresseur d'épreuve, lors de la suspicion de trouble cognitif. Les objectifs sont de traiter un syndrome dépressif, d'apaiser une anxiété associée aux troubles cognitifs, ou même d'avoir un but neuroprotecteur.

« Une fois que j'ai fait l'examen paraclinique d'exclusion, tu mets un traitement antidépresseur d'épreuve avant que le diagnostic soit posé […], même s'il n'y a pas d'anxiété je le mets quand même » (L3)

« J'ai tendance à mettre comme L3, c'est-à-dire que je le [le traitement antidépresseur] mets assez facilement, et puis, à la limite, c'est la seule chose qui peut être intéressante niveau guérison enfin préservation des neurones un peu neuroprotecteur » (L1)

H. Différences depuis le déremboursement des traitements anti-Alzheimer

1. Dans la démarche diagnostique

Au début de la discussion entre les médecins, plusieurs interlocuteurs ont déclaré que le déremboursement des traitements anti-Alzheimer n'avait pas modifié leur démarche diagnostique :

> *« La prise en charge elle est la même, ça ne va pas retarder la prise en charge pour autant […]. Le diagnostic précoce, on peut le faire chez quelqu'un qui a des troubles, enfin chez qui on suspecte des troubles. On doit le faire, après on va le surveiller, mais le diagnostic précoce : oui on le fera »* (V2)

Puis d'autres médecins se sont accordés sur un retard du diagnostic.

Ce retard serait dû à l'absence de solution thérapeutique à proposer d'emblée. Ils doutent d'un intérêt pour le patient de mettre en évidence précocement ces troubles, sans avoir de possibilité de traiter.

Ce doute est d'autant plus présent dans ce contexte particulier où le patient n'a pas de plainte verbalisée.

> *« Je pense que le déremboursement des thérapeutiques a possiblement biaisé la précocité avec laquelle on diagnostiquait les troubles neurocognitifs […]. J'ai le sentiment que ça a forcément un peu influencé la façon de diagnostiquer précocement les troubles, parce qu'on pouvait se dire, qu'en diagnostiquant précocement, on avait les médicaments qui pouvaient empêcher la maladie d'évoluer. Alors qu'aujourd'hui, on ne peut proposer au patient qu'un plan d'aide, ce qui n'est pas négligeable, c'est tout à fait important, mais est-ce qu'un patient, qui n'est pas demandeur, qui n'est pas gêné dans sa vie quotidienne, qui n'a pas de plainte particulière, pour lequel on n'a pas de médicaments à proposer, est-ce qu'il faut qu'on l'emmerde entre guillemets ou est ce qu'il ne faut pas attendre que les troubles évoluent un petit peu plus, pour leur proposer des choses au moment où il est plus gêné et à ce moment-là on n'est plus dans le diagnostic précoce »* (V4)

> *« La volonté de dépistage des gens parce qu'on pouvait, à l'époque, leur faire gagner quelques années de qualité de vie [avec les traitements], à ce prix-là [la volonté de dépistage] va être remis en question dans l'esprit des praticiens et dans l'esprit des gens à fort juste titre, puisque en effet, on se contentera de les accompagner au quotidien dans leurs troubles et non pas, en effet, dans une amélioration de la qualité de vie ou dans un ralentissement de la maladie »* (V5)

2. Pour l'orientation vers les spécialistes

Certains médecins orientent moins les patients vers les spécialistes, y voyant moins d'intérêt devant l'absence de thérapeutique médicamenteuse :

« Maintenant on se sent encore moins obligé de les envoyer au gériatre parce qu'on ne donne plus de traitement. Enfin, avant, on se disait il y a peut-être un traitement à donner » (L1)

« Je suis d'accord qu'on fait de moins en moins de bilan [en consultation mémoire] parce qu'au niveau thérapeutique […] » (L2)

Pour d'autres médecins, le changement récent de remboursement n'a pas modifié la démarche de demande d'avis aux gériatres, neurologues ou aux centres de la mémoire. Ils y trouvent une aide précieuse pour la mise en place d'une prise en charge globale :

« Je n'ai pas l'impression que ça ait changé. Je n'ai jamais eu vraiment l'impression que les médicaments étaient très efficaces, donc le centre de la mémoire, c'était plutôt la prise en charge globale » (L6)

« On envoie plutôt au centre de la mémoire pour éliminer d'autres diagnostics et pour la prise en charge qui n'est pas que médicamenteuse » (L4)

3. Dans la prescription du traitement médicamenteux

Les médecins généralistes présents ne prescrivent pas ou moins de traitement anti-Alzheimer. Ils les retirent de l'ordonnance de leur patient.

« J'en prescrivais des traitements, mais maintenant je n'en prescris plus » (V2)

« Moi, ça a inévitablement changé, parce que j'étais prescripteur initiateur. J'en prescris toujours, moins qu'avant, avec une information systématique maintenant au patient sur le fait que ça ne sera pas remboursé si jamais il accepte de les prendre » (V5)

« Il y en a beaucoup qui arrêtent leur traitement » (L5)

« J'ai essayé de les retirer des ordonnances quand on voyait trainer des médicaments qui ne changeaient rien du tout » (V7)

Il y a les médecins dont le remboursement a facilité la démarche thérapeutique car cela leur donne un argument pour ne pas les prescrire :

« J'ai été élevé avec un discours comme quoi ces médicaments-là ne fonctionnaient pas. Tu vois donc finalement quand ils ont été déremboursés, finalement c'était logique » (V3)

« A la limite, le déremboursement, je trouve ça très bien, parce que c'est plus facile de dire aux gens, vous voyez ça ne sert à rien donc on va arrêter » (L6)

« J'ai essayé de les retirer des ordonnances quand on voyait trainer des médicaments qui ne changeaient rien du tout […] il n'y a pas de preuve clinique d'efficacité » (V7)

A la différence d'un des médecins avec une capacité de gériatrie qui est en désaccord avec le déremboursement :

« A titre personnel, je suis outré que ça ai été déremboursé de cette façon là. Je ne suis pas du tout satisfait de ce que ça peut donner même si ce n'était pas la panacée, il y avait des patients pour lesquels il y avait des bénéfices […] : le patient type de 65 ans avec le diagnostic. C'est peut être celui qui aurait le plus tiré de bénéfice des thérapeutiques déremboursées […]. En ce moment c'est discuté et non pas reconnu à 100 %, avec un niveau de preuve d'inefficacité non plus. L'ensemble des sociétés savantes gériatriques sont opposées à ça et, en ce moment, de nouvelles études sont en cours. Donc je crois qu'il ne faut pas être trop tranché sur un avis individuel» (V5)

Ils ont remarqué que les spécialistes continuent de prescrire les traitements anti-Alzheimer malgré le déremboursement :

« Je trouve que le traitement est encore assez souvent prescrit dans le centre de la mémoire » (L4)

« Plus les psychiatres, j'ai l'impression » (L2)

« J'avais l'impression que c'était plus les neurologues » (L3)

« Quand c'est bien vendu par le spécialiste, quand on leur dit qu'il y a quand même un intérêt, j'ai quelques cas où le traitement non remboursé est quand même pris par les patients quand il n'y a pas de grosses difficultés financières […], même introduit récemment » (L4)

Un des médecins prescrit encore un traitement anti-Alzheimer pour les « patients jeunes ». Il cite ci-dessous l'âge de 45 ans donc hors sujet pour notre étude :

« Ce n'est pas sûr que je ne proposerai pas un médicament à un patient de 45 ans quand même, parce que effectivement, l'impact sur la vie quotidienne, quand ça arrive à un patient de 45 ans, c'est lourd » (V7)

4. Dans la prise en charge non médicamenteuse

Le déremboursement des médicaments ne modifie par la prise en charge non médicamenteuse qui reste la principale aide fournie au patient.

Cependant certains regrettent l'absence de majoration de ces aides en contrepartie des médicaments :

« Ca ne change pas fondamentalement la prise en charge du patient quoiqu'il arrive, parce qu'elle repose de toute façon, pour sa part prédominante, sur le plan d'aide bien avant les thérapeutiques » (V5)

« Sur la stimulation cognitive en but thérapeutique pour le ralentissement de la maladie, qui était quelque chose de tout à fait intéressant, mais en l'état actuel des choses, pour avoir le

droit à l'ESA, parce qu'on parle de l'ESA, c'est-à-dire de l'équipe mobile qui vient de s'occuper de ralentir la perte des neurones des gens, il ne faut pas être précoce, parce qu'aujourd'hui c'est entre 10 et 20 [de MMS]. Donc on attend qu'on soit à un stade modéré de la maladie, pour avoir le droit de travailler ces neurones, sinon il faut acheter soi-même ces consoles spéciales […]. On en pensera ce que l'on en voudra, on retirera des thérapeutiques, on fait d'autres choses, mais on ne créée pas forcément de relais autres non plus pour prendre en charge » (V5)

IV. DISCUSSION

Les médecins n'ont pas eu de difficulté à citer et reconnaître les symptômes lorsque nous leur avons demandé. Ils ont cité des troubles mnésiques, phasiques, dysexécutifs ou des troubles du comportement pouvant leur faire suspecter l'apparition de troubles cognitifs.
Cela correspond aux caractéristiques des troubles neurocognitifs de la classification DSM V (2).

Selon l'étude de Cantegreil-Kallen et Lieberherr de 2004, dans ¾ des cas, la plainte vient des proches s'inquiétant de l'apparition de troubles (8), ce que les médecins de notre étude ont aussi décrits.
Or ces troubles peuvent être banalisés par les proches et considérés comme faisant partis du vieillissement normal ou dus à l'isolement du patient. Cela peut donc retarder la plainte auprès du médecin (10).

Il y a un décalage entre la connaissance théorique des symptômes par les médecins et la mise en évidence des signes par l'entourage. Cela peut nous faire penser qu'il n'est pas aussi aisé de détecter les signes pour le médecin lors de la consultation. Cette difficulté de repérage en pratique quotidienne retarde le diagnostic.

Un article de 2009 décrit qu'un trouble sensoriel associé ou un niveau d'éducation élevé, par exemple, peut engendrer une symptomatologie frustre ou difficile à détecter au début des troubles (10).

A. Diagnostic d'un trouble cognitif : les tests

Dès la suspicion de troubles cognitifs, certains médecins des *focus groups* vérifient avec attention les traitements du patient, afin de repérer un médicament confusiogène.
D'autres interrogent le patient sur des événements de vie récents qui auraient pu le déstabiliser.
Ils sont tous d'accord sur la réalisation d'un examen clinique complet dont neurologique.

Le diagnostic d'une « démence » repose principalement sur une mise en évidence du déficit cognitif, notamment dans le domaine de la mémoire épisodique, des fonctions instrumentales et exécutives (17).

Les médecins ont cité une batterie de 3 tests faite de manière systématique pour le diagnostic d'un trouble neurocognitif : le MMS, le test des 5 mots de Dubois et le dessin de l'horloge. Quelques médecins font, en supplément, la fluence verbale et le GDS.

Comme formulé dans le « Parcours de soins des patients présentant un trouble neurocognitif associé à la maladie d'Alzheimer ou à une maladie apparentée » de la HAS, aucun test de repérage de trouble neurocognitif n'est recommandé en soins primaires (14).

Cependant le MMS semble être une référence dans le monde.
Dans l'étude de Cantegreil-Kallen et Lieberherr, 76 % des médecins généralistes utilisaient le MMS comme questionnaire d'évaluation des fonctions cognitives (8).

Les différents tests les plus utilisés sont évalués ainsi :

➡ Le MMSE ou Mini Mental State Examination (14) (18) (*Annexe F*) :

- Outil le mieux évalué et le plus utilisé dans le monde. Evalue le fonctionnement cognitif global ;
- Test américain, traduit et validé en France ;
- Sensibilité de 63 % et spécificité de 89 %. Faible sensibilité si le déficit cognitif est léger ;
- Dure 10-15 minutes donc facilement utilisable lors d'une consultation chez le médecin généraliste. Score entre 0 (erreurs à tous les items) à 30 (absence d'erreur), le seuil en dessous duquel un trouble cognitif est suspecté est de 24-25 ;
- Evalue l'orientation, l'apprentissage, l'attention, le calcul, la mémoire immédiate, le langage et la recherche d'une apraxie.
  Pour interpréter ce test, il est important de prendre en compte le niveau d'éducation, un trouble du langage ou trouble sensoriel, un trouble psychique ou neurologique, une affection aigue… ;
- Adapté pour le suivi de la pathologie cognitive avec en moyenne une perte de 2 à 3 points par an dans la maladie d'Alzheimer (10) ;
- Erreurs à l'orientation, le calcul et le rappel différé des 3 mots : en faveur d'une maladie d'Alzheimer
  Erreur aux items de langage : peut-être en faveur d'une aphasie progressive
  Erreurs au calcul et au dessin : peut-être en faveur d'une maladie à corps de Lewy
  N'évalue pas les fonctions exécutives donc peu sensible aux troubles frontaux et sous corticaux.

➡ Le test des 5 mots de Dubois (14) (19) (*Annexe G*) :

- Teste la mémoire épisodique avec encodage ;
- Sensibilité de 63 % et spécificité de 91 %. Test validé en France.

➡ Le test Mini-Cog (20) :

- Le test des 3 mots soit évaluation de la mémoire épisodique
  + le dessin de l'horloge (*Annexe I*) recherchant un trouble des capacités visuo-constructives et des fonctions exécutives ;
- Sensibilité de 76 % et spécificité de 73 %. Non validé en France.

➡ Le CODEX ou Cognitive Disorder EXamination (14) :

- Le test des 3 mots + le dessin de l'horloge simplifié par rapport au Mini-Cog. Suivi d'une épreuve d'orientation spatiale en cas d'erreur à l'un des deux tests précédents ;
- Sensibilité de 92 % et spécificité de 85 %. Validé en France.

➡ La fluence verbale (Annexe H) :

Précocement touchée dans la maladie d'Alzheimer et dans toute atteinte des fonctions exécutives.

En supplément des tests que les médecins utilisent régulièrement, nous pouvons retrouver dans la littérature d'autres tests utilisables en soins primaires (21) :

➡ Le test GP-Cog ou General Practitioner Cognition :

- Evalue la cognition du patient en 9 points et le point de vue de l'entourage sur la sévérité des symptômes en 6 points ;
- Test australien, traduit et validé en France.

➡ Le MOCA ou Montreal Cognition Assessment :

- Test global : mémoire, langage, attention, fonction exécutive, praxie, calcul, orientation ;
- Test canadien, traduit et validé en France.

➡ MIS ou Memory Impairment Screening :

- Teste la mémoire épisodique en 4 mots ;
- Sensibilité de 60 % et spécificité de 96 %.

Durant les entretiens, ils n'ont pas parlé des tests évaluant les activités de la vie quotidienne tels que le IADL ou la grille AGGIR. Ils semblent pourtant indispensables dans les différentes études se rapportant au diagnostic et sont le point de départ de la mise en place d'aides au quotidien (4) (17) :

➡ L'échelle IALD ou Instrumental Activities of Daily Living (21) (22) (*Annexe L*):

- Evalue la capacité à réaliser les activités de la vie quotidienne ;
- 8 catégories d'activités dont l'utilisation du téléphone, faire ses courses, gérer son budget et ses médicaments ;
- Ou le ALD qui évalue 6 catégories d'activités de la vie quotidienne ;
- Selon une étude sur la détection de la maladie d'Alzheimer des médecins généralistes en 2004, 32 % des généralistes utilisaient régulièrement le IADL (8).

- La grille AGGIR teste 17 actes de la vie quotidienne.

Les médecins généralistes connaissent généralement bien leurs patients et les informations provenant des échanges médecin-patient peuvent suffir à pointer les besoins de leur patient, sans obligatoirement remplir ces échelles IALD ou AGGIR.

Une étude de Patrizio et Blanchet en 2013 a démontré que les tests étaient utilisés de manière inversement proportionnelle à l'intensité de l'activité du médecin généraliste (23).

Ceux qui sont le plus utilisés sont le MMSE à 48 %, la grille AGGIR à 43 %, le test de l'horloge à 38 % et le test des 5 mots de Dubois à 36 %. Les résultats de cette enquête sont assez semblables avec les tests nommés dans notre étude, hormis pour la grille AGGIR.

Les obstacles à leur utilisation sont le manque de temps, le manque de formation, l'absence de cotation CCAM, le risque d'altération de la relation médecin-patient.

Les médecins interrogés dans cette étude envisageaient la conception d'un test unique de référence qui faciliterait le diagnostic.

Durant les *focus groups*, les médecins ont décrits la réalisation des tests en pratique :

Les tests sont réalisés par eux-mêmes pendant la consultation où le sujet est abordé ou, plus fréquemment, lors d'une autre consultation dédiée. Certains médecins délèguent la réalisation des tests à l'infirmier(ère) ASALEE, lorsqu'il est présent dans le cabinet. D'autres attendent la consultation mémoire ou le rendez-vous chez le gériatre.

Les médecins qui font les tests avec leur patient estiment que cela renforce leur relation de confiance.

Afin de faire accepter ces tests, des médecins les décrivent comme « obligatoires » à partir d'un certain âge.

Quelques médecins font des tests comme le rappel des 3 mots ou le test des 5 mots de Dubois sans aborder le sujet avec le patient. Si ces derniers sont anormaux, cela permet d'en parler.

B. Diagnostic d'un trouble cognitif : examens complémentaires

En parallèle de ces tests, car réalisée soit avant soit après les tests, les médecins prescrivent une biologie, de façon systématique et à tout âge.

Elle permet de rechercher un trouble ionique ou endocrinien, par exemple, pouvant favoriser un trouble cognitif ou une confusion. Ils disent aussi faire une analyse d'urine pour éliminer une infection urinaire.

Si le trouble cognitif est confirmé par l'interrogatoire et les tests, les participants de notre étude programment un scanner cérébral.
Certains médecins s'arrêtent à la prise de sang, et ne font pas d'imagerie pour les patients plus âgés (au-delà de 85 ans).

Selon l'étude de 2004, 72 % des médecins généralistes du réseau Sentinelle, réalisent un scanner cérébral et 54 % à la fois une biologie et un scanner cérébral (8).

La littérature confirme la pertinence des examens complémentaires demandés par les médecins de notre étude.
Une synthèse d'études publiées entre 1987 et 2002 a démontré que 10 % des personnes présentant des troubles de type démence avaient une cause potentiellement réversible (21).
La demande de biologie et d'imagerie dans le bilan de trouble neurocognitif a pour objectif de rechercher une cause à l'origine des troubles ou pouvant les aggraver.

Les études de la littérature (9) (21) (24) recommandent :

- La recherche d'une consommation excessive d'alcool/ de toxique, d'un syndrome d'apnée du sommeil ;
- De faire un point des médicaments pris : benzodiazépine, atropinique, neuroleptique, Metformine (carence de vitamine B12), Acide Valproïque ;
- Puis de réaliser une biologie comprenant : Numération formule sanguine, ionogramme sanguin avec calcémie, créatinine, TSH, glycémie, dosage de la vitamine B12 et de l'acide folique, transaminases, GGT, albuminémie, CRP, sérologies VIH / syphilis /Lyme ;
- Et enfin de programmer une imagerie cérébrale : un scanner ou une IRM cérébrale pour rechercher une lésion cérébrale telle qu'une tumeur, un hématome, une hydrocéphalie. Cette imagerie est d'autant plus importante si le patient a moins de 60 ans, si les troubles sont d'apparition rapide, s'il y a un antécédent de traumatisme cérébral ou de cancer, etc…

Les recherches se poursuivent pour une amélioration du diagnostic des troubles neurocognitifs comme en témoignent deux études récentes publiées en mars 2020 (25) (26).
Ces études, une suédoise et une américaine, ont démontré que la protéine Tau 181 avait un dosage plasmatique 3,5 fois plus élevé chez les personnes avec une maladie d'Alzheimer que les sujets contrôles. De plus, cette protéine avait une concentration plasmatique plus élevée chez les patients avec une maladie d'Alzheimer par rapport aux patients avec une démence non Alzheimer. Cette protéine aurait donc une valeur diagnostique dans la maladie d'Alzheimer.
A partir de ces études, de nouveaux essais cliniques sont nécessaires pour développer un test sanguin. Ce test serait moins invasif et moins couteux qu'une ponction lombaire ou un TEP scanner pour diagnostiquer une maladie d'Alzheimer.

C. Avis spécialisés

Dans le guide de la HAS de 2018, il est recommandé d'adresser à un médecin spécialiste de la mémoire toute personne présentant un trouble neurocognitif documenté par un médecin généraliste.
Cet avis spécialisé doit avoir lieu sans délai si le patient a moins de 70 ans ou s'il présente une forme atypique (avec des signes neurologiques ou psychiatriques) (4).

91 % des médecins de l'étude concernant les généralistes Sentinelles (8) adressaient leurs patients aux spécialistes : 68 % chez le neurologue, 23 % en consultation mémoire, 17 % chez le gériatre et 6 % chez le psychiatre.

Dans notre étude, les médecins adressent préférentiellement en consultation mémoire ou chez le gériatre pour le diagnostic. L'aide du neurologue est recherchée lorsque le patient est plus jeune (autour de 65 ans).
Certains médecins exerçant en Loire-Atlantique, en dehors du secteur nantais, font appel au psychiatre de par sa proximité géographique.

Un des médecins vendéens juge cette spécialisation trop hospitalo-centrée, ce qui complexifie la prise en charge du patient par le généraliste.
Le délai de consultation spécialisée, pouvant être parfois de plus de 6 mois, est un problème reconnu par tous les intervenants.

Afin de faciliter la réalisation du diagnostic, ce même médecin propose un maillage du territoire avec des consultations gériatriques ambulatoires, par des généralistes ayant une spécialisation en gériatrie. Ces consultations de proximité seraient une alternative au réseau hospitalier engorgé.

Il s'agit de la verbalisation du modèle de cloisonnement, entre les médecins généralistes et les spécialistes hospitaliers, décrit dans l'article de Rolland. De façon caricaturale, les généralistes craignent que leurs patients disparaissent dans une *« forteresse hospitalière »* et les gériatres ou neurologues considèrent les généralistes incompétents dans le repérage de la maladie et du suivi des patients (27).

Par ailleurs, dans la discussion, nous avons pu observer une différence de l'approche diagnostique à faire appel aux spécialistes entre les médecins nantais « intra-muros » et les médecins de Loire-Atlantique semi-urbains.
En effet, les praticiens nantais n'ont pas de difficulté à adresser leurs patients en consultation mémoire, déléguant la réalisation des tests de mémoire, des examens complémentaires, ainsi que la consultation d'annonce et le suivi.

Tandis que les autres praticiens, exerçant en dehors de Nantes, réalisent eux-mêmes la plupart des tests.

Deux explications sont données par ces médecins :

- leur demande de consultation est refusée par le service hospitalier car elle est jugée hors secteur ;
- un refus du patient ne voulant pas se déplacer vers ces centres par peur de la ville ou une envie du patient d'être suivi exclusivement par le médecin traitant.

D. La consultation d'annonce

Une partie des médecins de l'étude insiste sur l'importance d'une consultation d'annonce du diagnostic, le rendant ainsi « officiel ». Les principaux bénéfices qu'ils en attendent sont une aide à l'acceptation de la maladie et une aide aux aidants.

Malgré ces avantages, certains délèguent la consultation d'annonce aux spécialistes (gériatres, neurologues). Ils avouent ne pas se sentir compétents pour la pose d'un tel diagnostic et/ou craindre la réaction du patient.

Par contre, un des médecins ne voit pas l'intérêt de réaliser une consultation d'annonce. Il met en place les aides nécessaires au patient, sans chercher à nommer la maladie.

De nombreuses études décrivent l'importance de l'annonce du diagnostic.

L'annonce donne une perspective au patient avec un effet structurant. En nommant la maladie, elle met un terme à une période d'incertitude. Elle a un véritable rôle fondateur dans la relation médecin-malade (28).

Une fois le diagnostic posé, une adaptation du quotidien est possible : la mise en place d'un plan de soin, un changement d'attitude de l'entourage, une anticipation des périodes de crises, un choix dans les décisions auxquelles le patient peut participer (17).

Au regard de la loi :

Selon la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, l'information médicale reste un droit du patient et un devoir du médecin.

«*Toute* personne *a le droit d'être informée sur son état de santé*» et l'information « *incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables*.» L'information « *porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus*» (29).

D'après l'article 35 du Code de la Santé Publique, cette information doit être «*loyale, claire et appropriée*» par un professionnel qui «*tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension*» (30).

En pratique, et comme décrit dans nos *focus groups*, cette annonce diagnostique n'est pas si évidente.

Selon une étude de 2002 issue de PAQUID, seulement 30 % des patients présentant une démence ou leurs proches connaissent leur diagnostic précis (31).
D'après une étude anglaise de 2000, 80 % des géronto-psychiatres pensent qu'annoncer le diagnostic est bénéfique pour le patient et 71 % souhaiteraient le savoir pour eux-mêmes. Mais dans leur pratique médicale, seulement 40 % disent régulièrement le diagnostic et 25 % utilisent le terme de maladie d'Alzheimer (27).

C'est un exemple de positionnement paternaliste du médecin, où tout comme dans notre étude, le médecin le plus âgé a tendance à ne pas dire le terme d'Alzheimer parce qu'il n'en voit pas l'intérêt pour le patient.
Il est d'usage de confronter deux modèles d'exercice de la médecine : les modèles paternaliste et conventionnel.

- Avec le modèle paternaliste, le médecin veut protéger le patient et n'utilisera pas le terme « maladie d'Alzheimer » mais « trouble de la mémoire », pour ne pas inquiéter le patient. Le médecin discute de manière claire avec la famille ; le patient peut se sentir dévalorisé car jugé comme incapable de recevoir le diagnostic.
- Avec le modèle conventionnel, le médecin veut créer une relation de confiance avec le patient et lui fournira une information claire et complète en nommant la maladie (27).

Une enquête européenne, sur la révélation du diagnostic de maladie d'Alzheimer en 2003, a montré que les aidants familiaux estimaient le temps mobilisé pour donner des explications comme insuffisant et que le médecin manquait de sensibilité.

Voici quelques clés facilitant une annonce de qualité fournit par l'article :

- Fournir une information adaptée au patient et à ses proches ;
- Tenir compte de son niveau d'information préalable sur la pathologie, des idées reçues qui peuvent exister ;
- Répéter plusieurs fois les messages clés de façon différente ;
- Prendre en compte le lien affectif entre l'aidant et le malade et donc l'impact de la révélation du diagnostic ;
- Remettre, éventuellement, des documents écrits explicatifs à relire à domicile (32).

Selon la HAS, la durée de l'entretien doit être adaptée à la demande ou à la réaction du patient : courte si le patient est sidéré par la nouvelle, plus longue si le patient pose des questions.
Le médecin doit avoir une attitude empathique et disponible. Son écoute active aide le patient à poser des questions, à exprimer ses émotions.
Il peut proposer des objectifs à court terme, une aide psychologique et/ou sociale, donner les coordonnées d'associations de malades (33).

Le médecin sera confronté et devra adapter son discours aux mécanismes de défense, appropriés ou non, du patient face à l'annonce (33). Nous ne détaillerons pas ici ces attitudes de défense de protection du patient car cela nous éloigne du sujet.

E. Difficultés induisant un retard diagnostique

Comme nous l'avons cité dans l'introduction, 1 cas de trouble neurocognitif sur 2, tous stades confondus, n'est pas diagnostiqué, dont 1 cas sur 3 au stade léger. Cela reflète bien l'aspect tardif de pose de diagnostic dans la plupart des situations, voire de son absence (10).

Le délai diagnostique est de 2 à 3 ans, entre le début des symptômes et la pose d'un diagnostic : un an pour l'évocation des plaintes par le patient ou les proches, puis un an pour que le médecin entreprenne les investigations.

Ce retard n'est pas compatible avec le projet de soin précoce recommandé par le « Plan Maladie NeuroDégénérative 2014-2019 » (6).

Nous allons essayer de comprendre les raisons de ce retard.

Nous retrouvons dans nos *focus groups* les mêmes causes pouvant expliquer ce retard diagnostique que dans un article gérontologique de 2009 (10) et une enquête Facing Dementia de 2005 (34).

Ces causes sont reprises ci-dessous avec des explications et des pistes pouvant éviter ses difficultés :

➨ La crainte de la réaction du patient

La réaction du patient peut aller du déni à la panique, de l'anxiété à l'absence d'acceptation (35).

Les médecins relèvent que la difficulté est d'autant plus grande si le patient présente une anosognosie, un des symptômes de la maladie d'Alzheimer.

➨ La iatrogénie

La iatrogénie d'une telle annonce est l'une des peurs des médecins décrite durant la discussion, d'autant plus que le patient n'a pas de plainte verbalisée. Certains médecins ont l'impression que c'est un diagnostic imposé à un patient n'en voulant pas. Cette iatrogénie leur semble être plus importante que les bénéfices en termes de prise en charge, surtout si le diagnostic est fait de manière précoce.

Comme décrite dans une étude de 2007, sur l'annonce de la maladie d'Alzheimer et la relation médecin-malade, cette maladie peut être vécue comme stigmatisante pour le patient dans la société ou au sein de la famille. Il devient « *un vieux incompétent […] privé de raison* » (27).

D’autres médecins de notre étude ont évoqué, en réponse à cette possible iatrogénie, l’intérêt de verbaliser leur suspicion. Cela peut rassurer le patient qui se sent pris en charge ou permettre de dialoguer d’un sujet qu’il n’osait pas aborder.

- **La formulation des doutes du médecin**

La difficulté de formulation verbale des doutes du médecin au patient fait suggérer une gêne liée au sujet.
Les participants de l’étude recommandent un certain tact, une nécessité de s’adapter au patient, à sa capacité d’entendre et d’accepter cette annonce. Il s’agit d’un véritable travail relationnel médecin/patient.
Une partie des médecins en parle au patient dès les premiers doutes, mais d’autres préfèrent se donner plusieurs consultations d’observation avant d’en discuter.
Dans une évaluation des pratiques sur l’annonce d’une mauvaise nouvelle, la HAS promulgue quelques conseils sur le vocabulaire à adopter. Tant que le diagnostic n’est pas posé, il est recommandé de parler de « trouble de mémoire », ne jamais utiliser le terme « démence » ou « sénilité » et éviter « dégénérescence cérébrale » qui a une connotation négative (33).

- **Les craintes du médecin**

Une partie des médecins interrogés n’est pas à l’aise pour aborder le sujet d’un trouble cognitif au patient.
Cela leur renvoie à leur propre ressenti, leur expérience personnelle.
C’est une notion reprise dans une étude de Misery sur l’annonce de diagnostic de maladie grave : les précautions de certains médecins, qui évitent d'informer le patient, sont liées à leurs propres peurs plutôt qu'à l'anxiété du malade. Or, il semblerait qu’une information claire soit moins anxiogène que celle qui laisse place à des zones d'ombre (36).
A travers la maladie cognitive, le médecin voit l’altération d’images parentales, sa propre crainte devant le vieillissement et la mort.
Etant une maladie incurable, cela lui donne le rôle de médecin impuissant.
Cela confronte le médecin à la gestion de manifestations psycho-comportementales et familiales pour lesquelles il n’a pas reçu de formation adéquate (37).

- **L’absence de caractère d’urgence**

Certains soulignent l’absence d’urgence d’un tel diagnostic, permettant donc l’attente d’une plainte du patient ou des proches.
A attendre une plainte, le diagnostic n’est plus précoce.
Afin d’éviter les situations d’errance, « Le Plan des Maladies Neurodégénératives 2014-2019 » énonce que le diagnostic doit être adapté et au moment opportun pour le patient et ses proches (6).

➡ **Le temps d'une consultation de médecine générale**

Aborder ce diagnostic durant le temps restreint d'une consultation de médecine générale, qui n'est pas initialement dédiée au sujet, est cité comme un obstacle.
Certains participants suggèrent une solution qu'ils adoptent déjà au quotidien : proposer au patient de revenir pour une consultation dédiée à l'investigation de ces potentiels troubles.
La création d'une cotation adaptée pourrait faciliter la réalisation de cette consultation dédiée.
La cotation CCAM « ALQP006 » existe pour la réalisation d'un « test d'évaluation d'un déficit cognitif ». Elle côte la consultation à 69,12€ mais exige la réalisation de tests très spécifiques. Ces tests ne relèvent pas de la médecine générale. Nous pouvons citer en exemple le *Wisconsin card sorting test* ou les 15 mots de Rey.
Les tests MMS, l'horloge et les 5 mots de Dubois, les plus utilisés en soins primaires, n'ont actuellement pas de cotation spécifique (38).

F. Prescription d'un traitement antidépresseur

Durant un entretien est apparue l'idée de la prescription d'antidépresseur.
Deux médecins exerçant en Loire-Atlantique ont l'habitude de prescrire un antidépresseur devant toute suspicion de trouble neurocognitif.
L'objectif de cette prescription serait de traiter un syndrome dépressif sous-jacent ou d'apaiser une anxiété liée aux troubles cognitifs. Selon les prescripteurs, l'antidépresseur aurait aussi une action neuro-protectrice.

Une étude danoise reconnaît que les personnes avec des troubles neurocognitifs ont 9 fois plus de traitement antidépresseur sur leur ordonnance que la population générale de la même tranche d'âge (39).

Le traitement antidépresseur n'a pourtant pas d'autorisation de mise sur le marché dans la démence (40).

De plus, selon une méta-analyse de 2011, il n'est pas plus efficace que le placebo pour le traitement de la dépression dans la démence (41).
Il peut être néanmoins intéressant dans l'agitation ou la psychose secondaire à la démence. Il faudra alors privilégier un antidépresseur sans effet cholinergique, type Fluoxétine, Escitalopram, Paroxétine (42).

Sans parler de la prescription médicamenteuse, au stade précoce, certains médecins de notre étude ont des difficultés à différencier un début de maladie cognitive et un syndrome dépressif. On peut citer, en exemple, l'apathie qui est un symptôme en commun entre la dépression et la démence.

D'après l'étude de Patrizio et Blanchet, il est intéressant devant un tel doute de réaliser le test GDS (Geriatric Depression Scale).

Le GDS évalue la thymie du sujet âgé avec une sensibilité de 85-96 % et une spécificité de 62-69 % (*Annexe J*).
Il existe aussi le mini-GDS, qui le réduit en 4 items, compatible avec le temps d'une consultation de médecine générale. Ce dernier a une sensibilité de 70 % et spécificité de 88 % (23) (*Annexe K*).

Le GDS ou mini-GDS semble peu utilisé par les médecins avec 2,4 % de généralistes l'utilisant dans leur pratique quotidienne (8).

En effet, dans la discussion des médecins, le test GDS est cité mais ils ne l'identifient pas comme essentiel au diagnostic des troubles neurocognitifs.

G. Effets du déremboursement des traitements de la maladie d'Alzheimer

Après les antidépresseurs, nous allons évoquer les « médicaments de la maladie d'Alzheimer ».

Le tableau ci-dessous résume les traitements prescrits dans la maladie d'Alzheimer (43). Nous ne reviendrons pas sur leur mécanisme d'action car cela n'est pas utile dans cette thèse.

Inhibiteurs de l'acétylcholinestérase { Donépézil / Galantamine / Rivastigmine	Prescrits dans les formes légères à modérément sévères de la maladie d'Alzheimer soit un MMS de 26 à 10
Antagoniste des récepteurs NMDA : Mémantine	Prescrit dans les formes modérément sévères à sévères de la maladie d'Alzheimer soit un MMS inférieur à 10

Tableau n°3 : Récapitulatif des « médicaments anti-Alzheimer »

Les effets secondaires sont digestifs, cardiaques (bradycardie, trouble du rythme), neuropsychiques (hallucination, agressivité etc), cutanés et des chutes.

La première prescription est faite par les spécialistes : neurologue, gériatre ou psychiatre. L'ordonnance peut ensuite être renouvelée par le médecin généraliste.

Les premiers traitements médicamenteux de la maladie d'Alzheimer sont apparus dans les années 1990, avec un réel espoir.

Déjà en 1998, les études concluaient à une efficacité seulement symptomatique et modeste.

Ensuite, l'accumulation des données concernant les effets indésirables, pouvant être graves, et les interactions médicamenteuses a noirci le tableau.

En 2011, la Commission de la transparence de la HAS a conclu à un intérêt thérapeutique faible pour ces traitements. Elle recommandait de limiter la prescription à un an renouvelable sous conditions strictes.

En 2016, cette même commission a reconnu un Service médical rendu insuffisant et a demandé à la Sécurité Sociale leur déremboursement (44).

En mai 2018, dans le « Guide parcours » de la HAS, ces traitements n'ont plus de place dans la stratégie thérapeutique des troubles neurocognitifs (3).

En France, en août 2018, Madame Agnès Buzin, ministre de la Santé, décide le déremboursement de ces médicaments (42).

Par ailleurs, le rapport bénéfice/risque restant favorable pour l'European Medicines Agency, l'AMM européenne est conservée (45). Ils ne sont donc pas actuellement pas retirés du marché.

Dans la littérature, de nombreuses études remettent en question les traitements de la maladie d'Alzheimer.

Nous donnerons en exemple deux méta-analyses récentes de 2015 à 2019 (12) (13). Elles confirment que ces médicaments ont une efficacité modeste. Cette efficacité concerne surtout les troubles cognitifs, seulement à court terme (pendant 6 mois en moyenne). Elle est mise en évidence chez des patients plus jeunes et avec moins de comorbidités que les patients réellement pris en charge.

Les effets positifs sur les troubles du comportement, la qualité de vie, le délai d'entrée en institution, la mortalité, la charge de la maladie pour les aidants n'ont pas été validés par les études (11) (46).

Cette efficacité modeste voire minime et transitoire, associée au risque d'effet indésirable, potentiellement grave et disproportionné, a remis en question leur remboursement.

De manière caricaturale, les participants de notre étude estiment que les neurologues et les gériatres défendent ces traitements et que les médecins généralistes les jugent inefficaces.

Dans les discussions de nos *focus groups*, les médecins généralistes doutent de l'efficacité de ces traitements. Dans leur pratique, ils ne voient pas d'amélioration des troubles et une dégradation inexorable de l'état cognitif et de l'autonomie chez leurs patients au fil des années.

De plus, n'étant pas des spécialistes de géronto-psychiatrie, ils se fient aux recommandations de la HAS et aux revues médicales qui recommandent de ne plus les prescrire (46) (47).

Le déremboursement leur a paru logique pour la majorité et en accord avec ce qu'ils avaient pu observer dans leur pratique.

Les médecins ont tendance à retirer ces traitements de l'ordonnance de leur patient.

Ils observent également un désaccord entre les gériatres sur l'efficacité des traitements.
Nous avons pu observer ce désaccord dans le *focus group* vendéen entre deux médecins généralistes avec une capacité de gériatrie.
Le premier médecin est contre la prescription de ces traitements les jugeant inefficaces. Le second médecin les prescrit encore, en donnant une information complète aux patients. Ce dernier a d'ailleurs conseillé à l'assemblée de ne pas rester trop fermé sur cette notion de « médicament inefficace » car de nouvelles études sont en cours.

Les gériatres et neurologues « défendent » les traitements anti-Alzheimer, notamment le Donepezil, en se basant sur de récentes études retrouvant un effet positif sur la cognition et les activités de la vie quotidienne (48) (49) (50).
D'autres études sont en cours, sur l'intérêt de ces médicaments et sur la recherche de nouveaux traitements, dont l'immunothérapie (51) (52).
Des chercheurs français ont aussi publié une étude pré-clinique en mars 2020 sur l'intérêt de la L-sérine, un acide aminé ayant un rôle dans la voie métabolique des troubles de la mémoire de la maladie d'Alzheimer (53). Par la voie *per os,* cet acide aminé pourrait restaurer les facultés de mémoire spatiale atteintes de façon précoce. Cette étude a été réalisée sur des modèles souris, des essais cliniques sur l'humain sont donc nécessaires avant d'envisager un tel traitement chez l'homme.
Ces études promettent d'autres débats à l'avenir.

Le déremboursement des traitements de la maladie d'Alzheimer réduit la prise en charge possible après le diagnostic. Les médecins de l'étude disent ne pouvoir proposer au patient qu'un accompagnement et non un moyen de ralentir la maladie.
Même s'ils reconnaissent l'intérêt de la prise en charge non médicamenteuse, une partie d'entre eux avoue que l'absence de solution thérapeutique d'emblée remet en cause l'intérêt d'un diagnostic précoce. Un diagnostic précoce n'aurait pas de bénéfice pour le patient car celui-ci n'aurait pas besoin d'aide au moment du diagnostic fait précocement.

Certains d'entre eux font aussi moins appel aux spécialistes, ne voyant pas l'intérêt d'introduire de traitement. Ils observent quand même que les gériatres et neurologues en prescrivent encore fréquemment.
D'autres adressent toujours leurs patients aux spécialistes, y voyant une aide précieuse pour la prise en charge globale.

H. Un projet de soin personnalisé

En 2018, « Le guide de parcours de soins des patients présentant un trouble neurocognitif » de la HAS recommande de faire « *un plan personnalisé de santé, multidimensionnel, pluridisciplinaire, adapté aux besoins du patient et qu'il n'est pas nécessaire d'attendre le diagnostic étiologique pour en discuter» (6)*.

Les objectifs de cette prise en charge sont de mettre en place un plan d'aide pluridisciplinaire, adapté aux besoins du patient et des aidants, afin de ralentir la perte d'autonomie (3).

Cela est bien évoqué dans le discours des médecins qui reconnaissent tous le bénéfice des aides non médicamenteuses.

Ces aides sont proposées avant même que la consultation d'annonce soit faite et surtout avant la consultation avec le spécialiste, dont le délai d'obtention de rendez-vous est long.

Les participants de l'étude ont cités comme éléments du plan d'aide :

- les aides à domicile, les infirmiers (ères), l'orthophoniste,
- le portage des repas,
- les ateliers de rééducation/le maintien cognitif en accueil de jour ou dans les EHPAD,
- les hébergements temporaires permettant un temps de répit aux aidants,
- le CLIC (Centre Local d'Information et de Coordination), la MAIA (Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'Aide et de soin). Ces dispositifs français aident à l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie pour favoriser leur maintien à domicile (54) (55),
- les associations d'aide aux patients et aidants : France Alzheimer, le Nid des Aidants (dans la région des Sables d'Olonne) ont été citées,
- les aides financières telles que l'APA,
- la déclaration d'ALD n°15.

I. Différences de prise en charge selon l'âge du patient

La tranche d'âge des patients concernés par cette thèse était les plus de 65 ans, selon la définition de la personne âgée par l'OMS.

Dans les deux *focus groups*, cet âge a engendré un débat car les médecins ont tendance à associer trouble cognitif à des patients âgés de plus de 75 ans en moyenne.

Leur prise en charge n'est pas similaire entre des patients de 65 ans ou 85 ans.

Premièrement, pour ce qui est de la suspicion, les médecins se sentent moins attentifs à ces symptômes pour les patients plus jeunes. Cela peut expliquer une errance diagnostic chez les patients plus jeunes comme expliqué par l'INSERM (17).

Deuxièmement, le médecin évoque plus de difficulté à aborder la suspicion de troubles cognitifs avec le patient de 65 ans. Le caractère irréversible d'un tel diagnostic avec une aggravation progressive jusqu'à une perte d'autonomie ajoute de la difficulté à la communication médecin-patient.

Troisièmement, si les tests confirment un trouble cognitif, le médecin adresse systématiquement le patient de moins de 75 ans chez le spécialiste, préférentiellement au neurologue pour la réalisation d'examens plus complets.

Enfin, les médecins prescripteurs introduisent plus facilement un traitement de la maladie d'Alzheimer avec l'objectif d'une efficacité modeste.

J. Comparaison Loire Atlantique – Vendée

Le premier *focus group* a rassemblé des médecins exerçant en Vendée et le second en Loire-Atlantique.

Selon le recensement INSEE de 2016 (56) (57), la représentation des habitants de plus de 60 ans dans les deux départements est chiffrée dans le tableau ci-dessous.

Le nombre d'ALD 15, représentant le nombre de déclaration par le médecin, de patients avec une maladie d'Alzheimer ou autre démence, y est associé. Ces données de 2019 ont été recueillies auprès de la CPAM par courrier, reçu le 10 mars 2020 (*Annexe E*).

	En Vendée	En Loire-Atlantique
Population totale	670 597 personnes	1 380 852 personnes
60-74 ans	126 018 personnes 18,8 % des vendéens	205 444 personnes 14,9 % des habitants du 44
≥ 75 ans	73 962 personnes 11 % des vendéens	115 892 personnes 8,4 % des habitants du 44
ALD n°15 en 2019	714	1 399

Tableau n°4 : Population des personnes âgées et nombre d'ALD n°15 en Vendée et Loire-Atlantique

On dénombre 1,5 fois plus de personnes de plus de 60 ans en Loire-Atlantique qu'en Vendée, mais proportionnellement au reste de la population, cette tranche d'âge est plus représentée en Vendée.

En 2019, il y a environ deux fois plus d'ALD 15 déclarée en Loire Atlantique qu'en Vendée.

Il y a donc 1,5 fois plus de personnes de plus de 60 ans en Loire-Atlantique, et 2 fois plus de déclaration ALD 15 par rapport à la Vendée.

Cependant, nous manquons de données pour affirmer que les médecins de Loire-Atlantique diagnostiquent davantage de troubles cognitifs que les vendéens.

Durant nos *focus groups*, il n'y a pas eu de différence notable entre les 2 groupes concernant l'évocation du diagnostic avec le patient.

Cependant l'allongement du délai d'obtention d'une consultation avec un gériatre ou neurologue, souvent de plus de 6 mois, est fréquemment revenu dans la discussion des médecins vendéens.

Ce temps d'attente n'est pas bien vécu par une partie des médecins. Ils se retrouvent démunis face aux doutes du patient et face à leurs difficultés à réaliser, eux-mêmes, la consultation d'annonce.

Cette notion d'attente de consultation spécialisée est moins citée chez les médecins de Loire-Atlantique.

Nous pouvons constater un nombre moins important de consultations mémoire en Vendée qu'en Loire-Atlantique.

L'annuaire national de Fondation Médéric Alzheimer (58) restitue l'ensemble des sites de consultation mémoire, des lieux d'information type CLIC ou Gérontopôle, des accueils de jour, des hébergements temporaires, des structures d'aides aux aidants, des MAIA etc… :

<u>En Vendée</u> :

- 6 sites de « consultations mémoire » : Challans, Fontenay-le-Comte, La Roche-sur-Yon, Les Sables d'Olonne, Luçon, Montaigu
- 14 lieux d'information

<u>En Loire-Atlantique</u> :

- 11 « consultations mémoire » : Châteaubriant, Guérande, Machecoul, Nantes (Brétéché, Bellier, Laënnec, Confluent), Pornic, Saint Nazaire, Savenay, Vertou, soit quasiment le double
- 22 lieux d'information

Etant moins nombreux, l'accès aux centres de mémoire peut être plus difficile pour les généralistes vendéens.

L'idée donnée par un des médecins vendéens d'accéder à des consultations gériatriques ambulatoires afin de créer un maillage du territoire prend maintenant tout son sens.

K. Les biais de l'étude

La principale force de notre étude qualitative est la dynamique de groupe qui s'est créée avec la liberté des échanges de la part de chacun.

Les participants ne connaissant ni le thème ni le sujet de la thèse avant les entretiens, la discussion s'est avérée plus spontanée et cela n'a pas ajouté de biais de sélection.

Un biais est possible néanmoins dans la sélection des participants. Les groupes sont formés par connaissances professionnelles, sans avoir laissé la place au hasard. Certains médecins travaillaient dans le même cabinet médical ; une prise en charge similaire aurait pu être mise en évidence.

Cependant, la répartition géographique des médecins, du milieu urbain à rural, permet de représenter différents exercices de la médecine générale.

Il faut rappeler qu'une étude par *focus group* ne recherche pas la représentativité de la population générale mais une diversification. Une généralisation des données n'est pas possible.

Dans la littérature, quelques caractéristiques liées aux *focus groups* sont nécessaires à son bon déroulement :

- l'élaboration d'une demi-douzaine de questions ouvertes,
- la sélection de 6 à 8 participants volontaires,
- la présence d'un modérateur et d'un observateur (59).

Ces éléments ont été respectés dans l'étude.

Les échanges entre les participants ont permis de mettre en évidence les différences entre leurs pratiques et les recommandations scientifiques. Les médecins ont conscience de ce décalage.

La présence dans le groupe vendéen de trois médecins généralistes avec une capacité en gériatrie aurait pu empêcher la prise de parole des autres médecins par crainte de leur « avis spécialisé ». Au contraire, la dynamique de groupe et le désaccord entre les gériatres ont permis de libérer la parole de tous et à chacun d'exprimer ses doutes.

La redondance des données entre les 2 groupes est fréquemment apparue, ce qui peut suggérer une saturation des données. La réalisation d'un 3ème *focus group* aurait permis de la confirmer.

Il n'y a pas eu de seconde analyse du verbatim, ce qui implique l'absence de renforcement de la validité externe. Cela n'a pas été fait par absence de volonté de publier.

V. CONCLUSION

Aborder le sujet d'un potentiel trouble cognitif avec son patient peut mettre en difficulté le médecin généraliste.

Il appréhende la réaction de son patient et peut avoir des difficultés à verbaliser ses doutes, surtout sur le temps restreint d'une consultation de médecine générale. Certains médecins ne perçoivent pas le caractère d'urgence d'un tel diagnostic et préfèrent attendre une plainte du patient ou de ses proches.

Ces difficultés remettent en question la nécessité de précocité du diagnostic, préconisée par la HAS. La présence d'un proche ou se laisser un temps d'observation sur plusieurs consultations faciliterait l'abord du sujet avec le patient.

Les tests de mémoire utilisés sont le MMS, le test de Dubois et le test de l'horloge. Le test de la fluence verbale et le GDS sont également cités. Ceux-ci sont majoritairement réalisés lors d'une consultation dédiée à ces tests, soit par le médecin traitant, soit par un infirmier ASALEE, soit en consultation mémoire par un spécialiste.

Le médecin adresse les patients de plus de 75 ans au gériatre ou consultation mémoire et préférentiellement au neurologue pour les moins de 75 ans. Le délai d'obtention d'une consultation spécialisée parait long aux médecins et peut poser problème dans le suivi du patient.

Bien connaitre le réseau médical local facilite la pose d'un diagnostic. Le développement des consultations gériatriques ambulatoires de ville est une piste pouvant faciliter les démarches diagnostiques et les prises en charge.

Les médecins reconnaissent que le déremboursement des « traitements anti-Alzheimer » peut retarder la démarche diagnostique, surtout lorsque le patient n'a pas de plainte cognitive.

Les médecins généralistes prescrivent moins les anti-cholinesthérasiques ou la Mémantine. L'absence de solution thérapeutique d'emblée limite la prise en charge précoce.

Les médecins généralistes regrettent l'absence de développement plus important des aides du projet de soin pluridisciplinaire des personnes âgées atteintes de troubles cognitifs.

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Troubles cognitifs du sujet âgé. Collège des Enseignants de Neurologie. 5è éd. Paris : Elsevier Masson ; 2019

2. American Psychiatric Association, Boyer P, Crocq M, Guelfi J, et *al.* Mini DSM5 critères diagnostiques. Paris: Elsevier Masson ; 2016

3. Haute Autorité de santé. Parcours de soins des patients présentant un trouble neurocognitif associé à la maladie d'Alzheimer ou à une maladie apparentée. Fiche2 : Maladies « apparentées » mais différentes. Mai 2018. [Internet]. [cité 23 mars 2020]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-05/fiche_2_maladies_apparentees_differentes.pdf

4. Haute Autorité de santé. Guide parcours de soins des patients présentant un trouble neurocognitif associé à la maladie d'Alzheimer ou à une autre maladie apparentée. In 2018. [Internet] [cité 23 mars 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-05/parcours_de_soins_alzheimer.pdf

5. Lavallart B. Les politiques publiques face à la maladie d'Alzheimer. ADSP n°65. Pages 25-30. Décembre 2008

6. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. Plan Maladies Neurodégénératives 2014-2019. In 2014. [Internet] [cité 23 mars 2020]. Disponible sur: http://www.cnsa.fr/documentation/plan_maladies_neuro_degeneratives2014.pdf

7. Anaes. Guide méthodologique : comment évaluer a priori un programme de dépistage ? Mai 2004. [Internet]. Haute Autorité de santé. [cité 24 mars 2020]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/guide_programme_depistage_rap.pdf

8. Cantegreil-Kallen I, Lieberherr D, Garcia A, et *al.* La détection de la maladie d'Alzheimer par le médecin généraliste : résultats d'une enquête préliminaire auprès des médecins du réseau Sentinelles. La revue de médecine interne 2004;25:548-55

9. Krolak-Salmon P, et *al.* Vers une stratégie nationale de diagnostic des troubles cognitifs. Approche commune du Collège de médecine générale et des spécialistes des troubles neurocognitifs. Presse Med. 2017.

10. Dartigues J-F, Helmer C. Comment expliquer le retard au diagnostic de maladie d'Alzheimer en France ? Gérontologie et société [Internet]. 1 sept 2009 [cité 20 oct 2018];32 / n° 128-129(1):183-93. Disponible sur: https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2009-1-page-183.html

11. Haute Autorité de Santé - Médicaments de la maladie d'Alzheimer : un intérêt médical insuffisant pour justifier leur prise en charge par la solidarité nationale [Internet]. [cité 23 mars 2020] 21 octobre 2016. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2679466/fr/medicaments-de-la-maladie-d-alzheimer-un-interet-medical-insuffisant-pour-justifier-leur-prise-en-charge-par-la-solidarite-nationale

12. Meng YH, Wang PP, Song YX et *al.* Cholinesterase inhibitors and memantine for Parkinson's disease dementia and Lewy body dementia: A meta-analysis. Exp. Ther. Med.2019 : 17, 1611-1624

13. Matsunaga S, Kishi T, Iwata N. Memantine Monotherapy for Alzheimer's Disease: ASystematic Review and Meta-Analysis. PLoS One2015 : 10, e0123289.

14. Haute Autorité de Santé. Parcours de soins des patients présentant un trouble neurocognitif associé à la maladie d'Alzheimer ou à une maladie apparentée. Fiche 5 : Tests de repérage d'un trouble cognitif en médecine générale. Mai 2018. [Internet]. [cité 23 mars 2020]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-05/fiche_5_tests_reperage_mg.pdf

15. Isabelle Aubin et *al.* Introduction à la recherche qualitative. Exercer 2008;84:142-5

16. Hudelson P. La recherche qualitative en médecine de premier recours. Rev Med Suisse 2004; volume 0.24011

17. Institut national de la santé et de la recherche médicale. Maladie d'Alzheimer : Enjeux scientifiques, médicaux et sociétaux. [Internet]. [cité 23 mars 2020].2007. Disponible sur: http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/72

18. Croisile B. Le Mini-Mental State, un incontournable de la neuropsychologie. Sciences sociales et santé [Internet]. [cité 23 mars 2020]. 24 déc 2014 ;Vol. 32(4):71-7. Disponible sur: https://www.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2014-4-page-71.htm

19. Dubois B. Maladie d'Alzheimer : comment en améliorer le diagnostic ? ADSP n°65, pages 39-40. Décembre 2008

20. Seitz DP, Chan CCH, Newton HT, et *al.* Mini-Cog for the diagnosis of Alzheimer's disease dementia and other dementias within a primary care setting. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 2. Art. No.: CD011415.

21. Reconnaitre les personnes agées atteintes de démence. Evaluer les répercussions et repérer les affections curables. Rev Prescrire 2014 ; 34(368) :437-443

22. Castillo-Rillo J, Lopez-Arrieta J, F de Bermejo-Pareja et al. Instrumental activity of daily living in the screening of dementia in population studies : a systematic review and meta analysis. Int J Geriatr Psychiatry 2007 ; 22 : 829-836

23. Patrizio PD, Blanchet E, Perret-Guillaume C et *al.* What use general practitioners do they tests and scales referred to geriatric? Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Viellissement [Internet].[cité 23 mars 2020]. mars 2013;(1):21–31. Disponible sur: http://www.john-libbey-eurotext.fr/medline.md?doi=10.1684/pnv.2013.0392

24. Filippi M, Agosta F, Barkhof F et *al.* EFNS task force : the use of neuroimaging in the diagnosis of dementia. Eur J Neurol 2012 ; 19 (12) : 1487-1501.

25. Janelidze S, Mattsson N, Palmqvist S et *al*. Plasma P-tau181 in Alzheimer's disease: relationship to other biomarkers, differential diagnosis, neuropathology and longitudinal progression to Alzheimer's dementia. Nat Med [Internet]. mars 2020 [cité 27 mars 2020];26(3):379-86. Disponible sur: https://www.nature.com/articles/s41591-020-0755-1

26. Thijssen EH, Joie RL, Wolf A, et *al*. Diagnostic value of plasma phosphorylated tau181 in Alzheimer's disease and frontotemporal lobar degeneration. Nat Med [Internet]. mars 2020 [cité 27 mars 2020];26(3):387-97. Disponible sur: https://www.nature.com/articles/s41591-020-0762-2

27. Rolland C. Le processus de diagnostic de la maladie d'Alzheimer : l'annonce et la relation médecin-malade. Revue européenne de psychologie appliquée. Volume 57 n°3 pages 137-144. Septembre 2007.

28. Moley-Massol I. L'annonce de la maladie, une parole qui engage. DaTeBe éditions. 2004

29. République française. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002-303 mars 4, 2002. [Internet]. [cité 23 mars 2020]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015&categorieLien=id

30. République française. Code de la santé publique - Article 35. Code de la santé publique. [Internet]. [cité 23 mars 2020]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006680538&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=

31. Alperovitch A, Amouyel P, Dartigues JF, et *al.* Epidemiological studies on aging in France: from the PAQUID study to the Three-City study. C R Biol. 2002; 325:665-672

32. Gély-Nargeot MC, Derouesné C, Selmès J. Enquête européenne sur l'établissement et la révélation du diagnostic de maladie d'Alzheimer. Etude réalisée à partir du recueil de l'opinion des aidants familiaux. Psychologie & NeuroPsychiatrie du vieillissement, 2003 ; 1 (1) : 45-55

33. Haute Autorité de Santé. Annoncer une mauvaise nouvelle [Internet]. [cité 23 mars 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_698028/fr/annoncer-une-mauvaise-nouvelle

34. Bond J, Stave C, Sganga A et *al*. Inequalities in dementia care across Europe: key findings of the Facing Dementia Survey. Int J Clin Pract Suppl. mars 2005;(146):8-14.

35. Larcher, Pouillon, Pariel. Comment annoncer le diagnostic de maladie d'Alzheimer aux patients et à son entourage. La revue de gériatrie. Vol 28 n°4 2003/04. Pages A010-A13

36. Misery L, Chastaing M. Information du patient et annonce du diagnostic de maladie grave.La Revue de Médecine Interne.2005;Volume 26, Issue 12, pages 960-965.

37. Selmès J, Derouesné C. Réflexions sur l'annonce du diagnostic de la maladie d'Alzheimer. Psychologie et neuropsychiatrie du vieillissement. Volume2, numéro 2, 133-140. Juin 2004.

38. OMNIPrat. Test d'évaluation d'un déficit cognitif. [Internet]. [cité 23 mars 2020]. Disponible sur: https://omniprat.org/

39. Kessing LV, Harhoff M, Andersen PK. Treatment with antidepressants in patients with dementia- a nationwide register-based study. International Psychogeriatrics, Vol 19 n° 5, pages 902-913. 2006

40. VIDAL - Antidépresseurs : Classification Vidal [Internet]. [cité 23 mars 2020]. Disponible sur: https://www.vidal.fr/classifications/vidal/c:2318/n:Antid%25C3%25A9presseurs/

41. Nelson JC, Devanand DP. A systematic review and meta-analysis of placebo-controlled antidepressant studies in people with depression and dementia. Journal of the American Geriatrics Society, vol 59, issue 4, pages 577-585. 2011

42. Degandt AL. La maladie d'Alzheimer et ses thérapeutiques. Thèse d'exercice. [Lille, France]. UFR de pharmacie. 2019

43. Les médicaments de la maladie d'Alzheimer - EurekaSanté par VIDAL [Internet]. EurekaSanté. [cité 23 mars 2020]. Disponible sur: https://eurekasante.vidal.fr/maladies/systeme-nerveux/maladie-alzheimer.html

44. Médicaments de la maladie d'Alzheimer : enfin non remboursables en France. Juillet 2018. La revue Prescrire. Tome 38 n° 417 ; page 505

45. DGS_Anne.M, DGS_Anne.M. Arrêt de prise en charge par l'Assurance maladie des médicaments dans la maladie d'Alzheimer [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 23 mars 2020]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/medicaments/article/arret-de-prise-en-charge-par-l-assurance-maladie-des-medicaments-dans-la

46. Patients ayant une maladie d'alzheimer. Février 2019. La revue Prescrire. Supplément Interactions médicamenteuses. Pages 132-133.

47. Haute Autorité de Santé. Maladie d'Alzheimer : mieux repérer et prendre en charge l'apathie [Internet]. [cité 23 mars 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1767363/fr/maladie-d-alzheimer-mieux-reperer-et-prendre-en-charge-l-apathie

48. Hiroyuki Kobayashi, Heii Arai. Donepezil may reduce the risk of comorbidities in patients with Alzheimer's disease: A large-scale matched case-control analysis in Japan. Alzheimer's & Dementia: Translational Research & Clinical Interventions. 2018 ; 4 : 130–136.

49. Birks JS, Harvey RJ. Donepezil for dementia due to Alzheimer's disease. Cochrane Database Syst Rev. 2018 Jun 18;6:CD001190.

50. Wattmo C, Londos E, Minthon L. Longitudinal Associations between Survival in Alzheimer's Disease and Cholinesterase Inhibitor Use, Progression, and Community-Based Services. Dement Geriatr Cogn Disord. 2015;40(5-6):297-310.

51. Avancées dans la recherche sur Alzheimer - En savoir plus [Internet]. Fondation pour la Recherche sur Alzheimer. [cité 24 mars 2020]. Disponible sur: https://alzheimer-recherche.org/savoir-plus-avancees-de-recherche/

52. Alzheimer (maladie d') [Internet]. Inserm - La science pour la santé. [cité 25 mars 2020]. Disponible sur: https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/alzheimer-maladie

53. Douce JL, Maugard M, Veran J, et *al.* Impairment of Glycolysis-Derived l-Serine Production in Astrocytes Contributes to Cognitive Deficits in Alzheimer's Disease. Cell Metabolism [Internet]. 3 mars 2020 [cité 27 mars 2020];31(3):503-517.e8. Disponible sur: https://www.cell.com/cell-metabolism/abstract/S1550-4131(20)30063-2

54. MAIA : une méthode pour améliorer l'accompagnement des personnes âgées | CNSA [Internet]. [cité 23 mars 2020]. Disponible sur: https://www.cnsa.fr/outils-methodes-et-territoires/maia

55. Les points d'information locaux dédiés aux personnes âgées | Pour les personnes âgées. [Internet]. Ministère des solidarités et de la santé. [cité 23 mars 2020]. Disponible sur: https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/qui-sadresser/points-dinformation-de-proximite/les-points-dinformation-locaux-dedies-aux-personnes

56. Dossier complet − Département de la Loire-Atlantique (44) | Insee [Internet]. [cité 23 mars 2020]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-44

57. Dossier complet − Département de la Vendée (85) | Insee [Internet]. [cité 23 mars 2020]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-85

58. Fondation Médéric Alzheimer - Annuaire national [Internet]. [cité 23 mars 2020]. Disponible sur: http://www.annuaire-med-alz.org/

59. Moreau A, Dedianne M-C, Letrilliart L, et *al.* S'approprier la méthode du focus group. La revue du praticien - Médecine générale. 2004 mars 15; Tome 18(645):382–4.

VII. ANNEXES

A. Guide d'entretien

1/ Quels sont les éléments vous faisant évoquer un trouble neurocognitif chez votre patient ?

2/ Quelle est votre approche pour aborder le diagnostic du TNC avec lui ?

Délai entre suspicion et démarche diagnostique

3/ Quelles difficultés rencontrez-vous pour évoquer le diagnostic ?

4/ Sachant qu'il n'y a pas de recommandation sur les tests de repérages en soins primaires, utilisez-vous une méthode pour le diagnostic du TNC ?

Sur les plans clinique, biologique, imagerie

5/ Avez-vous des difficultés pour faire ce diagnostic ?

6/ Quelles pistes pourraient faciliter le diagnostic?

Diagnostic réalisé par MG/IDE ? Consultation dédiée ? Patient seul ou accompagné par proche ? Autres ?

7/ Si un diagnostic de TNC est mis en évidence, quelle est ensuite votre conduite à tenir ?

Annonce diagnostique au patient/aux proches ? Adressé à un spécialiste ?

8/ Votre démarche a-t-elle changée depuis le déremboursement des « traitements anti Alzheimer » ?

Attitude envers ces traitements ? Déprescription ?

B. Caractéristiques des médecins généralistes participants

Chiffre correspondant : …….

Sexe : Homme ☐ Femme ☐

Age : …….

Lieu d'exercice : Rural ☐
Semi-rural ☐
Urbain ☐

Exercice libéral : Seul ☐ Installé ☐ MSU ☐
En groupe ☐ Remplaçant ☐

Diplôme supplémentaire (DU, capacité…) :
……..

Outils de formation en gériatrie : Cours universitaires ☐
FMC ☐
Revues scientifiques ☐
Groupe de pairs ☐
Autres : …….

C. Autorisation des médecins

➨ Présentation

Ce focus group est réalisé dans le cadre d'une thèse de médecine générale.

La séance sera enregistrée par le biais de l'audio.

L'enquête porte sur : le diagnostic précoce des troubles neurocognitifs chez la personne de plus de 65 ans par le médecin généraliste, lorsque celui-ci suspecte le trouble.

Cette recherche est menée par Clémentine Chamarre, encadrée et animée par Véronique Dumont-Beaudonnet.

Cette thèse n'est possible que grâce au consentement des personnes qui acceptent d'être enregistrées, à qui nous demandons par conséquent une autorisation écrite.

➨ Autorisation

Je soussigné(e) _____

- autorise par la présente Chamarre Clémentine à enregistrer en audio le déroulement du focus group de ce jour.
- autorise l'utilisation de ces données, sous leur forme enregistrée et sous leur forme transcrite à des fins de recherche scientifique uniquement (travail de thèse).
- et prends acte que pour cette utilisation scientifique les données ainsi enregistrées seront anonymisées, ceci signifie que les transcriptions de ces données utiliseront des pseudonymes et remplaceront toute information pouvant porter à l'identification des participants.

Lieu et date : _____

Signature :

D. Caractéristiques des participants aux entretiens

Médecins	Lieu du *focus group*	Sexe	Age	Lieu d'exercice	Mode d'exercice	MSU
V1	La Roche-sur-Yon	F	29 ans	Urbain	Remplaçant En groupe	Non
V2	La Roche-sur-Yon	F	57 ans	Urbain	Installé En groupe	Non
V3	La Roche-sur-Yon	H	47 ans	Semi-rural	Installé En groupe	Oui
V4	La Roche-sur-Yon	F	47 ans	Urbain	Installé En groupe	Oui
V5	La Roche-sur-Yon	H	45 ans	Urbain	Installé En groupe	Oui
V6	La Roche-sur-Yon	F	55 ans	Rural	Installé Seul	Oui
V7	La Roche-sur-Yon	F	67 ans	Semi-rural	Installé Seul	Oui
L1	Nantes	H	46 ans	Semi-rural	Installé En groupe	Oui
L2	Nantes	F	33 ans	Semi-rural	Installé En groupe	Non
L3	Nantes	H	53 ans	Semi-rural	Installé En groupe	Non
L4	Nantes	H	36 ans	Urbain	Installé En groupe	Non
L5	Nantes	F	47 ans	Urbain	Installé En groupe	Oui
L6	Nantes	F	55 ans	Urbain	Installé En groupe	Non
L7	Nantes	F	30 ans	Urbain	Remplaçant En groupe	Non

Tableau n° 1 : caractéristiques des participants aux *focus groups* - 1ère partie

	Diplômes supplémentaires	Outils de formation en gériatrie
V1		Cours universitaires, revues scientifiques, groupe de pairs
V2	Capacité de gérontologie, médecine du sport, capacité de pédiatrie	Cours universitaires, groupe de pairs
V3		Revues
V4	DU médecine préventive de l'enfant	FMC, revues, groupe de pairs
V5	Capacité de gérontologie	FMC, revues
V6	Médecine scolaire, échographie	FMC, revues
V7	Capacité de gérontologie, DU oxyologie et médecine de catastrophe	Cours universitaires, FMC, revues
L1	DU médecine préventive de l'enfant	FMC, groupe de pairs
L2		Cours universitaires, FMC, revues
L3		Cours universitaires, revues
L4	DU médecine de l'adolescent, DU médecine préventive de l'enfant	Cours universitaires, FMC, revues, groupe de pairs
L5		FMC, revues, groupe de pairs
L6	DU médecine préventive de l'enfant	Revues, groupe de pairs
L7	DIU de gynécologie	Cours universitaires

Tableau n° 1 : caractéristiques des participants aux *focus groups* - 2ème partie

Abréviations des 2 tableaux ci-dessus :

MSU = maître de stage universitaire

F = femme et H = homme

FMC = formation médicale continue

DU = diplôme universitaire

E. Courrier de la CPAM

SÉCURITÉ SOCIALE
L'Assurance Maladie
Service Médical
Pays de la Loire

Docteur Clémentine CHAMARRE
2 rue du Château Gaillard
44580 BOURGNEUF EN RETZ

Date 10 mars 2020

V/Réf

N/Réf Dr PDN/AB-08/2019

Objet Votre courrier du 20 février 2020 – demande de données

Ma chère consœur,

En réponse à votre courrier du 20 février 2020, veuillez trouver ci-dessous les éléments demandés pour votre thèse de doctorat portant sur les troubles neurocognitifs en Loire-Atlantique et en Vendée :

Année 2019

	ALD 15	
	Admission	**Renouvellement**
Loire-Atlantique	1 295	104
Vendée	668	46

En espérant avoir répondu à votre attente.

Bien confraternellement,

Le Médecin-conseil chef de service,

Docteur Patricia DE NAPOLI COCCI

Service Médical de Loire Atlantique
9 rue Gaëtan Rondeau - CS 90329 - 44203 Nantes cedex 2
Tél. : 3646 (0,06€/min + prix appel) - Fax : 02 51 88 86 50

IMPPP0016AB/16

F. MMSE ou Mini mental State Examination

ORIENTATION

Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire. Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez.
Quelle est la date complète d'aujourd'hui ? ……

- *Si la réponse est incorrecte ou incomplète, posez les questions restées sans réponse, dans l'ordre suivant* :

	!0ou1!		!0ou1!
1. en quelle année sommes-nous ?	!___!	4. Quel jour du mois ?	!___!
2. en quelle saison ?	!___!	5. Quel jour de la semaine ?	!___!
3. en quel mois ?	!___!		

- *Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous nous trouvons*.

6. Quel est le nom de l'Hôpital où nous sommes ? !___!
7. Dans quelle ville se trouve-t-il ? !___!
8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ? !___!
9. Dans quelle province ou région est situé ce département ? !___!
10. A quel étage sommes-nous ici ? !___!

APPRENTISSAGE

- *Je vais vous dire 3 mots ; je voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les demanderai tout à l'heure*.

11. Cigare		[citron		[fauteuil	!__!
12. fleur	ou	[clé	ou	[tulipe	!__!
13. porte		[ballon		[canard	!__!

Répéter les 3 mots.

ATTENTION ET CALCUL

- *Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ?*

14. 93 !___! 15. 86 !___! 16. 79 !___! 17. 72 !___! 18. 65 !___!

- *Pour tous les sujets, même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander :* « voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers » : E D N O M.

RAPPEL

- Pouvez-*vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandé de répéter et de retenir tout à l'heure ?*

19. Cigare		[citron		[fauteuil	!__!
20. fleur	ou	[clé	ou	[tulipe	!__!
21. porte		[ballon		[canard	!__!

LANGAGE

22. Quel est le nom de cet objet? Montrer un crayon !___!
23. Quel est le nom de cet objet? Montrer une montre !___!
24. Ecoutez bien et répétez après moi : « PAS DE MAIS, DE SI, NI DE ET » !__!

- *Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant :*

« Écoutez bien et faites ce que je vais vous dire » (consignes à formuler en une seule fois) :

25. Prenez cette feuille de papier avec la main droite !___!
26. Pliez-la en deux. !___!
27. et jetez-la par terre ». !___!

- *Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractères :*

« FERMEZ *LES YEUX » et dire au sujet* :

28. « Faites ce qui est écrit ». !___!

- *Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo en disant :*

  29. « Voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière. » !___!

  PRAXIES CONSTRUCTIVES.

- *Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander :*

  30. « Voulez-vous recopier ce dessin ». !__!

SCORE TOTAL (0 à 30) !_____!

Disponible sur : httpwww.sgca.froutilsmms.pdf

G. Test des 5 mots de Dubois

➡ **Consignes de réalisation** :

- L'examinateur présente au patient une liste de 5 mots (cf ci-dessous).
- Il lui demande de les lire à haute voix et de les retenir. Ces 5 mots sont placés dans 5 catégories (les catégories ne sont pas présentées).

Objet	**Catégorie/indice** (à masquer)
Rose	fleur
Eléphant	animal
Chemise	vêtement
Abricot	fruit
Violon	instrument de musique

- Demander au patient de donner le nom des objets, avec la possibilité de regarder la liste.
- Cacher la feuille et demander au patient de citer les 5 mots.
- En cas d'oubli et seulement pour les mots oubliés, poser la question en donnant la catégorie (" Quel est le nom du fruit ? par exemple)

Compter les bonnes réponses (avec ou sans indice) = score d'apprentissage (rappel immédiat)

- Si le score est inférieur à 5, montrer à nouveau la liste de 5 mots et rappeler les catégories et les mots oubliés
- Si le score est égal à 5, l'enregistrement des mots a été effectif, on peut passer à l'épreuve de mémoire.

- Faire une activité d'attention intercurrente, pour détourner l'attention du patient pendant quelques minutes (exemple : comptez de 20 à 0 de 2 en 2).

- Puis demander au patient de redonner les 5 mots qu'il a appris tout à l'heure (rappel libre).
- En cas d'oubli, poser la question en donnant la catégorie (rappel indicé).

Compter le nombre de bons mots rapportés = score de mémoire (rappel différé)

➡ **Les résultats :**

Le total = score d'apprentissage (/5) + score de mémoire (/5) qui doit être égal à 10, si le test est normal.
Il existe un trouble de la mémoire dès qu'un mot a été oublié, des explorations supplémentaires sont nécessaires.
L'indiçage permet de différentier un trouble mnésique d'un trouble de l'attention lié à l'âge ou à l'anxiété, dépression, etc...

Dubois B. L'épreuve des cinq mots. Fiche technique. Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie. Année 1. Février 2001. p 40-42.

H. Le test de fluence verbale

- **Consignes de réalisation :**

Pour la fluence lexicale, dire au patient:
«Vous allez devoir me dire le plus de mots français possibles, soit des noms, soit des verbes, soit des adjectifs, etc... commençant par la lettre que je vais vous donner et ceci en une minute. Ne dites pas des mots de la même famille, des noms propres et ne vous répétez pas.... Par exemple avec la lettre L, vous pouvez dire Lune, Laver, Laborieuse, ….».

Pour la fluence sémantique ou catégorielle, dire au patient:
«Vous allez devoir me dire le plus de noms que vous connaissez, dans la catégorie que je vais vous donner et ceci en une minute; sans noms de la même famille, et sans répétitions.... Par exemple pour la catégorie des Fleurs, vous pouvez me dire Rose, Dahlia, Violette ...»
Catégorie habituelle : animaux, fruits, meubles.

Déclencher le chronomètre et noter les réponses.
1. Noter le total de mots produits.
2. Noter le nombre de répétitions. Une répétition (ou persévération) est un même mot reproduit une ou plusieurs fois, par exemple un mot produit trois fois donne deux répétitions.
3. Noter le nombre d'erreurs. L'erreur est représentée par le non-respect de la consigne ci-dessus (mot commençant par une autre lettre que celle donnée ou ne correspondant pas à la catégorie), les noms propres ou mots étrangers.

- **La cotation :**

Le score total est le nombre total de mots produits moins les erreurs ou répétitions.
La fluence verbale est précocement touchée dans la maladie d'Alzheimer mais aussi lors de toute atteinte des fonctions exécutives (ou encore chez des patients aphasiques après AVC).
Dans la maladie d'Alzheimer, la fluence lexicale est touchée avant la fluence catégorielle.
Il faut cependant noter les autres composantes influençant la performance à ce test: influence de la mémoire de travail et de la mémoire sémantique pour la fluence sémantique.
Par exemple, pour la catégorie « animaux », un score <15 est anormal.
Un score <10 pour une lettre courante est aussi anormal.

Cardebat D, Doyon B, Puel M, Goulet P, Joanette Y. Formal and semantic lexical evocation in normal subjects. Performance and dynamics of production as a function of sex, age and educational level. Acta Neurol Belg. 1990;90(4):207-17.

I. Le test de l'horloge

Epreuve visuo-graphique à la recherche d'une apraxie visuelle et constructive.

- **Consignes de réalisation :**

L'examinateur présente au patient une feuille sur laquelle un cercle d'environ 10 cm est dessiné.
Il lui demande de positionner les chiffres correspondant aux heures, puis de dessiner les grande et petite aiguilles pour représenter une heure précise : 10 heures 20 généralement.

Il n'y a pas de temps limite : le sujet doit s'abstenir de regarder sa montre ou une pendule.

- **La cotation sur 7 points :**

1- Les chiffres de 1 à 12 sont présents.
2- Les chiffres sont placés dans le bon ordre.
3- Les chiffres sont bien positionnés.
4- Les deux aiguilles sont dessinées.
5- L'aiguille indiquant l'heure est bien positionnée.
6- L'aiguille indiquant les minutes est bien positionnée.
7- Les tailles différentes des deux aiguilles sont respectées et exactes.

Le score normal est 7/7. Tout point perdu est pathologique.

Il existe aussi une cotation sur 10 points.

Disponible sur: http://www.esculape.com/geriatrie/alzheimer_test_horloge_imprim.html

J. GDS ou échelle gériatrique de dépression

1 - Etes-vous satisfait(e) de votre vie?	O	N*
2 - Avez-vous renoncé à un grand nombre de vos activités?	O*	N
3 - Avez-vous le sentiment que votre vie est vide?	O*	N
4 - Vous ennuyez-vous souvent?	O*	N
5 - Envisagez-vous l'avenir avec optimisme?	O	N*
6 - Etes-vous souvent préoccupé(e) par des pensées qui reviennent sans cesse?	O*	N
7 - Etes-vous de bonne humeur la plupart du temps?	O	N*
8 - Craignez-vous un mauvais présage pour l'avenir?	O*	N
9 - Etes-vous heureux la plupart du temps?	O	N*
10 - Avez-vous souvent besoin d'aide,	O*	N
11 - Vous sentez-vous souvent nerveux(se) au point de ne pouvoir tenir en place?	O*	N
12 - Préférez-vous rester seul(e) dans votre chambre plutôt que d'en sortir?	O*	N
13 - L'avenir vous inquiète-t-il?	O*	N
14 - Pensez-vous que votre mémoire est plus mauvaise que celle de la plupart des gens?	O*	N
15 - Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre à notre époque?	O	N*
16 - Avez-vous souvent le cafard ?	O*	N
17 - Avez-vous le sentiment d'être désormais inutile?	O*	N
18 - Ressassez-vous beaucoup le passé?	O*	N
19 - Trouvez-vous que la vie est passionnante?	O	N*
20 - Avez-vous des difficultés à entreprendre de nouveaux projets?	O*	N
21 - Avez-vous beaucoup d'énergie?	O	N*
22 - Désespérez-vous de votre situation présente?	O*	N
23 - Pensez-vous que la situation des autres est meilleure que la vôtre et que les autres ont plus de chance que vous?	O*	N
24 - Etes-vous souvent irrité(e) par des détails?	O*	N
25 - Eprouvez-vous souvent le besoin de pleurer?	O*	N
26 - Avez-vous du mal à vous concentrer?	O*	N
27 - Etes-vous content(e) de vous lever le matin?	O	N*
28 - Refusez-vous souvent les activités proposées?	O*	N
29 - Vous est-il facile de prendre des décisions?	O	N*
30 - Avez-vous l'esprit aussi clair qu'autrefois?	O	N*

Chaque réponse marquée * vaut un point. O= oui. N= Non.
Score 0 à 5 : normal
Score entre 5 et 9 : indique une forte probabilité de dépression
Score à 10 et plus : indique presque toujours une dépression

Disponible sur : http://www.sgca.fr/outils/gds30.pdf

K. Le mini-GDS

La mini-GDS est la version courte du GDS, en 4 items.

Elle est validée pour le dépistage des patients âgés à risque de troubles thymiques.

1/ Etes-vous souvent découragé et triste?	Oui : 1 point Non : 0 point
2/ Avez-vous le sentiment que votre vie est vide?	Oui : 1 point Non : 0 point
3/ Etes-vous heureux la plupart du temps?	Oui : 0 point Non : 1 point
4/ Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée ?	Oui : 1 point Non : 0 point
Score Total de 0 à 4. Si le score est supérieur ou égal à 1 : forte probabilité de dépression. Si le score est égal à 0 : forte probabilité d'absence de dépression	

Clément JP, Nassif RF, Léger JM, Marchan F.Mise au point et contribution à la validation d'une version française brève de la Geriatric Depression Scale de Yesavage.Encephale 1997 ; 23 : 91-99

L. Echelle IADL

I/ Utiliser le téléphone

1 Se sert du téléphone de sa propre initiative. Recherche des numéros et les compose, etc.
2 Compose seulement quelques numéros de téléphone bien connus.
3 Peut répondre au téléphone, mais ne peut pas appeler.
4 Ne se sert pas du tout du téléphone.

II/ Faire des courses

1 Peut faire toutes les courses nécessaires de façon autonome.
2 N'est indépendant que pour certaines courses.
3 A besoin d'être accompagné pour faire ses courses.
4 Est complètement incapable de faire des courses.

III/ Préparer des repas

1 Peut à la fois organiser, préparer et servir des repas de façon autonome.
2 Peut préparer des repas appropriés si les ingrédients lui sont fournis.
3 Peut réchauffer et servir des repas précuits ou préparer des repas, mais ne peut pas suivre le régime qui lui convient.
4 A besoin qu'on lui prépare et qu'on lui serve ses repas.

IV/ Faire le ménage

1 Fait le ménage seul ou avec une assistance occasionnelle (par exemple, pour les gros travaux ménagers).
2 Exécute des tâches quotidiennes légères, comme faire la vaisselle, faire son lit.
3 A besoin d'aide pour tous les travaux d'entretien de la maison.
4 Ne participe à aucune tâche ménagère.

V/ Faire la lessive

1 Fait sa propre lessive.
2 Peut faire le petit linge, mais a besoin d'une aide pour le linge plus important tel que draps ou serviettes.
3 Nettoie et rince le petit linge, chaussettes, etc.
4 La lessive doit être faite par des tiers.

VI/ Utiliser les transports

1 Voyage tout seul en utilisant les transports publics, le taxi, ou bien en conduisant sa propre voiture.
2 Utilise les transports publics à condition d'être accompagné.
3 Ses déplacements sont limités au taxi ou à la voiture, avec l'assistance d'un tiers.
4 Ne se déplace pas du tout à l'extérieur.

VII/ Prendre des médicaments

1 Prend ses médicaments tout seul, à l'heure voulue et à la dose prescrite.
2 Est capable de prendre tout seul ses médicaments, mais a des oublis occasionnels.
3 Est capable de prendre tout seul ses médicaments s'ils sont préparés à l'avance.
4 Est incapable de prendre ses médicaments.

VIII/ Gérer ses finances

1 Gère ses finances de manière indépendante (tient son budget, libelle des chèques, paye son loyer et ses factures, va à la banque). Perçoit et contrôle ses revenus.
2 Gère ses finances de manière indépendante, mais oublie parfois de payer son loyer ou une facture, ou met son compte bancaire à découvert.
3 Parvient à effectuer des achats journaliers, mais a besoin d'aide pour s'occuper de son compte en banque ou pour des achats importants. Ne peut pas rédiger des chèques ou suivre en détail l'état de ses dépenses.
4 Est incapable de s'occuper d'argent.

L'échelle ADL est simplifiée à 6 activités de la vie quotidienne.

Disponible sur :
http://www.departement-information-medicale.com/wp-content/uploads/2010/09/ECHELLE-IADL-E-LES-ACTIVITES-INSTRUMENTALES.pdf

M. Verbatim du focus group de Loire-Atlantique

- Modérateur : On commence. Quels sont les éléments qui vont font évoquer un trouble neurocognitif chez votre patient ? Il a plus de 65 ans, il vient vous voir en consultation, vous le connaissez euh

  L5 : Erreur dans le rendez-vous venir pas le bon jour pas la bonne heure euh flou dans le traitement ils ne savent plus trop ce qu'ils prennent ou ils se rattrapent mais tu voilà euh oui voilà c'est bon

  L2 : Un ralentissement des difficultés de compréhension aussi et un ralentissement à la parole enfin les cas que j'ai eu c'était ça c'était un ralentissement

  L3 : Des patients qui prennent des rendez-vous plus souvent que nécessaire alors que le traitement est déjà renouvelé pour suffisamment longtemps *(acquiescements de L4 et L7)*

  L5 : Et par erreur ou parce qu'ils ont besoin d'être rassurer *(ton interrogatif envers L3)* tu ne sais pas trop

  L3 : Ça ne fait pas longtemps que c'est arrivé alors je ne sais pas trop encore si c'est par erreur par envie de me voir *(rires généraux)* ou par ennui *(rires)*

  L4 : Tout ce qui change dans les habitudes des patients est ce que c'est quelqu'un qui a l'habitude de venir tout le temps bien habillé ou enfin changement vestimentaire ou changement dans ses habitudes tout ce qui change dans son quotidien ou ce qu'on ressent de son quotidien en tout cas

  L1 : Les problèmes d'anxiété aussi qui sont un peu répétés chez quelqu'un qui n'était pas particulièrement anxieux.

  Modérateur : Est-ce que vous voyez autre chose des choses qui vous ont interpellé chez vos patients ou vous vous êtes dit euh tient avec le temps

  L1 : Là on exclut l'entourage *(?)*

  Modérateur : Oui c'est ce que vous vous vous êtes dit

  L5 : Des erreurs dans la biographie qui mélange leurs petits enfants ou qu'ils parlent des petits enfants de telle ville bah c'est pas plutôt… euh enfin voilà des erreurs dans les faits

  L6 : Peut-être des questions qui sont répétés à chaque consultation … comment dire des … des questionnements de la personne on se rend compte qu'à chaque fois qu'elle vient elle pose toujours les mêmes questions sur des évènements sur des médicaments enfin sur tout

  L5 : Ca peut être de l'agressivité aussi d'être plus en colère d'être plus agressif

  L2 : Oui je suis d'accord (*en regardant L5*) tous les changements d'humeur enfin les changements de comportement l'anxiété l'humeur

  L1 : L'hygiène aussi des gens qui ne sont pas habituellement avec des affaires sales

  L5 : Oui des taches

  L1 : Après c'est souvent l'entourage qui dit (*acquiescements de L2 L4 et L6*)…. le patient lui-même qui vient et qui dit j'oublie je perds la mémoire

  L2 : C'est tellement évident (*rires*)

- Modérateur : on pourra revenir si vous avez d'autres idées après hein … quelle est votre approche pour aborder ce diagnostic de trouble neurocognitif avec lui ou pas comment vous faites

L3 : Je pense que je pose d'abord la question est ce que vous avez des problèmes de mémoire est ce que vous oubliez des choses
L6 : Moi je propose de faire un petit jeu le jeu des 3 mots qu'on retient en début de consultation et qu'on demande à la fin de consultation en général ils ne retrouvent pas donc c'est plus facile de dire ah vous avez vu vous avez des petits problèmes de mémoire on devrait peut être creuser un peu
L4 : On demande parfois au patient est ce que lui il trouve qu'il a des difficultés de mémoire est ce que ça lui pèse dans son quotidien est ce qu'il a remarqué des difficultés récentes dans son quotidien
L2 : Moi je demande souvent si la famille a remarqué quelque chose parce que souvent ils disent oh ils m'ont dit mais moi je ne trouve pas
L5 : Parfois c'est pas évident …
L2 : De lancer le …
L5 : Ouais c'est pas la 1ère fois parce que c'est pas évident enfin une fois tu peux être un peu moins pertinent au niveau intellectuel pour x raison mais c'est pas toujours évident d'aborder le …
L6 : Quand il n'y a pas de plainte et que c'est un patient que tu connais bien et que tu peux aborder ça plus facilement non (*ton interrogatif adressé à L5*)
L3 : Ca dépend de l'état de mon esprit du jour soit j'attaque d'emblée sur les questions de la mémoire en enchainant sur le test de Dubois ou alors comme disait L5 je percute pas tout de suite et c'est remis à une autre fois pour aborder les questions.
L1 : C'est clair que ça dépend du temps qu'on a pour un patient qui ne vient pas pour ça euh je pense que je me demanderai s'il y a un risque pour le patient s'il y a à un danger à la maison …
L2 : S'il est tout seul ou pas
L1 : Si y a des soucis si ça et euh à ce moment-là je crois que je proposerai assez facilement de faire un test de la mémoire de revenir faire un test de la mémoire de manière anodine en fait
L6 : Tu penses qu'il va revenir ou … (*ton interrogatif pour L1*)
L1 : Ouais (*rires de L5 et L6*)
L2 : C'est qu'ils ont confiance
L1 : Je leur écris sur un petit bout de papier avec la date du rendez-vous pour être sûr (*rires*)
L6 : Tu peux lui remettre un rendez-vous tout de même pour faire un MMS vite fait
L1 : Oui je leur propose ça
L6 : C'est rare qu'ils refusent
L2 : Les moins de 65 ans … ça dépend des âges même autour de 65 ans c'est déjà plus dur à engager … comme L5 disait tout à l'heure comme c'est quelque chose qu'on suspecte chez quelqu'un de plus jeune c'est plein de petits signes enfin on l'a dit au début c'est pas si flagrant que ça … c'est pas facile à distinguer les signes s'il n'y a pas de plainte dès le 1er coup c'est plus difficile après c'est plus facile chez quelqu'un de plus âgé je trouve que les gens sont plus vigilants (*acquiescement de L1 et L5*) … plus difficile vers 65 75 ans première classe
L1 : C'est vrai que je n'avais pas vu l'âge dans mon esprit la personne à laquelle je pensais c'était plus près plus de 80 qu'en dessous de 70
L7 : Alors moi je n'ai pas été trop confronté à ça pour l'instant mais c'est vrai que je proposerais bien une 2è consultation pour faire un MMS mais je n'ai pas été confronté à ça

donc je ne pas trop mais proposer de faire une autre consultation pour un MMS mais plus âgé c'est quand même plus facile que 65 ans…
L3 : Déjà faire le test de Dubois et puis si le test de Dubois est mauvais c'est plus facile de proposer d'argumenter la consultation sur un autre jour
L5 : C'est quoi le test de Dubois (*ton interrogatif, rires*)
L2 et L3 : C'est les 5 mots (*rires généraux*)
L5 : Ah oui si ils se plantent à 3 le 5 mots …
L4 : Déjà pour le test de Dubois je trouve difficile enfin on va déjà enfin dire 3 mots et vous répétez enfin je trouve que c'est déjà dire qu'on suspecte des problèmes de mémoires (*acquiescement de L5 et L2*) du coup déjà les amener à ce qu'ils soient d'abord d'accord pour les tests c'est enfin on a gagné une bataille mais euh de les amener déjà à dire qu'il y a peut être un problème c'est euh difficile
L3 : C'est pour ça que je commence à poser des questions est ce que vous trouvez que vous avez des problèmes de la mémoire et puis de dire s'ils disent oui on fait le Dubois et s'ils disent non bon ce serait bien de faire un test (*rires de L1*)
L7 : Je crois que quand j'étais en gériatrie on faisait d'abord le MMS pour voir s'il y avait des soucis en particulier après le Dubois pour euh un peu plus spécialiser la mémoire mais d'abord on faisait le MMS en 1er
L3 : En fait c'est que le Dubois est beaucoup moins chronophage (*acquiescement de L5*)
L7 : Oui c'est vrai
L3 : Et comme ça arrive souvent en fin de consultation
L1 : D'où l'intérêt de faire revenir les gens en fait et puis c'est vrai que ça s'installe généralement dans le temps parce que c'est des gens qu'on revoit on a un peu le temps d'en parler de voir ce que ça donne s'il n'y a pas de problème en particulier à la maison enfin si on est pas au courant de ça en tout cas … pardon parce que là on est dans la suspicion c'est nous qui suspecte en premier quoi donc c'est un patient qui ne vient pas pour ça et tient on se dit est ce qu'il n'y aurait pas ça commence pas …
L5 : Quand c'est des gens plus âgés moi je leur dis pour tous les gens de plus de 80 85 ans on fait un test pour savoir où on en est l'autre fois j'ai proposé le test à un mari et comme ça on pourra le faire pour la femme comme je savais que pour le mari y avait rien mais comme on ne savait pas trop comment le proposer à la femme mais pour des plus jeunes moi j'ai dû me faire jeté des fois non mais là vous m'avez dit que … par exemple il y a un monsieur très bien qui est sûr de lui mais moi je vois très bien qu'il ne se dépatouillait pas avec ses médicaments et là aujourd'hui je l'ai revu et euh sur la dose de Lasilix je vois bien qu'il se trompe alors je lui ai dit mais c'est 80 ou c'est 40 … ah non c'est 80 ah non c'est 40 … et c'est difficile de pointer mais des fois tu peux dire ah bah vous voyez vous vous êtes trompez mais c'est pas toujours comme ça qu'il faut faire mais des fois c'est quand même un peu intrusif de dire à quelqu'un ah bah vous voyez bien là que vous vous trompez non *(?*)
L6 : Toi tu penses qu'il a des troubles cognitifs ou juste qu'il n'a rien compris à son traitement (*ton interrogatif à L5)*
L5 : Ah non non je pense qu'il baisse au niveau cognitif mais vu le personnage je n'arrive pas trop à …
L1 : Il a quel âge (*?*)

L5 : Il a 80 ah oui il est quand même âgé donc si tu veux il y aurait une certaine cohérence mais tu vois c'est le gars qui euh ne va pas vouloir dire qu'il se trompe en plus il a un gros traitement et puis enfin il y a beaucoup de gens qui se trompe sur le traitement et quand tu leur dis et si il y avait une infirmière qui … ils te disent qu'ils gèrent super bien … enfin non ça ne vous arrive pas (*?, acquiescement de L1 L2 L6*)

L4 : Moi tu vois maintenant que tu le dis je vois ce monsieur et je n'avais pas identifié les troubles cognitifs en peu de temps de consultation enfin ce n'est pas la question posée mais c'est peut-être à mettre dans la conclusion pour la prochaine fois à réévaluer des doutes qu'on a sur la consultation pour voir l'évolution

L1 : Et je trouve qu'on est rarement dans l'urgence en fait et je me demande est ce que c'est utile autant de rechercher des troubles cognitifs qu'est-ce qu'on va proposer après

- Modérateur : C'est une question après en fait… (*rires*) mais avant on va ouvrir un petit peu sur quelle difficulté rencontrez-vous pour aborder le diagnostic avec lui *(?)*

L6 : Le déni du patient

L1 : Oui le patient lui-même en fait

L4 : L'angoisse de la maladie d'Alzheimer c'est quelque chose de très connu comme nom et très mal connu aussi et tout le monde associe la mémoire à la maladie d'Alzheimer et avoir des troubles de la mémoire c'est que et ils ne voient pas les autres troubles de la mémoire

Modérateur : Est-ce que vous rencontrez d'autres difficultés pour aborder le diagnostic avec le patient

L3 : Le temps

L5 : Mais un MMS ça prend pas de temps quand même ça prend euh je ne sais pas 5 minutes

L6 : Oui enfin si le motif de la consultation c'est pas ça tu ne vas pas te taper un MMS en fin de consult'

L3 : Je pense qu'un MMS ça prend plus que 5 minutes

L6 : Oui je suis d'accord (*rires généraux*)

L5 : Non mais y a peut-être aussi mais qu'est-ce que je vais en faire quoi parce qu'il y a des maladies il faut les diagnostiquer le plus vite possible parce que c'est grave si tu ne t'en occupes pas dans les 15 jours mais là euh chez quelqu'un qui est très vieux tu vas te dire bon bah voilà chez quelqu'un qui est jeune c'est pas tout à fait les mêmes enjeux c'est est ce que tu vas proposer quelque chose est ce que tu attends que l'entourage dise que ça ne va pas du tout par ce que ce n'est pas la même chose

L1 : Je crois que ça ne m'est pas arrivé que l'on trouve une démence enfin des troubles cognitifs comme ça chez des sujets euh jeunes enfin je n'arrive pas à me souvenir

L2 : Nous on en a trouvé une plusieurs fois on l'a revu c'était sur un ralentissement des oublis de rendez-vous et ouais 65 70 ans on l'a vu peut être 10 fois hein et on s'est dit il faut qu'on lui en parle il faut qu'on lui en parle c'était compliqué surtout qu'il venait tout seul en consultation il était isolé c'était compliqué de faire le diagnostic

L3 : On peut se demander si on n'est pas iatrogène en diagnostiquant une maladie quand le patient ne se plaint pas

L1 : C'est ça

L3 : On peut engendrer de l'anxiété ça n'arrange pas certains patients

L4 : Peut-être aussi mettre des mots sur des troubles qu'ils avaient remarqué ça peut descendre aussi le stress de se dire on comprend pourquoi vous avez des difficultés enfin ça peut être l'inverse (*acquiescement de L3*)
L2 : Nous par exemple dans ce cas-là on avait attendu qu'il y ai de l'anxiété énorme et ça avait été accepté mais c'est vrai si on l'avait dit dès le début est ce qu'on n'avait pas été plus iatrogène mais là il était tellement anxieux ça l'embêtait que ça avait été plutôt rassurer avec le diagnostic
L4 : C'est vrai qu'il y a peut-être aussi le problème avec le patient qui a des troubles cognitifs isolé et quand on ne peut pas s'appuyer sur la famille c'est une des difficultés à aborder le sujet

- Modérateur : C'est bon on a puisé le … sachant qu'il n'y a pas de recommandation sur les tests de repérage en soins primaires utilisez-vous une méthode pour le diagnostic sur le plan clinique biologique et imagerie
L1 : Plutôt pour des diagnostics d'exclusion le bilan habituel biologique scanner et pour faire un diagnostic positif y a pas de bilan complémentaire à part les tests

Modérateur : Sachant qu'il n'y a pas de recommandation sur les tests de repérage en soins primaires utilisez-vous une méthode pour le diagnostic sur le plan clinique biologique et imagerie
L1 : J'avais pas bien compris la question (*rires*) donc comme test j'utilise sur une consultation dédiée à ça c'est-à-dire que je demande à la personne de revenir je fais systématiquement je ne sais pas si c'est bien hein le MMS le mot de Dubois et l'horloge
L4 : Pareil
L2 : Pareil
L5 : Pareil mais le mot de Dubois c'est déjà dans le MMS (?)
L1 : C'est plus fouillé c'est vraiment porté sur la mémoire immédiate avec des avec du calcul mental qui fait dévié l'attention et qui propose un indiçage ça ressemble un peu au Time Up avec des indices avec un mot prédéfini enfin il y a une liste de 5 objets et si la personne ne se souvient pas des mots on peut leur donner un indice et il trouve en mémoire immédiate et des fois ça peut les rassurer par rapport au MMS où le cigare fleur porte ça va être complètement oublié alors que le Dubois ça va remonter un peu le niveau enfin c'est mon impression
L3 : Y a une phase d'apprentissage aussi avec le Dubois tu fais relire les 5 mots et tu questionnes avec les feuilles devant eux tu les questionnes quel est le meuble etc. et après tu retournes la feuille et tu redemandes les 5 mots
L2 : Et après il y avait les examens c'est ça (?) examen neurologique examen clinique général vérifier qu'il n'y a pas de masse qui pourrait expliquer une étiologie secondaire
L3 : Eliminer aussi les étiologies de confusion plus aigüe qui seraient réversibles je sais pas des trucs bêtes le fécalome des choses comme ça
L1 : Tout ce qui est dépression aussi
L4 : Moi je trouve que ça peut être difficile avec la dépression parce que en fait est ce qu'elle est associée ou pas enfin ça ne rentre pas dans mes domaines de compétence … la différence entre les troubles de la mémoire et la dépression j'ai du mal
L3 : Une fois que j'ai fait l'examen paraclinique d'exclusion, tu mets un traitement antidépresseur d'épreuve avant que le diagnostic soit posé

L6 : Moi j'envoie quand même faire un bilan un peu plus poussé à Bellier enfin à l'hôpital gériatrique de Bellier pour avoir des tests neuropsy enfin des tests un peu plus poussé pour que s'il y a un syndrome dépressif ça soit mis en évidence
L2 : Est-ce que vous faites des tests de dépression quand vous faites les tests (*ton interrogatif aux autres participants)*
L1, 5, 6 : Jamais
L1 : Pas en même temps que le test de la mémoire … le GDS il est assez rapide
L2 : Il y en a peut-être un peu plus spécialisé je ne sais pas
L1 : Moi j'ai beaucoup de personnes qui ne veulent pas aller en consultation mémoire surtout les personnes âgées
L2 : Ouais surtout qu'on n'est pas dans le secteur de Bellier
L3 : Tu peux mais tu dois faire les tests avant parce que les délais de consultation sont d'environ 5 mois … une fois qu'on a lancé la procédure tu te lances dans un traitement d'épreuve
L6 : Quand tu parles du traitement d'épreuve tu parles du traitement antidépresseur (*ton interrogatif à L3*)
L3 : Oui
L1 : Moi j'ai tendance à mettre comme L3 c'est-à-dire que je le mets assez facilement et puis à la limite c'est la seule chose qui peut être intéressant niveau guérison enfin préservation des neurones un peu neuroprotecteur
L3 : Tu demandais euh le bilan orthophonique parce que le bilan de la mémoire peut aboutir à des séances d'orthophonie je l'ai fait pour 2 patients mais les délais pour un rendez orthophoniste c'est … (*soupirement*) notamment ils font des tests euh … que je ne sais pas faire (*rires de L1 L2 L3 L4*) des tests de fluence verbale et y en a un autre avec les oreilles
L6 : Et les patients acceptent le traitement antidépresseur facilement (?)
L3 : Oui
L1 : Quand il y a des troubles de la mémoire oui alors je pense qu'il n'y a pas de réticence particulière en général
L3 : Alors je pense que quand on arrive dans un processus un certain nombre d'examen ils sont un peu préparés à … dans la mesure où on explique le but
L2 : Oui c'est après avoir fait la prise de sang le scanner on a prévu la consultation
L3 : On est déjà dans une démarche je pense qu'ils sont un peu préparés par rapport à l'antidépresseur ils sont ouverts à ce qu'on essaye
L7 : Et sans … juste avec les troubles cognitifs sans trouble de l'humeur (*?*)
L3 : Oui
L7 : Même s'il n'y a aucune anxiété même si eux ils n'ont pas de plainte *(?*)
L3 : Alors il y a souvent une anxiété mais même s'il n'y a pas d'anxiété je le mets quand même
L7 : D'accord
L2 : Et est-ce que lui le prendra bien s'il n'a pas de plainte lui *(?*)
L3 : D'après mon expérience oui (*rires de L2 et L7*)
L5 : Et l'oubli
L6 : Il l'oublie de le prendre parce qu'il a des troubles de la mémoire
L2 : Moi aussi je fais des suivis orthophonique des bilans mais plus pour des patients que je ne vais pas envoyer en consultation parce que c'est plus des personnes âgées pour le suivi pour la

famille pour l'accompagnement ça permet une prise en charge globale et je trouve que ça fonctionne bien en tout cas le soutien
L5 : Moi souvent sur des personnes âgées ou très âgées je ne fais pas trop de bilan à part la prise de sang ou des trucs comme ça peut être que je devrais en faire plus mais je ne sais pas ce que ça va apporter… parfois la famille ils disent qu'il faut faire quelque chose mais moi j'ai l'impression qu'on peut faire un bilan mais j'ai remarqué que mes MMS étaient égaux à ceux des gériatres donc euh en fait des fois y a des prises en charge en hôpital de jour qui sont proposées qui sont très bien mais des fois…
L2 : Oui et puis tu n'as pas besoin d'une évaluation par un gériatre pour une prise en charge en hôpital de jour tu as des consultations directes (*?)*
L5 : Ouais alors là c'est en gériatrie à Bellier les hôpitaux de jour
L2 : Ah oui parce que tu as les EPHAD qui font aussi des journées accueil de jour avec une espèce de rééduc enfin c'est des exercices mais c'est surtout pour le soutien pour les familles une ou deux journées pour les aidants quoi… mais je suis d'accord qu'on fait de moins en moins de bilan parce que au niveau thérapeutique…
L1 : C'est ça est ce qu'il faut faire encore … alors maintenant on se sent encore moins obliger de les envoyer au gériatre parce qu'on ne donne plus de traitement enfin avant on se disait il y a peut-être un traitement à donner
L4 : Je trouve que le traitement est encore assez souvent prescrit dans le centre de la mémoire
L1 : Dans certains endroits peut être par certains médecins peut être
L2 : Plus les psychiatres j'ai l'impression
L3 : Moi j'avais l'impression que c'était plus les neurologues (*rires de L1 et L2*)
L2 : Dans notre secteur c'est plutôt les psychiatres
L1 : C'est plutôt une psychiatre (*en corrigeant L2, rires*)
L6 : Mais ils ne sont plus remboursés ses médicaments
L1 L2 L3 : Non
L5 : Y en a beaucoup qui arrêtent leur traitement
L4 : Quand c'est bien vendu par le spécialiste quand on leur dit qu'il y a quand même un intérêt j'ai quelques cas où le traitement non remboursé est quand même pris par les patients quand il n'y a pas de grosse difficulté financière
L2 : Encore introduit récemment *(?*)
L4 : Oui
L5 : Je n'envoie pas souvent au neurologue je ne suis pas sure qu'il prenne autant le temps si tu n'as pas d'arrière-pensée avec un diagnostic secondaire je dois rester un peu sur ma faim avec des consultations de neuro où le côté cognitif n'est pas … y a pas de raison que le neurologue qui voit la personne 20 minutes ait une meilleure approche que toi qui voit le patient 20 minutes tous les 3 mois depuis 3 ans quoi … après y a la neuro mais
L3 : Le neurologue je pense que ça dépend de l'âge du patient … si le patient a 85 ans ça ne change pas grand-chose si le patient a 66 ans je crois que l'approche est différente et l'orientera vers les CHU Nord pour un bilan plus poussé et deuxièmement pour l'orthophonie pour les troubles cognitifs vraiment très légers ça peut avoir un apport positif sur la mémorisation
L5 : Mais c'est sûr qu'on n'est pas dans le même tableau dans le vieillissement entre 85 et 65 ans parce que diagnostic précoce 85 ans c'est déjà plus tellement précoce (*rires)* alors que quelqu'un qui va avoir enfin un patient de 70 ans il est en EPHAD au Cantou il a une aphasie

primaire progressive c'est horrible il y a des photos dans sa chambre il faisait du théâtre du rugby il dansait enfin le gars il devait faire dans les 85 kgs et maintenant c'est horrible il est complètement décharné il ne sait plus s'asseoir tout seul il ne sait plus manger c'est horrible il peut plus parler et ce gars-là il y a 5 ans il enfin était bien le diagnostic a été rapide quoi

➨ Modérateur : Donc justement dans cette mise en œuvre du diagnostic précoce est ce qu'il y a des pistes qui pourraient faciliter à ce diagnostic (*?*)
L1 : Pour des personnes jeunes je trouve que les ateliers mémoire c'est pas mal en fait qui existent à Bouaye quelqu'un qui est motivé aussi quelqu'un qui accepte d'aller aux ateliers d'aller en consultation si la personne est déjà réticence à aller en consultation à faire le test (*soufflement*) ça ne marchera pas mais quelqu'un qui est motivé j'ai l'impression que quand même les ateliers mémoire…
L5 : Mais ça c'est une réponse *(?*) c'est pas ça la question

Modérateur : Non pas tout à fait
L1 : D'accord (*rires généraux*)

Modérateur : C'est pour dépister en fait qu'est ce qui pourrait aider pour dépister
L1 : Moi pour dépister ça m'a aidé parce que je ne pensais pas qu'il y avait des troubles à ce moment-là et c'est chez une dame qui a des troubles cognitifs qui s'accentuent et moi j'avais plutôt l'impression que c'était un trouble anxieux

Modérateur : Elle est arrivée comment (*ton interrogatif pour L1*)
L1 : Elle est arrivée par son entourage chez une dame qui consultait très souvent qui disait qu'il y avait quelques petites choses à la maison qui étaient un peu étonnantes et c'est une dame qui est très anxieuse qui consulte très facilement franchement j'y ai pas trop cru j'ai fait des examens d'ailleurs qui étaient bien en fait bah le MMS tout ça et c'est plus bah en fait j'ai l'impression qu'elle y allait un peu pour rien mais pour la prise en charge avec l'orthophonie les ateliers elle est maintenant suivi par un gériatre on n'a pas mis de mots de diagnostic mais euh

Modérateur : Donc là pour le diagnostic c'était l'entourage finalement *(?*)
L1 : L'entourage c'est pour ça qu'on n'est pas non plus dans le cadre de …
L2 : Juste est ce que des fois ils diagnostiquent (*ton interrogatif*) pas trop (*rires*) … moi des fois j'ai des personnes ils les voient deux fois 10 minutes ils font le test euh ils n'ont pas trop de recul ils disent maladie d'Alzheimer donc c'est censé se dégrader voilà sauf que 1 à 2 ans après on refait le MMS bah il est pareil … on nous a étiqueté une maladie d'Alzheimer et du coup j'en ai 2 3 on leur a dit maladie d'Alzheimer ils ne sont pas si mal franchement je ne suis pas sûr que ce soit…
L3 : Déjà la question qu'est-ce que c'est que précoce *(?)* est ce que c'est 1 mois 6 mois 1 an et deuxième point je pense que si on veut un diagnostic plus précoce il faudrait être plus proactif c'est-à-dire quand on a un doute on fixe un rendez-vous on fait un bilan et lancer des examens pour le diagnostic différentiel et demander un avis spécialisé pour le diagnostic
L2 : Qui a tout le monde chez qui on suspecte de 50 à 70 ans *(?*)
L3 : Bah si on suspecte on doit lancer le bilan si on veut de manière précoce

L4 : Je pense que c'est important de connaitre le réseau dans notre ville moi quand je me suis installé il y avait des troubles que je n'avais pas forcément fouillé parce que je ne savais pas vraiment vers qui orienter et puis euh en envoyant à gauche à droite et en voyant là où il y avait le plus de prise en charge qui me semblait plus ou moins adapté du coup maintenant j'ai un réseau qui me semble plus facile d'accès et du coup je me penche plus vers le problème quand je sens que j'ai plus de solution à proposer mais je ne savais pas s'il fallait que j'envoie aux neurologues de l'île à l'hôpital Nord à Bellier bon maintenant j'arrive à voir avec qui travailler et maintenant j'arrive à voir ce qui peut être mis en place pas dans le traitement médicamenteux mais avec l'orthophonie les aides que l'on peut mettre en place que je ne connaissais pas bien ça avant donc j'avais du mal à diagnostiquer parce que j'avais du mal à aider et je ne savais pas comment aider donc en connaissant mieux le réseau on prend plus le temps de se pencher sur un problème auquel on peut répondre

- Modérateur : On passe à la question suivante donc si le diagnostic est retenu quelle est votre conduite à tenir l'annonce diagnostique au patient à ses proches est ce que vous l'adresser au spécialiste on a déjà répondu à ses questions

  L 6 : Moi j'adresse facilement au centre de mémoire parce que je trouve qu'il y a une prise en charge aussi enfin c'est quand même très chronophage comme pathologie s'il faut que tu t'occupes de tout de la mise en place de l'orthophonie des aides à domicile euh de l'APA du machin du CLIC prévenir tout le monde alors que quand je reçois le compte rendu qui est quand même très très fouillé parce qu'ils ont fait pas mal de chose et après ils les dirigent là où il faut et c'est vrai que je trouve ça assez pratique

  L5 : C'est quoi pour toi le centre le la mémoire c'est Bellier ou c'est le truc de psycho gériatrie clinique *(?*)

  L6 : Bah moi j'envoie très facilement à Bellier

  L5 : D'accord à la clinique Brétéché il y a aussi un hôpital de jour

  L6 : Enfin là ceux que j'ai en tête sont suivis à Bellier y en a qui sont suivis par le Nord aussi par l'hôpital Nord

  L1 : Moi j'en ai quelques-uns qui refusent complètement d'aller euh parce que effectivement ça simplifie y a un bilan qui est fait et euh

  L6 : Ils sont souvent accompagné par leur famille du coup à ce moment-là ils y vont rarement seul hein après je me permets souvent de leur demander si je peux appeler leur fille leur fils s'ils sont d'accord que je leur parle de… et puis voilà s'ils sont d'accord je les appelle et je leur explique que bon

  L2 : Est-ce que la différence avec la ville aussi … parce ceux qui n'y habitent pas et qui n'embêtent pas trop leur famille globalement s'ils peuvent ne pas y aller si ça peut en rester là dans ces cas là

  L3 : Je suis plutôt d'accord à Nantes c'est pas facile de se garer (*rires*)

  L2 : Plus de 65 ans c'est pas anodin

  L6 : C'est pas toujours accepté dès la 1ère consultation y a quand même un travail de …

  L3 : Oui (*rires généraux*) oui et du coup comme il y a des examens complémentaires fait entre temps on peut voir les choses arriver qui se fera progressivement et l'orientation se fera vers euh je parle pour moi à 40kms de Nantes il y a les consultations gériatrie et consultation mémoire à l'hôpital local et pour les personnes jeunes je les oriente plutôt vers le neurologue

parce que je peux en passant un coup de fil avoir un rendez-vous rapide je pense que l'attitude est différente en fonction de l'âge du patient et si je suspecte un trouble de la mémoire je ne pose pas de diagnostic et je le laisse au spécialiste sauf si le patient est très âgé
L5 : Moi non plus je ne enfin je parle de trouble de la mémoire mais je n'ai jamais annoncé moi-même enfin je n'ai jamais … quand je n'ai pas envoyé à l'hôpital et au spécialiste et qu'il n'y a pas eu de diagnostic de marqué noir sur blanc je n'ai jamais dit c'est une maladie d'Alzheimer (*acquiescement de L1 et L2*) j'ai dit c'est des troubles de la mémoire ou des troubles cognitifs et encore plus chez les jeunes où il y a d'autres diagnostics comme les corps de Léwy enfin il y a des diagnostics euh différents et des évolutions et des gravités euh faut pas que les gens … même si tu n'as pas de traitement tu sais que ça va être quand même dur et que en quelques années que en tout cas toi en tant que médecin toi tu sais et que tu as des diagnostics plus durs que les autres et euh plus grave que la maladie d'Alzheimer
L4 : C'est vrai que moi aussi pour le diagnostic j'adresse vers un médecin compétent et c'est vrai que j'ai assez peu de refus de consult' euh c'est peut-être le fait d'être en ville la pression de l'entourage c'est vrai que ce n'est pas normal qu'il se loupe et la consultation alors je ne dis pas que le but numéro 1 c'est pour le diagnostic je dis que c'est pour voir s'ils ne pensent pas à des choses auxquelles je ne pense pas et euh et qu'ils vont aider à retrouver la mémoire sans mentir mais euh je ne les envoie pas en leur disant que c'est forcément pour le diagnostic pour les aider avec des aides auxquelles je ne pense pas quoi
L2 : Pour aider aussi à l'acceptation de la maladie aussi
L4 : Les 2 (*rires*)
L5 : Moi je dis souvent aussi que les tests de la mémoire vont mettre en évidence les troubles mais aussi mettre en évidence les points forts euh des gens qu'ils leur restent et du coup faire de ses points forts pour la rééducation enfin les orthophonistes se servent beaucoup de ça enfin de toutes les différentes mémoires et des fois avec des tests tu peux quand même et bien si tu vois qu'ils sont plus mémoire visuelle tu vas faire des post-it ou noter sur un tableau ou … enfin dans les tests de la mémoire tu as aussi les points forts qui restent qui sont positifs et les gens si tu leur dis ça c'est bien
L3 : Je reviens sur les difficultés surtout quand on fait le MMS il y a certains patients qui n'arrivent pas au calcul et qui disent non je ne veux plus le faire ça m'énerve votre truc donc généralement quand ils arrivent au calcul ils sont en situation de blocage et euh
L6 : Mais ils prennent également en compte le niveau d'étude des gens
L3 : Oui mais même si tu pars sur autre chose il y a une part de culpabilité de honte qui fait qu'ils refusent d'aller plus loin aussi et le deuxième refus c'est le bilan est passé chez le spécialiste et après il refuse d'y retourner
L5 : Parce qu'ils sentent qu'on va leur dire quelque chose ils ont peur
L3 : Je pense qu'ils se sentent en échec et ça les énerve d'être en échec
L4 : C'est vrai que j'ai eu plusieurs cas de consultation uniques parce qu'ils ne veulent pas retourner à la consultation après
L5 : Moi ça m'énerverait qu'on me fasse un test sans me le dire enfin voilà enfin un truc que je trouverai super dur enfin des fois y a des gens si tu leur présentes mal tu peux les prendre enfin des gens qui ont des troubles cognitifs et tu le sais tu peux un peu les piéger alors évidemment c'est pas éthique et c'est pas comme ça qu'il faut faire mais les gens ils peuvent quand même se sentir un peu alors bah là vous voyez vous n'êtes pas capable de refaire mon dessin (*rires*) mais

non on leur dit pas ça mais moi ça me … tu ne le présentes pas le truc parce que tu ne sais pas comment faire tu les préviens pas et là ils se sentent en échec moi … en plus le médecin peut être un peu dans une position qui peut être un peu …

L1 : Dévalorisante …

L5 : Bah en tout cas tu peux prendre un peu les gens pour euh et du coup la personne peut encore plus mal le prendre parce que la personne se sent en fragilité et que toi tu es dans un endroit où elle n'a pas forcément envie d'aller après tu peux rattraper peut être un peu le coup mais effectivement des gens disent c'est bon votre truc ça m'énerve c'est n'importe quoi

L3 : Ce qui est bizarre c'est que le test de l'horloge les gens refusent quasi jamais de le faire même s'ils font souvent n'importe quoi (*rires généraux*)

L6 : Parce qu'il y a toujours une horloge dans une pièce (*rires*) c'est un objet qu'ils connaissent

L3 : Ouais l'horloge en escargot (*rires*)

L6 : Mais comment on va faire dans 50 ans les jeunes ils auront leur portable ils ont pas d'horloges

L5 : Bah on changera on changera on fera des tests avec les touches de l'ordinateur…

- Modérateur : On dévie un petit peu (*rires*) alors donc la dernière question votre démarche a-t-elle changé depuis le déremboursement des traitements on en a un petit peu parlé on peut revenir dessus

  L1 : Moi je crois que oui parce que avant je me disais peut être que les médicaments sont quand même utiles avec ce qu'on entend quand on va à des formations avec des neurologues ils nous disent c'est important de les mettre donc c'était un peu la case obligatoire de toute façon pour mettre en place un traitement fallait passer par la case spécialiste pour le mettre en place maintenant j'ai pas du tout de scrupule à ne pas orienter vers le spécialiste si j'ai pas l'impression que ça débouche sur grand-chose si le patient veut pas enfin ça m'a plutôt ça m'a rassuré (*rire*)

  L5 : Bonne question

  L2 : Moi pareil j'envoie moins …et puis en plus nous dans notre réseau enfin ce n'est pas comme vous (*en regardant L5 L6 L7*) on n'a pas notre secteur d'évaluation mémoire et c'était plus une psychiatre qui avait tendance à beaucoup en mettre et on forçait un peu nous pour envoyer à Bellier pour être au Centre mémoire et ils nous disent bah non nous c'est Sud Loire et il fallait passer par des hospit enfin c'est pas le circuit principal on n'avait pas l'impression d'être d'accord avec notre réseau comme tu disais tout à l'heure

  L6 : Moi j'ai pas l'impression que ça ait changé j'ai jamais eu vraiment l'impression que les médicaments étaient très efficaces donc plutôt moi le centre de la mémoire c'était plutôt la prise en charge globale

  L4 : On envoie plutôt au centre de la mémoire pour éliminer d'autres diagnostics et pour la prise en charge qui n'est pas que médicamenteuse

  L6 : Moi à la limite le déremboursement je trouve ça très bien parce que c'est plus facile de dire aux gens bah vous voyez ça ne sert à rien donc on va arrêter

  L1 : Moi je suis d'accord avec L6 (*rires de L1 et L6*)

  L4 : Alors par contre tu te retrouves à demander des bilans cardio pour des traitements que tu n'aurais pas forcément mis qui sont prescrits par des neurologues et ça c'est un peu

désagréable… demander des consultations pour des médicaments que toi tu n'as pas demandé c'est un petit bémol du centre de la mémoire

Modérateur : Avez-vous d'autres remarques (*?*)
L5 : Moi tout à l'heure je me suis posée la question quand tu demandais quelles solutions envisageriez-vous pour favoriser le diagnostic précoce et je me suis posée la question à je ne sais pas quel rythme genre tous les 5 ans un MMS mais en fait c'est pas enfin ce serait l'objet d'une thèse est ce que ça serait productif enfin je sais pas de proposer à tout le monde ou un truc fait par la sécu enfin je ne sais pas quoi ce serait pertinent est ce que les gens super bien cognitivement vont faire leur test et ceux déjà complètement larguer vous pas aller faire leur truc mais peut être que si ça devenait une reco et bah (*sur l'air de la conversation*) vous avez 70 ans c'est bien de le faire (*rires généraux*)
L6 : Moi j'ai une patiente qui l'a fait parce que je ne sait pas si c'est le MSA ou Bien vieillir qui proposait de le faire elle l'a fait la patiente de 62 ans juste à la retraite 62 ans et je ne sais pas ce qu'elle a foutu parce que (*rires*) je la connais bien je sais qu'elle n'a aucun problème de mémoire et elle a eu un mauvais résultat et elle était un peu entre vexée et ce posant plein de question quoi et je lui ai dit stop de laisser tomber parce que voilà c'est une dame qui est très active qui a pas de problème de mémoire donc avec ce que tu dis (*à L5*)
L5 : Alors c'est entre le dépistage et euh le diagnostic précoce… le dépistage ça veut dire à tout le monde le diagnostic précoce c'est quand tu as déjà un truc qui te qui t'inquiète un signe d'appel donc en fait donc j'ai répondu à ma question
L4 : Par rapport à ce que tu disais L5 c'est vrai que est ce qu'on peut imposer un diagnostic à une personne qui ne veut pas de diagnostic et le fait même qu'ils aient des troubles cognitifs ça leur interdit même le fait de dire oui ou non à l'exploration du trouble cognitif enfin j'ai l'impression que tu disais qu'on imposait un diagnostic à un patient et ça
L5 : L'anosognosie ça fait aussi parti de … comme dit le patient c'est pas pour me vanter mais j'ai toujours une excellente mémoire (*rires de L5*) vous pourriez me faire les traitements (*puis réponse du médecin*) et bien je viens de vous le faire (*rires généraux*) bon bah qu'est ce que tu veux que je fasse … c'est comme une petite dame qui nous demandait où était la piscine quand on revenait du resto tu sais (*à L6*) on était dans la rue mais ça fait 10 ans que la piscine elle était plus là … donc je la vois tous les mois parce qu'elle prend un somnifère et tous les mois j'attends que enfin voilà c'est peut-être le souvenir

Modérateur : Avez-vous des choses à dire *(?*) sur quelque chose que vous auriez oublié que vous auriez aimé ou pas
L5 : J'ai reçu une invitation pour une soirée faite par les neurologues ça avait l'air pas mal mais je n'y suis pas allée où c'était diagnostic …et bah c'était ça la question (*au sujet de la question de thèse*)
L3 : Il y a des cotations pour les bilans mémoire et si on est censé faire des tests de Rey et d'autres tests je ne parle pas du MMS ou du test de l'horloge mais d'autres tests parce que dans les recommandations ils ne parlent pas du MMS ils parlent du test de Rey et j'ai regardé ça parait compliqué enfin c'est pas en lisant le mode d'emploi qu'on arrive à le faire c'est vraiment un apprentissage pour le faire
L1 : Ah oui pour faire la cotation il faut faire le test de Rey c'est ça que tu es en train de dire (*?*)

L3 : Il y a des types de tests comme la dépression il y a le Hamilton et pour la mémoire alors c'est un certain type de tests
L6 : La cotation c'est combien (*?*)
L3 : Je sais pas parce que je ne la fais pas ça doit être comme le Hamilton
L5 : Oui c'est 69 ou
L3 : Mais les tests sont … (*air douteux*)
L6 : Ouais tu peux y passer une heure quoi
L1 : En fait je me rencontre avec ce qu'on dit on ne va pas enfin je n'ai pas la même attitude avec différentes personnes c'est difficile d'avoir une conduite à tenir systématique ça dépend si la personne est âgée ou pas âgée si elle est seule ou pas chez elle si et c'est vrai que 65 ans c'est pas la même chose que 85 et que je vais avoir une conduite à tenir pas du tout euh correspondante à tout ce que j'ai pu dire ce soir (*rires*)
L5 : Peut-être parce que tu présages déjà un diagnostic enfin tu es plus inquiet sur le diagnostic sur des gens que ça va peut-être euh tu sens peut être la gravité enfin nous comme on connait bien nos patients on peut sentir une certaine gravité si les gens sont isolés ça peut vite devenir la grosse galère à un moment donné et y a des situations où tu peux te dire bon on va voir mais y a des choses tu sens bien ça va être difficile quoi
L6 : Après la majorité des patients qui ont des troubles cognitifs c'est quand même plus entre 75 et 80 ans enfin moi j'en ai pas de 65 ans enfin vous en avez (*demande aux autres participants*)
L4 : Oui on a 2 patients qui sont …
L5 : On a parlé avec mon associé de la demande d'ALD euh si on attendait d'avoir un diagnostic euh par un spécialiste ou pas quand est ce qu'on demande une ALD qui facilite les soins…
L1 : Les déplacements…
L6 : Parce que l'ALD peut faciliter le diagnostic pour les déplacements en ambulance aux consultations avant le diagnostic euh moi j'ai jamais eu de refus des ALD par la sécu pour des troubles cognitifs sévères que je n'avais pas enfin que j'avais diagnostiqué moi-même et j'ai mis une ALD qui faciliterait un bilan cognitif
L1 : Enfin tu fais pas le diagnostic de la maladie mais tu fais le diagnostic du trouble cognitif et pas de la maladie
L6 : Oui c'est ça
L3 : L'ALD c'est important tu fais le MMS

Modérateur : Rien d'autre vous avez tous pu vous exprimer sur ce sujet … merci beaucoup

N. Verbatim du focus group de Vendée

- Modérateur : Alors la première question est quels sont les éléments vont faisant évoquer un trouble neurocognitif chez votre patient (*?*)
  (*silence*)
  V6 : Donc je commencerais euh par exemple avec son aspect … la façon dont il rentre dans le cabinet … comment il est habillé euh il s'assoie … il se comporte … comme se passe la consultation … ça me donne une petite image s'il y a des troubles
  V3 : Euh alors moi c'est surtout (*tousse*) le fait que les patients répètent la même chose au fur et à mesure des consultations qui sont espacées généralement … hein il répète les mêmes choses, et puis les petits oublis… je sais pas les trucs de la vie courante euh (*ton d'énumération*) le code la carte bancaire … les petites choses que voilà euh où il faut un peu de mémoire immédiate
  V4 : Moi je suspecterais euh ça m'est déjà arrivé en fait euh sur un comportement inhabituel … quelqu'un par exemple qui habituellement ne pose pas de problème au rhabillage ou bah qui qui met sa chemise à l'envers ou qui cherche sa monnaie alors qu'il ne paye pas en pièce … enfin c'est plus le comportement qui n'est pas un comportement habituel chez quelqu'un qu'on connait et qui on dit (ton douteux) tiens c'est bizarre
  V7 : Comme numéro 3 ça serait plutôt on est dans les troubles neurocognitifs donc les … les troubles apparents de la mémoire quels qu'ils soient … donc soit pour se rappeler ce qu'on a dit soit pour … soit des redites effectivement … pas forcément beaucoup plus parce que je crois que dans le trouble du comportement on n'est pas dans le diagnostic précoce
  V2 : Moi c'est plus les gens qui vont se tromper dans les dates de renouvellement c'est-à-dire mettons que je les voient tous les 3 mois … bah au bout d'un mois je les vois revenir et bien je leur dis gentiment que ça pouvait attendre le mois de mars et puis on voit bien que la personne euh bah est complètement perdu dans … (*ton surpris*) ah bon vous êtes sûr bah j'ai pas retrouvé mon ordonnance … bon quand c'est des gens qui n'ont pas l'habitude de le faire systématiquement … ça peut mettre un peu la puce à l'oreille
  V5 : Ouais un discours qui euh a tendance a ressassé pas mal … un discours qui est peu informatif euh une tendance euh à l'utilisation de mot qui remplace euh celui qui serait venu spontanément dans la conversation et voilà ou un patient qui va expliquer longuement ce qui aurait pu être dit de façon relativement brève
  V1 : Moi j'aurais peut-être dit aussi un patient qui est un peu plus ralenti que d'habitude qui est un peu moins spontané euh qui cherche un peu les réponses aux questions qu'on lui pose euh qui ne va plus se souvenir si il a vu euh tel spécialiste récemment

  Modérateur : Vous pouvez reprendre la parole vous pouvez redire les choses reformuler parce que tout ça c'est recomptabilisé dans ses statistiques
  V4 : Ca peut être tout simplement euh qui n'oublie jamais son rendez-vous et qui … oublie son rendez-vous une fois … deux fois … et qui est pas coutumié du fait … ça ça arrive aussi
  V5 : Ça c'est que le ralentissement idéo moteur c'est quelque chose qu'on voit assez précocement

  Modérateur : Avez-vous autre chose à dire… est ce que tout ça ça vous … vous êtes d'accord ou vous avez d'autres euh …

V1 : Moi je trouve quand même que … enfin j'ai pas beaucoup d'expérience du coup mais euh je trouve globalement euh j'ai été peu confronté à des situations où euh j'ai eu moi euh enfin j'ai suspecté moi euh en premier les difficultés euh je trouve quand même que euh la plupart du temps c'est des patients qui viennent en disant euh mais je ne sais pas euh je ne sais plus où j'ai mis mes clés … qui ont déjà eux repéré qu'il se passait quelque chose … (*ton timide*) après euh voilà c'est peut être aussi le manque d'expérience

V3 : Justement je trouve que ceux-là souvent ils n'ont pas de trouble majeur euh quand y a une plainte souvent euh y a des troubles hein mais ils sont légers et c'est plutôt les gens qu'on repère comme ça au décours alors c'est euh … le monsieur qui est obligé de sortir son petit papier pour euh pour euh savoir les questions qu'il doit poser euh ce qui s'est dit à la maison euh ça va être le code de la carte qui va être de l'autre côté du … enfin c'est … enfin moi j'ai vu ça que à chaque fois y avait des troubles évidents après au bilan

V7 : Je suis assez d'accord c'est-à-dire que très souvent les gens qui se plaignent de trouble de la mémoire en fait euh on fait une recherche d'évaluation et comme on peut le faire en gériatrie c'est pour démontrer aux gens que … en fait euh c'est surtout des troubles de l'estime de soi et des pertes de confiance des passages difficiles dans leur biographie des équivalents dépressifs et puis voilà euh il faut les rassurer il n'y a pas de déficit derrière … alors que le vrai déficit euh il avance un peu masqué je trouve au départ souvent … peut être aussi pour des raisons familiales

Modérateur : Tu veux t'expliquer (*?)*

V7 : Hum alors y a les gens qui sont … pour des raisons familiales c'est que … ils sont-ils sont souvent un peu grondés en famille donc euh ils en parlent pas parce que ça leur parait honteux donc c'est pas ce qu'ils mettent en avant très souvent je trouve hum … il y a des tensions qui s'installent dans les familles très souvent dans les troubles cognitifs débutants … parce que les proches ne comprennent pas … c'est des phrases du genre (*ton revendicatif*) fais attention euh t'as encore oublié ça … donc quand ils vont voir le médecin comme ils se sentent pénalisé par cette attitude ils ne le mettent pas en avant

V6 : Des patients qui ont des difficultés à faire des démarches administratives qu'ils ont fait depuis longtemps qui sont simples et qu'ils se trompent … par exemple le chèque remplir le chèque euh ils me demandent plusieurs fois de répéter la date et euh ils l'écrivent mal le chèque … donc chose qu'ils font depuis des années

➨ Modérateur : Ok c'est bon pour cette question … ok alors quelle est votre approche pour aborder le diagnostic du trouble neurocognitif avec lui … quelle est votre approche pour aborder ce trouble avec votre patient (*?)*

V3 : Euh je leur fait remarquer les trucs et je leur propose de le prendre en charge … euh parce qu'on a un circuit pour ça … euh j'suis très frontal (*ton rieur*) j'y vais bille en tête quoi

V7 : J'fais pareil je pose la question est ce que vous avez quelques soucis de mémoire en ce moment (*rire de V3*) et puis on voit ce qui vient

V6 : Moi j'essaie de voir le point de vue de la famille s'ils ont vu euh aussi un changement de comportement

Modérateur : C'est-à-dire vous pouvez expliquer un petit peu plus (*?*)

V6 : Hum oui … j'ai un patient avec des troubles de mémoire mais quand je euh parle euh avec son épouse et lui aussi il s'excuse je ne retiens pas parce que ça ne m'intéresse pas … ce sont des choses que je considère comme assez importantes donc pour moi ce sont des troubles de mémoire mais son épouse euh me dit (*ton affirmatif*) non c'est vrai c'est avec l'âge que ça ne l'intéresse pas euh et il ne veut pas se charger avec des choses inutiles

Modérateur : C'est quand ils sont deux en consultation (?)
V6 : Oui

Modérateur : Sur place, d'accord
V5 : Ouais je dirais que dans un premier temps j'essaierai de voir avec lui s'il reconnait quelques troubles ou si il est capable de dans un listing que je peux lui proposer s'il est capable de dire des choses qui existent et puis si jamais ça ne le fait pas ou qu'il n'accepte pas la proposition de consultation mémoire que je peux lui proposer pour la fois d'après euh euh essayer de l'amener à venir consulter une fois avec euh la personne avec qui il partage sa vie afin d'essayer de voir si on peut sortir certains symptômes ou si on peut l'amener à accepter certaines choses que s'il ne veut pas le faire pour lui mais qu'il le fasse euh pour l'accompagnant
V4 : Moi je suis assez proche euh de 3 en terme de … d'adresser à un circuit parce qu'en fait on a une infirmière ASALEE qui … qui peut éventuellement faire des tests mémoire euh par contre je … je propose pas la première fois parce que je … je leur donne quand même le bénéfice du doute euh ils ont droit une fois d'être perturbé enfin … en général je le note dans un coin du dossier puis euh à creuser la prochaine fois euh on est vigilant la fois d'après justement la fois d'après on est vigilant dans la façon dont ils rentrent dans le bureau … dont ils … on est un peu plus vigilant sur certaines choses voir si ça se confirme parce que c'est vrai que la première fois c'est un peu … sauf si c'est des trucs qui sont évidents ou si c'est des plaintes qui arrivent euh spontanément ou par l'entourage … mais à ce moment-là on n'est pas du tout dans ce cadre-là … quand c'est vraiment le patient qu'on suspecte et qu'il y a aucune plainte et que la suspicion vient de nous (*grande inspiration, ton dubitatif*) ça … je ne proposerais pas ça la première fois et je le garde en clignotant pour la consultation suivante

Modérateur : Il y a d'autres personnes qui … (*en faisant un tour de table du regard*)
V7 : Je crois que je termine pour cette lancée là en fait comme on est dans une consultation sur un autre sujet à priori puisque que le patient ne vient pas pour ça … en fait ce que j'essaie déjà de débroussailler c'est un si le patient se rend compte qu'il y a quelques troubles de mémoire comme disait 3 et 4 (*rire*s) mais aussi si y a d'autres éléments dans sa vie qui peuvent expliquer des troubles parce qu'on sait bien que un des diagnostics différentiels important c'est la dépression de la personne âgée donc savoir si tout se passe bien en ce moment euh dans la famille ou pour la personne … commencer un petit peu à trier et pas proposer forcément d'emblée un dépistage mémoire parce que ça peut paniquer si c'est pas euh voilà (*ton amusé*) vous croyez que je suis Alzheimer *(?*)… tout de suite c'est pas la peine non plus
V6 : Je regarde les ordonnances euh s'il n'y a pas de médicaments qui à son âge peuvent donner confusion donc euh j'épluche son ordonnance
V4 : Par contre oui ça peut être l'occasion de profiter de supprimer des benzodiazépines euh proposer de dire (*ton amusé*) tient bah vous savez le petit médicament que vous prenez pour

dormir tous les soirs c'est pas forcément bien donc des fois c'est un moyen de les sensibiliser et de les aider à prendre la décision de se sevrer parce que (*acquiescement de V3 V1 et V7*) … c'est une perche
V7 : Et 7 ajouterait d'éliminer une confusion mentale tout court (*rire de V4*) … parce que ça c'est organique c'est vérifier si au point de vue sanguin et urinaire etcetera il n'y a pas une euh un signe infectieux un peu modéré ou discret qui entraine une confusion mentale facilement chez les gens d'un certain âge … (*ton amusé*) dont je fais partie maintenant (*rire des médecins*)
V6 : Donc euh je m'excuse je n'ai pas très bien suivi votre début … donc vous proposez un bilan sanguin (*?*)
V7 : (*en réponse à V6*) Je cherche s'il y a des signes cliniques ou en examen complémentaire euh qui euh de déséquilibre qui expliquerait potentiellement euh une confusion mentale (*air septique de V5*) … qui n'est pas tout à fait la même chose mais qui est aussi un diagnostic différentiel (*acquiescement de V6*) euh moi je sais pas bon euh les hyponatrémies sous antidépresseurs si les gens sont déjà sous IRSNA ou une infection urinaire qui passe inaperçue parce qu'il n'y a plus de brulures mictionnelles à certains âges euh c'est assez fréquents aussi et ça suffit à bousculer
V6 : Donc je voulais dire j'écris un bilan sanguin s'il y a des perturbations qui pourraient expliquer
V5 : Le syndrome confusionnel et les troubles neurocognitifs c'est pas tout à fait le même tableau hein (*acquiescement de V3*)
V7 : (*en réponse à V5*) Non mais on a évoqué tout à l'heure les troubles du comportement donc on est un petit peu dans le flou … on est au début de la suspicion donc euh on est obligé d'intégrer les possibilités
V5 : Le syndrome confusionnel en général est rarement un tableau à bas bruit euh sur lequel en général ne vont pas prédominer les troubles d'orientation ou ce genre de chose mais plutôt des états agitatifs ou des choses euh voilà donc après c'est sûr c'est un diagnostic différentiel mais euh sur des tableaux marqués je ne sais pas si ça correspond vraiment à la consultation où on évoque les premiers troubles neurocognitifs
V4 : J'suis assez d'accord avec 7 par rapport au bilan sanguin c'est vrai que … en particulier par exemple sur les dysfonctionnements de la thyroïde euh j'ai une patiente qui est rentrée dans un Alzheimer mais euh au départ elle ne prenait plus son Lévothyrox et euh elle avait une TSH au taquet et en fait ses troubles confusionnels au départ étaient liés à une hypothyroïdie sévère et euh elle a gardé les séquelles de cette hypothyroïdie à priori euh moi-même le gériatre m'a dit euh si elle n'avait pas été inobservante avec son traitement pendant aussi longtemps euh peut être qu'elle n'aurait pas eu ces troubles aussi sévères euh … en même temps je la voyais régulièrement au cabinet du jour au lendemain elle a arrêté de venir elle a arrêté de faire ses TSH et je l'ai revu des mois après avec une TSH au taquet et complètement perturbée (*grande inspiration, air interrogatif*) … donc qu'est ce qui a commencé d'abord … est ce que c'est les troubles cognitifs est ce que c'est parce qu'elle avait une hypothyroïdie … je … en même temps ça fait partie du bilan donc euh
V3 : Oui ça fait partie du bilan
V4 : J'pense qu'on peut difficilement se passer d'un bilan pour des troubles neurocognitifs inauguraux chez un patient qui jusqu'à présent va bien

V7 : J'ajouterai pour faire débat même si c'est pas le tableau d'une confusion mentale typique (*acquiescement de V4*) décrit … on a quand même des subconfusions chez les gens hein
V4 : Hum hum on est tenté de faire un petit iono une TSH quand même (*rire*)
V7 : Oui je parlais de l'hyponatrémie…
V4 : Même un peu plus…
V3 : Ouais alors voilà le circuit il n'est pas organisé…

Modérateur : On va en revenir après … là on finit sur votre approche …
V1 : Du coup je reprends un peu ce qu'on avait dit avant …. euh moi je suis d'accord qu'il faut l'aborder enfin si on le suspecte il faut l'aborder euh avec le patient lors de la première consultation euh je suis aussi d'accord sur le fait de pas proposer forcément un bilan tout de suite après ça dépend comment réagit le patient si jamais il dit oui effectivement vous avez raison euh enfin j'ai constaté moi aussi et qu'il est demandeur je pense qu'on peut aussi du coup proposer assez rapidement un bilan assez enfin voilà je pense que ça dépend euh de sa réaction si effectivement il est pas très clair on se le note dans le dossier pour être vigilant la prochaine fois et avec la répétition l'amener à accepter le bilan cognitif mais si si il rebondit et euh il confirme ce qu'on lui demande même s'il n'a pas forcément envie d'en parler initialement pourquoi pas lui proposer le bilan
V2 : Moi j'le note dans le dossier j'en parle pas forcément au patient mais par contre facilement j'appellerai la famille pour savoir s'ils ont observé quelque chose
V7 : C'est légèrement tangeant parce qu'il y a le secret médical (*acquiescement de V1*) et normalement la famille ne doit pas être sollicité sans l'accord du patient
V2 : Bah moi je le fais (*sourire*)
V7 : Oui j'ai dit théoriquement

Modérateur : Des réactions par rapport à cette question (*?*)
V1 : Euh ouais moi non plus je n'aurais pas non pas contacté la famille directement par rapport au secret médical … après effectivement s'il y a quelqu'un un accompagnant à la consultation ça peut être l'occasion de poser la question mais euh en dehors de ce cadre là
V7 : Ou on peut solliciter que la personne revienne avec quelqu'un de sa famille et là du coup on est tranquille en fait

- Modérateur : C'est bon *(?*) oui… on a épuisé un peu …. Quelles difficultés rencontrez-vous pour évoquer le diagnostic avec le patient *(?*) en quoi ça vous gêne personnellement
V7 : Pas de difficulté
V3 : Pas de difficulté
V7 : J'essaye d'adapter mon discours au patient que j'ai en face de moi donc à priori je ne rencontre pas soi-même de difficulté (*rire*)
V1 : Moi je dirais … enfin la façon oui enfin la façon de poser la question … enfin de lui demander s'il a remarqué qu'il avait des troubles euh après ça dépend aussi de comment on connait le patient enfin moi du coup je suis remplaçante donc c'est pas toujours évident si c'est la première fois que l'on rencontre les gens … après en tant que médecin traitant probablement enfin je pense enfin c'est plus simple mais euh mais ouais je pense que poser la question savoir comment la formuler moi ça me parait pas si évident

V6 : Moi j'ai eu des difficultés euh … avec le patient quand je lui dis que j'ai l'impression qu'il a des troubles cognitifs hum parce qu'il a nié et alors (*ton rieur*) je viens avec un argument un petit peu faux c'est du mensonge je reconnais … je lui dis qu'après 75 ans il y a une forte recommandation de faire une consultation mémoire donc je vous envoie voir un spécialiste pour être rassuré … mais la première fois où j'ai proposé j'ai eu des difficultés parce qu'il avait l'impression qu'il serait considéré comme un fou
V5 : Oui la difficulté principale c'est le tact avec lequel il faut arriver à aborder ça et puis essayer de voir ce que le patient est capable d'entendre d'accepter euh d'anticiper après … y a des surprises on ne sait pas forcément ce que ça peut donner
V7 : Après je pense aussi que c'est différent de parler de … est ce que de dire est ce que vous avez quelques problèmes de mémoire en ce moment et de dire est ce que vous avez des troubles cognitifs ou intellectuels … là ça fait chaud euh voilà mais si on … on pose la question s'ils ont pas quelques troubles de … enfin quelques ennuis pour se souvenir des choses mais en démédicalisant les mots hein s'ils sont obligés de faire des listes ou des choses comme ça ça peut passer plus facilement … je ne pense pas qu'un patient puisse penser qu'on le traite de fou quand on y va doucement quoi en fait
V5 : Pour moi après l'une des difficultés là c'est que l'âge choisi n'est que de 65 ans c'est un âge que je ne placerai pas forcément le patient gériatrique d'emblée (*rire de V7*) … ça peut être compliqué enfin je ne l'aborderai pas forcément de la même faon non plus à 65 ans ou à 85 ans en face de moi et que le discours qui va être reçu à ce moment-là par la personne selon son âge ne va pas être reçu totalement de la même façon à 85 ou à 65 … à 65 en effet la violence d'une potentielle annonce peut euh peut choquer et peut rendre complexe la prise en charge et puis le bilan ne sera pas forcément le même en tout cas pour moi euh à 85 ans les choses sont un peu différentes
V2 : Alors l'histoire de l'âge … moi j'ai un patient qui a 66 ans à peu près … et il ne veut pas passer de test … sa femme est venu l'a accompagné donc … l'âge oui peut être qu'à 85 il accepterait mais à 65 ça fait plus d'un an qu'on en parle et il ne veut pas y aller … donc là bah en ce moment c'est sa femme qui est parti avec le test le MMS et qui va essayer de la faire passer à la maison voilà (*sourire de l'ensemble des médecins*) … mais sinon on n'obtient rien quoi
V4 : Et ça évolue ?
V2 : Bah j'en sais rien j'peux pas te dire parce qu'il est assez mutique donc … je me rends bien compte que oui il ne répond pas spontanément aux questions il a certainement de gros troubles cognitifs mais bon il ne veut pas en entendre parler
V4 : Moi j'ai pas le sentiment oui que ça pose problème d'aborder le sujet … c'est plus euh … après on navigue à vue entre guillemets en fonction de la réaction qu'on a en face quoi … mais aborder … parce qu'en fait la question c'est quelle difficulté on a nous *(?)* pour aborder le sujet … (*hochement de la tête du modérateur*) … moi j'ai pas l'impression ça ne me pose pas de problème après maintenant ce qui peut me poser problème c'est la réaction en face (*rire*) si là du coup on est obligé de s'adapter
V7 : Je pense aussi que quand un patient fait front c'est-à-dire qu'il dit j'ai pas de problème … euh c'est un peu pour rebondir là-dessus (*regardant V2*) euh (*ton interrogatif*) pourquoi on serait obligé de faire un diagnostic si quelqu'un n'en veut pas *(?*) quelle est l'option thérapeutique derrière en général … à part détecter une tumeur cérébrale éventuellement

curable … euh les opportunités thérapeutiques sur les troubles cognitifs de type Alzheimer ou autre sont quand même euh… on va pas euh

V4 : Proche de zéro (*rire*)

V7 : Oui n'est ce pas … voilà donc s'il choisit de

V3 : Dans ton bilan … quand tu vas faire ton bilan tu peux repérer une hypocalcémie

V7 : Oui mais oui oui

V3 : Donc voilà qui sont curables …donc c'est intéressant toujours de tester s'il y a un problème peut être chercher pourquoi il y a un problème

V7 : Sauf que la calcémie je l'ai faite avant … avant de proposer éventuellement un test de mémoire

V3 : Ah ouais nous on fait après

V7 : Donc finalement j'ai pas forcément besoin de passer par euh …

V3 : (*interpellant V7*) Mais alors du coup pourquoi tu fais ta calcémie (*?*)

V7 : (*en réponse à V3*) Parce que j'ai constaté qu'il y avait des troubles … si le patient et que je cherche une réponse organique avant d'émettre l'hypothèse qui fait peur à tout le monde en fait en général … c'est-à-dire la maladie d'Alzheimer

V3 : Le bilan cognitif il est justement là pour évaluer la suspicion … là tu (*insistant*) suspectes qu'il y a un truc

V7 : Oui

V3 : Tu suspectes et le bilan cognitif il est positif et après ça déroule … bah moi ça me parait plus logique euh

V7 : Si on n'est devant un patient opposant on commence par l'organique c'est tout … parce que c'est un domaine qu'on connait et qui est rassurant pour le patient … et il n'a pas l'impression que l'on va chercher si euh entre guillemets il est fou ou il perd la tête … c'est tout c'est une première étape

- Modérateur : On a un peu répondu euh on va sur la question suivante donc les difficultés c'est bon *(?*) … ok sachant qu'il n'y a pas de recommandation sur les tests de repérage en soins primaires utilisez-vous une méthode particulière pour le diagnostic des troubles cognitifs (*?)*

  V3 : Donc nous on a une infirmière ASALEE qui nous fait des dépistages des troubles neurocognitifs dans lequel elle fait le fameux MMS elle fait un GDS le Dubois le test de l'horloge et euh … j'ai oublié le dernier …

  V4 : La fluence verbale le test de la fluence verbale

  V3 : Enfin voilà elle fait tout ce bilan là … les cinq tests dont une échelle de la dépression (*acquiescement de V4*) donc voilà ça permet d'avoir une idée à peu près de ce qui se passe … et à partir de ce moment-là après on déroule alors effectivement on lance le bilan sanguin le scan machin et puis en général ça se termine chez le gériatre qui fait le diagnostic et après il ne se passe plus rien (*rire*)

  V4 : Ça se termine chez le gériatre plus de six mois après voire … (*acquiescement de V3 et V2*) voilà parce que les consultations gériatriques c'est extrêmement long … quand on a des tests positifs euh après ça ne change pas grand-chose sur le plan thérapeutique donc euh ça permet juste de poser le diagnostic et puis de … de coter l'importance du trouble à l'instant T mettre en place des choses éventuellement commencer à … à mettre des aides éventuelles si il y a besoin mais c'est vrai que la consultation gériatriques on l'obtient tardivement après … on est quand

même pendant plusieurs mois en freestyle entre notre infirmière ASALEE notre diagnostic et puis l'attente de cette fameuse consultation gériatrique qui nous est un petit peu … (*ton de la confidence*) nous ça change pas grand-chose effectivement sur le plan thérapeutique il n'y a rien (*air septique de V5*)
V3 : Nous on vient de monter une maison de santé là et via cette maison de santé on peut euh avoir accès à des réunions pluri professionnelles donc on utilise ce biais là pour réunir les différents acteurs ça va être (*ton d'énumération*) l'infirmière les aides sociales diverses et variées là et puis nous on a une association qui prend les anciens pour leur faire faire des jeux tout ça un peu de rééducation … et donc voilà on se réunit tous ensemble autour de ces patients là on expose le truc et puis chacun dit bah alors aujourd'hui on peut faire ça on fait le point sinon … je trouve ça sympa (*rire*)
V6 : Je crois qu'on peut faire quelque chose pour la famille hum pour qu'elle soit informée qu'elle sache comment elle doit réagir comment aider le patient et surtout que la famille ne s'épuise pas donc j'ai compris qu'il y a des associations pour les aidants familiaux pour accompagner les patients

Modérateur : Là on est sur la question des tests de repérage … en soins primaires
V7 : Oui là on s'écarte

Modérateur : Des méthodes … V3 a évoqué est ce que …
V6 : Il a dit presque toutes les méthodes qu'on utilise dans le cabinet
V7 : Pareil
V2 : Oui pareil c'est direction vers l'infirmière ASALEE étant donné qu'on en a une aussi
V4 : C'est l'infirmière ASALEE ou nous … (*acquiescement de V1*) parce que …
V1 : Moi ça m'est arrivé
V4 : Actuellement notre infirmière ASALEE elle a trois mois de délai donc euh ça nous arrive qu'on les fasse
V1 : Oui ça m'est arrivé de mettre une consultation mémoire et de le faire … alors je n'ai pas fait autant j'ai fait …
V4 : Faut en faire trois
V1 : J'ai fait MMS les cinq mots et puis l'horloge
V4 : C'est les trois qu'il faut faire pour le dépistage c'est les trois minimum
V5 : Et le GDS … l'échelle de la dépression …
V1 : Ah oui j'le fais pas
V5 : Moi j'ai une double casquette donc j'ai pas … moi c'est un peu différent parce que je vais de la consultation mémoire à titre personnel parce que je suis gériatre et on a aussi l'infirmière ASALEE dont je me sers largement pour me faire gagner beaucoup de temps sur les dépistages et puis pour faire la consult' mémoire après à approfondir les tests de dépistage préventifs qui sont en effet ceux qui ont été signalés là et qui sont relativement recommandés même si ça n'a pas été jusqu'à présent authentifié … ce sont ceux qui sont pratiqués même en hospitalisation gériatrique et autre c'est les quatre tests qui sont les plus courants voilà et puis après en fonction de ce que les troubles vont donner on peut ou pas approfondir … on revient toujours à ce que je disais tout à l'heure je fais de la consult' mémoire mais à 65 ans les tests neuropsy seront probablement inéluctables et donc la batterie de quatre va être un peu légère alors qu'inversement à 85 ans dans 90% des cas avec votre batterie là et puis un ou deux tests

complémentaires RL/RI16 ou selon la situation vous arrivez à poser le diagnostic et puis après ça permet de mettre le plan d'aide en place directement … c'est vrai que moi je ne travaille pas beaucoup avec la consultation mémoire de l'hôpital sauf justement pour les cas précoces parce que souvent ça mène aussi à une hospitalisation à des examens complémentaires ponction lombaire et des choses comme ça TEP-scan enfin y a plein de chose qui peuvent être fait derrière … mais après pour tout ce qui est gériatrie conventionnelle de ville la consultation mémoire standard et un bon maillage de réseau pour pouvoir donner un plan d'aide des gens permettent de prendre en charge rapidement les gens et la consultation mémoire de l'hôpital apporte pas grand-chose de plus (*acquiescement de V7*) … par contre je ne rejoins pas ce que j'ai entendu sur le on ne peut rien faire et y a pas de curatif du tout euh en ce qui me concerne (*sourires de V5 V4 V2*) c'est sûr que pour moi selon le diagnostic qui sera posé il y a un grand service à rendre même si ce service à rendre n'est pas forcément médicamenteux
V7 : Je pense que ça touchait les médicaments hein exclusivement on est tous bien d'accord là-dessus
V4 et V3 : Oui oui les médicaments (*regardant V5*)
V4 : Même si on a l'impression que les gériatres ne sont pas tous d'accord

Modérateur : On viendra sur cette question après sur les médicaments... ok … donc au niveau techniques est ce que vous avez fait le tour de vos méthodes (*?*)
V7 : Je dirais que … d'une part je suis gériatre aussi donc euh j'ai exercé en institution et tout ça et d'autre part en médecine générale je trouve que faire les tests soi-même ça me permet de renforcer le lien thérapeutique avec le patient … et c'est vrai que même si j'avais accès à une infirmière ASALEE je pense que je la prendrais pas … mais ça c'est moi hein (*sourire*)
V6 : Moi je suis obligée de faire seule les tests mais pour moi c'est une longue consultation je prévois au minimum une heure donc c'est long c'est vrai on renforce le lien avec le patient mais c'est long … je ne peux pas bénéficier d'une infirmière ASALEE
V7 : Mais je rappelle que c'est coté … c'est une consultation à part
V6 : Je sais
V3 : (*en regardant V7)* J'ai pas le temps pas le temps … ce n'est pas possible … bloquer une heure pour un patient c'est pas possible
V7 : Prend le temps … (*rire*) c'est une autre question

Modérateur : Est-ce que vous rebondissez sur le temps sur …
V5 : Moi j'en ai pas pour une heure …
V4 : Non non
V5 : Pour faire les quatre tests
V4 : C'est 30 à 40 minutes
V2 : Oui
V5 : Ca va assez vite
V4 : Si l'infirmière ASALEE a pas de créneau euh pour le faire ou si moi j'ai envie de les faire ou si je sens qu'effectivement je ressens que le patient il préfère que ce soit moi qui les fasse ou pour une raison X ou Y … enfin on met un créneau et puis la secrétaire elle a l'habitude elle met en général 30 minutes et puis elle met la petite pause euh on a des petites pauses de temps en temps sur l'agenda moi je lui dis on met 30 minutes et puis la pause derrière comme ça si

jamais ça prend un peu plus que 30 minutes c'est gérable … (*ton septique*) mais je ne mets pas une heure … donc en terme de cotation pour une demi-heure de rendez-vous …
V6 : Oui je reviens j'ai mis une heure parce que j'ai appelé le patient … le test je ne l'ai pas fait à la première consultation je l'ai fait à une autre occasion il n'était pas seul il était accompagné par sa fille qui venait de Bretagne et surtout quand il y a de la famille ils demandent des explications donc j'étais obligée de passer plus de temps … si j'étais seule avec lui je suis sure que je pouvais faire plus vite (*rire)*
V2 : Ah oui …
V7 : Pas que le test …

- Modérateur : C'est bon pour cette question (*?*) donc quelles pistes pourraient faciliter ce diagnostic qu'est-ce que vous pensez qui pourrait faciliter le diagnostic (*?)*
V3 : Un marqueur biologique
V7 : (*en réponse de V3*) Ca crèverait les budgets vu l'angoisse que créer cette maladie et on refuserait de le faire comme le PSA donc euh (*rire*)
V5 : Les marqueurs biologiques existent
V7 : Hein (*l'air étonné*)
V5 : Les marqueurs biologique existent ils sont pas simples
V7 : Ba oui
V3 : Oui c'est pas simple
V2 : Tout à fait

Modérateur : Et vous êtes avec votre patient qu'est ce qui pourrait vous aider à faciliter le diagnostic on est dans le diagnostic précoce hein
V1 : La présence d'un proche qui confirme euh qu'il a constaté lui aussi des troubles
V4 : Alors moi j'avais la notion que quand on n'avait pas trop trop de temps euh que et là je ne parle pas des tests que l'on fait euh et en cotant la batterie machin quand on a un petit doute enfin le test des 5 mots est quasiment le plus sensible c'est-à-dire que le MMS déjà c'est plus long et puis le MMS ça dépend quand même beaucoup plus du niveau socio culturel du patient et euh le test des 5 mots c'est assez …
V7 : Parlant
V4 : C'est hyper rapide à faire quoi enfin ça prend ça prend … ça peut se faire au décours d'une consultation qui est complètement dédiée à autre chose on peut le faire donc c'est peut-être enfin un outil enfin après on ne peut pas se contenter de ça bien évidemment mais un patient qui a un 5 mots nickel je suis pas sûre qu'il a vraiment des troubles cognitifs enfin je ne sais pas je me trompe peut être c'est ce que je …
V5 : (*hoche négativement de la tête*)
V4 : Mais je ne suis pas gériatre (*rires de V3, V4, V2*)
V5 : Les 4 tests dont on a parlé évaluent chacun des mémoires différentes … les 5 mots de Dubois évalue l'indiçage et uniquement l'indiçage ils vont donc passer complètement à côté de tout ce qui est psycho-comportemental de tout ce qui va être lié à d'autres grilles … qui pourraient être retrouvées comme des troubles d'orientation donc en fait … enfin on ne pourra pas évaluer un patient sauf à être sûr qu'on est dans le cadre de la maladie d'Alzheimer mais à ce cas-là on est pas dans l'évaluation comme on est là mais si on est plutôt dans je dois m'orienter vers quel type de trouble j'ai en face de moi et les confirmer même déjà savoir si des

troubles de la mémoire il en a le Dubois ne sera pas discriminant tout seul … mais par contre je ne sais pas si j'ai compris la question en fait parce que je …
Modérateur : Quelles pistes pourraient faciliter vous aider à comprendre si le patient commence à avoir des troubles cognitifs … y avait une piste là par V1 qui disait …
V1 : Oui par quelqu'un qui confirme l'entourage (*acquiescement de V2 et V4*)
V7 : J'ai navigué là-dedans tellement d'années comme gériatre que ça ne me pose pas de problème … mais bon même pour évoquer des diagnostics différentiels et d'autres types de démence etcetera
V5 : Je pense en effet que le maillage du territoire par exemple enfin je ne sais pas si je réponds à la question mais en effet ce que j'entends de mes collègues et je veux bien croire que ça se passe exactement comme ça (*en regardant V4*) avec une consultation mémoire qui est hospitalo-centrée exclusive tout du moins sur le département euh je pense que mailler le territoire avec des consultations gériatriques euh ambulatoires de ville qui permettraient plus rapidement à répondre aux questions et surtout en plus de mailler sur le terrain le territoire de mailler en plus vous faire un plan d'aide à partir de l'hôpital et avoir une déclinaison … en ville on en connait largement les limites et ce serait peut-être une façon d'aller plus vite de poser des diagnostics plus précocement et rendre un service plus précocement mais je ne sais pas si c'est …

- Modérateur : Si si c'est la question si si c'est ça… donc une fois que vous avez diagnostiqué ce trouble quand c'est mis en évidence qu'elle est votre conduite à tenir (*?*) quand le patient est informé quelle est votre conduite à tenir en général
V7 : Je dirais déjà que comme on est dans un trouble neurocognitif sans étiologie à priori définitive il faut que l'on cherche une cause une cause … c'est-à-dire qu'on n'a pas dit qu'on était spécifiquement dans la maladie d'Alzheimer euh le sujet n'est pas là
V5 : La consultation d'annonce est passé (*?)* elle est faite *(?*)

Modérateur : (*en réponse à V5*) oui elle est faite elle est en train d'être faite oui
V7 : Sous quelle forme (*?*) trouble neurocognitif ça ne veut rien dire en soi puisque ça recouvre plusieurs étiologies

Modérateur : Comment vous faites justement (*?)*
V7 : Mais on ne fait pas (*avec air affirmatif*) on n'annonce pas de diagnostic définitif si on n'a pas de diagnostic précis on ne fait pas … enfin moi je commence par dire qu'il faut qu'on recherche un peu plus dans telle ou telle direction en fonction du tableau présenté pour voir s'il y a quelque chose qui ne va pas et puis après on évoque dans sa tête au moins tous les diagnostics possibles pouvant entrainer un trouble cognitif et puis on a une démarche diagnostique classique quoi … mais euh pas bille en tête avec un test si binaire je ne vais pas dire euh au patient bah je pense que vous avez une maladie d'Alzheimer
V4 : C'est là où justement la difficulté de la consultation du délai d'obtention de la consultation car moi je ne pose jamais le diagnostic du type de déficit parce que c'est en dehors de mon champ de compétence donc on sait qu'on a éliminé les étiologies secondaires euh y'a pas de tumeur cérébrale y'a pas de trouble biologique donc on a un trouble neurocognitif essentiel mais de quel type (*ton interrogatif*) moi enfin moi je ne me sens pas capable de poser le diagnostic même avec la batterie de tests faite donc on attend avec impatience la consultation

gériatrique de l'hôpital (*rire*) pour qu'un diagnostic soit posé pour qu'un mot soit mis parce que tant que le mot n'est pas mis et bien on navigue un peu à vue on propose des si éventuellement une infirmière peut préparer les médicaments si euh si y'a besoin de préparer les médicaments mais ça va être un peu de pansements jusqu'à ce qu'on est vraiment le traitement euh proposer par exemple le nid des aidants euh qui aide euh nous sur la plaquette c'est marqué Parkinson Alzheimer … donner la plaquette avant la consultation gériatrique moi ça me parait un peu compliqué parce que je vais intuitivement poser un diagnostic que je ne serais pas capable de euh je ne serais pas à l'aise je ne suis pas à l'aise avec la conduite à tenir en tout cas tant que la consultation gériatrique n'est pas faite

V5 : Je rejoins ça c'est que de toute façon le diagnostic des troubles cognitifs c'est des critères DSM4 euh c'est d'abord jamais un diagnostic de certitude (*acquiescement de V4*) c'est un diagnostic de probabilité y compris pour le gériatre avec sa batterie de test (*rires de V3-4-7*) que de surcroit pour faire le diagnostic il faut la batterie de test dont on a parlé tout à l'heure voire un complément en fonction de la 1ère série qui a été faite si jamais il y a besoin d'étayer parce qu'on est pas à 100% avec les 4 tests enfin dans tous les cas une imagerie cérébrale ça c'est systématique ça s'associe dans les critères qui y sont mis et puis ensuite après le jour où il y a le diagnostic de poser soit le jour par un gériatre hospitalier soit par un autre gériatre mais de toute façon c'est la cas ça passe par une consultation d'annonce officielle du diagnostic au patient et la mise en place du plan d'aide et des choses qui voilà je conçois que ça ne soit pas simple aujourd'hui ce genre de chose

V7 : Je ne fais pas de consultation d'annonce (*rires*) au patient qu'est ce que ça peut foutre que vous ayez une maladie d'Alzheimer ou autre chose … enfin je caricature un peu mais … pas toujours mais en gros vous avez du mal avec la vie quotidienne il y a des aides … donc on va organiser les aides et on ne va pas se focaliser sur ce foutu terme d'Alzheimer qui fout autant la trouille au patient que les diagnostics de cancer … c'est à mon avis équivalent dans l'image qu'on les gens je ne vois pas trop l'utilité en fait on n'est pas obligé d'arriver à un diagnostic de certitude en tout cas dans cette maladie là et d'avoir … on a des explications à donner on peut donner des explications d'accord qui dépendent du niveau intellectuel des gens de la confiance qu'ils ont en nous mais euh je trouve qu'on arrive bien à prendre en charge sans avoir de mot définitif mais euh je passe l'étape diagnostique normalement pour nous elle est faite … il est clair que toute la batterie de test et puis tous les examens complémentaires nécessaire sont faits et après on est dans l'accompagnement et l'accompagnement voilà

Modérateur : Des réactions (*?)* ceux qui n'ont pas parlé est ce que vous avez des choses à compléter à acquiescer à renchérir

V1 : Moi je suis un peu partagée c'est vrai que je suis d'accord sans avoir de diagnostic c'est difficile de proposer telle ou telle prise en charge mais finalement en même temps est ce que avoir le diagnostic ça va changer ce que l'on va proposer aux gens pff et les accompagnements possibles donc euh peut être que si c'est trop long on peut justement commencer à proposer des choses sans avoir mis un nom sur …

V3 : C'est souvent le cas c'est souvent le cas qu'on mette des choses en place en fonction de ce qu'ils ont besoin

Modérateur : Des choses comme quoi par exemple …

V7 : Comme euh

V7 : Ce qu'a dit V4
V3 : Oui les médicaments euh un petit peu de euh comme des structures qui peuvent aider sur le plan intellectuel essayer de faire des petits jeux euh y a des associations qui font ça très bien
V1 : Y a des structures qui enfin y a les plaquettes pour Alzheimer qui peuvent aider n'importe quelle personne qui a des troubles cognitifs
V6 : Euh ce que je mets en place euh préparer le pilulier mais en même temps surveillance de la prise des médicaments journalière après je pense aux repas qui sont portés après les courses qui va se charger de faire les courses et je préviens la famille qu'ils fassent attention à la voiture car la plupart conduise et il faut faire attention la voiture éventuellement de prendre les clés qu'il ne parte pas sans qu'il soit accompagné qu'il ne se déplace pas sur des longues distances sans qu'il ne soit accompagné (*hochement négatif de la tête de V4*)
V7 : Dans le domaine des choses pratiques je te voyais secouer la tête pour la voiture (*en regardant V4, rires*)
V4 : Il n'y a pas le droit
V6 : Il n'y a pas le droit (*?*)
V4 : Non
V7 : Si c'est la famille qui le fait
V6 : Oui la famille la famille pas moi
V4 : Ah d'accord nous on n'a pas le droit de prendre les clés
V6 : Non non pas moi la famille
V7 : Dans le domaine des choses pratiques il y a de faire changer demander à la famille de faire changer le système de cuisson il faut demander d'éliminer le gaz c'est aussi pas mal enfin passons c'est passer à l'électrique c'est vrai que ça ne peut pas se faire sans comme disait V2 sans la famille qu'il faut faire intervenir et j'ai envie de dire il y a tout ce qu'il y a à demander il y a l'ADPA qui est à prévoir l'ADPA pour avoir des aides le dossier MDPH (*acquiescement de V6*) ça ça va être éventuellement pour augmenter les aides aux aidants si ça peut apporter quelque chose de plus voilà pour obtenir des aides pour le patient ou les aidants voilà parce que c'est lourd et les associations pour les aidants type France Alzheimer ou euh tu disais les prises en charge hospitalières tout à l'heure (*en regardant V4*) moi j'ai arrêté parce que en fait à l'hôpital ils font pas seulement un diagnostic ils prennent des rendez-vous et les pauvres patients ils sont très obéissants hein donc ils prennent des rendez-vous pour des groupes mémoire et les patients reviennent en faisant des gueules de six pieds de long en disant mais ils nous ont pris pour quoi on dirait qu'on est retourné à l'école maternelle … bon je leur dis vous avez le droit d'arrêter et ils arrêtent parce que c'est pas toujours adapté quand même c'est bien de faire faire des choses par les autres mais il faut quand même vérifier que ça convient aux patients quoi … pardon mon côté rebelle *(rires*)
V5 : Bon euh je vais rejoindre intégralement V7 sur l'hôpital mais c'est un biais c'est un biais transitoire enfin je pense car ça ne respecte pas du tout le circuit euh le circuit actuel médecin traitant adressage et que voilà il y a un recrutement automatique actuellement de tous patients qui passent en gériatrie va passer en consult' mémoire et va avoir son système … et puis aujourd'hui c'est une perversion du système ponctuel mais qui est uniquement lié au fait qu'il y a peu voire très très peu de moyen de manière anecdotique de concurrence libérale je dirais dans ce genre de chose et que le circuit est interne euh
V7 : Tu veux tuer le chef de service (*à V5, rires*)

V5 : Ah non non non euh moi je fais mes choses dans mon coin et chacun fait son truc mais non je pense que ça changera dans le sens où c'est l'historique aussi et c'est le développement de la gériatrie récente et l'arrivée des DESC et l'arrivée de choses qui sont en train de se faire et que l'hôpital pour l'instant reste le point d'encrage et puis que je ne vois pas du tout à terme une organisation qui restera comme ça enfin déjà il n'existe dans aucun autre endroit où hop vous passez en gériatrie et puis vous vous retrouvez chez le pneumologue le cardiologue chez le machin aujourd'hui ils renvoient au médecin traitant et après le médecin traitant il envoie si il juge … enfin moi en tout cas je ne suis pas confronté à ça sur aucune autre spé il n'y a en effet que la consult' mémoire et la gériatrie où en effet il y a tous les patients qui passent par la case gériatrie passeront ensuite par la case consultation mémoire de façon systématique voilà … je dirais après pour la question qu'il y avait là enfin moi je rejoins mes consœurs c'est-à-dire que moi le diagnostic semble important mais il n'empêche en aucun cas de démarrer ce qui restera le service premier au patient et donc je sais que moi en général je commence déjà par leur donner un listing de ce qui existe aussi bien en terme de réseau enfin le CLIC est mort selon les endroits où on vit mais il y a l'ESPACE sinon comme endroit qui a pris le relais il y a le MAIA dans les situations avec grande difficulté il y a les accueils à droite à gauche il y a les hébergements temporaires enfin il y a beaucoup de chose qui peuvent être mis maintenant il y a des accueils de jour chez l'habitant qui commence à se mettre en place euh voilà je donnerais plutôt le listing des différentes aides qui peuvent être apportées y compris les aides financières avec l'APA avec ce genre de choses si les gens en relèvent parce que de toute façon si on est dans les troubles très précoces on peut penser qu'ils n'ont pas toujours à relever de ce genre de chose parce que de toute façon si vous n'avez pas atteint GIR 4 vous n'avez rien euh voilà mais ça permet au moins de les laisser au moins seuls après ce diagnostic d'annonce et puis de leur montrer qu'il existe des choses pour les accompagner et puis éventuellement les orienter vers le réseau du CLIC qui les orientera dans ce cheminement

V4 : Oui nous on fait intervenir facilement le CLIC pour tout ce qui est euh pour les aides administratives pour ce qui est d'aider à mettre en place à la fois les aides associatives et euh pour ce qui est de l'infirmière et du pilulier toute la problématique vient de l'acceptabilité de faire intervenir quelqu'un euh moi j'ai le cas de patient je suis persuadée qu'ils ne prennent pas très bien le traitement et ils ne veulent pas d'infirmière … et bah on fait quoi … si ils n'en veulent pas on ne peut pas leur imposer c'est comme la voiture tant qu'ils veulent conduire on ne peut pas leur piquer leurs clés … on ne peut que leur proposer d'aller passer des tests chez l'auto-école mais ils n'ont pas tellement envie d'y aller parce qu'ils savent que l'auto-école elle a les moyens de leur dire qu'ils ne peuvent plus conduire mais c'est tout ce qu'on peut faire on est un peu euh … et puis alors si on est sur le diagnostic précoce là leur faire encaisser tout d'un coup infirmière pilulier toilette ménage clés de voiture hébergement temporaire euh je pense que tout ça ça se fait euh quand même un peu il faut du temps quand même hein parce que j'espère qu'il ne faut pas leur annoncer tout ça à la 1ère consultation parce que là euh ils se mettent une balle en sortant du cabinet quoi (*rires de V3 et V1*) enfin diagnostic précoce je n'annoncerai pas la couleur de tout ça quoi

V5 : J'en profite juste pour rebondir parce que ça apparaitra au moins dans une thèse que je trouve ça purement scandaleux que la sécurité sociale oblige à écrire pour patient présentant des troubles cognitifs sur une ordonnance pour pouvoir être remboursé de son pilulier

V4 : Exactement

V5 : C'est une véritable honte et au moins je l'aurais dit là au moins si ça apparait … sinon il n'y a pas de remboursement et ça c'est un véritable scandale parce que c'est la trahison la plus complète du secret médical et c'est en plus un signe discriminatoire
V4 : Mais complètement et si on ne le met pas …
V5 : Ah bah je refuse de le marquer mais je suis en guerre avec les infirmières malheureusement à cause de ça parce que les infirmières …
V4 : Les infirmières demandent de préciser
V5 : Et le patient n'est pas remboursé de son truc mais …
V1 : Ah bon (*l'air étonné*)
V4 : Il faut mettre pour trouble gérontologique
V5 : Je triche en mettant AVQ ça a l'air d'être remboursé mais ça n'est plus ce qui doit être marqué
V7 : Pour douleurs arthrosiques (*rires*)
V6 : Je demanderai des explications complémentaires parce que c'est la première fois que j'entends ça … vous parlez de protocole qui est fait par les infirmières pour préparer le pilulier (*?)*
V5 : Oui tout à fait pour la préparation hebdomadaire
V6 : Oui j'ai plusieurs patients dans cette situation et ils n'ont pas été gêné surtout qu'ils ne voient pas le protocole c'est l'infirmière qui le fait je signe et le patient ne voit pas ça
V2 : Oui mais c'est pas ça le problème c'est qu'ils ne sont pas remboursés si on ne met pas trouble cognitif sur l'ordonnance pour l'infirmière il n'y a pas de remboursement donc c'est un acte qui sera à la charge du patient
V6 : Oui
V2 : Ou alors c'est les infirmières qui font des actes euh gratuits…
V5 : Mais si on peut biaiser parce que c'est un package par contre en effet quand on est dans les 1ers stades et que ça ne se voit pas y'a que l'ordonnance et là on n'a pas le choix depuis le déremboursement
V4 : Et leur faire accepter le passage de l'infirmière en plus si on marque dessus trouble neurocognitif …
V7 : Bah il ne faut pas le faire il faut refuser c'est tout
V4 : Mais les infirmières nous demandent parce que …
V7 : En faisant un courrier recommandé à la CNAM plus la CRAM plus la caisse de Vendée enfin moi c'est ce que je fais et ça marche toujours c'est bizarre et je mets en copie au Monde le Figaro et Valeurs actuelles (*rire général*) non mais ça marche hein j'ai reçu des lettres de remerciement de la caisse de Vendée qui me dit cher docteur nous vous félicitons de vous intéresser aux dossiers aussi près à vos patients c'est des administratifs et des technocrates si vous dites que vous êtes choqués à la CNAM avec un courrier c'est pas très long honnêtement un courrier à la CRAM en disant c'est une rupture du secret médical ils vont arrêter hein ça ne m'est pas arrivé heureusement pour eux … vous trouvez que je suis gentille moi
V5 : Je t'envoie ma prochaine demande (*en regardant V7, rires de V5*)

- Modérateur : D'autres réactions *(?)* non … on passe à la dernière question est ce que votre démarche à changer depuis le déremboursement des médicaments anti-alzheimer (*?)*
  V3 : Oui on ne les prescrit plus (*rires de V3 V4 V7*)

Modérateur : Est-ce que votre prise en charge votre diagnostic précoce voilà depuis que c'est déremboursé est ce que votre attitude à changer dans votre prise en charge
V7 : Non déjà je ne les prescrivais déjà pas donc (*rires*) j'ai essayé de les retirer des ordonnances quand on voyait trainer des médicaments qui ne changeaient rien du tout à 80 berges j'essaye d'expliquer aux gens que ce n'est peut-être pas la peine mais voilà sans forcément les forcer non plus parce que c'est une situation un peu délicate mais ni le mode de prise en charge ni les traitements ont changé pour moi
V6 : Pour moi non plus
V2 : Bah moi j'en prescrivais des traitements mais maintenant j'en prescris plus mais sinon la prise en charge elle est la même ça ne va pas retarder la prise en charge pour autant … oh bah de toute façon il n'y a rien à faire on n'est pas pressé de savoir ce qu'il a … c'est pas ça non
V5 : Bah moi ça a inévitablement changé parce que j'étais prescripteur initiateur … j'en prescris toujours moins qu'avant avec une information systématique maintenant au patient sur le fait que ça ne sera pas remboursé si jamais il accepte de les prendre euh voilà après ça ne change pas fondamentalement la prise en charge du patient quoiqu'il arrive parce que elle repose de toute façon pour sa part prédominante sur le plan d'aide bien avant les thérapeutiques après voilà moi à titre personnel je suis outré que ça ai été déremboursé de cette façon-là je ne suis pas du tout satisfait de ce que ça peut donner même si ce n'était pas la panacée y avait des patients pour lesquelles y avait des bénéfices y avait des gros écarts avant et après c'est pas le cas de tous c'est vrai c'était une corde parmi tant d'autres parmi le panel mais oui ça a quand même impacté ma pratique … même si ça ne change pas le fait que le plan d'aide est certainement le socle de ce qui doit être mis en place
V3 : Oui bah pareil ça change rien à la prise en charge

Modérateur : Est-ce que par rapport au thème abordé vous avez des remarques à faire des choses à dire
V5 : Sur la dernière question *(?*) Oui je disais à plus forte raison que sur le patient type de 65 ans avec le diagnostic c'est peut être celui qui aurait le plus tiré de bénéfice des thérapeutiques déremboursées
V7 : Je ne vais pas rentrer dans le débat parce qu'on a pas fini (*rires*)
V4 : Justement à la question pour faire le lien entre la dernière question et le thème euh le fait que les thérapeutiques soient déremboursées moi j'ai le sentiment que ça a forcément un peu influencé la façon de diagnostiquer précocement les troubles parce qu'on pouvait se dire qu'en diagnostiquant précocement on avait les médicaments qui pouvaient empêcher la maladie d'évoluer alors qu'aujourd'hui on ne peut proposer au patient qu'un plan d'aide ce qui n'est pas négligeable c'est tout à fait important mais euh est ce qu'un patient qui n'est pas demandeur qui n'est pas gêné dans sa vie quotidienne qui n'a pas de plainte particulière pour lequel on n'a pas de médicaments à proposer est ce qu'on est pas euh est ce qu'il faut qu'on l'emmerde entre guillemets ou est ce qu'il ne faut pas attendre que les troubles évoluent un petit peu plus pour leur proposer des choses au moment où il est plus gêné et à ce moment-là on n'est plus dans le diagnostic précoce donc ça a quand même changer à mon avis un petit peu (*acquiescement de V2*) la précocité du diagnostic enfin moi j'ai le sentiment que ça a pu changer un peu ma façon de sentir un peu et d'aborder le problème ou de me donner un peu plus le temps parce que de

toute façon y a pas de médicament donc on va agir avant que le patient soit gêner avant que le patient soit gêner vraiment avant que ça gêne sa vie quotidienne qu'est-ce qu'on peut faire
V7 : Tu prends un exemple qui contient la réponse dans ta question (*en réponse à V4*) tu dis que le patient ne veut pas le savoir et qu'il ne se sent pas gêner pourquoi veux-tu qu'il aille prendre un médicament …
V5 : Moi je rejoins V4 mais à 200 %
V7 : Ah bon mais en quoi (*air surpris*)
V5 : Je pense en effet que c'est ce qu'elle décrit parfaitement le fait de ce dire que tout ce qui avait été les stigmates de la géronto-cognition … la volonté de dépistage des gens parce qu'on pouvait à l'époque leur faire gagner quelques années de qualité de vie à ce prix-là va être remis en question dans l'esprit des praticiens et dans l'esprit des gens à fort juste titre puisque en effet on se contentera de les accompagner au quotidien dans leur trouble et non pas en effet dans une amélioration de la qualité de vie ou dans un ralentissement de la maladie alors moi en effet je rejoins à 200%
V4 : Alors pour répondre à V7 euh tu parles du patient qui ne se plaint de rien le diabétique … non non mais le patient qui ne se plaint de rien et qui ne voudrait pas prendre de médicament pas plus que d'aide euh le patient diabétique qui ne se plaint de rien on va on sait qu'on a des médicaments à lui proposer en amont avant qu'il ne soit symptomatique
V7 : Non
V4 : Enfin des médicaments … des prises en charge codifiées
V3 : Enfin là pour le coup pour le diabète de toute façon je pense que tu peux un peu retarder un peu les choses quoi c'est une prise en charge non médicamenteuse de la maladie dans le diabète c'est ça hein
V4 : Ah oui donc en fait tu proposes précocement à des gens de …
V3 : Je propose rarement des médicaments chez les diabétiques qui sont encore plutôt équilibrés
V4 : Oui bien sur avant les médicaments il y a les règles hygiéno-diététiques avant mais euh
V3 : Si tu arrives à gagner ça tu as gagné pas mal déjà
V4 : Mais euh le bon nombre de patient qui ne sont pas symptomatiques pendant des années et si on attend qu'ils soient symptomatiques pour leur donner des médicaments c'est trop tard
V3 : C'est pas une question de symptômes mais tu as quand même
V7 : Tu parles de quoi là du diabète (*?*)
V4 : Non mais c'est pour faire le parallèle
V7 : Tu ne fais pas le parallèle le diabète se surveille même si c'est sous seule mesure diététique
V4 : Oui mais les troubles neurocognitifs c'est pareil
V7 : Le diabétique tu le surveilles tu as donc un point de démarrage de la prise en charge thérapeutique médicamenteuse tu sais qu'à un moment tu vas commencer parce qu'il échappe aux mesures diététiques à la réorganisation de sa vie à la marche au moins une demie heure par jour bla bla bla etcetera
V4 : Oui mais pendant tout ce temps-là le patient il n'a pas de plainte
V7 : Tu parles du diabétique ou pas
V4 : Je parle du patient qui n'a pas de plainte (rires)

V7 : Non parce que tout à l'heure tu as dit que ce patient qui ne voulait rien savoir au sujet de ces troubles cognitifs
V4 : Non ce n'est pas qu'il ne veut rien savoir mais c'est un patient qui n'a pas de plainte … on dépiste donc euh là on est dans le diagnostic précoce donc on dépiste précocement des choses qui sont potentiellement en rapport avec des troubles neurocognitifs on se dit qu'à l'époque où il y avait des thérapeutiques médicamenteuses qu'on …
V7 : Il n'y a pas de preuve clinique d'efficacité voilà et c'est là que le débat se situe c'est pour ça que je ne voulais pas entrer dans le débat
V5 : Moi c'est plus pour répondre euh
V7 : Il n'y a pas de preuve clinique tu peux le lire dans les recommandations les fameuses recommandations HAS c'était y avait un congrès trop marrant où il y avait la dame qui venait présenter les recommandations HAS et puis euh qui concluait si tu lis bien les recommandations HAS de l'époque qui disent qu'il n'y a pas de preuve formelle et la salle de médecins généralistes l'a hué en disant mais qu'est-ce que vous nous faites à nous faire dépenser de l'argent on passe son temps à nous dire qu'on est chèvre et là vous montez des recommandations comme quoi il faut traiter des gens pour montrer qu'on fait attention à eux parce que c'est texto hein d'accord alors je suis désolée il y a d'autres moyens de montrer qu'on fait attention à eux de montrer qu'on les prend en compte qu'on s'en occupe que de prescrire des médicaments qui n'ont pas d'efficacité clinique reconnue alors qu'on nous enlève des médicaments qui ont des efficacités clinique reconnues
V4 : Alors je te réponds (*à V7*) je ne suis pas suffisamment calée pour te dire que c'est efficace ou pas efficace c'est simplement pour verbaliser une explication sur le fait de changement de comportement et que c'est biaisé et je pense que le déremboursement des thérapeutiques a possiblement biaisé la précocité avec laquelle on diagnostiquait les troubles neurocognitifs moi c'est mon point de vue après on est là pour échanger nos points de vue et chaque point de vue est respectable
V5 : Pour changer et pour reprendre les propos de V3 tout à l'heure sur la stimulation cognitive en but thérapeutique pour le ralentissement de la maladie qui était quelque chose de tout à fait intéressant mais en l'état actuel des choses pour avoir le droit à l'ESA parce qu'on parle de l'ESA c'est-à-dire de l'équipe mobile qui vient de s'occuper de ralentir la perte des neurones des gens …
V4 : Il ne faut pas être précoce (*rires*)
V5 : Et bah il faut pas être précoce parce qu'aujourd'hui c'est entre 10 et 20 donc on attend qu'on soit à un stade modéré de la maladie pour avoir le droit de travailler ces neurones sinon il faut acheter soit même ces consoles spéciales et ces trucs mais voilà c'est moi en tout cas d'où le rebond parce que c'est vrai à la fois on en pensera ce que l'on en voudra on retirera des thérapeutiques on fait d'autres choses mais on ne créé pas forcément de relais autres non plus pour prendre en charge
V7 : C'est plus dur
V5 : Ca fait gagné moins de pognon surtout
V7 : Par contre moi ce que j'ai vu souvent c'est des thérapeutiques abusives parce que c'était la porte de sortie facile avec des diagnostics qui n'étaient pas fait par des gériatres en général ou j sais pas par qui c'était fait enfin il y a une quantité de médicaments anti Alzheimer qui étaient prescrits qui était …

V4 : La primo prescription c'est neurologue ou gériatre
V5 (*en réaction à V4*) : Oui de toute façon
V7 : Oui alors y a des gériatres qui n'avaient pas fait leur travail mais ça a été donné facilement à un moment donné hein
V4 : Moi je n'ai jamais initié de thérapeutique
V5 : En tout cas en ce moment c'est discuté et non pas euh reconnu à 100% avec un niveau de preuve d'inefficacité non plus l'ensemble des sociétés savantes gériatriques sont opposées à ça (*sourire*) et en ce moment de nouvelles études sont en cours donc je crois qu'il ne faut pas être trop tranché sur un avis individuel et puis voilà
V4 : Mais on peut reconnaitre que ça peut biaiser
V5 : Voilà la philosophie

Modérateur : Ceux qui ne se sont pas exprimés sur ce sujet (*?*)
V6 : Moi je suis d'accord avec V4 je crois que maintenant le diagnostic peut être un petit peu retardé parce que comme vous dites on ne peut pas mettre des moyens des choses qui quand la maladie n'est pas avancée d'autres moyens à part les moyens médicamenteux juste quand la maladie est avancée

Modérateur : Est-ce que d'autres veulent s'exprimer
V2 : Le diagnostic précoce on peut le faire chez quelqu'un qui a des troubles enfin chez qui on suspecte des troubles on doit le faire après bah on va le surveiller mais le diagnostic précoce si on le fera… moi c'est vrai que quand quelqu'un rentré dans mon bureau sans trouble cognitif ça ne va pas être ah on va voir si il n'a pas de troubles cognitifs c'est pas comme ça c'est si j'ai l'impression qu'il y en a alors je ferais de toute façon le diagnostic donc après la prise en charge euh j'ai pas l'impression que quand il y avait les médicaments j'essayai systématiquement parce qu'il avait 70 ans de faire le test en me disant tient on va peut être lui faire profiter d'une thérapeutique nouvelle qui pourrait faire que… je pense que non
V3 : Ca ne change rien
V2 : S'il est précoce oui j'y pense il sera précoce après faut que j'y pense (*rires de V3 et V4*)
V7 : Je pense aussi que quand on prend en charge le patient avec un diagnostic d'approche comme on a évoqué là on commence à changer quelque chose dans sa vie en fait et que j'ai beaucoup de patient qui ont évolué d'une façon beaucoup plus euh satisfaisante dans leur quotidien avec un diagnostic de trouble cognitif ou pas parce que il y a plein de chose qui se sont mise à tourner autour d'eux euh moi j'ai souvenir d'une patiente qui avait en fait aussi une coxarthrose avec des gonarthroses qui faisaient un mal de chien elle avait du mal à comprendre ce que je voulais lui dire parce que elle avait également des troubles cognitifs à part aussi qu'elle était vendéenne c'est-à-dire bien têtue (*rires*) mais il y a eu l'approche avec sa famille avec son entourage donc expliquer les choses les décrypter réussir à obtenir une intervention qu'elle est moins mal qu'elle remonte la pente finalement ça s'est terminé avec un tableau beaucoup plus plaisant en fait que le tableau de départ il y a tout qui s'est réorganisé autour d'elle c'est aussi le boulot qu'on fait en tant que généraliste parfois l'amélioration ne vient pas exclusivement des médicaments en tout cas mais aussi de l'approche qu'on a des gens et quand on fait le diagnostic ça peut aller jusqu'à ce genre de prise en charge

Modérateur : Vous avez tout dit (*?*)

V5 : Pour finir peut être un mot sur les aidants voilà aussi en disant que le diagnostic ce n'est pas uniquement pour le patient qu'on le fait mais pour accompagner tous ceux qui tout au long de la maladie seront aussi impacté que le patient par ces troubles cognitifs

Modérateur : D'autres personnes rebondissent sur les aidants
V7 : Peut-être aussi un point on en revient vite à avoir c'est très touffu les aides dont on peut disposer on parlait de listing mais il y a beaucoup d'associations organisées par les pouvoirs publics ou pas plus des aidants privés ça devient compliqué d'avoir un carnet avec l'ensemble des aides proposées il y avait une époque où c'était encore difficile de trouver quand les aidants demandaient où est ce que je peux mettre euh mon mari ou ma femme une fois par semaine pour être tranquille il y avait quelques EPHAD qui disaient faire quelques ateliers et là maintenant toi (*en désignant V5*) tu as parlé d'un véritable carnet d'adresse
V5 : Pas un carnet d'adresse mais il y a un début de choses qui se font moi j'ai 2 interlocuteurs sur Challans qui font de l'accueil de jour à domicile
V7 : D'accord mais il faudrait que cette connaissance-là soit plus développée
V5 : C'est le bagne hein tous ceux qui ont développé ça ce sont des anciens des équipes de l'ESA ou autre qui ont été plus que déçus du fonctionnement administratifs et qui ont voulu monté des choses à coté mais c'est pour ça tout ça c'est parti de l'hôpital et puis ça va doucement faire tache d'huile et se faire sur la ville … dans 20 ans il n'y aura plus de consult' à l'hôpital mais de toute façon quand ça ne va plus être rentable ça va s'arrêter aussi et voilà
V7 : Faut que ça tienne la route financièrement
V5 : Je ne sais pas comment c'est dans votre hôpital (*en regardant les autres participants*) mais là au CHLVO ils sont 2 a faire la mémoire donc forcément 2 sur la mémoire sur rayonnement de 80000 personnes dont je sais pas 10 12% doivent présenter des troubles cognitifs sur le territoire donc surtout qu'ils veulent les suivre en plus les revoir tous les 3 ou 6 mois donc euh (*rires généraux*) ah bah ça s'appelle la poule aux œufs d'or
V2 : Nous ils ne les revoient pas si souvent que ça
V4 : Une fois par an
V2 : Ouais une fois par an
V5 : Challans c'est au minimum tous les 6 mois et …
V1 : A Nantes c'était aussi tous les 6 mois
V3 : Nous ils ne les revoient pas ils font le diagnostic et puis voilà
V5 : Oui bah ce serait logique hein la logique serait que le diagnostic se fasse là et que le suivi vous appartienne enfin vous appartienne au quotidien et puis éventuellement que ce soit un réadressage au besoin si tenté c'est comme on disait tout à l'heure pour les médicaments au niveau du suivi vous étiez censés faire varier les thérapeutiques en fonction des avancées de la sévérité de l'avancement de la pathologie à partir du moment où ça c'est caduque quid du suivi du MMS tous les 6 mois ou tous les ans et quel sera le bénéfice en fonction du véritable service rendu euh au patient à se famille
V7 : C'est intégré dans ta pratique de la médecine générale quand même
V5 : Le (*?*)
V7 : C'est intégré dans ta pratique de médecin généraliste quand tu vois un patient … (*regard interrogatif de V5*) de suivi
V5 : Mais le MMS tous les 6 mois (*air interrogatif*)

V7 : Non ça va dépendre de l'évolution
V7 : En effet le MMS il est important à un moment il est important s'il amène à quelque chose si c'est pour générer un stress qui ne changera absolument rien à la décision thérapeutique notamment les patients qui ont un MMS à 10 ça fait longtemps que je n'en fais plus du tout
V7 : Bah bien sûr ça je suis d'accord avec toi
V7 : Il est temps de leur foutre la paix

Modérateur : On dérive du sujet-là (*rires*) et bien merci beaucoup voilà vous avez participé à votre 1er focus group
V7 : Après je reviens sur le sujet c'est pas sûr que je ne proposerai pas un médicament à un patient de 45 ans quand même parce que effectivement l'impact sur la vie quotidienne quand ça arrive à un patient de 45 ans c'est lourd ça oui mais c'est vrai que je raisonne plus en terme d'Alzheimer tardif
V5 : Je ne mets pas tous mes patients sous … c'est une évidence mais il est certain que je ne me poserais pas la question à 65 ans pour proposer le traitement avec la certitude si on était dans le cadre
V4 : Mais oui mais là on était dans le cadre du diagnostic précoce chez la personne âgée de plus de 65 ans
V7 : Non c'est le diagnostic qui est précoce
V4 : Oui le diagnostic précoce chez la personne âgée de plus ou de 65 ans et moi je maintiens que les médicaments c'était peut-être un … y a un biais sur le diagnostic précoce euh dans mon dans mon intellect
V5 : Oui oui tout à fait
V7 : Voilà le débat reste ouvert
V3 : Moi j'ai été élevé avec un discours comme quoi ces médicaments-là ne fonctionnaient pas tu vois donc finalement quand ils ont été déremboursés finalement bah c'était logique
V4 : Bah notre collègue gériatre des Sables c'est elle qui fait les consult' mémoire elle a ton (*en regardant V5*) point de vue hein … après je ne sais pas si c'est générationnel mais moi je n'ai pas toujours eu des échos comme quoi ils étaient inefficaces
V5 : Il y a toujours eu ce flou comme quoi …
V3 : Les gériatres que j'avais rencontré étaient très mitigés sur ces médicaments mais ils disaient on a ça on les met
V5 : Après ils ont été prescrits quand il ne fallait pas aussi en consult' mémoire on diagnostiquait une démence mixte ils étaient prescrits
V4 : Oui ils ont été prescrits dans des indications un peu foireuses

Modérateur : Bon on a fait le tour je crois (*rires généraux*)

VIII. Liste des abréviations

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

DU : Diplôme universitaire

FMC : Formation médicale continue

HAS : Haute autorité de santé

TSH : Thyroid Stimulating Hormon

GGT : Gamma-Glutamyl-Transpeptidases

CRP : Protéine C réactive

IRM : Imagerie par raisonnance magnétique

ALD : Affection longue durée

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale

APA : Allocation personnalisée d'autonomie

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

CCAM : Classification commune des actes médicaux

ASALEE : Action de santé libérale en équipe

AMM : Autorisation de mise sur le marché

Vu, le Président du Jury,
Monsieur le Professeur DERKINDEREN Pascal

Vu, le Directeur de Thèse,
Madame le Docteur DUMONT-BEAUDONNET Véronique

Vu, le Doyen de la Faculté,

NOM : CHAMARRE **PRENOM :** Clémentine

Titre de Thèse : Mise en œuvre du diagnostic précoce des troubles neurocognitifs chez la personne âgée par le médecin généraliste lorsque celui-ci perçoit des troubles.

RESUME

Le « Plan Maladie NeuroDégénérative 2014-2019 » recommande la mise en place d'un projet de soin précoce pour les patients atteints de troubles neurocognitifs. Ce projet de soin fait suite à la pose d'un diagnostic précoce. Mais un retard diagnostique a été mis en évidence dans de nombreuses études.
La place du médecin généraliste est essentielle dans le suivi du patient.
Cette étude s'est donc intéressée à la mise en œuvre du diagnostic précoce des troubles neurocognitifs chez le sujet âgé par le médecin généraliste lorsque celui-ci perçoit les troubles.

Lors de cette étude qualitative, les données sont issues de deux *focus groups* ayant rassemblé des médecins généralistes exerçant en Loire-Atlantique et en Vendée.

Les médecins ont reconnu avoir des difficultés pour aborder le sujet des troubles cognitifs avec leur patient.
Le MMS, les tests de Dubois et de l'horloge sont les tests de repérage réalisés par les généralistes devant une suspicion de trouble neurocognitif.
Les recours spécialisés auxquels ils font appel sont les gériatres, les neurologues et les consultations mémoires hospitalières.
Une bonne connaissance du réseau médical local et un maillage du territoire avec des consultations gériatriques ambulatoires faciliteraient ce recours aux spécialistes.
Enfin le déremboursement des « traitements anti-Alzheimer » a renforcé la perception des médecins de l'absence d'urgence d'un tel diagnostic, ce qui ne favorise pas la précocité du diagnostic et de la prise en charge.

MOTS-CLES

Trouble cognitif – Diagnostic précoce – Tests de mémoire – Maladie d'Alzheimer – Diagnostic difficile – Médecin généraliste