

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2011

N° 18

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Diplôme d'Etudes Spécialisées de Médecine Générale

par

Laurent Digabel

né le 4 décembre 1980 à Nantes

Présenté et soutenue publiquement le 7 avril 2011

ETAT DES LIEUX DU DIAGNOSTIC ET DE LA PRISE EN CHARGE
DES TROUBLES DES FONCTIONS SUPERIEURES DE LA PERSONNE AGEE
PAR LE GENERALISTE EN LOIRE-ATLANTIQUE :
ENQUETE AUPRES DE 30 MEDECINS GENERALISTES

Président : Monsieur le Professeur Gilles Berrut

Directeur de thèse : Mme Fabienne Yvain

Abréviations utilisées	4
1. Introduction	5
2. Matériels et méthode	7
2.1. Objectifs de l'enquête.....	7
2.1.1. Objectif principal	7
2.1.2. Objectifs secondaires	7
2.2. Type d'enquête.....	7
2.2.1. Nature	7
2.2.2. Date de l'enquête	7
2.3. Choix de la population étudiée.....	7
2.3.1. Critère d'inclusion	7
2.3.2. Différenciation ville campagne	8
2.4. Méthode de recueil des données.....	8
2.4.1. Le questionnaire	8
➤ Elaboration du questionnaire	8
➤ Types de données recueillies	8
➤ Evaluation du questionnaire sous la forme de pré-tests	9
2.4.2. Sources de données, l'entretien	9
➤ Sollicitation des médecins par un courrier postal	9
➤ Fixation du rendez-vous à l'aide d'un contact téléphonique.....	9
➤ Conception de l'entretien.....	10
➤ Déroulement de l'entretien	10
2.5. Méthode d'analyse des données.....	10
3. Résultats	11
3.1. Population à l'étude.....	11
3.1.1. Nombre de médecins interrogés	11
3.1.2. Répartition géographique des médecins	11
3.1.3. Age et sexe des médecins	12
➤ Age.....	12
➤ Répartition des sexes	12
3.1.4. Expérience professionnelle.....	13
➤ Durée d'exercice.....	13
➤ Formation spécifique en gériatrie	13
➤ Pourcentage de patients de plus de 70 ans.....	13
3.2. Les non répondants.....	13
3.2.1. Nombre de refus	13

3.2.2.	Répartition géographique des médecins	14
3.2.3.	Refus et répartition des sexes	15
3.2.4.	Causes de refus citées par les médecins	15
3.3.	Connaissance théoriques sur les troubles des fonctions supérieures.....	16
3.3.1.	Définition de la démence	16
3.3.2.	Types de démence rencontrés dans la patientèle	18
➤	Types	18
➤	Fréquence.....	19
3.3.3.	Symptômes cliniques	20
➤	Symptômes positifs.....	20
➤	Symptômes négatifs.....	20
3.4.	Prise en charge des troubles des fonctions supérieures par le généraliste.....	21
3.4.1.	Situation cliniques de dépistage	21
3.4.2.	Tests de dépistage utilisés.....	22
3.4.3.	Examen complémentaires.....	23
➤	Bilan biologique	23
➤	Imagerie	24
3.4.4.	Recours au spécialiste.....	25
➤	Types de spécialiste	25
➤	Arguments pour demander la consultation	26
➤	Attente de la consultation	26
3.4.5.	Traitement instaurés	27
➤	Antidépresseurs	28
➤	Neuroleptiques.....	28
3.4.6.	Diagnostic définitif	29
3.4.7.	Centres mémoire	30
➤	Utilité	30
➤	Intérêt.....	31
➤	Limites	31
3.5.	La formation	32
3.5.1.	Qualité de la formation	32
3.5.2.	Support de formation souhaitée	33
3.6.	Principales difficultés rencontrées	34
4.	Discussion	35
4.1.	Intérêt de l'étude.....	35
4.2.	Commentaires sur la méthode	35
4.2.1.	Aspects positifs de la méthode	35
➤	Intérêt de l'entretien semi dirigé.....	35
➤	Intégrité des réponses par l'enregistrement	35
➤	Rencontre conviviale des médecins dans leur cabinet.....	35
4.2.2.	Aspects négatifs de la méthode	36
➤	Multiplicité des thèmes abordés	36

➤ Certains aspects des connaissances et la prise en charge des troubles des fonctions supérieures n'ont pas été abordés	36
➤ Méthode chronophage	36
➤ Nécessité d'avoir de la persévérance et de l'humilité devant les refus d'entretien.....	36
4.2.3. Biais	37
➤ Biais de sélection	37
➤ Biais de mesure.....	38
➤ Biais d'analyse.....	38
➤ Améliorations possibles de l'enquête par rapport aux difficultés rencontrées	38
4.3. Une mauvaise connaissance du milieu gériatrique.....	39
4.3.1. Très peu de médecins ont une formation spécifique en gériatrie	39
4.3.2. Une surestimation de la patientèle gériatrique	39
4.4. Une mauvaise connaissance des notions théoriques démences.....	40
4.4.1. Définition de la démence	40
➤ Ce que disent les recommandations.....	40
➤ Comparaison des définitions données avec celle du DSM-IV (figure 7)	40
➤ Autres éléments de définition : utilisation de termes vagues (figure 6)	40
➤ Difficulté à donner une définition	41
4.4.2. Une fréquence respective des différentes démences relativement bien connue (figures 8 et 9)	41
4.4.3. Symptomatologie de la démence	42
➤ Ce que disent les recommandations.....	42
➤ Symptômes cités (figure 10).....	42
➤ Symptômes négatifs (figure 11)	44
4.5. Une prise en charge non optimale	44
4.5.1. Dépistage des démences	44
➤ Ce que disent les recommandations [10]	44
➤ Situations du dépistage (figure 12)	45
➤ Tests de dépistage utilisés (figure 13)	46
➤ Bilans biologiques dans le cadre du dépistage (figure 14)	48
➤ En ce qui concerne l'imagerie (figure 15)	49
4.5.2. Prise en charge du patient dément	50
➤ Recours au spécialiste (figures 16, 17, 18)	50
➤ Traitement médicamenteux prescrits par le généraliste : trop de neuroleptiques (figures 19, 20, 21).....	53
➤ Diagnostic définitif (figure 22).....	56
➤ Recours au centres mémoire (figures 23, 24, 25)	56
➤ Autres difficultés de prise en charge (figure 28)	58
4.6. Un manque de formation dont les médecins ont conscience	59
5. Conclusion.....	61
Bibliographie	63
Annexes	66

ABRÉVIATIONS UTILISÉES

ADL :	Activities of Daily Living
BREF :	Batterie Rapide d'Efficienc Frontale
BZD :	Benzodiazépines
CNGE :	Collège National des Généralistes Enseignants
CNOM :	Conseil National de l'Ordre des Médecins
CPAM :	Caisses Primaires de l'Assurance Maladie
Drees :	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSM-IV :	Diagnostic and Statistical Manual, 4 th edition
EHPAD :	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
GDS :	Geriatric Depression Scale
GPCog :	General Practitioner assessment of Cognition
HAS :	Haute Autorité de la Santé
IADL :	Instrumental Activities of Daily Living
Insee :	Institut national de la statistique et des études économiques
IRS :	Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine
IRSNa :	Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline
MCI :	Mild Cognitive Impairment
MIS :	Memory Impairment Screen
MMS = MMSE :	Mini-Mental Status Examination
NLP :	Neuroleptiques
NPI :	Neuropsychiatric Inventory
PSP :	Paralysie Supra nucléaire Progressive
Snir :	Système national inter-régimes
SPCD :	Symptômes psycho-comportementaux des démences
URCAM :	Unions Régionales des Caisses de l'Assurance Maladie

1. INTRODUCTION

La pathologie démentielle, représentée en premier lieu par la maladie d'Alzheimer est un enjeu de santé public dès aujourd'hui et encore plus demain.

La population française vieillit. En 2000, les plus de 75 ans représentaient 7,2% de la population et en 2010 ils représentaient 8,9% de la population soit près de 5,6 millions de personnes. D'après les projections, ce taux en 2060 pourrait s'élever à 16,2% (Source : Insee).

Le principal facteur de risque de démence est l'âge. La prévalence des syndromes démentiels va de 1,2% à 70 ans jusqu'à 14% à 90 ans. 400 000 personnes étaient prises en charge en ALD pour maladie d'Alzheimer ou apparentée. Etant donné les taux de sous-diagnostic le nombre de ces pathologies serait plutôt aux alentours de 850 000 [1].

En 2006, au niveau de la Loire Atlantique, il y a environ 12 000 personnes de plus de 75 ans atteintes de démence dont 4 000 avaient un traitement spécifique de la maladie d'Alzheimer. Il y a en moyenne 2 000 nouveaux patients déments par an, si bien qu'en 2015, il pourrait y avoir plus de 16 000 personnes de plus de 75 ans démentes dans le département [2].

L'enjeu se situe à plusieurs niveaux.

Sur un plan médicosocial, les capacités d'accueil pour les personnes âgées, tous types confondus (maison de retraite, foyer-logement, EHPAD, hébergements temporaires, ...) sont de 680 000 places. Ces structures n'accueillant pas uniquement des sujets déments, il y a un véritable défi à relever pour permettre un maintien à domicile dans les meilleures conditions possibles. Ceci ne peut passer que par l'implication de tous les acteurs du secteur médico-social.

Il se situe également sur un plan économique. Un patient atteint de maladie d'Alzheimer coûte de l'ordre de 22 000 € par an répartis de manière suivante : 25% de frais médicaux et 75% de frais non médicaux dont 55% à la charge des familles. En 2005, le coût total de la maladie d'Alzheimer était évalué à 9,9 milliard d'euros par an [3].

Les politiques ont pris conscience de cette situation en faisant de la maladie d'Alzheimer un enjeu majeur de santé publique comme le montre la création du plan Alzheimer 2008-2012 [4]. Ce plan, qui comporte 44 mesures, s'articule autour de trois axes : améliorer la qualité de vie des malades et des aidants, développer la recherche de manière à connaître pour agir et se mobiliser pour l'enjeu de société que représente cette maladie.

Le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des syndromes démentiels est important. Il s'agit même d'une des situations décrites dans le référentiel métier du CNGE [5]. Il tient alors un véritable rôle de coordinateur en posant un diagnostic global, en élaborant un projet d'intervention négocié avec le patient, en mettant en œuvre le projet thérapeutique et en assurant le suivi et la continuité de la prise en charge.

Il est donc particulièrement intéressant de faire le point sur les connaissances que les médecins généralistes ont des syndromes démentiels, sur la prise en charge de ces patients aussi bien au moment du dépistage que dans le suivi ou la thérapeutique. Ceci peut permettre de mettre en évidence les points à améliorer pour optimiser la prise en charge dans le futur.

La réalisation d'une enquête qualitative permet non seulement de faire ce point sur les connaissances et les pratiques, mais aussi de ressentir l'état d'esprit des médecins généralistes parfois démunis face au système de soins dans la prise en charge des patients déments.

2. MATERIELS ET METHODE

2.1. Objectifs de l'enquête

2.1.1. Objectif principal

Dresser un état des lieux sur les connaissances des médecins généralistes de Loire-Atlantique et leur pratique en fonction des recommandations scientifiques et les données de la littérature.

2.1.2. Objectifs secondaires

Proposer des pistes d'améliorations au niveau des connaissances et de la pratique des médecins en vue d'une meilleure prise en charge des troubles des fonctions supérieures du sujet âgé.

2.2. Type d'enquête

2.2.1. Nature

L'étude est une enquête épidémiologique qualitative descriptive et déclarative.

2.2.2. Date de l'enquête

Elle a débuté le 30 août 2010, début des pré-tests. Le recueil de données s'est déroulé du 1^{er} septembre, premiers entretiens, au 28 octobre 2010, dernier entretien.

2.3. Choix de la population étudiée

Dans notre étude, le nombre souhaité de médecins généralistes à interroger a été fixé à trente.

2.3.1. Critère d'inclusion

La sélection des médecins généralistes a été réalisée à partir de l'annuaire en ligne « Pages Jaunes » à l'entrée « médecin généraliste – 44 ». Nous avons ainsi pu disposer d'une liste de tous les médecins généralistes installés de Loire Atlantique. Un classement par ordre alphabétique numérotée sur fichier « Excel » a permis d'affilier à chaque médecin de la liste un numéro allant de 1 à 1076. Au 1^{er} juillet 2010, la Loire-Atlantique comptait 1076 médecins généralistes dans l'annuaire. Le tirage au sort s'est effectué par la fonction ALEA du logiciel « Excel » qui a permis d'attribuer à chaque médecin une valeur unique comprise entre 0 et 1.

Une première liste brute de médecin comprenant les médecins urbains et ruraux a donc été obtenue : environ une soixantaine de médecins dans l'hypothèse d'un refus ou d'impossibilité de rendez vous.

2.3.2. Différenciation ville campagne

Enfin nous avons séparé la médecine de ville et la médecine de campagne. Les médecins ruraux sont considérés comme tels si la commune fait moins de 170 habitants/km², hors agglomération.

2.4. Méthode de recueil des données

2.4.1. Le questionnaire

➤ Elaboration du questionnaire

L'enquête a été réalisée à partir d'un questionnaire (cf. annexe n°1) composé de questions semi ouvertes et de questions ouvertes

Les questions ont été élaborées en vue d'apprécier les connaissances théoriques, l'expérience et la pratique du médecin généraliste.

➤ Types de données recueillies

Variables quantitatives :

- Age du médecin ;
- Année d'installation ;
- Proportion de plus de 70 ans dans la patientèle.

Variables qualitatives :

- Sexe ;
- Type d'exercice ;
- Formation en gériatrie ;
- Connaissance de la définition de la démence ;
- Types de démence rencontrés dans la patientèle et leur fréquence respective ;
- Connaissance des signes évocateurs de troubles cognitifs ;
- Situations cliniques amenant à faire un dépistage ;
- Connaissance des tests de dépistage utilisés ;
- Connaissance des examens complémentaires devant un trouble des fonctions supérieures ;
- Evaluer la fréquence du recours au spécialiste ;
- Connaissance du type de spécialiste consulté ;
- Connaissance des arguments amenant à la consultation spécialisée et des attentes de cette consultation ;
- Connaissance du diagnostic définitif ;
- Connaissances de la fréquence de recours aux centres mémoire et de leurs limites ;
- Autoévaluation des connaissances sur le sujet ;
- Evaluer la nécessité d'une formation et sa forme ;
- Connaissances des principales difficultés rencontrées par le généraliste avec ce type de patients.

➤ Evaluation du questionnaire sous la forme de pré-tests

Nous avons réalisés deux pré-tests auprès de deux médecins généralistes.

Le but était :

- de tester la faisabilité du questionnaire c'est-à-dire revoir certaines questions mal rédigées ou ambiguës ainsi que leur ordre ;
- de mettre en application du concept d'entretien semi directif non expérimenté auparavant de façon à être plus habitué lors des entretiens suivants ;
- de vérifier le respect de temps prévus à l'entretien afin de ne pas déborder sur le temps de consultation soit au maximum vingt minutes ;
- de tester le matériel d'enregistrement.

2.4.2. Sources de données, l'entretien

Une fois le questionnaire rédigé il a été proposé à un panel de médecins généralistes de Loire Atlantique tirés au sort sous la forme d'un entretien semi dirigé enregistré au cabinet du médecin.

➤ Sollicitation des médecins par un courrier postal

Selon Bourgault [6]: « Le but de la sollicitation est de convaincre la personne approchée de vous accorder l'entretien, cela malgré que ce sujet ne lui soit pas d'un grand intérêt professionnel ou personnel, malgré un emploi du temps trop chargé, [...] malgré des frustrations professionnelles que la personne sollicitée peut avoir sur le sujet de l'entretien, et enfin malgré une expérience passée qui fut plus ou moins satisfaisante dans le cadre d'une autre recherche ».

Le courrier de sollicitation (cf. annexe n°2) nous permettait de présenter les troubles des fonctions supérieures du sujet âgé comme un enjeu de santé publique, d'expliquer le cadre de la recherche et la place qu'y tient l'entretien. Il mentionne le temps moyen nécessaire à l'entretien (15 à 20 min c'est-à-dire le temps d'une consultation) de façon à ce que le médecin puisse s'organiser.

La lettre de sollicitation était envoyée dans une enveloppe du CHU portant le tampon du service de Médecine Aigue Gériatrique à l'hôpital Laennec. Cela permettait de montrer le sérieux de l'étude et ainsi de rassurer le médecin sollicité.¹⁶

La lettre indiquait le processus de prise de rendez-vous : nous devions appeler le médecin sollicité 8 à 10 jours après postage de la lettre : délai suffisant pour recevoir le courrier, y donner considération et faire les vérifications éventuelles. Nous avons envoyé une vague de trente courriers puis des vagues de cinq courriers en fonction des refus.

➤ Fixation du rendez-vous à l'aide d'un contact téléphonique

Le contact téléphonique nous permettait de préciser les termes de l'enquête et de l'entretien. Il précisait comment le médecin sollicité avait été choisi (ici par tirage au sort à partir de l'annuaire). Il rassurait sur la confidentialité des propos et sur la durée de temps de l'entretien (15 minutes minimum à 20 minutes maximum c'est-à-dire le temps d'une consultation).

➤ Conception de l'entretien

Le questionnaire a été soumis par entretien semi directif au cabinet du médecin.

L'entretien était enregistré dans sa totalité par un appareil numérique permettant d'exploiter les données sur un micro-ordinateur directement en lisant la carte mémoire afin de le retranscrire en traitement de texte.

➤ Déroulement de l'entretien

Le rendez-vous fixé, l'entretien se passait au cabinet. Nous commençons par une brève présentation personnelle puis une présentation rapide de l'étude permettant de rappeler l'objet de ma venue avant de rappeler le caractère anonyme de l'entretien et enfin qu'il était enregistré. Puis le questionnaire était proposé à l'aide d'un support visuel au médecin par la lecture des questions à voix haute au fur et à mesure des réponses. Si la réponse n'était pas possible par défaut de compréhension, la question était reformulée sans orienter la réponse.

2.5. Méthode d'analyse des données

Tous les entretiens ont été retranscrits dans leur intégralité (cf. annexe n°3).

Les résultats ont été traduits de manière uniquement descriptive, sans ambition statistique étant donné le faible effectif de l'échantillon.

Les variables ont été traitées avec le logiciel « Excel ». Les variables qualitatives ont été préalablement traitées par la méthode d'analyse du contenu des verbatim. La grille d'analyse comportait un codage ouvert en unités syntaxiques de manière à être le plus exhaustif possible. Certains commentaires n'ayant aucun rapport avec le sujet ont été rangés sous un seul code qui n'a pas été analysé.

3. RESULTATS

3.1. Population à l'étude

3.1.1. Nombre de médecins interrogés

Sur 45 courriers envoyés, 30 entretiens ont été réalisés (répartis en 11 ruraux et 19 urbains)

3.1.2. Répartition géographique des médecins

Légende	
●	Commune urbaine
●	Commune rurale
Chiffre	Nombre de médecins ayant répondu

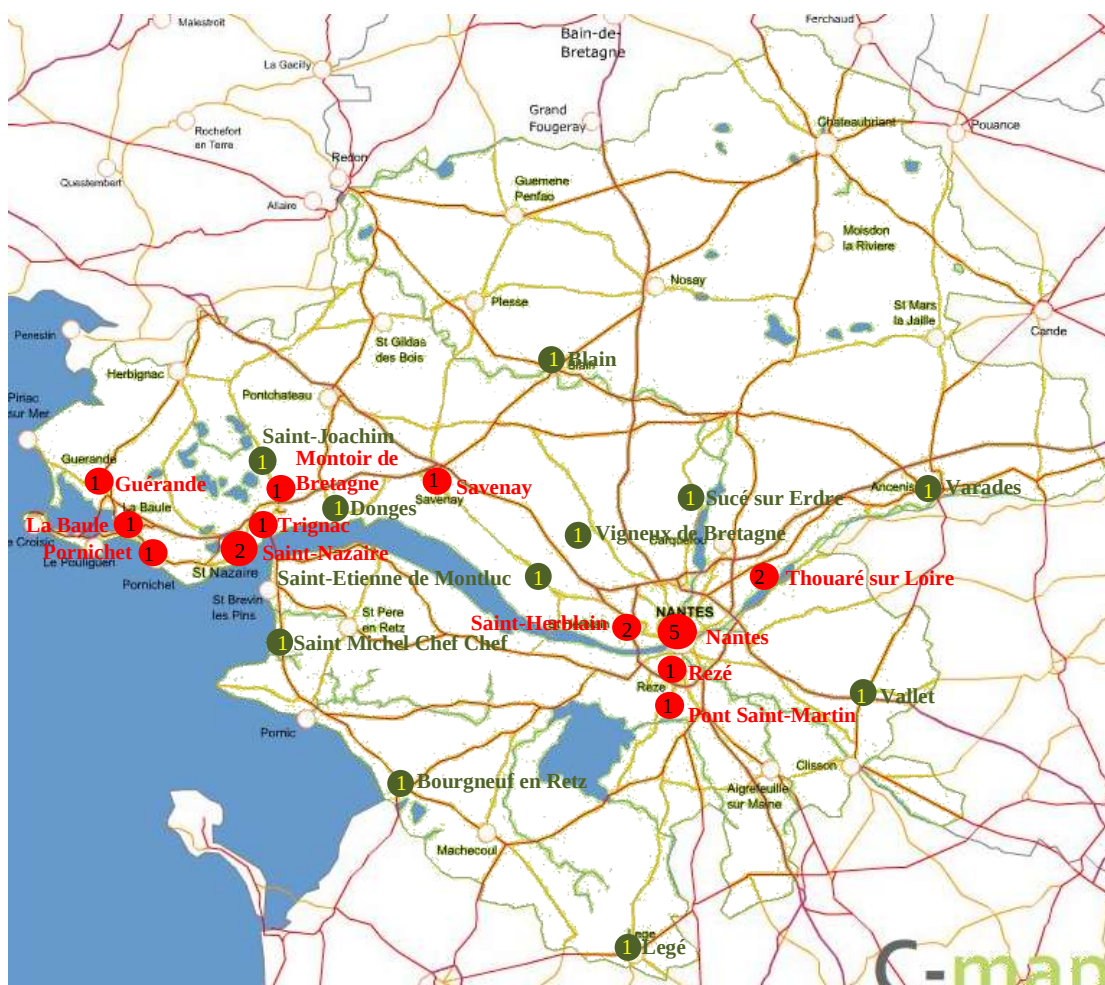


Figure 1 : Répartition géographique des médecins répondants

3.1.3. Age et sexe des médecins

➤ Age

La moyenne d'âge des médecins interrogés est de 51,7 ans [35-63] à la campagne et de 50,9 ans [36-64] en ville, soit une moyenne de 51,5 ans [35-64].

Pour les femmes la moyenne d'âge est de 39 ans [35-43] à la campagne, et de 47 ans [42-59] en ville, soit une moyenne de 45 ans [35-59].

Pour les hommes, la moyenne d'âge est de 54,6 ans [47-63] à la campagne, et de 52,7 ans [36-64] en ville, soit une moyenne de 53,5 ans [36-64].

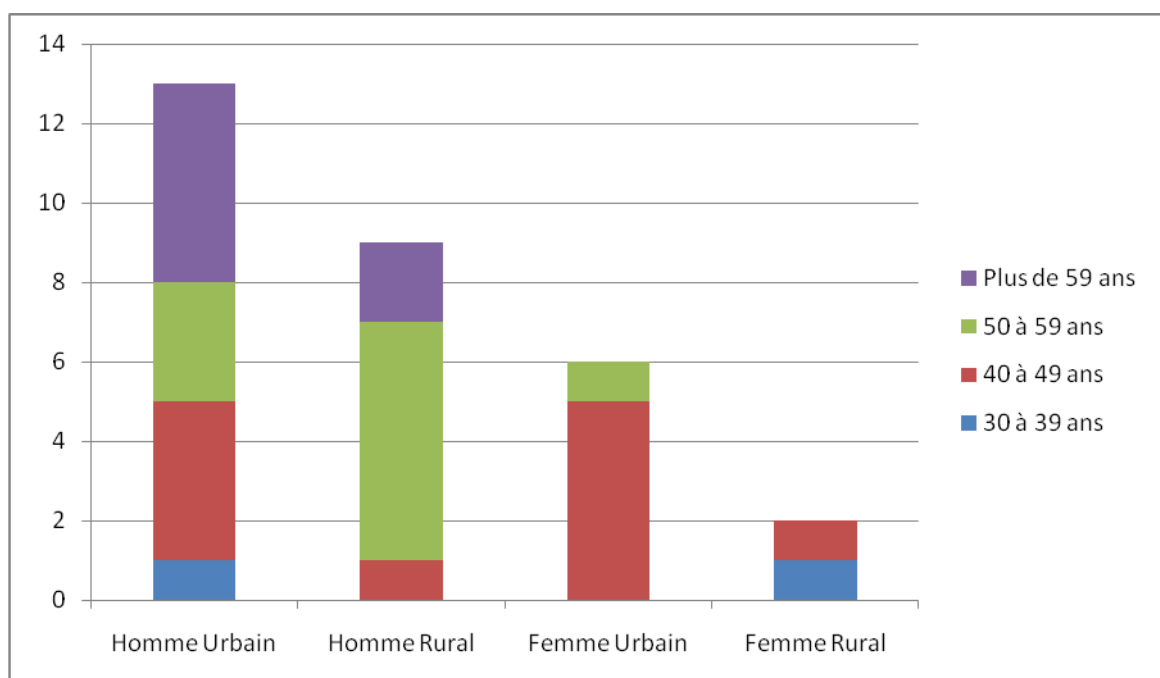


Figure 2 : Répartition des répondants en fonction du sexe, de l'âge et du mode d'exercice

➤ Répartition des sexes

Il y a 2 femmes pour 9 hommes en campagne et 6 femmes pour 13 hommes en ville, soit sur l'ensemble des médecins 26,7 % de femmes.

3.1.4. Expérience professionnelle

➤ Durée d'exercice

La moyenne d'exercice est de 20,9 ans en campagne [6-34], et de 20,8 ans en ville [0,7-37], soit une moyenne d'exercice de 20,9 ans [0,7-37] sur la population étudiée.

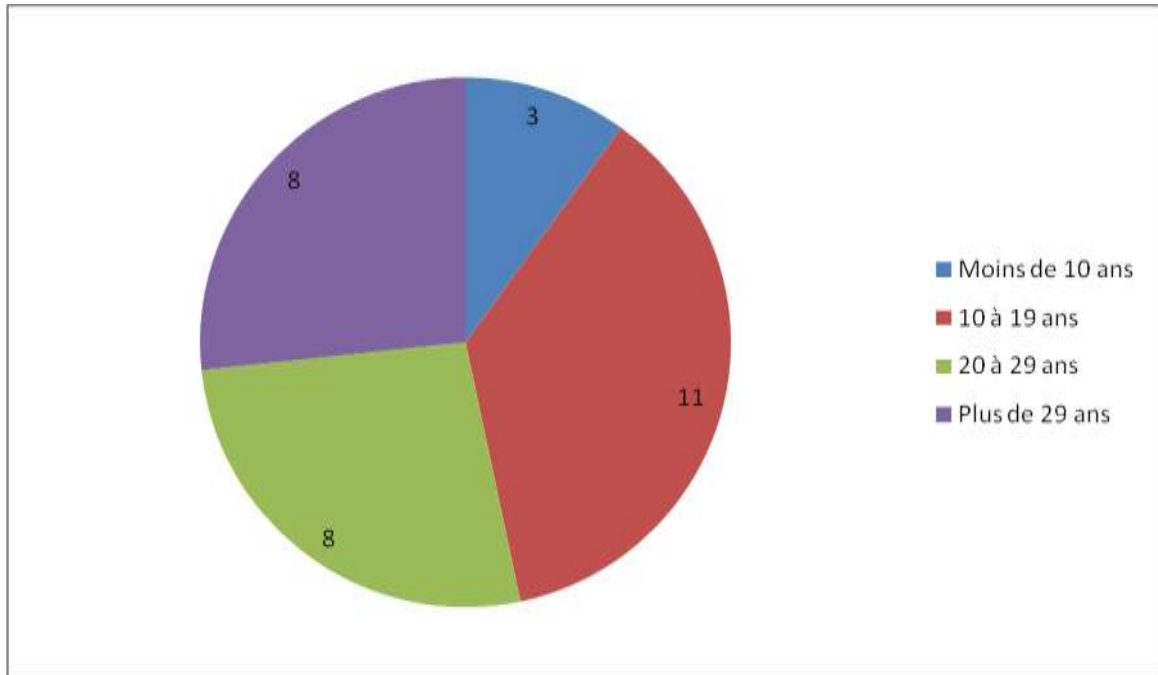


Figure 3 : Durée d'exercice des répondants

➤ Formation spécifique en gériatrie

Parmi les répondants, 3 ont une expérience en gériatrie (1 ayant un module de formation en gériatrie, 1 responsable d'une association de maintien à domicile, 1 ancien assistant hospitalier en gériatrie).

➤ Pourcentage de patients de plus de 70 ans

Dans le cas de notre étude, à la campagne la moyenne des patients de plus de 70 ans par médecin généraliste interrogé est de 22 % [7,2-40%] ; en ville elle est de 22 % [2-50%], soit une moyenne sur l'ensemble des médecins interrogés de 22 % [2-50].

A noter qu'un des interrogés n'a qu'une patiente ayant un syndrome démentiel actuellement en cours de bilan.

3.2. Les non répondants

3.2.1. Nombre de refus

Lors des contacts téléphoniques permettant de fixer les rendez-vous, il y a eu 33,3% (n=15) de refus [21,4% (n=3) chez les médecins de campagne, 38,7% (n=12) chez les médecins de ville].

3.2.2. Répartition géographique des médecins

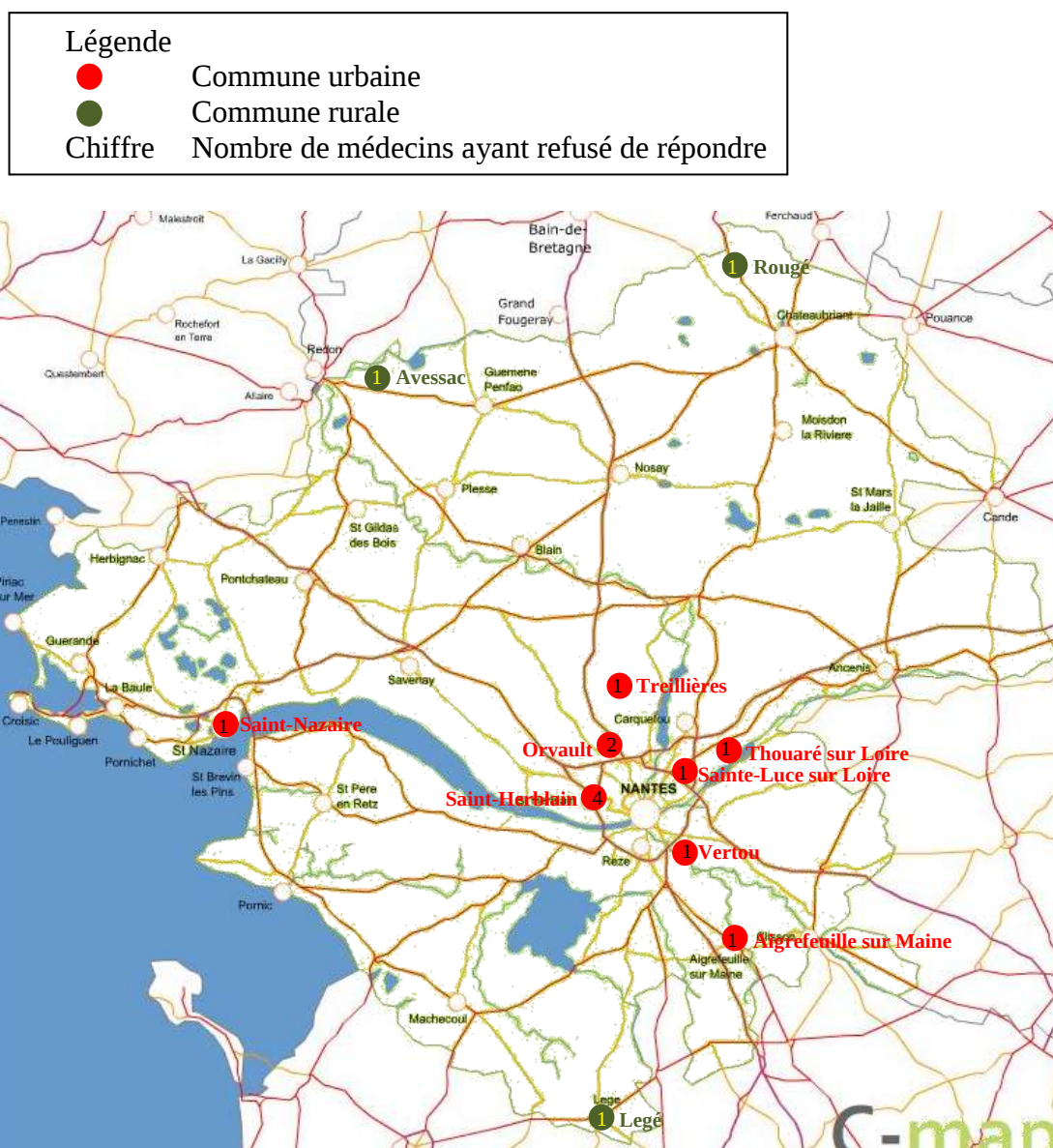


Figure 4 : Répartition géographique des médecins non répondants

3.2.3. Refus et répartition des sexes

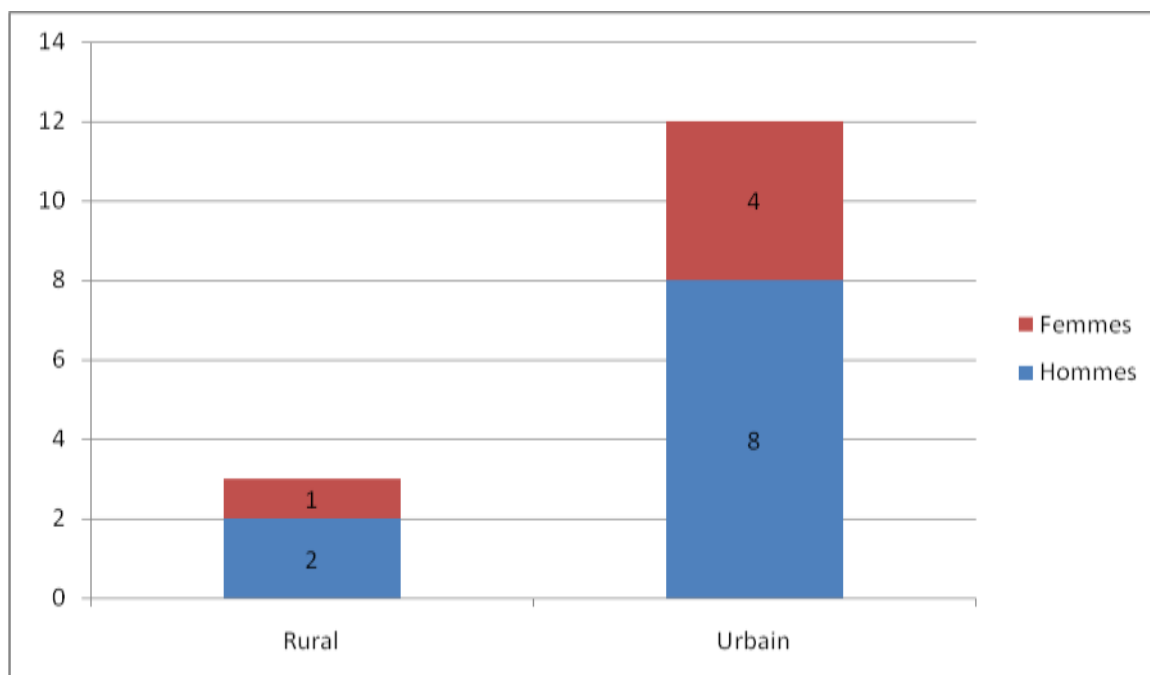


Figure 5 : Répartition des non répondants en fonction du sexe et du mode d'exercice

3.2.4. Causes de refus citées par les médecins

- Peu de patients âgés pris en charge (13,3%, n=2) ;
- Sur sollicitation, manque de temps (20%, n=3) ;
- Aucune raison (46,7%, n=7) ;
- Arrêt maladie de longue durée (6,7%, n=1) ;
- Départ en retraite proche (13,3%, n=2).

3.3. Connaissance théoriques sur les troubles des fonctions supérieures

3.3.1. Définition de la démence

Parmi les éléments de définition les plus cités, on retrouve 20 fois les troubles de la mémoire, 15 fois la notion de troubles des fonctions supérieures sans plus de précision, 14 fois la notion de retentissement sur la vie quotidienne et 13 fois la désorientation temporo-spatiale et/ou la perte des repères habituels

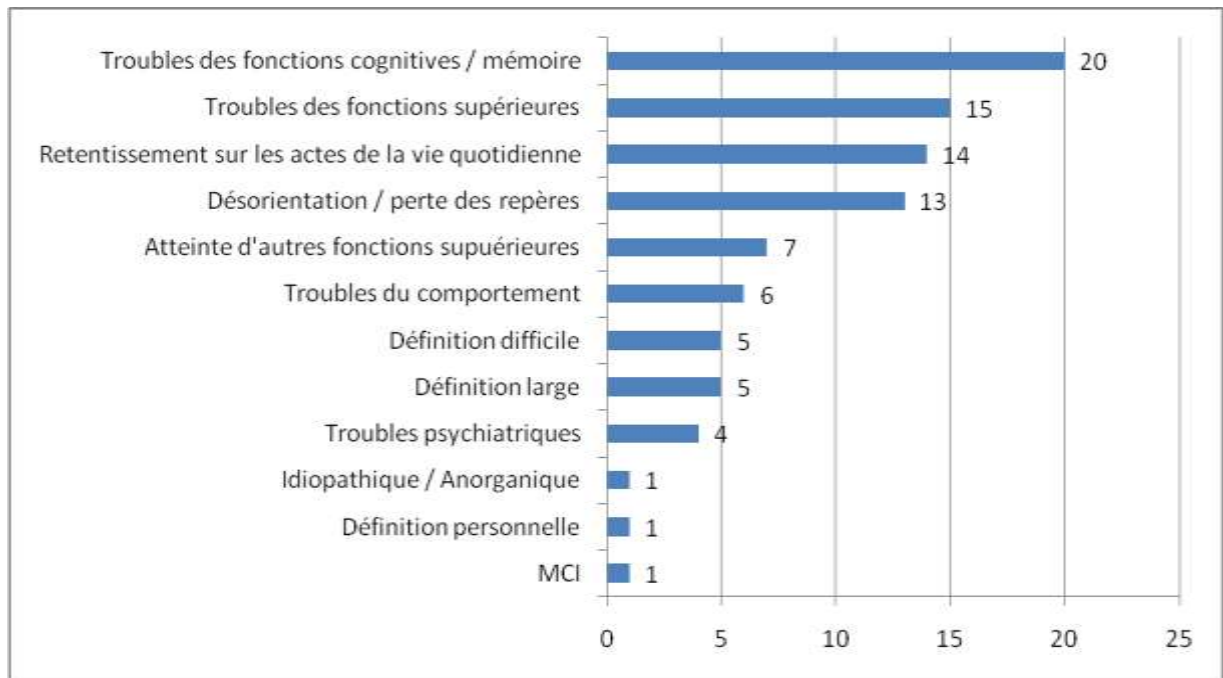


Figure 6 : Eléments cités dans la définition de la démence

Concernant l'association des différents éléments entrant dans la définition de la démence selon les critères du DSM-IV, les troubles de la mémoire sont cités de manière isolée par 9 répondants, les trois critères ne sont cités que par deux répondants et aucun critère n'est cité par 4 répondants.

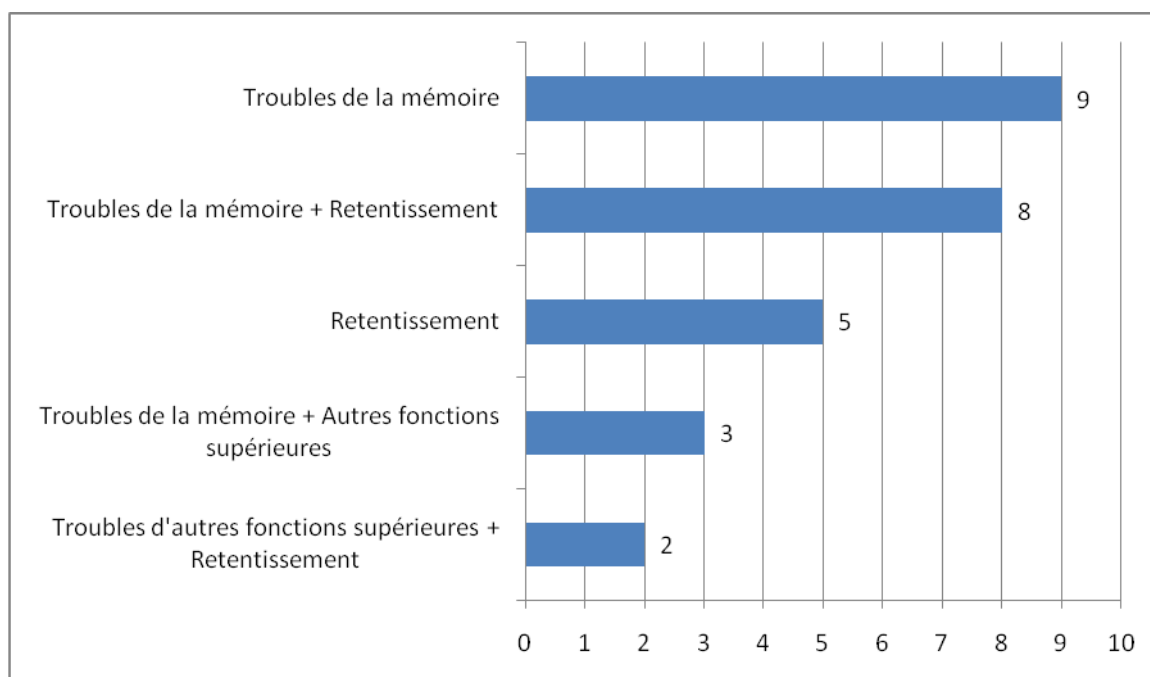


Figure 7 : Critères du DSM-IV cités dans la définition de la démence

3.3.2. Types de démence rencontrés dans la patientèle

➤ Types

La quasi-totalité des médecins interrogés ont des maladies d'Alzheimer et des démences vasculaires dans leur patientèle. A noter que le seul médecin qui ne cite pas la maladie d'Alzheimer n'a qu'une patiente démente dont le bilan est actuellement en cours.

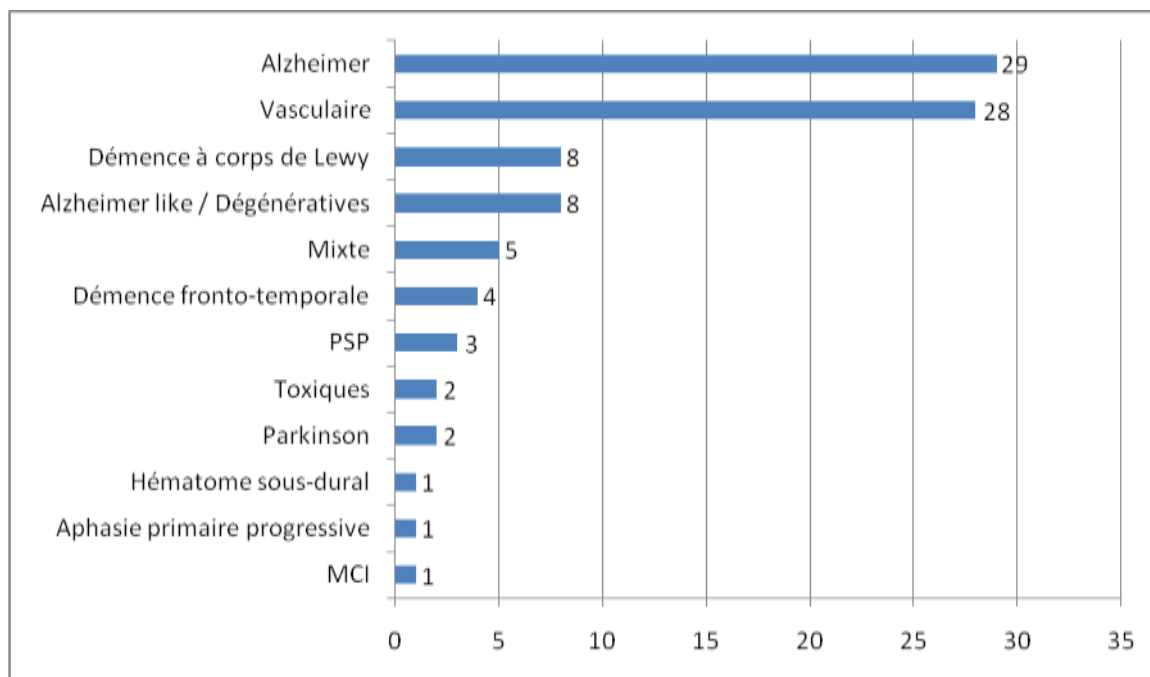


Figure 8 : Types de démence rencontrés dans la patientèle

➤ Fréquence

Pour la grande majorité des médecins la maladie d'Alzheimer et la démence vasculaire sont les deux causes les plus fréquentes de syndromes démentiels. Pour 9 médecins la maladie d'Alzheimer est plus fréquente que la démence vasculaire, pour 6 médecins la démence vasculaire est plus fréquente que la maladie d'Alzheimer.

4 médecins n'ont pas donné deux causes classées : l'un n'a que des maladies d'Alzheimer, l'autre n'a qu'un syndrome démentiel en cours de bilan et deux médecins ne se prononcent pas sur les fréquences respectives de la maladie d'Alzheimer et de la démence vasculaire dans leur patientèle.

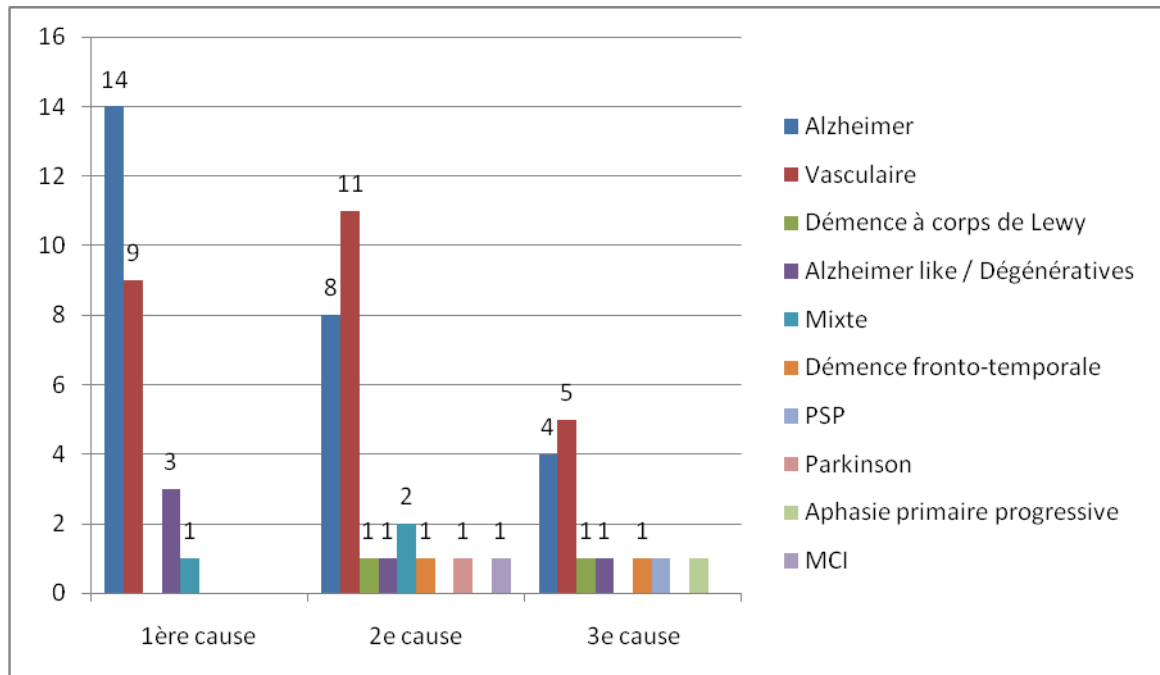


Figure 9 : Types de démence cités dans les trois premières par ordre de fréquence

3.3.3. Symptômes cliniques

Cette question traitait des signes cliniques évocateurs de démence de manière générale et théorique.

➤ Symptômes positifs

Les trois symptômes de démence les plus fréquemment cités sont les troubles de la mémoire se traduisant notamment par des répétitions de questions (n=22), le témoignage de l'entourage de troubles de la mémoire, du comportement ou de changement d'habitude (n=16) et la désorientation temporo-spatiale avec une éventuelle inversion du rythme nyctéméral (n=11).

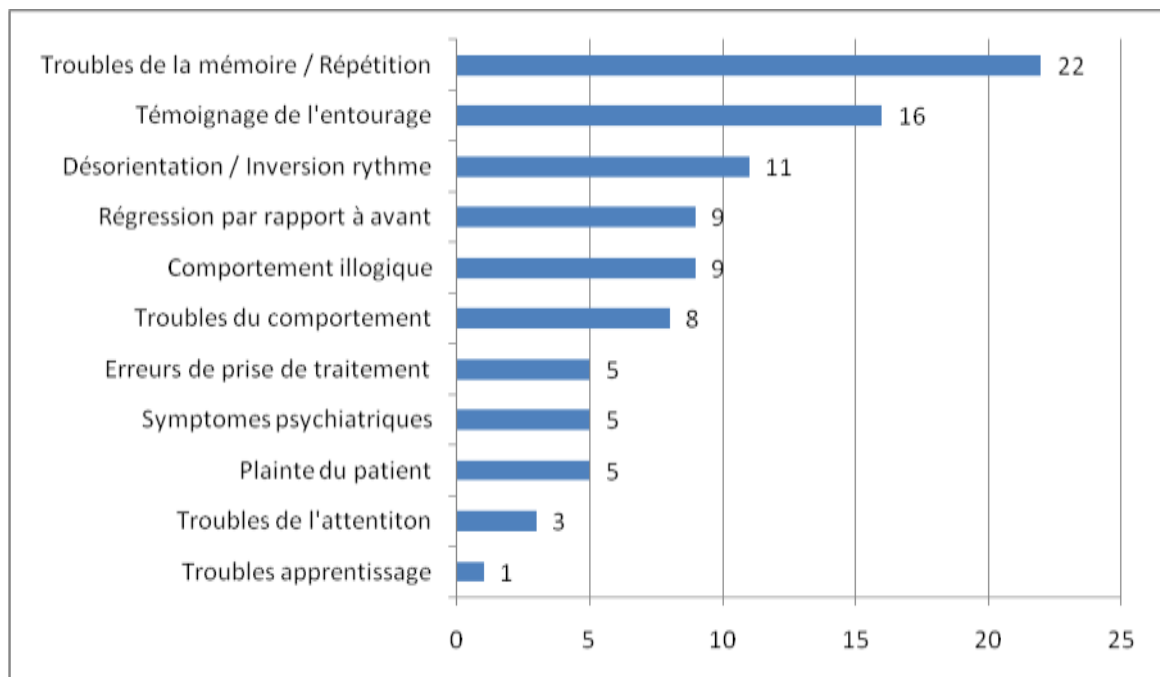


Figure 10 : Symptômes évocateurs de démence cités

➤ Symptômes négatifs

7 médecins ont cité des symptômes qui ne sont pas évocateurs de démence.

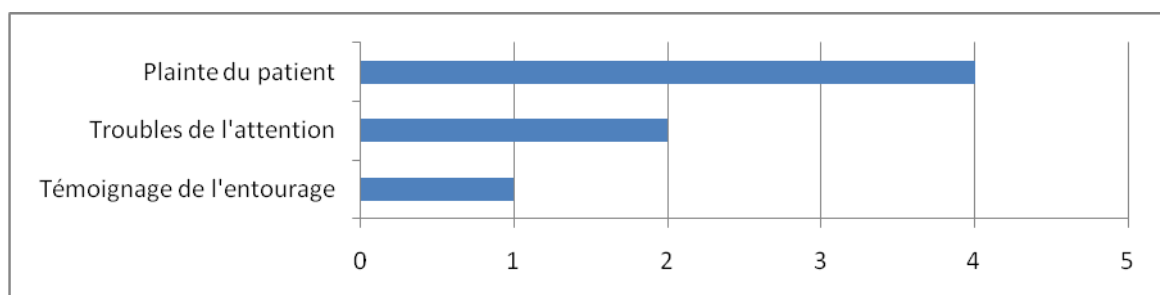


Figure 11 : Symptômes non évocateurs de démence cités

3.4. Prise en charge des troubles des fonctions supérieures par le généraliste

3.4.1. Situation cliniques de dépistage

Cette question traitait des situations cliniques concrètes dans lesquels les médecins sont amenés à proposer un dépistage.

Les deux principales situations de dépistage sont la demande d'un dépistage par l'entourage (n=21) ou par le patient (n=14).

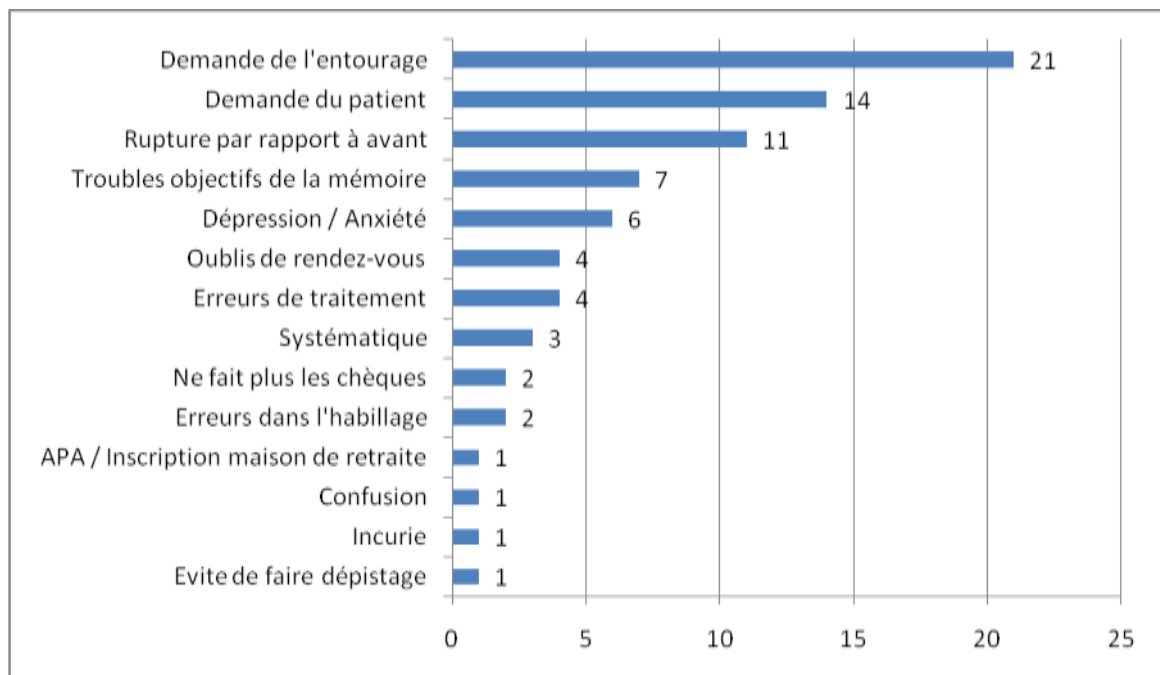


Figure 12 : Situations cliniques dans lesquelles un dépistage est réalisé

3.4.2. Tests de dépistage utilisés

Trois médecins ne font aucun test de dépistage avant d'adresser au spécialiste.

Parmi les médecins qui font des tests de dépistage, les deux les plus utilisés sont le MMS (n=20) et le test de l'horloge (n=16).

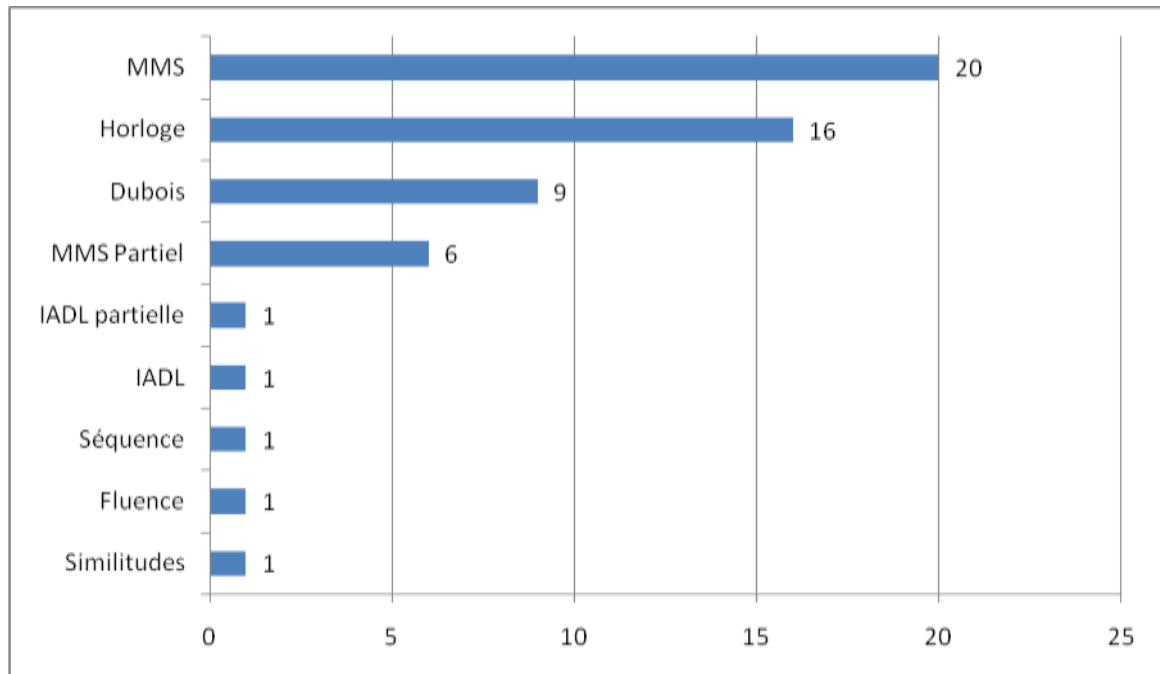


Figure 13 : Tests de dépistage utilisés

Dans les médecins qui utilisent le MMS partiel, tous testent l'orientation temporo-spatiale. Le reste des items sélectionnés est variable d'un médecin à l'autre en fonction de leurs habitudes.

Le médecin qui fait l'IADL de manière partielle utilise les 4 items utiliser le téléphone, gérer son budget, gérer ses traitements et prendre les transports en commun.

3.4.3. Examens complémentaires

Deux médecins ne font aucun bilan biologique ni imagerie avant d'adresser au spécialiste.

➤ Bilan biologique

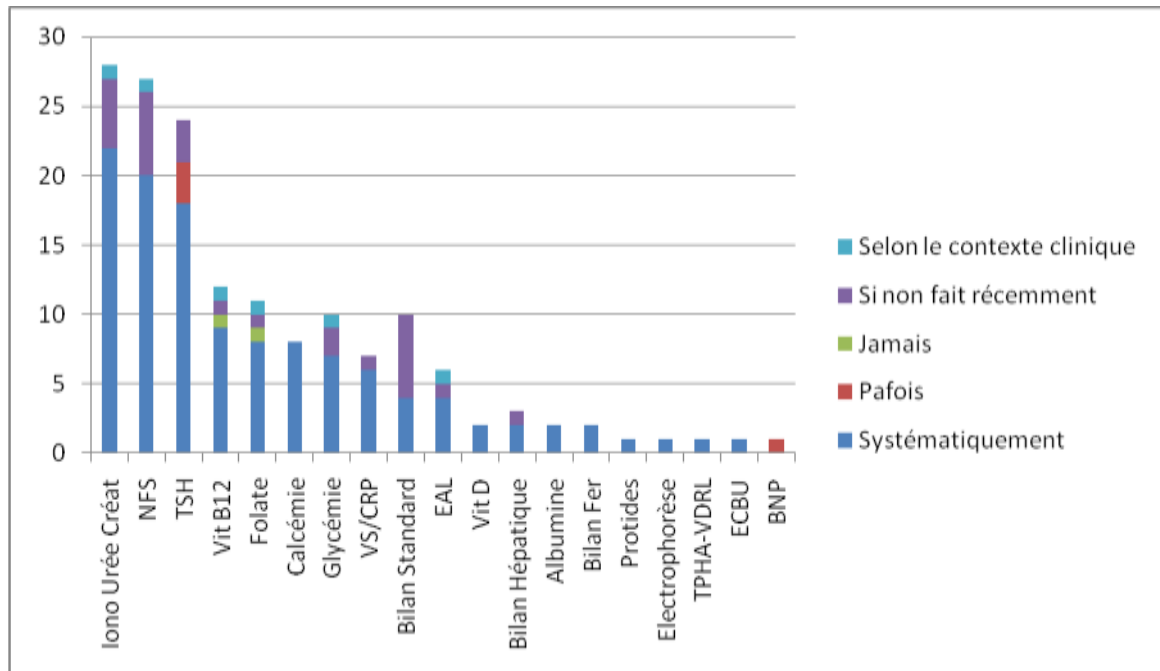


Figure 14 : Eléments demandés dans le bilan biologique d'une suspicion de démence

10 répondants ont parlé d'un bilan standard sans préciser forcément ce qu'il contenait. Nous avons alors considéré qu'il comprenait au minimum NFS, ionogramme sanguin, urée, créatininémie. Ainsi ont été rajouté dans les résultats en plus des cas où c'était clairement précisé 7 fois ionogramme sanguin, urée créatininémie (4 fois systématiquement et 3 fois si non fait récemment) et 7 fois NFS (4 fois systématiquement et 3 fois si non fait récemment).

➤ Imagerie

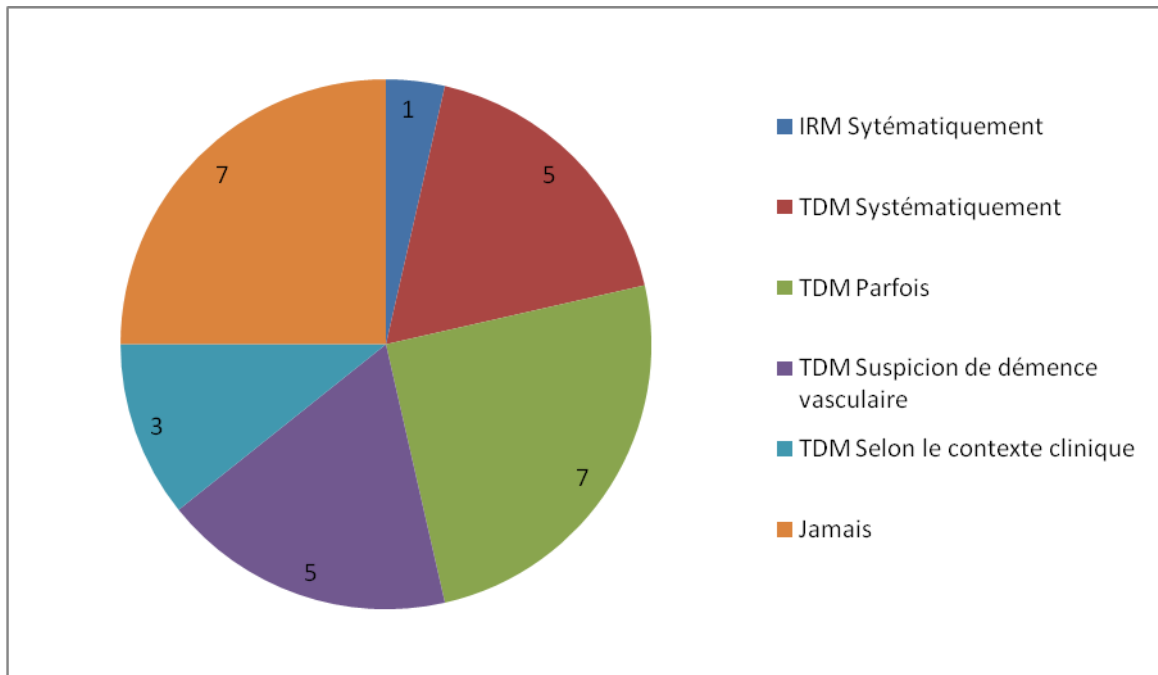


Figure 15 : Recours à l'imagerie en cas de suspicion de démence

La suspicion de démence vasculaire est essentiellement évoquée sur l'existence de facteurs de risques cardiovasculaires : *« Ça dépend des facteurs de risques cardio-vasculaires. Si c'est un diabétique, hypertendu, fumeur, ayant des antécédents familiaux, hypercholestérolémique, même s'il n'y a que deux de ces systèmes-là, il est évident que je vais demander un scanner. S'il n'y a pas de facteurs de risques, je renverrais directement au neurologue parce que lui demande systématiquement un scanner. »* Homme, médecine rurale, 57 ans.

3.4.4. Recours au spécialiste

Tous les médecins interrogés ont recours au spécialiste. Parmi les 5 répondants qui ont précisé la fréquence, 3 y ont systématiquement recours, 1 y a parfois recours et 1 y a rarement recours.

➤ Types de spécialiste

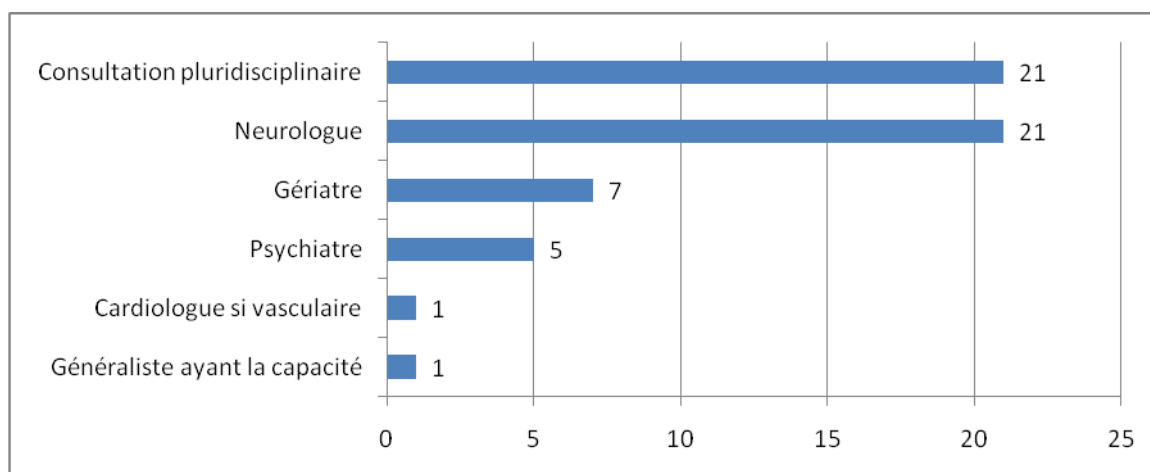


Figure 16 : Type de consultation spécialisée demandée devant une suspicion de démence

Parmi les répondants qui n'ont recours qu'à un seul type de spécialiste, 7 ont recours au neurologue et 6 ont recours à la consultation mémoire pluridisciplinaire.

➤ Arguments pour demander la consultation

Le principal argument retenu pour demander une consultation spécialisée est l'anomalie des tests de dépistage (n=17). 4 médecins, comptés dans les 17 médecins précités, précisent que pour eux un MMS anormal est un MMS < 25.

Par suspicion de démence nous entendons présence de signes cliniques évocateurs de démence.

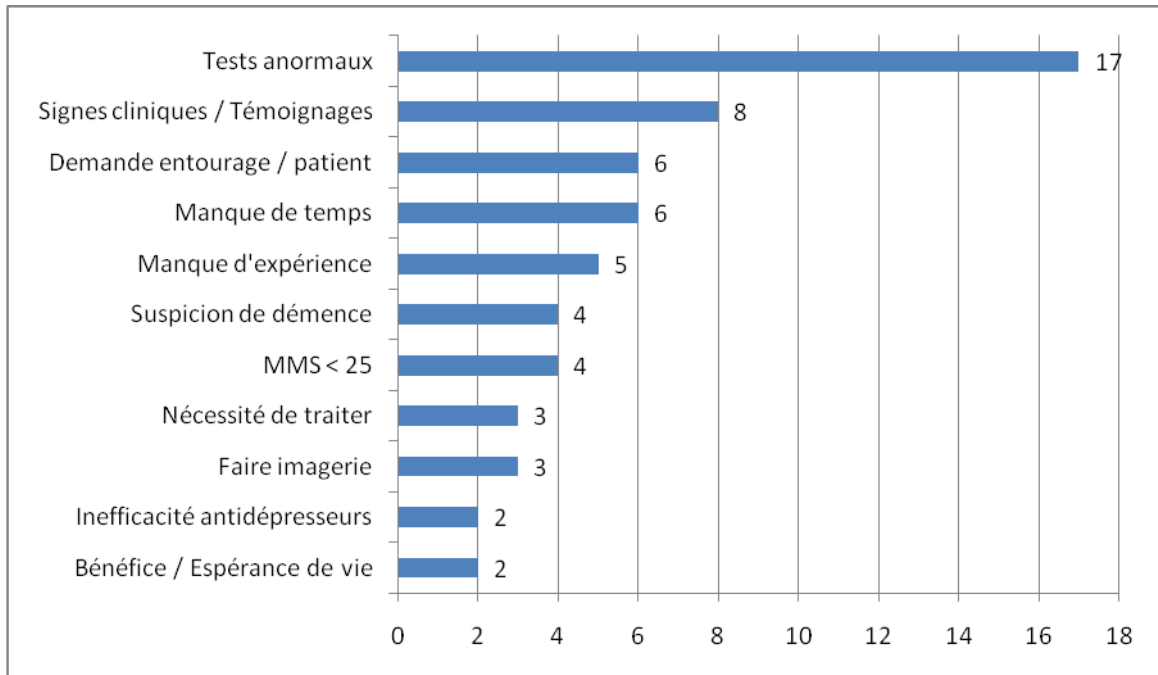


Figure 17 : Arguments cités pour demander une consultation spécialisée

➤ Attente de la consultation

Les deux principales attentes de la consultation spécialisée sont la mise en route d'un traitement (n=24) à savoir la primo-prescription d'un anticholinestérasique et l'établissement d'un diagnostic précis (n=23)

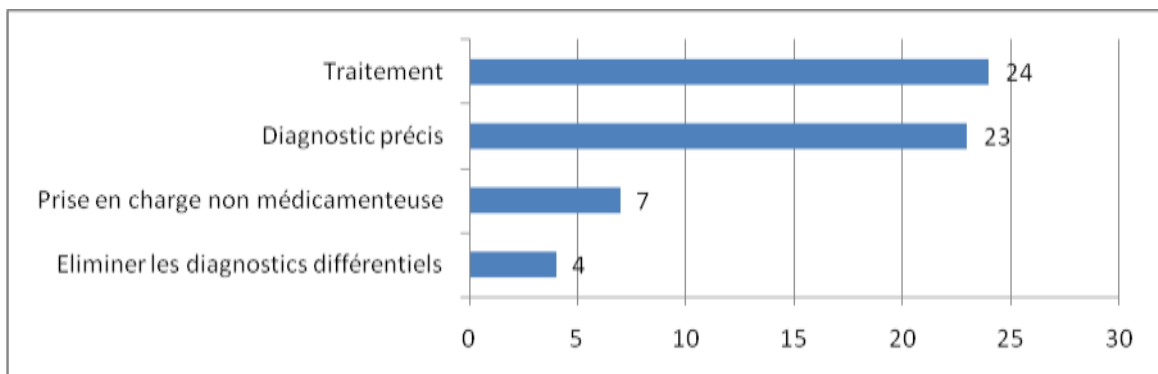


Figure 18 : Attentes de la consultation spécialisée citées

3.4.5. Traitement instaurés

Les trois traitements instaurés par les médecins généralistes de l'enquête sont les antidépresseurs (n=22) que ce soit initialement pour éliminer des troubles des fonctions supérieures secondaires à un syndrome dépressif ou en cours d'évolution de la pathologie démentielle, les neuroleptiques (n=14) et les vasodilatateurs cérébraux (n=6).

Les anticholinestérasiques n'apparaissent pas dans les réponses à cette question car ils sont instaurés par le spécialiste. Le généraliste ne les instaure pas mais les renouvelle éventuellement.

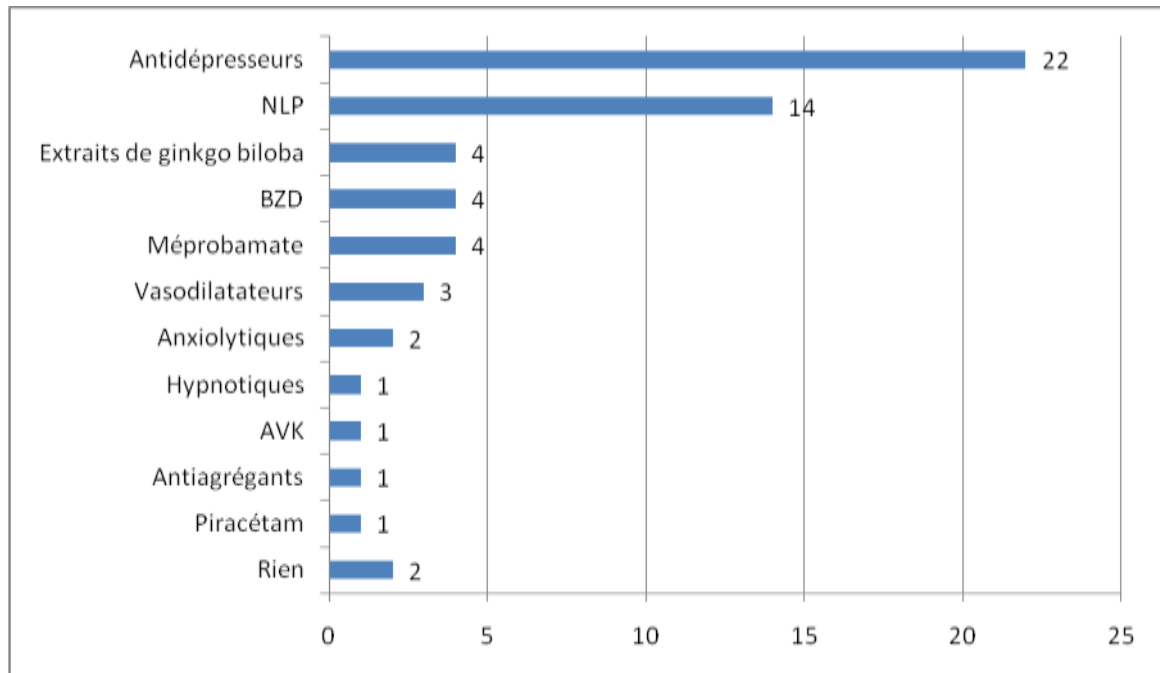


Figure 19 : Traitements médicamenteux instaurés par le médecin généralistes avant ou après la consultation spécialisée

➤ Antidépresseurs

Dans les antidépresseurs, les IRS sont les plus fréquemment utilisés (n=19). L'autre antidépresseur utilisé est la miansérine.

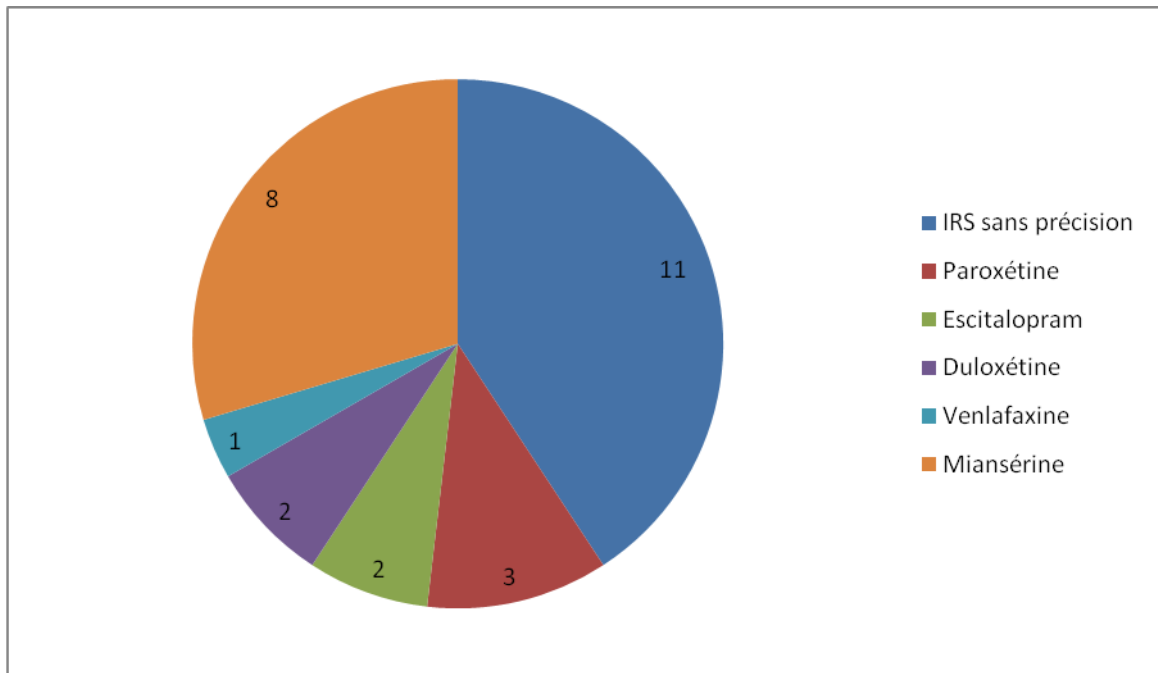


Figure 20 : Antidépresseurs utilisés par le médecin généraliste chez les patients déments

➤ Neuroleptiques

Parmi les neuroleptiques éventuellement instaurés, les deux les plus fréquemment utilisés sont la rispéridone (n=8) et le tiapride (n=3).

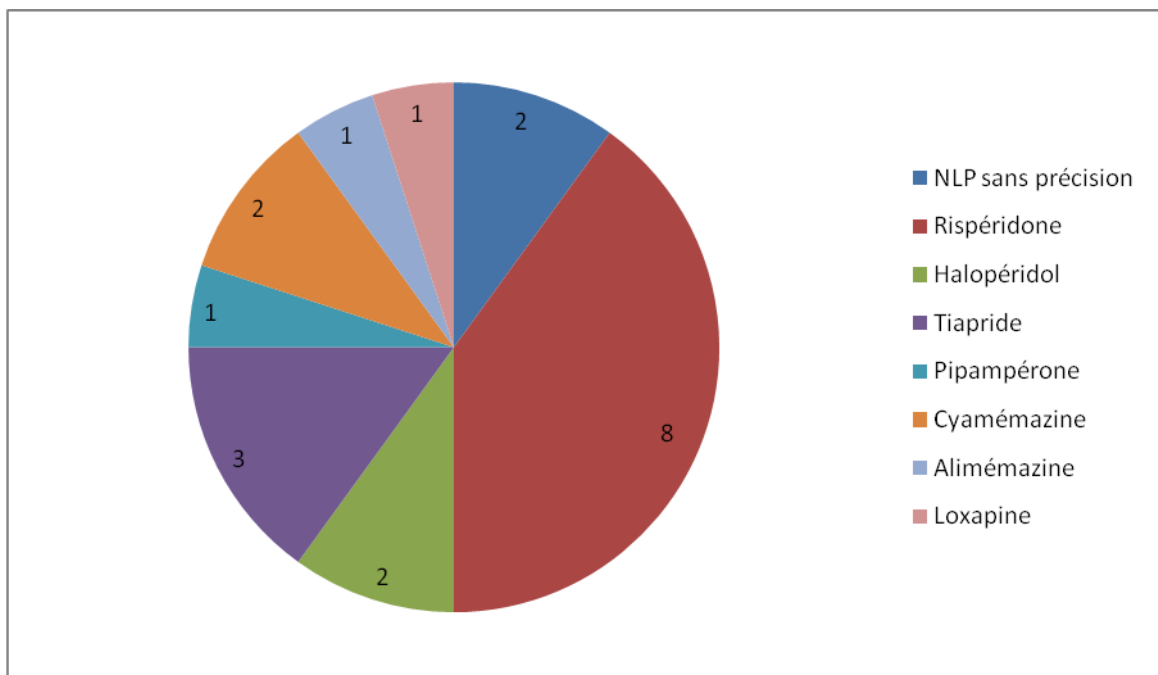


Figure 21 : Neuroleptiques utilisés par le médecin généraliste chez les patients déments

3.4.6. Diagnostic définitif

La grande majorité des répondants font avant tout confiance au spécialiste pour établir le diagnostic définitif parfois dès la première consultation.

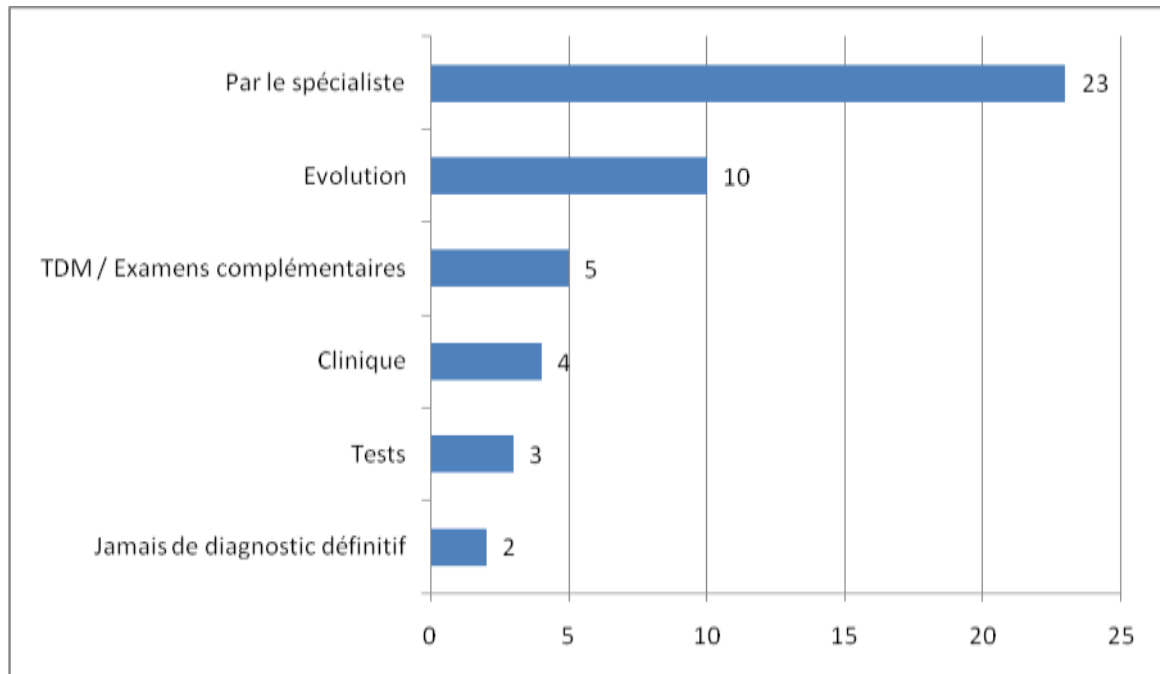


Figure 22 : Arguments utilisés pour poser un diagnostic définitif

3.4.7. Centres mémoire

➤ Utilité

Parmi les 23 médecins qui se prononcent au sujet des centres mémoire, la grande majorité les trouve utiles (n=20)

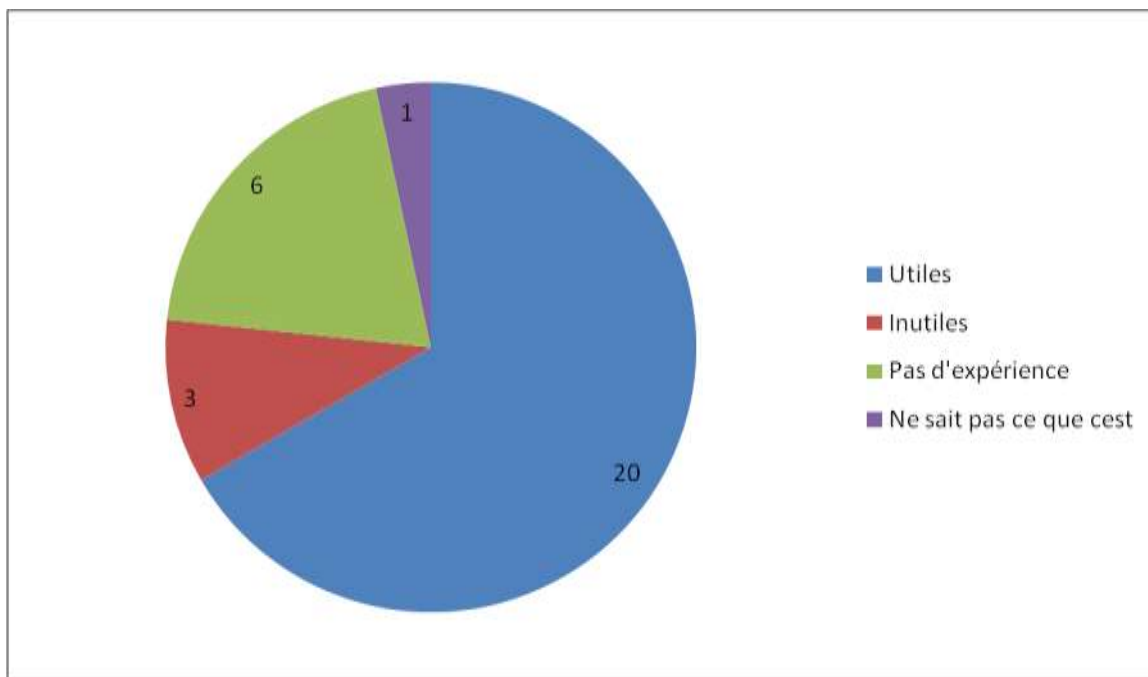


Figure 23 : Utilité des centres mémoire pour les généralistes

➤ Intérêt

La principale utilité que les répondants trouvent aux centres mémoire est l'établissement d'un diagnostic (n=7) avant l'aspect global de la prise en charge (n=4).

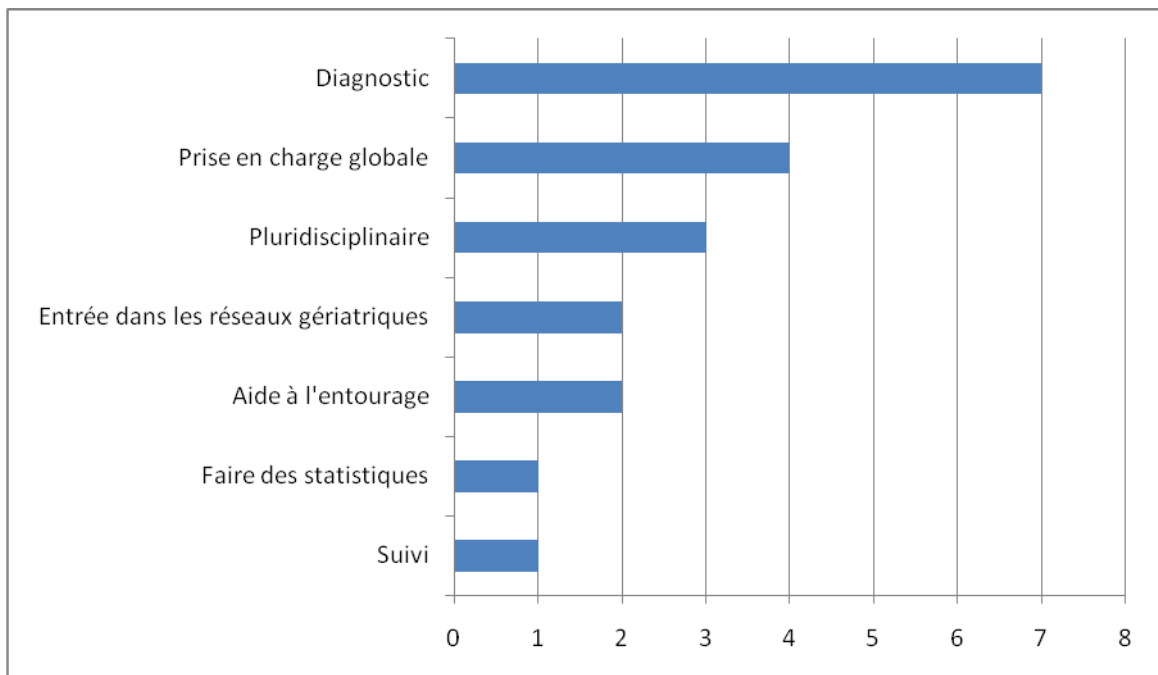


Figure 24 : Attente de la prise en charge par les centres mémoire pour les généralistes

➤ Limites

La limite des centres mémoire la plus fréquemment citée sont des délais de rendez-vous de plusieurs mois (n=14).

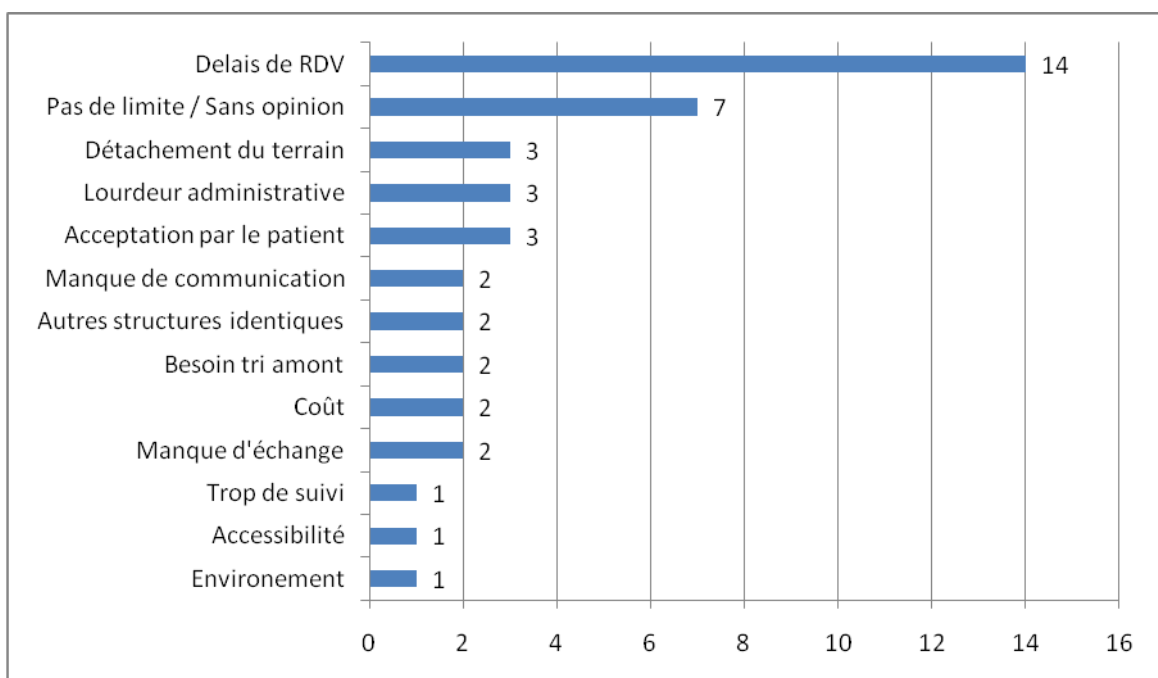


Figure 25 : Limites des centres mémoire pour les généralistes

3.5. La formation

3.5.1. Qualité de la formation

Trois médecins s'estiment suffisamment formés. L'un d'entre eux précise qu'il pourrait être cependant plus formé et l'un d'entre eux explique que sa formation est suffisante compte tenu du temps qu'il peut consacrer aux patients.

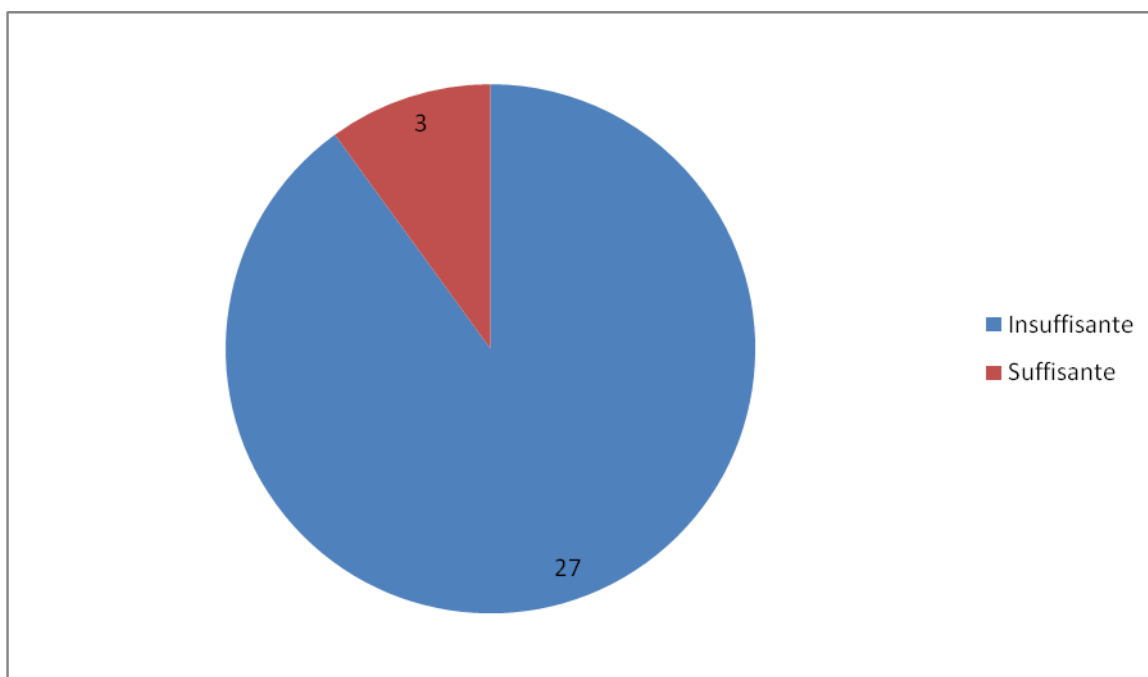


Figure 26 : Evaluation de la quantité et de la qualité de la formation sur le diagnostic et la prise en charge des démences

3.5.2. Support de formation souhaitée

Le support de formation le plus plébiscité est la FMC sous toutes ses formes (n=29)

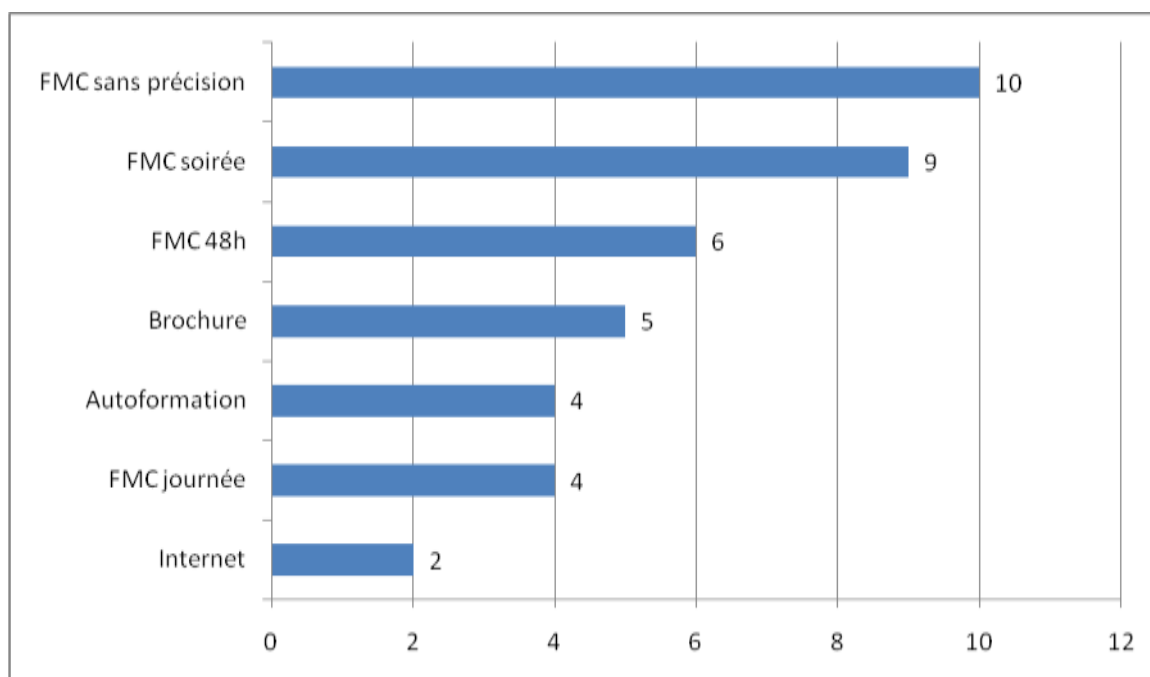


Figure 27 : Supports souhaités pour compléter la formation sur le diagnostic et la prise en charge des démences

3.6. Principales difficultés rencontrées

Les principales difficultés rencontrées sont plutôt d'ordre médico-social à savoir la prise en charge du maintien à domicile avec la mise en place d'aides (n=11) et la difficulté à trouver des places adaptées en institution (n=8).

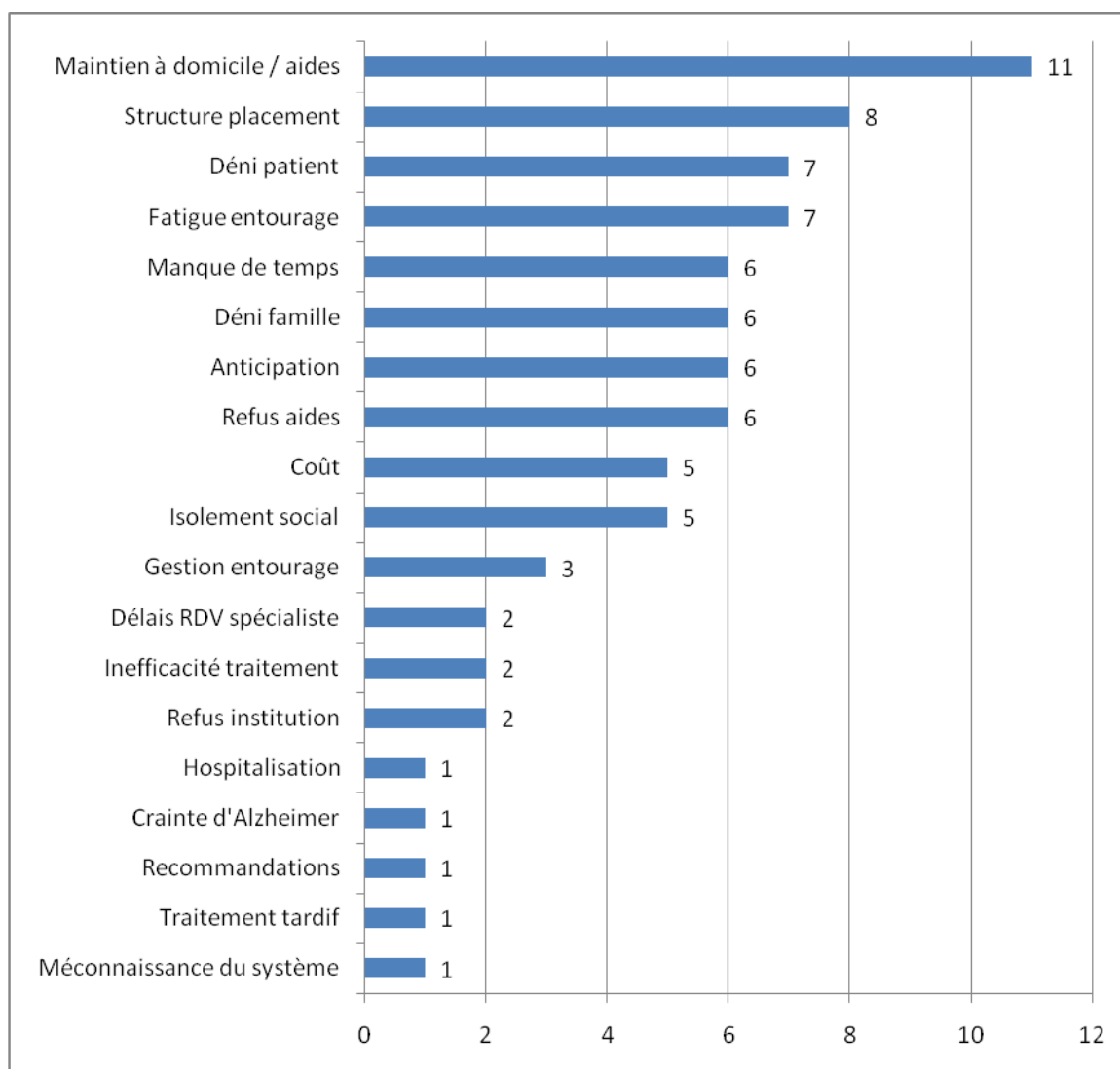


Figure 28 : Principales difficultés rencontrées dans la prise en charge globale des patients déments

4. DISCUSSION

4.1. Intérêt de l'étude

Cette étude nous a permis de mettre en évidence des insuffisances au niveau des connaissances et de la pratique des médecins généralistes dans la prise en charge des troubles des fonctions supérieures du sujet âgé sans qu'il y ait de tendances différentes entre la campagne et la ville, à l'exception du recours aux centres mémoire, et d'en comprendre les raisons.

4.2. Commentaires sur la méthode

4.2.1. Aspects positifs de la méthode

➤ Intérêt de l'entretien semi dirigé

L'intérêt d'aller faire l'entretien directement au cabinet nous permet d'avoir un entretien plus riche qu'un questionnaire par courrier ou par téléphone. Se rendre directement au cabinet permet une rencontre physique. Il rend l'entretien plus agréable pour le médecin généraliste interrogé, le met en confiance et donc facilite l'échange.

Le niveau d'évaluation est meilleur qu'un questionnaire par courrier car le médecin ne peut pas aller rechercher les réponses dans la littérature. Il y a souvent une réticence de la part des médecins à remplir par écrit un questionnaire et la spontanéité des réponses est faible à l'écrit.

➤ Intégrité des réponses par l'enregistrement

L'enregistrement permet de préserver l'intégrité des réponses et d'avoir des commentaires collatéraux très riches pour éclairer certains points non abordés par le questionnaire.

➤ Rencontre conviviale des médecins dans leur cabinet

Le fait de rencontrer les médecins sur leur lieu de travail a été intéressant car cela m'a permis de voir toutes sortes de cabinets, leur conception et leur agencement, la disposition des salles d'attente.

Certains entretiens se sont prolongés. Cela m'a permis ainsi de discuter avec les médecins sur leur mode d'exercice, leurs priorités et leurs difficultés en général. La vision de la médecine générale en exercice libérale est en effet complètement différente de celle des hospitalo-universitaires.

4.2.2. Aspects négatifs de la méthode

➤ Multiplicité des thèmes abordés

Du fait du caractère qualitatif de cette enquête, la difficulté se trouve dans le recueil des données et leur exploitation. Les questions étant ouvertes, à chaque réponse il y avait de nombreux items différents n'ayant pas forcément de lien. Nous avons été noyés dans un flot d'informations et de données. Il y avait beaucoup de variables à explorer si bien que l'exploitation des données a pris beaucoup de temps.

➤ Certains aspects des connaissances et la prise en charge des troubles des fonctions supérieures n'ont pas été abordés

Le questionnaire n'a pas été exhaustif au niveau des items concernant toutes les connaissances et la prise en charge des troubles des fonctions supérieures du sujet âgé. Pour une évaluation exhaustive il aurait fallu des entretiens de 45 minutes au moins.

Dans le questionnaire, nous n'avons pas abordé :

- L'examen clinique devant les troubles des fonctions supérieures du sujet âgé ;
- Les diagnostics différentiels des démences ;
- L'image que les médecins ont des anticholinestérasiques ;
- La prise en charge des aidants.

Un certains nombres de commentaires en aparté des réponses donnent cependant un aperçu des réponses concernant ces items.

➤ Méthode chronophage

Pour pouvoir rencontrer 30 médecins généralistes, il a fallu en contacter 45. Les appels téléphoniques pour prendre un rendez-vous ont pris beaucoup de temps (indisponibilité du médecin, filtrage des secrétaires...). Après avoir eu plusieurs fois la secrétaire, elle proposait que le médecin me rappelle. Ce dernier ne le faisait pas forcément et donc il fallait souvent rappeler plusieurs fois avant d'avoir un RDV ou d'avoir clairement un refus. Nous ne pouvions prévoir qu'un nombre limité de RDV par jour pour des raisons pratiques. Souvent les rendez-vous n'étaient pas forcément au même endroit. Nous avons parcouru pour rencontrer les médecins environ 2500 km. Deux mois ont été nécessaires pour le recueil de donnée. Après les entretiens, il a fallu tout retranscrire par écrit puis encoder les réponses de façon à pouvoir les exploiter, ce qui prend beaucoup de temps.

➤ Nécessité d'avoir de la persévérance et de l'humilité devant les refus d'entretien

Lorsque nous prenions contact avec les médecins tous n'était pas aimables. Et il fallait être détaché de l'accueil qui nous était réservé.

L'une des plus grandes difficultés de l'étude a été d'obtenir un rendez-vous avec chaque médecin. Nous avons rencontré une forte réticence de la part de certains médecins généralistes à accepter l'entretien surtout en ville. Si on compare aux thèses de C. Le Bert [7] et de G. De Bucy [8] qui avaient la même méthode, ils ont eu respectivement trois refus sur trente-trois demandes et vingt-six refus sur cinquante-neuf demandes. L'explication se trouve probablement dans le fait que le sujet de l'étude présente un intérêt moyen pour les médecins qui ont déjà une charge de travail très importante.

Enquête de Catherine Le Bert : 3 refus sur 33 courriers envoyés soit 9% de refus
Enquête de Gonzague De Bucy : 26 refus sur 59 courriers envoyés soit 44% de refus
Notre enquête : 15 refus sur 45 courriers envoyés soit 33% de refus

Pourquoi ce taux de refus ?

Y a-t-il une réticence par rapport au sujet même de l'étude ? Les troubles des fonctions supérieures sont-ils un sujet complexe pour les médecins généralistes ? Les médecins considèrent-ils que la prise en charge relève autant du médical que du social ?

Il faut d'autre part souligner la proportion importante des refus en ville 38,7% (n=12) par rapport à la campagne 21,4% (n=3). Pour les médecins ruraux les causes de refus sont dans un cas une patientèle trop jeune et pour les deux autres le manque de temps qui peut s'expliquer par le déficit de la démographie médicale en zone rurale. Les causes de refus des médecins de ville sont plus difficiles à déterminer car plus de la moitié d'entre eux n'ont pas donné de raison, utilisant le plus souvent la méthode de l'absence pure et simple de réponse.

4.2.3. Biais

➤ Biais de sélection

Il y a un biais de sélection minime. En effet, certains médecins apparaissaient à deux entrées dans « Les Pages Jaunes » (le plus souvent une entrée à leur nom et une entrée au nom du cabinet) et j'ai également vu le nom d'au moins un médecin dont je savais qu'il était décédé. Les médecins n'avaient donc tous pas une probabilité parfaitement égale d'être sélectionnés mais je n'ai pas eu de doublon ou de décédé au sein des 60 médecins présélectionnés.

Au premier 31 décembre 2008, la Loire-Atlantique comptait 1033 médecins généralistes en activité libérale régulière (Sources : Snir, Insee). La moyenne d'âge des médecins généralistes en Loire Atlantique est de 50 ans (Source : CNOM). Dans notre étude la moyenne d'âge des médecins généralistes ayant accepté l'entretien est de 51,5 ans. Le panel de médecins interrogés est en moyenne plus âgé de 1,5 an par rapport à la moyenne de Loire Atlantique et reste donc comparable.

A la même époque, la Loire-Atlantique comptait parmi les médecins généralistes ayant une activité régulière 70% d'hommes et 30% de femmes (Source : CNOM). Dans notre étude, il y avait 26,7% de femmes et 73,3% d'hommes. Cela est comparable.

Les proportions respectives de médecins ruraux et urbains sont non comparables, notre définition des zones rurales étant totalement différente de la définition de l'Insee mais plus adaptée pour l'exercice de la médecine.

L'étude de la proportion de patients de plus de 70 ans sera abordée par la suite.

La durée moyenne d'exercice en Loire-Atlantique est de 17,5 ans en moyenne si l'on ne considère que la date de première installation en Loire-Atlantique (Source : URCAM Loire-Atlantique).

Dans notre étude, la moyenne d'exercice est 20,8 ans. La différence peut s'expliquer par une population interrogée un peu plus âgée que la moyenne et par le fait qu'il y a des médecins qui ont commencé leur exercice ailleurs qu'en Loire-Atlantique.

Devant ces valeurs qui se rapprochent des moyennes de Loire-Atlantique, nous pouvons conclure que l'échantillonnage de médecin de cette étude est représentatif de la population médicale de généralistes de Loire-Atlantique.

➤ Biais de mesure

Présence d'un Biais lié à la subjectivité de l'enquêteur et du questionnaire

Il existe dans notre étude des biais liés à la subjectivité de l'enquêteur. En effet, étant donné que je connaissais les réponses, je pouvais influencer par inadvertance le médecin lorsque de la reformulation de certaines questions.

D'autre part bien que les pré-tests aient permis de modifier un certain nombre de questions, il semble que les médecins interrogés aient eu du mal à faire la différence entre la question 7, « Quels sont pour vous les signes évocateurs de troubles cognitifs ? » et la question 8 « Dans votre pratique médicale, dans quelle situation clinique êtes-vous amené(e) à réaliser un dépistage des troubles des fonctions supérieures du sujet âgé ? » beaucoup répondant à la question 8 « *Dans les situations que je viens de dire* » m'obligeant à les faire préciser un peu plus.

Présence d'un biais lié au fait que le médecin généraliste était interrogé

Le médecin interrogé peut être dans un état de stress qui peut altérer l'objectivité des réponses. En position d'interrogé, il est moins libre et peut ne pas vraiment être objectif sur ses prescriptions et sa pratique.

Certains médecins ont montré peu d'entrain à répondre aux questions ou étaient très synthétiques donnant l'impression qu'ils répondaient à un QCM, ce qui peut altérer la valeur des résultats.

Un médecin a été extrêmement stressé et inhibé du fait que l'entretien était enregistré.

➤ Biais d'analyse

Notre étude présente des biais d'analyse. En effet le codage des questions ouvertes en unités syntaxiques entraîne une part d'interprétation par le codeur. La subjectivité du codeur est présente et peut altérer ce que veut dire le médecin dans sa réponse. Ce biais reste heureusement limité du fait qu'il n'y a qu'un seul codeur qui est également l'interviewer.

➤ Améliorations possibles de l'enquête par rapport aux difficultés rencontrées

Le travail effectué regroupe de nombreuses données rendant leur exploitation difficile et longue pour leur mise en forme. Peut-être aurait-il fallu cibler un point ou deux de la pratique des médecins. Soit faire un état des lieux de leurs connaissances, puis un autre travail sur un état des lieux de leur pratique devant les troubles des fonctions supérieures du sujet âgé.

Quelques biais de mesure auraient pu être évités en précisant plus les questions.

Pour pouvoir comparer la connaissance et la pratique de la ville par rapport à la campagne, il aurait fallu des effectifs plus grands.

Pour réduire l'aspect chronophage de la méthode, le recueil de données aurait pu être fait au téléphone. Cela aurait réduit la convivialité de la rencontre et donc réduit la valeur du recueil des doléances du médecin, de sa pratique et de ses connaissances, car, moins en confiance on a moins tendance à se livrer.

4.3. Une mauvaise connaissance du milieu gériatrique

4.3.1. Très peu de médecins ont une formation spécifique en gériatrie

Parmi les trente médecins interviewés, aucun n'a de formation universitaire en gériatrie et seulement trois ont une expérience en gériatrie :

« *J'ai travaillé comme assistante pendant 4 ans chez le Dr L. à Saint-Nazaire.* », Femme, médecin urbaine, 44 ans.

« *Non, je n'ai pas la capacité, ni le DU ou le DIU. Mais j'ai fait beaucoup de séminaires en gériatrie et j'ai été coopté pour faire partie de l'AMGAN, l'Association des Médecins Gériatres de l'Agglomération Nantaise. J'ai donc une formation en gériatrie mais que je n'ai jamais validé par des examens par manque de temps.* », Homme, médecine urbaine, 61 ans.

« *J'ai juste fait une formation de médecin coordonnateur à travers le syndicat MGForm.* », Homme, médecine rurale, 60 ans.

Comme nous le verrons par la suite, 27 médecins sur les 30 interviewés s'estiment insuffisamment formés sur le sujet des démences.

4.3.2. Une surestimation de la patientèle gériatrique

Cette étude montre que les médecins généralistes évaluent mal leur patientèle âgée. Volontairement, je n'avais pas demandé aux médecins interrogés de regarder sur leur statistique de la CPAM leur proportion de sujet de plus de 70 ans dans leur patientèle.

Quand on regarde la structure par âge de la population de Loire-Atlantique au premier janvier 2008, les plus de 65 ans représentent 15,1% de la population (Source : Drees), or normalement toute personne de plus de 16 ans doit avoir un médecin traitant. En Loire-Atlantique pour l'année 2006, la moyenne des patients de plus de 70 ans par médecin généraliste est de 13% (Source : CPAM). Dans notre étude, on note une grande variabilité des chiffres donnés allant de 2% à 50% pour une moyenne à 22,1%.

Ce chiffre montre que la patientèle de plus de 70 ans est très surestimée par les médecins généralistes.

Les médecins interrogés expriment bien le fait qu'ils ont beaucoup de mal à faire cette estimation de manière fiable :

« *Je n'ai pas fait de statistiques, je ne sais pas, environ 20%.* », Homme, médecine urbaine, 43 ans.

« *Je ne sais pas moi. 40% peut-être, au pif.* », Homme, médecine rurale, 57 ans.

« *Elle est d'environ 10-15% à vue de nez. Quand je vous dis 10-15%, c'est sans doute plus proche de 10%.* », Homme, médecine rurale, 52 ans.

« *Je n'ai pas les chiffres, je n'en sais rien. Sur la journée d'aujourd'hui, j'en ai 7 sur 24 patients, donc une proportion de l'ordre de 30%.* », Homme, médecine urbaine, 63 ans.

« *Je suis le plus ancien du cabinet médical. J'ai vieilli avec mes patients. La proportion, c'est très difficile à estimer mais on peut raisonner avec les relevés de l'assurance maladie où ça doit bien représenter au moins 30%.* », Homme, médecine urbaine, 63 ans.

Les trois médecins qui ont profité de l'entretien pour regarder sur leur ordinateur les relevés de la CPAM et qui m'ont ensuite donné le bon chiffre faisaient des erreurs d'évaluation de l'ordre de 10% à 20%.

Ces erreurs d'appréciation sont probablement liées au fait que les patients âgés ont plus recours à leur médecin traitant que les patients d'âge moyen.

4.4. Une mauvaise connaissance des notions théoriques démences

4.4.1. Définition de la démence

➤ Ce que disent les recommandations

La définition de la démence habituellement utilisée est celle du DSM-IV : « Développement de déficit cognitifs multiples, incluant une altération de la mémoire et au moins un des troubles cognitifs suivants : agnosie, aphasie, apraxie ou un trouble des fonctions exécutives.

Les déficits doivent durer depuis plus de six mois et être suffisamment graves pour altérer significativement la fonction sociale ou professionnelle, et doit représenter un déclin par rapport au niveau de fonctionnement préalable. » [9].

Cette définition est celle qui est retenue dans les recommandations professionnelles de l'HAS [10]. L'HAS précise bien que les troubles du comportement ne sont pas nécessaires à la définition de la démence même s'ils peuvent être présents voir précéder l'apparition des troubles cognitifs.

➤ Comparaison des définitions données avec celle du DSM-IV (figure 7)

En considérant que les trois grands éléments de la définition sont : les troubles de la mémoire, les troubles d'une autre fonction supérieures parmi celles citées dans la définition et le retentissement dans la vie quotidienne, les résultats sont les suivants :

Personne ne donne la définition complète de la démence. Les deux réponses qui s'en approchent le plus sont les suivantes, les troubles d'une autre fonction supérieure étant plus ou moins sous-entendus mais non clairement définis :

« C'est vaste, je dirais une altération des fonctions supérieures. S'il faut détailler ce que ça touche, ce sont des troubles de mémoire, d'attention, du fonctionnement intellectuel avec des répercussions sur le quotidien. », Femme, médecine rurale, 35 ans.

« Est-ce qu'il y a une définition de la démence ? C'est dur, je dirais que c'est des troubles de mémoire ou de personnalité qui commencent à mettre en danger le maintien à domicile ou l'autonomie. », Homme, médecine urbaine, 45 ans

Quatre médecins ne donnent aucun des critères du DSM-IV dans leur définition :

« Ce sont des troubles du comportement, plutôt en rapport avec l'âge avec une perte des repères, une perte des repères sociaux, une perte des repères familiaux, ... Voilà, comment dire autrement ? », Homme, médecine rurale, 57 ans.

« C'est une perte des facultés intellectuelles. », Homme, médecine urbaine, 61 ans

« C'est une altération des fonctions supérieures. », Homme, médecine rurale, 63 ans.

« Ce sont des troubles des fonctions supérieures, sans substrat organique, avec des éléments hallucinatoires. », Homme, médecine urbaine, 36 ans.

➤ Autres éléments de définition : utilisation de termes vagues (figure 6)

Les éléments de définition les plus souvent cités sont les troubles de la mémoire cités par deux tiers des répondants, sachant que c'est par fois le seul élément de définition donné :

« C'est l'apparition de troubles cognitifs. », Homme, médecine rurale, 57 ans.

« C'est lorsque la personne âgée commence à avoir des troubles cognitifs. », Homme, médecine rurale, 51 ans.

Vient ensuite la notion de troubles des fonctions supérieures sans beaucoup de précision, ce terme étant parfois donné comme définition en soi :

« *C'est la perte des fonctions supérieures, qu'elle soit cognitive ou autre.* », Homme, médecine urbaine, 43 ans.

« *Ce sont les troubles des fonctions supérieures, des troubles cognitifs.* », Femme, médecine urbaine, 44 ans.

« *C'est une perte des facultés intellectuelles.* », Homme, médecine urbaine, 61 ans.

Le retentissement sur la vie quotidienne arrive en troisième position :

« *C'est une perte d'autonomie.* », Femme, médecine urbaine, 49 ans.

Les SPCD sont cités dans 9 cas comme faisant parti de la définition de la démence.

Un médecin inclus le MCI dans les démences alors que par définition, les MCI présentent les mêmes caractéristiques que les démences à l'exception du retentissement sur la vie quotidienne :

« *La démence commence au MCI et ça finit par le décès du patient dans un état de désorientation spatio-temporelle complet donc c'est assez large.* », Homme, médecine urbaine, 47 ans.

➤ Difficulté à donner une définition

Ce qui marque surtout dans les définitions données est la difficulté qu'éprouvent les répondants à donner une définition et l'emploi de termes parfois triviaux pour compenser ce manque de connaissance :

« *C'est un piège ça, parce que ça dépend ce qu'on veut mettre sous le mot démence. [...] Maintenant, c'est une définition qui m'est personnelle, elle n'est pas très scientifique, pas très médicale.* », Homme, médecine urbaine, 52 ans.

« *La démence, elle peut prendre plein d'aspects. C'est avant tout une détérioration de l'état psychique : troubles de la mémoire, désorientation, ...* », Homme, médecine urbaine, 63 ans.

« *Je ne la connais pas, c'est très difficile, c'est quand ça commence à débloquer là-haut tout simplement. C'est quand l'entourage, la famille ou les amis, parce que ce n'est pas le patient bien sûr, vous apprend qu'il a fait ci ou ça, qu'il se passe ceci ou cela.* », Homme, médecine urbaine, 64 ans.

« *C'est une bonne question ça, compliquée. [...] La définition, pour moi, n'est pas très nette.* », Homme, médecine urbaine, 53 ans.

4.4.2. Une fréquence respective des différentes démences relativement bien connue (figures 8 et 9)

La première cause de démences est la maladie d'Alzheimer qui représente environ 50% à 80% des cas. Les démences frontotemporales représentent 12% à 25% des cas, les démences d'étiologie mixte 10% à 30% des cas et les démences vasculaire 10% à 20% des cas.

Viennent ensuite les autres démences dégénératives qui sont par ordre de fréquence la maladie à corps de Lewy (qui représente 5% à 10% des cas) puis les atrophies lobaires, la PSP, les autres démences dégénératives étant anecdotiques. [11, 12, 13]

Il y a en parallèle le cadre des démences carenciales, des démences toxiques et des démences infectieuses.

Dans notre étude, la maladie d'Alzheimer (n=29) est la plus citée suivie de la démence vasculaire (n=28) et de la démence à corps de Lewy (n=8), ce qui correspond aux trois types de démences les plus fréquent et ans cet ordre. Il y a deux répondants qui ne citent pas explicitement la maladie d'Alzheimer et la démence vasculaire :

« *J'en ai une essentielle, c'est l'Alzheimer. Les autres sont vraiment très minoritaires.* », Femme, médecine urbaine, 49 ans.

« *Je n'en ai pas, sauf une, ma patiente suivante, qui est actuellement en cours de bilan.* », Homme, médecine urbaine, 36 ans.

Concernant les fréquences, 14 répondants classent la maladie d'Alzheimer en première cause et 8 la classent en deuxième cause. 9 classent les démences vasculaires en première cause et 11 la classent en deuxième cause. En associant les réponses, 9 répondants classent en premier la maladie d'Alzheimer en premier et les démences vasculaires en second. 6 font le classement inverse.

De manière étonnante, seul 2 répondants citent les démences toxiques malgré la fréquence relativement élevée de l'éthylisme dans notre département.

Ces résultats montrent donc une connaissance à peu près correcte des causes bien que les démences vasculaires semblent surestimées.

4.4.3. Symptomatologie de la démence

➤ Ce que disent les recommandations

Dans les recommandations, les symptômes à rechercher dans le cadre d'une démence sont des troubles de la mémoire des faits récents et/ou anciens, des troubles de l'orientation temporo-spatiale, des troubles des fonctions exécutives, du jugement ou de la pensée abstraite, des troubles du langage, des apraxies ou une agnosie, ainsi qu'un retentissement au quotidien.

Il convient également de rechercher des SPCD [10].

➤ Symptômes cités (figure 10)

Souvent, les répondants citent plus des situations cliniques que des symptômes généraux à proprement parler. Le langage non verbal des interviewés montre qu'il s'agit autant d'une incompréhension de l'intitulé exact de la question que d'une méconnaissance de la réponse.

Les troubles de la mémoire qui sont parfois exprimés par la notion de répétition ne sont cités que par 22 répondants alors que par définition ils sont présents dans 100% des démences :

« *C'est plutôt anecdotique, ça va être la personne qui va se perdre dans sa commune par exemple, la personne qui répète, celle à qui l'on vient de dire quelque chose et qui va redemander deux fois la même chose dans le quart d'heure qui suit.* », Homme, médecine rurale, 57 ans.

« *C'est la perte de la mémoire récente [...] Pour la maladie d'Alzheimer, ils répètent toujours les mêmes gestes, ils achètent toujours les mêmes choses.* », Homme, médecine urbaine, 43 ans.

« *Généralement les patients viennent dans une orientation bien précise dans leur requête qui ne nous permet pas forcément d'investir le domaine du cognitivo-comportemental. Sauf s'il y a vraiment de grosses suspicions du genre oubli du rendez-vous ou oubli de l'heure.* », Homme, médecine urbaine, 47 ans.

Il en est de même pour la régression par rapport à l'état antérieur [9] qui n'est cité que par 9 répondants. Parmi ceux qui parlent d'une régression par rapport à l'état antérieur, certains citent des exemples qui peuvent traduire notamment dans les apraxies ou des troubles de l'apprentissage :

« *C'est quand on va chez eux, quand on va en visite à domicile, et qu'on s'aperçoit que tout est en fouillis, surtout si c'est inhabituel. C'est éventuellement une personne qui devient sale, qui ne s'habille plus correctement, une tenue inhabituelle.* », Femme, médecine urbaine, 42 ans.

« *Le signe d'alerte qui est souvent là, c'est la perte de notions qu'ils avaient, de mémoire. Par exemple, j'ai une personne qui faisait du théâtre, une autre qui est ancien cadre de santé, ils ont de plus en plus d'oublis, ils ne savent plus où ils mettent leurs affaires, ils ne savent plus à quelle heure ils ont pris leurs RDV, ils sentent qu'ils sont en train de glisser complètement par rapport à des notions, à des bonnes capacités de mémoire qu'ils avaient sans se poser de question et qui sont en train de disparaître, c'est ça.* », Homme, médecine urbaine, 52 ans.

La désorientation temporo-spatiale et une de ses conséquence qu'est l'inversion du rythme nyctéméral est un symptôme classique des démences :

« *Et puis les petits troubles, c'est souvent des désorientations dans l'espace et dans le temps dites temporo-spatiales avec des patients qui font deux fois le tour du rond-point.* », Homme, médecine urbaine, 63 ans.

Parmi les SPCD, 5 répondants font référence aux symptômes psychiatriques :

« *C'est en premier lieu la dépression. Ce sont des gens que l'on connaît bien. J'ai 12 ans d'exercice. Tout d'un coup, pour une raison ou pour une autre, ils commencent à être déprimés, à ne plus se sentir utiles... Là, progressivement, les choses se mettent en place.* », Femme, médecine urbaine, 46 ans.

« *C'est la désorientation, les hallucinations auditives et visuelles.* », Homme, médecine urbaine, 36 ans.

L'anxiété, présente dans 45% à 50% des cas de maladie d'Alzheimer plutôt aux stades précoces [14] est citée à 2 reprises. La dépression présente dans environ 40% des cas [15, 16] est citée à 2 reprises. Les hallucinations, qui sont citées une fois sont un symptôme précoce dans les démences à corps de Lewy mais tardif dans 17% des maladies d'Alzheimer [17] avec en étant environ 3 fois plus fréquent dans les démences sévères que dans les démences modérées.

Les troubles du comportement sans précision sont cités à 8 reprises et les comportements moteurs illogiques, qui s'intègrent également dans ce cadre sont cités à 9 reprises :

« *On s'en aperçoit souvent un peu tard surtout par des troubles du comportement, des erreurs de jugement* », Homme, médecine rurale, 57 ans.

« *[...] certains troubles de fonctionnement, la classique paire de lunettes oubliée dans le congélateur. Ça n'arrive pas souvent, mais dans le frigo, ça arrive. A la limite, je dirais des troubles du comportement, c'est difficile à dire comme ça à brûle-pourpoint mais plutôt une bizarrerie dans leurs comportements ou dans leurs réflexions.* », Homme, médecine urbaine, 53 ans.

Les troubles du comportement présents dans près de 85% des démences [14]. Par contre dans notre enquête, personne ne cite les troubles du comportement déficitaires.

Par ordre de fréquence, le deuxième symptôme cité est le témoignage de l'entourage dont parlent 16 interviewés :

« *C'est l'entourage, la personne qui vit avec ou la famille qui alerte.* », Homme, médecine urbaine, 43 ans.

« La première chose, c'est une réaction de l'entourage. En général, ce qui nous met la puce à l'oreille, parce qu'on ne vit pas avec eux, loin de là, c'est qu'on est interpellé par l'entourage, qui nous dit qu'ils font des conneries, qu'ils ont un comportement inadapté. », Homme, médecine rurale, 52 ans.

« Le patient va être un peu autocritique dans les premiers stades de la maladie et c'est souvent là qu'on n'y fait pas trop attention. On va dire : « C'est un peu normal, c'est en rapport avec l'âge, ça commence. ». Après c'est plutôt la famille qui va nous parler des difficultés relationnelles, de « l'agressivité » et surtout des oublis. », Homme, médecine rurale, 57 ans.

« L'entourage, les enfants, l'époux ou la compagne, c'est le plus important. Avant que quelqu'un vous dise qu'il a des troubles cognitifs, vous pouvez y aller. Ma mère est Alzheimer, elle ne me l'a jamais dit, elle m'a dit qu'elle avait des troubles de mémoires, toutes les 30 secondes, elle me pose la même question, donc elle le sait. En dehors de ça, elle ne s'est jamais plainte de rien. », Homme, médecine urbaine, 64 ans.

« Autrement, les démences... moi ça m'est arrivé plusieurs fois, ça a été dépisté par la femme de ménage alors que le médecin est passé à côté complètement. », Homme, médecine urbaine, 63 ans.

Il ne s'agit pourtant pas à proprement parler d'un symptôme de la démence. C'est plutôt une conséquence de l'anosognosie qui elle s'intègre dans les agnosies.

➤ Symptômes négatifs (figure 11)

Parmi les symptômes négatifs cités, on retiendra notamment la plainte du patient, 5 répondants considérant que du fait de l'anosognosie présente dans les démences, un patient qui se plaint de sa mémoire n'est probablement pas dément :

« [...] parce que la personne, justement, la définition, c'est qu'elle ne s'en aperçoit pas. », Femme, médecine urbaine, 59 ans.

« Quand une personne se pose des questions déjà, c'est plutôt rassurant ; quand une personne vient avec son entourage, c'est déjà plus embêtant [...] », Homme, médecine urbaine, 63 ans.

4.5. Une prise en charge non optimale

4.5.1. Dépistage des démences

➤ Ce que disent les recommandations [10]

Pour l'HAS, à l'heure actuelle, le dépistage de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées n'est pas recommandé dans la population générale. Il doit être proposé aux personnes se plaignant de troubles cognitifs récents, aux personnes chez qui l'entourage remarque des troubles cognitifs ou des troubles psycho-comportementaux non expliqués par une pathologie psychiatrique et aux patients qui consultent ou sont hospitalisés pour une pathologie révélant un déclin cognitif (chute, syndrome confusionnel, AVC).

Ce dépistage peut être également proposé en plus des situations précitées pour le patient dont l'entourage exprime un ralentissement psychomoteur [18].

En cas de dépistage, les tests recommandés sont :

- les tests d'évaluation cognitive globale : le MMSE dans sa version française [19] et parmi les autres tests pour lesquels il n'y a pas d'accord professionnel les 5 mots de Dubois, le test de l'horloge, les tests de fluence verbale, le MIS, le 7 minutes test, le GPCog, ...
- les tests d'évaluation fonctionnelle : l'IADL dans sa version complète ou dans sa version simplifiée à 4 items (utilisation du téléphone, utilisation des transports en commun, gestion du traitement et gestion du budget) ainsi que l'ADL.
- l'évaluation thymique et comportementale : recherche d'une dépression éventuellement au moyen de la GDS, entretien reprenant la trame du NPI, l'échelle de déficience frontale ou encore le BREF test.

En cas de positivité des tests de dépistage, le bilan biologique recommandé qui a pour objectif d'éliminer une cause secondaire comprend le TSH, un hémogramme, un ionogramme sanguin, une calcémie, une glycémie, une albuminémie et une créatininémie avec calcul de la clairance si ces examens n'ont pas été effectués de manière récente.

En fonction du contexte clinique on peut ajouter un dosage de vitamine B12, un dosage de folates, un bilan hépatique, la sérologie syphilitique, du VIH ou de la maladie de Lyme.

Concernant l'imagerie, une imagerie cérébrale systématique est recommandée dans le bilan initial pour éliminer une autre cause et rechercher une atrophie et/ou des lésions vasculaires. Dans l'idéal il faudrait réaliser une IRM mais compte tenu de la disponibilité de cet examen, une tomodensitométrie cérébrale non injectée peut convenir.

La ponction lombaire et l'EEG ne sont recommandés que dans des contextes cliniques bien précis.

➤ Situations du dépistage (figure 12)

3 interviewés proposent un dépistage systématique :

« J'aimerais pouvoir le faire chez tous les sujets âgés de plus de 65 ans, j'essaie de le proposer en tout cas. [...] je leur dis « Ce serait bien que nous fassions un test de mémoire. Est-ce que vous êtes d'accord ? », « Oui », « Alors, reprenez un rendez-vous », je laisse la porte ouverte comme ça. Ça, c'est systématiquement après 65 ans pour ceux qui le veulent [...] De manière systématique, je le propose tous les ans ou tous les deux ans. Ça dépend de l'âge aussi. Entre 65 ans et 75 ans ou 80 ans, ce n'est pas pareil ainsi que s'ils sont institutionnalisés ou pas. », Homme, médecine urbaine, 43 ans.

« A partir d'un certain âge, ça peut m'arriver de le faire de manière systématique. », Homme, médecin rurale, 50 ans.

« C'est systématique en général. », Femme, médecine urbaine, 49 ans.

Dans notre étude, 22 répondants font un dépistage en cas de demande de l'entourage (sans que pour autant cette demande ait lieu dès qu'il y a des témoignages de l'entourage) :

« Pour être franc, en premier, c'est la famille qui nous alerte souvent, ce n'est pas tout à fait à notre honneur. Quand on voit un patient très régulièrement, on a tendance à s'habituer. », Homme, médecine rurale, 47 ans

« Quand c'est l'entourage qui le demande, c'est tellement flagrant que ça ne sert plus à grand-chose. », Homme, médecine rurale, 52 ans

« Je fais quand même un dépistage quand la famille en a ras le bol et qu'il faut faire quelque chose. A ce moment là le conjoint dit : « J'en peux plus, il faut faire quelque chose. ». Le dépistage ça ne sert à rien mais ça permet de mettre une étiquette et de rassurer les gens, de leur dire : « Oui, c'est bien ça » et de les aider vraiment. », Homme, médecine urbaine, 54 ans.

14 répondants effectuent un dépistage à la demande du patient en précisant que dans ce cas là le dépistage est très souvent négatif :

« C'est toujours une plainte du patient au départ. Comme les troubles sont frustrés, en consultation, on ne les voit pas. C'est le patient qui se plaint [...] », Homme, médecine urbaine, 43 ans.

« C'est le plus souvent à leur demande d'ailleurs, dans ces cas-là et la plupart du temps, quand c'est à leur demande, c'est négatif, je dirais normal pour l'âge et le milieu socioculturel. », Homme, médecine urbaine, 52 ans.

« Ce sont parfois des gens qui se plaignent à plusieurs reprises, lors de consultations successives, de troubles de mémoire [...] », Homme, médecine rurale, 63 ans.

Beaucoup font le dépistage dans les situations citées dans les symptômes des démences, ce qui confirme bien la confusion qui règne entre les symptômes, de manière générale, des démences et les situations cliniques de dépistage.

Concernant les pathologies traduisant un déclin cognitif, seul un médecin fait un dépistage au décours d'un syndrome confusionnel :

« Je le fais en fonction de ces éléments-là, dès qu'il y a une modification des rythmes, une perte des habitudes et les éléments confusionnels bien sûr. », Homme, médecine urbaine, 36 ans.

Aucun médecin ne fait de dépistage plus ciblé au décours d'une chute ou chez les patients ayant des antécédents d'AVC.

Un médecin se déclare assez clairement contre le dépistage des démences :

« Je suis un peu contre le dépistage parce qu'aujourd'hui on n'a pas beaucoup de moyens pour combattre la démence. Dépister la démence chez les sujets plus jeunes c'est leur exposer un diagnostic violent sans bénéfices majeurs. Franchement c'est très rare que j'ai envie de faire un test. », Homme, médecine urbaine, 54 ans.

➤ Tests de dépistage utilisés (figure 13)

Dans notre étude, concernant le MMSE, 20 médecins le font en entier, 8 ne faisant que ce test. Parmi ces 20 médecins, 2 commencent par un MMSE partiel avant de le compléter si besoin :

« D'abord, j'utilise quelques éléments de MMS que j'ai en tête et après, quand je veux aller plus loin, je fais le MMS complet. », Femme, médecine rurale, 35 ans.

« J'utilise le MMS. Parfois, c'est un MMS raccourci, parfois un MMS complet. Après, je fais un test de l'horloge, l'IADL, le test des cinq mots, on peut en faire plein... Je me limite déjà à ça dans un premier temps. », Homme, médecine urbaine, 61 ans.

4 médecins ne font le MMSE que de manière partielle :

« Je n'utilise pas le MMS à tout bout de champ. Les quatre, cinq premières questions sur l'orientation, sur la mémorisation des mots, c'est ce que je peux utiliser mais ça n'est pas complètement rentré dans la pratique. », Homme, médecine urbaine, 52 ans.

« Je fais un MMS très succinct et j'envoie chez le neurologue qui le refait de toute façon. », Femme, médecine urbaine, 42 ans.

« J'adore le test de l'horloge, c'est assez important pour moi. Je fais le MMS et l'IADL en raccourcis. », Homme, médecine rurale, 60 ans.

« Je suis à la campagne, je suis débordée, je vais l'envoyer chez le spécialiste. Je vais poser des petites questions mais ça n'aura pas de valeur. Il faut faire le MMS en entier.

Je vais lui demander de dessiner le test de l'horloge, l'épreuve des trois mots et les polygones. Je vais lui demander quelques questions aussi, si je connais bien la famille, sur les enfants, sur la date du mariage, la date de naissance des enfants, le métier qui était fait, ces petites choses-là, basiques, la date du jour, le Président. », Femme, médecine rurale, 43 ans.

Des études ont montré que le MMSE fait de manière partielle perd peu de spécificité s'il inclut les 4 items les plus prédicteurs de démence : s'orienter, retrouver les trois mots, écrire une phrase, épeler un mot à l'envers [20].

Par ordre de fréquence, le deuxième test utilisé est le test de l'horloge, cité par 16 répondants, essentiellement pour sa rapidité d'exécution, puis vient le test de 5 mots de Dubois pour la même raison :

« Les machins, le test des cinq mots, le MMS, le test de l'horloge, des conneries comme ça... Le test de l'horloge, c'est très intéressant, il est rapide et des fois, on a des surprises. », Homme, médecine urbaine, 63 ans.

« Toute une période, j'ai utilisé le MMS. Je ne l'utilise plus. J'utilise maintenant les tests des cinq mots et l'horloge. Je suis allée à une conférence du Dr B., elle a dit que c'était les deux plus importants. Je peux les reproduire facilement, ça ne prend pas de temps.

Puis, le MMS, ils ne comprennent pas très bien, ils se disent : « Vous me prenez pour qui ? Me demander la date ? » Le calcul ? Moi-même, je ne suis pas à l'aise avec le calcul, je me dis : « Est-ce que c'est révélateur ? Je n'en sais rien. » J'ai pris un peu de distance avec ça. », Femme, médecine urbaine, 46 ans.

Concernant les tests d'évaluation fonctionnels, seul un médecin fait, l'IADL et un médecin fait l'IADL partielle.

Seul deux médecins testent les fonctions frontales de manière partielle, l'un par le test des similitudes et l'un par une séquence répétitive :

« Celui que je fais le plus fréquemment, c'est le MMS. J'utilise beaucoup le test de l'horloge qui est simple à faire. Ensuite, j'ai le test des similitudes, qui est facile et très rapide, et enfin, j'ai plusieurs épreuves des cinq mots. », Homme, médecine urbaine, 63 ans.

« Je fais le MMS, j'ai des formulaires tout prêts, je leur fais faire une horloge après, le petit dessin à alterner entre triangles et rectangles, de façon à aller relativement vite.

D'autre part, après, je leur fais faire le salut militaire, des gestes abstraits, ce qu'on a appris lors de nos études, sans trop aller dans les détails. Il y a une notion de temps. », Homme, médecine rurale, 47 ans.

Trois médecins ne font aucun test de dépistage partant du principe que le spécialiste les réalisera :

« Le test, ce n'est pas moi qui le fais, j'envoie sur Beaulieu, au centre de neuropsychologie ou de gériatrie, c'est le neurologue, donc le Dr V. et tous les autres, qui voient les malades.

Je n'ai pas le temps. Même, déjà dans le dépistage, prendre le temps de poser des questions, d'étudier, de voire un peu avec le conjoint, ça prend du temps. Alors, la batterie de tests cliniques... J'envoie également chez l'orthophoniste du coin sur la Chevrolière. Ça dépend aussi de l'entourage, de la famille. Il y a des patients âgés qui sont très entourés et d'autres, disons, assez délaissés, je suis obligé d'organiser moi-même. Je le fais à la demande de l'entourage ou sur mon avis personnel, suivant son comportement. Quand je pose des questions à la personne, je vois bien aussi. », Femme, médecine urbaine, 49 ans.

De manière générale, les tests de dépistage réalisés sont plutôt en accord avec ce que prônent les recommandations.

➤ Bilans biologiques dans le cadre du dépistage (figure 14)

Un certain nombre de répondants parlent d'un bilan standard, qui est fait de manière systématique par 4 médecins et, s'il n'est pas récent, par 6 médecins. En général non spécifique au bilan de syndrome démentiel, il n'a pas été toujours facile de faire préciser ce qu'il contient exactement :

« Je fais un bilan sanguin standard à la recherche de facteurs de risques cardiovasculaires, le diabète, l'hypercholestérolémie. Dans mon ordinateur, j'ai répertorié un certain nombre de bilans de sang, bilan d'anémie, bilan d'amaigrissement, bilan de fatigue... Il ne s'appelle pas bilan de démence mais bilan standard. Les folates et la vitamine B12, c'est quand il y a un point d'appel à la NF, c'est-à-dire un VGM augmenté, donc pas systématiquement.

C'est une fausse question. En réalité, nos patients qui sont en âge de présenter une démence ont déjà eu des prises de sang antérieurement. En général, ce sont des gens qui ont un traitement, un renouvellement. », Homme, médecine rurale, 57 ans.

« C'est surtout l'appel à un spécialiste directement, tout de suite. Il va faire le bilan biologique, le scanner. Généralement, je ne les fais pas.

Ça peut arriver que je fasse un bilan sanguin mais dans le but de l'examen habituel, du suivi systématique. », Homme, médecine rurale, 50 ans.

« Je fais un bilan sanguin classique, il n'y a rien de spécifique, je fais une TSH. », Femme, médecine urbaine, 42 ans.

En l'absence de précision, nous avons considéré pour la suite de l'analyse que le bilan standard contenait au moins un hémogramme, un ionogramme sanguin et un bilan rénal.

Par rapport aux recommandations :

- La NFS est réalisée par 27 répondants (dont 20 de manière systématique et 6 si elle n'a pas été faite récemment) ;
- Un ionogramme sanguin et la fonction rénale sont faits par 28 médecins (22 de manière systématique et 5 s'ils n'ont pas été faits récemment) ;
- La TSH est demandée par 24 médecins (dont 18 systématiquement et 3 s'il elle n'a pas été faite récemment) ;
- La calcémie est faite de manière systématique par 8 répondants (mais il est possible que certains l'incluent dans le bilan standard) ;
- La glycémie est faite par 10 interviewés (7 la font de manière systématique et 2 si elle n'a pas été faite récemment mais il est probable qu'elle soit parfois incluse dans le bilan standard) ;
- L'albuminémie est faite de manière systématique mais seulement par 2 médecins.

Concernant les examens à faire selon le contexte :

- La vitamine B12 est dosée par 11 médecins (9 la dose de manière systématique et un en fonction du contexte) ;
- Les folates sont dosés par 10 médecins (dans 8 cas de manière systématique et dans un cas selon le contexte) ;
- Le bilan hépatique est réalisé par 3 médecins (dont deux de manière systématique, mais il est possible qu'il soit inclus dans certains bilans standard) ;
- La sérologie syphilitique est réalisée de manière systématique par un médecin.

Deux médecins ne font aucun bilan biologique spécifique avant d'adresser le patient au spécialiste du fait que celui-ci le demandera et que les patients ont déjà des bilans pour d'autres raisons :

« En général, je l'adresse à une consultation de psycho-gériatrie. Comme on est à Nantes, on a ça sous la main. »

C'est des personnes qu'on connaît en général, on sait le plus souvent s'il y a une pathologie sous-jacente. Je ne fais pas énormément de bilan avant qu'il y ait cette consultation spécialisée. Souvent, il y a une nouvelle demande, il faut éviter de multiplier les bilans. », Homme, médecine urbaine, 61 ans.

« Aucun. Enfin, la tension, c'est 80 %. Il y a une prise de sang normale, un bilan standard sans aller tirer dans les coins. Comme, chez les plus de 70 ans, je les vois tous les mois ou tous les trois mois, il y a une prise de sang annuelle, mais quand les troubles s'aggravent, ça ne provoque pas chez moi une prise de sang spécifique. », Homme, médecine urbaine, 64 ans.

Malgré les incertitudes laissées par le contenu des « bilans standards », il semble que par rapport aux recommandations, la glycémie, la calcémie soient sous utilisées. L'albuminémie est très sous utilisée. En parallèle, les dosages de vitamine B12 et de folate en systématique sont trop fréquemment demandés.

➤ En ce qui concerne l'imagerie (figure 15)

Si on regarde les recommandations, le recours à l'imagerie devrait être systématique.

Six médecins font de l'imagerie systématiquement (1 des IRM et 5 des TDM) et 7 y ont parfois recours :

« Je fais de l'imagerie, parce qu'il y a plein d'erreurs et à cause des démences vasculaires aussi. Donc je fais un scanner systématique. Mais en gériatrie, ils font la même chose d'ailleurs. », Homme, médecine urbaine, 43 ans.

« Ensuite, je fais un scanner cérébral généralement, dès qu'il y a un anticoagulant, pour être sûr qu'il n'y a pas un petit hématome sous-dural. En fonction de ça, j'envoie vers le centre spécialisé pour avoir quelque chose de plus précis. », Homme, médecine urbaine, 36 ans.

« Si j'ai un gros doute, je vais faire un scanner pour ne pas passer à côté d'autre chose. Si j'affirme déjà qu'il y a un syndrome démentiel et que je ne vois pas d'origine « pathologique », je laisse le neurologue le faire parce qu'il le fera. J'estime parfois ne pas en avoir besoin. », Homme, médecine urbaine, 53 ans.

Cinq médecins font un scanner seulement s'ils suspectent un type de démence particulier, notamment vasculaire :

« Le scanner, ça dépend. Si j'ai manifestement une orientation plus vasculaire, je vais le faire. Sinon, je sais que l'équipe de Bellier le demande assez systématiquement. Je ne le demande pas à chaque fois. J'envoie plus facilement en consultation mémoire à partir du moment où mon test est positif. », Homme, médecine urbaine, 43 ans

« Le scanner, pas forcément d'entrée de jeu, éventuellement si quelque chose évoque une démence frontale. », Homme, médecine rurale, 52 ans.

« Le scanner, je vais attendre que le spécialiste l'ait vu sauf si elle a déjà une pathologie vasculaire à côté ou cardiologique. Là, je vais avoir tendance à demander un scanner en même temps que le RDV chez le neurologue. », Femme, médecine rurale, 43 ans.

Sept médecins ne font jamais d'imagerie en partant souvent du principe que le spécialiste demandera un scanner de façon systématique :

« Je ne fais pas forcément faire un scanner en même temps, j'attends la première consultation et après, le scanner et l'IRM sont demandés dans la foulée. », Homme, médecine urbaine, 42 ans.

« Je ne fais pas d'imagerie. Je n'aime pas trop faire une partie, je sais que je vais renvoyer au centre de gériatrie ou au centre mémoire, donc c'est un peu débile de commencer de mon côté et d'arrêter. Ça passe comme ça et je n'ai jamais eu de problème. », Homme, médecine rurale, 60 ans.

« S'il y a un souci, j'envoie facilement à un neurologue, même peut-être carrément avant de faire le test, pour avoir le scanner ou l'IRM cérébral. », Homme, médecine urbaine, 45 ans.

Le recours à l'imagerie n'est donc pas aussi systématique qu'il devrait être. Que les médecins généralistes en fassent systématiquement ou non, ils disent presque tous que de toute façon les spécialistes pourront en demander s'ils ne l'ont pas fait.

4.5.2. Prise en charge du patient dément

➤ Recours au spécialiste (figures 16, 17, 18)

D'après les recommandations [10], le patient doit être adressé au spécialiste dans le cadre du bilan initial si le dépistage est en faveur d'un déclin cognitif ou s'il persiste un doute important malgré un dépistage négatif.

Le spécialiste fait alors un bilan neuropsychologique qui évalue chacune des fonctions cognitives. Seul les gériatres, neurologues ou psychiatres peuvent faire la primo prescription d'un inhibiteur de l'acétylcholinestérase ou de mémantine.

Le spécialiste suit ensuite le patient initialement tous les six mois dans un premier temps puis tous les ans pour réévaluer le diagnostic, la tolérance et l'efficacité du traitement ainsi que la prise en charge globale.

Tous les médecins interviewés ont recours au spécialiste dans le cadre de la prise en charge des démences.

Tous y ont recours souvent voire systématiquement à une exception près :

« Parfois mais ce n'est pas souvent. Par contre les spécialistes se ruent sur ces patients là quand ils sont à l'hôpital et leur font les tests ou tentent de leur faire des tests. On peut demander l'avis du neurologue, du gériatre, d'une consultation mémoire, éventuellement du psychiatre pourquoi pas. », Homme, médecine urbaine, 54 ans.

Le type de spécialiste le plus souvent cités est le neurologue et la consultation pluridisciplinaire tous deux cités à 21 reprises :

« C'est le neurologue en premier, le gériatre intégré à la consultation mémoire après. », Homme, médecine rurale, 54 ans.

« On travaille avec le Dr B. qui est médecin généraliste ici et qui a fait une formation de gériatrie. C'est notre première référente. Sinon, on travaille avec la consultation de Beaulieu

qui couvre Sud Loire, avec l'hôpital Bellier, c'est arrivé aussi. », Femme, médecine rurale, 35 ans.

« A partir du moment où j'ai des doutes sur un trouble des fonctions supérieures, je confie le patient à une consultation mémoire, ici à l'hôpital local. Sinon, c'est Saint-Nazaire, ou certains neurologues, ça dépend de l'âge du patient. C'est vrai qu'à partir du moment où les patients ont plus de 70 ans, ça relève des réseaux gériatriques. Je ne fais pas tellement appel au psychiatre, parce que les psychiatres jouent au ping-pong avec les gériatres, c'est une histoire à n'en plus finir. », Homme, médecine urbaine, 52 ans.

« Je fais appel à un gériatre spécialisé dans l'exploration des troubles de la mémoire. Il y a un service au centre hospitalier de Saint-Nazaire qui est dédié uniquement à cela, la consultation mémoire pluridisciplinaire. », Femme, médecine urbaine, 59 ans.

« C'est plutôt une consultation pluridisciplinaire. Ici, c'est soit une antenne du CMP, qui est plus psychiatrique que gériatrique. La dame qui s'en occupe s'appelle « psycho-gériatre », je n'y suis pour rien, ce n'est pas moi qui l'ai appelé comme ça. C'est pluridisciplinaire parce qu'il y a des psychologues, des orthophonistes etc. Autrement, c'est Bellier, la consultation mémoire. Ce sont ces deux personnes qu'on utilise. », Homme, médecin urbaine, 61 ans.

Les arguments cités pour recourir au spécialiste sont avant tout les résultats anormaux aux tests de dépistage ou des témoignages de l'entourage en faveur d'un syndrome démentiel respectivement pour 17 répondants et 8 répondants :

« Dès que qu'il y a un soupçon, dès que l'entourage dit qu'il a des doutes, je les envoie immédiatement. », Femme, médecine urbaine, 59 ans.

« Je n'attends pas, je les envoie dès qu'il y a des anomalies. L'intérêt du traitement, c'est de les traiter tout de suite. Traiter des démences qui sont déjà évoluées, ça ne sert à rien, ça coûte du fric, c'est complètement idiot, ça ne rime à rien. », Homme, médecine urbaine, 63 ans.

« Je les envoie en fonction du MMS, du test de l'horloge, des éléments de désorientation, du témoignage de l'entourage. », Homme, médecine urbaine, 61 ans.

Ceux qui mettent une limite à la normalité du MMS la fixent en général à 25 :

« Pour le MMS, j'envoie en dessous de 25 mais ce n'est pas le seul critère, je me fie aussi au discours de la famille. », Homme, médecine rurale, 57 ans.

« Je le fais quand j'ai déjà un diagnostic de maladie d'Alzheimer, d'altération cognitive, en fonction du MMS. Si j'ai 28 sur 30, non, mais si je le refais et que ça baisse, je demande assez vite à 25. Il y a le test de l'horloge, c'est beaucoup plus parlant, on voit la praxie, un peu tout. », Homme, médecine urbaine, 61 ans.

Comme les répondants le soulignent, le résultat du MMSE ne doit pas être pris comme seul critère car il y a une variabilité en fonction de l'âge et du niveau d'étude qui expliquent plus de 10% de la variance des résultats [21].

La demande du patient ou de son entourage est pour certains l'élément qui fait demander la consultation spécialisée :

« Je le fais en fonction de la gêne pour l'entourage, du ressenti. Quand le MMS est altéré par rapport au niveau socioculturel de la personne, je l'envoie, après avoir vérifié quand même qu'il n'y a pas une dépression derrière. S'il y a des éléments dépressifs derrière, ça m'arrive de faire un test avec des antidépresseurs sur trois mois pour voir si ça s'améliore ou pas et pour refaire le MMS au bout des trois mois en question. S'il est identique, c'est pour le spécialiste. », Homme, médecine rurale, 52 ans.

Le manque de temps et d'expérience est également un argument cité par 6 répondants :

« En général je suis assez précoce dans ma requête du bilan mémoire, dès les MCI. Je délègue pour réaliser tous les tests spécifiques parce qu'on n'a pas les moyens et le temps, parce qu'il n'y a finalement pas de cotation dédiée à ce genre de chose, qui nous permet de véritablement approfondir. », Homme, médecine urbaine, 47 ans.

« Je considère qu'en médecine générale, je n'ai pas le temps, ni la compétence pour évaluer assez précisément le degré de trouble des fonctions supérieures. Il faut quand même le bilan neuropsychologique pour voir quel type de déficience existe. Ça demande de l'expérience, il faut du temps. », Homme, médecine urbaine, 52 ans.

« Ils ont plus de temps, plus d'expérience aussi, pour les cas limites, les MMS à 25 sur 30. Il y a aussi la culture du patient, quand on les fait compter, il y en a qui ne sont pas allés à l'école, qui ne savent pas lire, ni écrire, ni compter. Ce n'est pas évident. Le neurologue interprète mieux, je pense. », Homme, médecine rurale, 47 ans.

Pour 3 répondants, un des arguments voire le seul argument pour demander une consultation spécialisée est la mise en place d'un traitement aux stades déjà avancés où il devient indispensable de traiter :

« Il n'y a que lui qui est à même de mettre en route un traitement adapté. Et je me rends bien compte que ma pratique n'est peut-être pas idéale et j'attends peut-être trop longtemps, le stade où on est dans l'obligation de trouver un traitement. », Homme, médecine rurale, 57 ans.

« C'est quand mes tests sont pathologiques, c'est souvent quand je me dis : « Il va falloir qu'on traite. » En plus, on ne peut traiter en première intention. », Femme, médecine urbaine, 42 ans.

« Le moment, c'est variable, ça dépend de la pression des familles aussi, de la personne, de ce qu'elle veut ou de ce qu'elle ne veut pas. Si l'on envisage un traitement, je l'envoie le plus vite possible. », Homme, médecine urbaine, 53 ans.

Enfin pour 3 répondants, la consultation spécialisée permet également de demander une imagerie :

« C'est le côté social et il est quand même légitime sur le plan médical, il y a quand même des fois où il y a des minis signes, où il n'y a pas de déficit neurologique, avant de me lancer dans le scanner, l'IRM... Je vous le dis, des scanners, des IRM, directement, j'en demande un ou deux par an pour gagner du temps. J'estime que ce n'est pas dans ma pratique. Je pourrais le faire plus souvent, on gagnerait un peu plus de temps. [...] », Homme, médecine urbaine, 64 ans.

Les attentes de cette consultation spécialisée sont avant tout la mise en place d'un traitement spécifique pour 24 répondants, même si certains doutent de l'efficacité du traitement, et la détermination d'un diagnostic précis pour 23 répondants :

« J'en attends un bilan complet, un diagnostic précis d'autant plus qu'on ne peut pas traiter. », Homme, médecine rurale, 54 ans.

« J'en attends un diagnostic et la mise sous traitement, bien que... », Femme, médecine urbaine, 46 ans.

« J'en attends la prescription éventuelle d'un traitement si besoin, même si je ne sais pas si c'est très utile. Le reste, le maintien à domicile, tout ça, je le gère. Je contacte la famille. », Homme médecine urbaine, 45 ans.

« J'en attends une confirmation du diagnostic et la mise en place du traitement. Il m'arrive même d'envoyer des gens, un ou deux patients, qui ont mes trois tests basiques normaux et qui continuent de se plaindre, pour les rassurer. », Femme, médecine urbaine, 42 ans.

Sept répondants attendent de cette consultation la prise en charge globale du patient :

« J'en attends une aide à la prise en charge, ils ont une façon de voir le patient vraiment globale, ils prennent plus le temps que nous, donc, de vraiment évaluer s'il y a une part de dépression ou pas, en fonction des tests psychologiques. Ils font leur boulot de gériatre, nous, on n'est pas gériatres. », Femme, médecine rurale, 35 ans.

« C'est vrai que parfois la consultation mémoire nous aide parce qu'il y a des gens qui ne comprennent pas et qui voudraient savoir, il y a des enfants qui demandent qu'on fasse quelque chose. Donc on fait quelque chose, on fait un scanner mais 15 jours après il a de l'ARICEPT® et on est dans la même situation. Ça permet aussi parfois que le conjoint accepte d'avoir des aidants, accepte des séjours hospitalier, accepte de s'inscrire en maison de retraite, de faire toutes les démarches adéquates. », Homme, médecine urbaine, 54 ans.

« C'est souvent de conforter un peu l'opinion faite par le dépistage préalable, qui est assez grossier quand même. C'est d'avoir une idée sur les aides possibles. Comme c'est pluridisciplinaire, c'est un gros avantage, savoir s'il y a une prise en charge, s'il y a des ateliers mémoire, s'il y a une rééducation orthophonique, s'il y a éventuellement des choses à aménager, dans l'entourage de la personne, des aides possibles. On n'a pas de CLIC à Rezé, donc on n'a pas d'endroit de référence où l'on pourrait envisager quelque chose de pluridisciplinaire autour de cette personne. Donc je trouve que c'est un apport important à la fois diagnostique, mais surtout thérapeutique et sur le plan des aides. », Homme, médecine urbaine, 61 ans.

Certaines attentes sont beaucoup plus vagues :

« La consultation spécialisée, j'en attends tout. Je ne fais pas une grande consommation de trucs spécialisés, on peut peut-être me le reprocher quelquefois, forcément. Mais une fois qu'il donne un avis, je le suis, il faut être logique. », Homme, médecine urbaine, 64 ans.

Dans l'ensemble, le recours au spécialiste est donc satisfaisant. Cependant beaucoup de médecin adressent les patients au spécialiste dans l'attente de la prescription d'un traitement et ne prennent que peu en compte l'aspect de la prise en charge globale du patient.

➤ Traitement médicamenteux prescrits par le généraliste : trop de neuroleptiques (figures 19, 20, 21)

Selon les recommandations [10, 22], face aux SPCD, il faut commencer par un bilan somatique complet pour chercher en priorité une cause intercurrente curable.

Lorsqu'aucune cause n'est retrouvée, la prise en charge doit être avant tout non médicamenteuse en suivant les recommandations de bonne pratique en EHPAD. Il faut avant tout veiller à ce que l'environnement soit calme et rassurant, évaluer de manière pluridisciplinaire si les troubles sont dangereux pour le patient ou son environnement. L'action doit plutôt se baser sur une réadaptation des activités, une modification des horaires et du type de prise en charge. En cas d'inefficacité de ces mesures, un traitement médicamenteux pourra être discuté en évaluant avec précaution le rapport bénéfice / risque et en réévaluant régulièrement l'utilité de ce traitement [23, 24].

Concernant les NLP, du fait des nombreux effets secondaires liés aux NLP classiques, leur prescription n'est pas recommandée. S'il y a des troubles psychotiques sévères, il faudra privilégier les NLP de dernière génération si le rapport bénéfice / risque est favorable en tenant compte des comorbidités et des coprescriptions, s'il n'y a pas d'autres alternatives possible et qu'une information a été donnée au patient s'il est en état de comprendre ou à son aidant. Ce traitement doit être instauré pour une courte durée et être réévalué très régulièrement [25]. Dans la maladie d'Alzheimer et la maladie à corps de Lewy, il n'y a pas

lieux de prescrire des NLP s'il n'y a pas eu de traitement spécifique de la démence prescrit auparavant, ces traitements pouvant avoir une efficacité sur les SPCD [26].

Concernant les antidépresseurs, il faut éviter les molécules ayant un effet anticholinergique du fait du nombre d'effets indésirables important. Il faut privilégier les IRS et le moclobémide en cas de dépression après avoir éliminé un état d'apathie sans dépression qui ne relève pas d'un traitement antidépresseur [27]. Les IRS ont également une efficacité en cas d'agitation, de désinhibition, d'anxiété chronique ou d'irritabilité.

Le méprobamate ou l'oxazépam peut être utilisé en cure courte dans les crises aiguës

Concernant les troubles mnésiques en eux-mêmes, il n'est pas recommandé d'utiliser les médicaments suivants : les antioxydants dont la vitamine E, la sélégiline, les extraits de ginkgo biloba, les nootropes, les anti-inflammatoires, les hormones, les hypocholestérolémiants et les omégas 3.

Les répondants insistent sur le fait que le traitement spécifique ne peut être introduit que par le spécialiste et que c'est le premiers traitement à mettre en place :

« Je ne mets rien du tout, des mots croisés, des sodokus... Je ne mets rien dans un premier temps sauf s'il y a urgence de la situation. Je veux d'abord un bilan. Les anticholinestérasiques, on n'a pas le droit de les débiter. », Femme, médecine urbaine, 44 ans.

« Je relaye la prescription d'ARICEPT[®], EXELON[®] et autre produit mais avec ce sentiment que quand la prescription arrive elle est de toute façon trop tardive. », Homme, médecine urbaine, 47 ans.

Dans notre étude, les 22 répondants qui utilisent des antidépresseurs, 19 recours aux IRS ou aux IRSNa. L'autre molécule utilisée est la miansérine par 8 répondants aussi bien pour son effet antidépresseur que pour son effet anxiolytique. Plusieurs répondants insistent sur le fait que prescrire un antidépresseur permet aussi d'éliminer le diagnostic différentiel qu'est la dépression :

« Il y a beaucoup de troubles de la mémoire qui proviennent de syndrome dépressifs. Là, je prends en charge, je mets un antidépresseur, souvent un IRSNa, l'EFFEXOR[®]. », Homme, médecine rurale, 57 ans.

« J'aime bien faire des traitements antidépresseur test parce qu'on rencontre assez fréquemment des dépressions chez les personnes âgées, qu'elle peut être plus ou moins déguisée. J'aime beaucoup le SEROPLEX[®]. », Homme, médecine rurale, 60 ans.

Quatorze répondants ont régulièrement recours à la prescription de NLP souvent après avoir éliminé les autres choix thérapeutiques possibles. La rispéridone est alors la molécule la plus fréquemment utilisée. Les autres molécules sont choisies en fonction de l'habitude que les médecins ont dans leur manipulation :

« Concernant les troubles du comportement les avis sont partagés. Il faudrait théoriquement ne pas mettre de NLP, de TERCIAN[®], d'hypnotiques, de ceci, de cela. Mais quand vous avez des patients qui sont institutionnalisés et qui exercent une toxicité sur le personnel et les autres patients, quand ils dégradent le matériel et mettent du caca partout sur les murs, il faut faire des choix. Il y a la situation idéale et il y a les moyens dont on dispose. » ? Homme, médecine urbaine, 47 ans.

« Parfois les NLP ont donc un intérêt chez des gens qui commencent à perdre le fil des choses. Mais dans ce cas on peut se demander si c'est des démences et plutôt des dépressions paranoïdes. C'est un peu difficile à dire. Quelquefois on voudrait l'avis du psychiatre mais on ne peut pas parce que les gens ne veulent pas aller le voir. Donc j'utilise quelquefois des NLP mais plutôt des petits NLP parce que je méfie des gros NLP. », Homme, médecine urbaine, 54 ans.

Une autre partie des répondants s'oppose fermement à l'utilisation des NLP :

« Il n'est pas question d'aller mettre des NLP ou des médicaments trop forts sans avoir un bilan complet. Il y en a plein qui filent du RISPERDAL[®] ou des conneries. Je ne le fais qu'en cas de très grande urgence. », Femme, médecine urbaine, 44 ans.

« Pour tout ce qui est NLP, je ne mets pas en place par moi-même. Au moins, il faut que j'en aie discuté par téléphone avec un spécialiste. », Homme, médecine rurale, 52 ans.

Concernant les autres médicaments utilisés dans les SPCD, les répondants ont recours dans une moindre mesure au méprobamate (n=4), aux BZD (n=4), aux anxiolytiques sans précision (n=2) et aux hypnotiques (n=1) :

« Ça m'arrive de mettre des anxiolytiques, essentiellement des BZD, quand il y a de l'anxiété. C'est exceptionnel que je mette des NLP. Quasiment jamais d'ailleurs. », Homme, médecine urbaine, 43 ans.

Huit répondants utilisent encore des traitements des troubles mnésiques autres que les traitements spécifiques des démences malgré l'inefficacité reconnue de ces traitements. Ils ont cependant conscience de l'inefficacité de ces thérapeutiques et les utilisent plutôt à titre de placebo (pour le patient ou son entourage) :

« Il m'arrive, comme une bonne partie des médecins généralistes sans conviction, de mettre en œuvre, peut-être pour apaiser un petit peu un patient anxieux, des vasodilatateurs cérébraux dont on sait, maintenant, par les recommandations, qu'ils n'ont pas une grande utilité, je pense au TANAKAN[®] en disant ça. », Homme, médecine rurale, 57 ans.

« Au stade précoce j'utilise les vasodilatateurs périphériques tels que le TANAKAN[®] ou le TRIVASTAL[®], des choses comme ça. En étant uniquement symptomatique. », Homme, médecine rurale, 57 ans.

Deux répondants ne mettent pas ou peu de traitements en route :

« Généralement, je ne mets pas de traitement en route en fait. C'est souvent le gériatro-psychiatre qui va prescrire les médicaments. », Homme, médecine rurale, 50 ans.

« Ce n'est pas forcément la chimie qui est en première ligne, ça peut être beaucoup d'autres choses. », Homme, médecine urbaine, 61 ans.

Notre étude n'aborde pas la prise en charge non médicamenteuse des SPCD. La question concernait spécifiquement les traitements médicamenteux.

Les médecins généralistes insistent que les traitements spécifiques des démences ne peuvent être introduits par les spécialistes.

L'utilisation des antidépresseurs est correcte. Concernant les neuroleptiques, deux camps s'opposent : les pour et les contres. Les neuroleptiques sont cependant trop prescrits. Presque un quart des répondants continuent à mettre des traitements qui n'ont pas lieu d'être utilisés dans les démences.

➤ Diagnostic définitif (figure 22)

Pour poser le diagnostic définitif, 23 répondants font confiance au spécialiste. Cette confiance est parfois de absolue alors que d'autres prennent en compte de nombreuses variables dont l'avis du spécialiste fait parti :

« On fait le diagnostic définitif quand on a le courrier du neurologue qui nous dit : « On pense être devant une démence d'ordre Alzheimer ou vasculaire ou frontale. » », Homme, médecine rurale, 54 ans.

« Je ne vais pas le faire moi-même. », Homme, médecine rurale, 63 ans.

« C'est un diagnostic qu'on évoque sur des critères cliniques, plutôt sur les premiers entretiens et l'avis spécialisé. Il faut voir s'il y a une concordance avec les images radiologiques. », Homme, médecine rurale, 51 ans.

« Je le fais en fonction du temps et de l'évolution. De toute façon, ce qui était vrai hier n'est pas forcément vrai, il faut suivre. Il y a une impression, des lésions au niveau du scanner, les dires de la famille et l'avis du spécialiste. Après, on fait notre pyramide et on suit. », Femme, médecine urbaine, 44 ans.

Deux répondants ne posent jamais de diagnostic définitif essentiellement du fait du terme « définitif » :

« De manière générale en médecine il n'y a jamais de diagnostic définitif. Ce n'est pas un fait unique. Un patient vasculaire peut devenir Alzheimer, un patient Alzheimer peut devenir vasculaire, un patient névrotique ou psychotique peut devenir vasculaire et ainsi de suite. Il y a une dynamique dans le temps qui fait qu'on revoit sa copie. C'est plus sur l'évolution que je fais un diagnostic. », Homme, médecine urbaine, 47 ans.

« Est-ce que je fais le diagnostic définitif ? Je crois que je ne peux pas répondre à cette question parce que je ne veux jamais que ce soit définitif. Sur les certificats, ce n'est que des titres et il y a beaucoup de conneries dessus. », Homme, médecine urbaine, 43 ans.

➤ Recours au centres mémoire (figures 23, 24, 25)

Les centres mémoires peuvent regroupent de nombreuses professions : médecin, neuropsychologue, orthophoniste, kinésithérapeute, psychomotricien, ergothérapeute, diététicienne, assistante sociale.

Les centres mémoire assurent une prise en charge globale du patient et des aidants, en assurant l'information, l'éducation et le soutien à la famille. L'objectif est de maintenir au maximum l'autonomie du patient, surveiller la tolérance du traitement et aider à la prise en charge sociale tout au long de l'évolution de la démence. [28]

La prise en charge pluridisciplinaire et spécialisée du patient a un effet positif sur les SPDC améliorant le confort des aidants sans qu'il y ait une majoration de la consommation de psychotropes [29].

Dans notre étude, 20 répondants trouvent les centres mémoire utiles. Pour ceux qui précisent l'utilité qu'ils y voient, le premier intérêt cité est l'établissement d'un diagnostic. Viennent ensuite la prise en charge globale et l'aspect pluridisciplinaire.

« Je trouve ça très bien parce qu'ils débrouillent des fois les cas qui ne sont pas évidents. Pour un dépistage précoce, je trouve que c'est pas mal. », Homme, médecine rurale, 54 ans.

« Oui, ils vont m'aider dans la prise en charge, le diagnostic et la thérapeutique. », Femme, médecine rurale, 43 ans.

Seul un répondant aborde la dimension du suivi du patient :

« Oui, tout à fait. Ils sont utiles au début pour faire le bilan. Ensuite, ils revoient quelquefois les patients donc ça permet de juger de l'évolution. Ils mettent en route pas mal de choses qui sont peut-être mieux acceptées par les patients dans ce cadre. D'autre part, si le patient présente des problèmes, ça lui permet plus facilement d'entrer en hôpital de jour. », Femme, médecine urbaine, 59 ans.

Trois répondants trouvent les centres mémoire inutiles :

« Du point de vue scientifique ça ne sert à rien. Ça peut servir quand même pour les statistiques administratives, savoir où va l'argent. Ça permet de savoir que les maisons de retraite qui avaient 10 lits quand j'ai commencé il y a 30 ans ont maintenant 30 lits. », Homme, médecine urbaine, 54 ans.

« Je viens de vous le dire mais là-dessus, je ne suis pas compétent. Les centres mémoire d'hospitalisation de jour, je n'y crois pas mais c'est un a priori de ma part donc ça n'a aucune valeur, c'est un jugement personnel. [...] »

Les centres mémoire, ceci dit, c'est parce que je ne les connais pas. Mais quand on entend les commentaires des gens : « Mais, qu'est-ce que vous avez fait à l'hôpital ? », « Ils m'ont mis dans une chaise... ». Surement, tout n'est pas vrai dans ce qu'on me raconte, dans ce qui dit l'entourage. Des fois, je me demande s'ils n'ont pas un peu raison quand même. », Homme, médecine urbaine, 64 ans.

Six médecins n'en ont pas l'expérience et un ne sait pas ce qu'on entend par centre mémoire même s'il voit la notion que ça sous-tend :

« Je pense que c'est très bien mais je n'en ai pas l'expérience. », Homme, médecine rurale, 57 ans.

« Je ne les utilise pas assez mais c'est intéressant. », Homme, médecine rurale, 51 ans.

« Je ne sais pas ce qu'on appelle centre mémoire parce que, sur la commune, il y a, dans le cadre de l'association qui s'occupe des personnes âgées, des ateliers mémoire tout à fait non médicalisés. Les centres médicaux, je trouve que ça peut être utile pour aider au diagnostic, préciser les choses, ensuite, avoir des propositions d'ateliers justement, d'aides. », Homme, médecine urbaine, 61 ans.

Concernant les limites des centres mémoire, la plus fréquemment citée, par 14 répondants, est l'importance des délais de rendez-vous :

« La limite, c'est l'accessibilité. On n'est pas non plus très pressé dans cette maladie, mais on est plus pressé par l'entourage. », Homme, médecine urbaine, 61 ans.

« Le seul problème, c'est que, quand on demande un RDV, on l'a trois mois après. », Homme, médecine rurale, 54 ans.

Viennent ensuite loin derrière le détachement de ces centres avec le terrain, les difficultés pour faire prendre en charge les patients et la difficulté à faire accepter cette prise en charge aux patients :

« Les limites, c'est que nous, on reste à gérer au jour le jour tous les problèmes quotidiens des patients, mais ce n'est pas nouveau, on est là pour ça bien entendu. [...] Ça, c'est les limites mais la gestion quotidienne, c'est notre rôle. Je n'appelle pas ça une limite, j'appelle ça « chacun son travail » tout simplement. », Femme, médecine urbaine, 59 ans.

« C'est vrai qu'il y a une espèce de lourdeur, c'est quelque chose qu'on devrait favoriser. Des fois, on les envoie et on se demande si on a bien fait. J'ai eu le cas avec un monsieur que j'ai envoyé ; pourtant, j'avais tout bien expliqué, c'était compliqué, ce n'était pas comme ils voulaient, il y a un peu de lourdeur à ce niveau-là. », Femme, médecine urbaine, 44 ans.

« La limite, c'est d'amener la personne à aller vers ces centres, c'est la seule réticence qu'on pourrait avoir au départ. Forcément, quand on va vers ces centres, très vite, elle se dit : « Il a Alzheimer ». C'est classique, donc, psychologiquement, ça peut poser, parfois, des problèmes relationnels. », Homme, médecine rurale, 60 ans.

Deux répondants soulignent comme limite le manque de communication de la part des centres mémoire sur leur rôle et leur activité :

« J'ai eu une dame, ce matin, je lui ai proposé de faire un bilan, je ne lui ai pas du tout proposé l'hôpital Bellier... C'est une information que j'ai un peu zappé. », Femme, médecine urbaine, 46 ans.

« Je ne les connais pas trop, je sais qu'il y a une patiente qui a eu un traumatisme crânien avec un hématome intracérébral suite à une chute et qui va aller justement à une consultation mémoire. [...] J'attends avec impatience le compte-rendu pour voir ce qu'ils font. On n'est pas trop informé. », Homme, médecine rurale, 47 ans.

Sept médecins ne voient pas de limite particulière soit du fait qu'il n'y a jamais eu de problème dans la prise en charge des patients qu'ils ont adressé aux centres mémoire, soit parce qu'ils n'ont pas d'expérience de pris en charge par ces centres.

Notre étude montre que dans l'ensemble les médecins généralistes interrogés sont favorables aux centres mémoire même si certains n'en ont pas beaucoup l'expérience. Bien que seulement deux répondants le disent, il semble que la communication sur l'activité des centres mémoire soit insuffisante. En effet, le premier intérêt cité est l'établissement d'un diagnostic, alors que dans les principales difficultés rencontrées dans la prise en charge (figure 28) les deux principaux problèmes sont le maintien à domicile avec la mise en place d'aide et le placement en institution. Pourtant les centres mémoire sont un atout important dans cette dimension médico-sociale de la prise en charge.

➤ Autres difficultés de prise en charge (figure 28)

Comme nous venons de le dire, les principales difficultés concernent l'aspect médico-social de la prise en charge du patient dément aussi bien pour le maintien à domicile, dans 11 cas, que pour trouver des places en institution, dans 8 cas, ou la gestion de l'épuisement de l'entourage dans 7 cas :

« Après, c'est la prise en charge au domicile des gens et des aidants. Donc la difficulté qu'on a c'est plus d'ordre médico-social, comme toujours en médecine générale. On est médecin mais il faut faire un petit peu de social aussi, on n'est pas toujours très bien équipé de ce côté-là. », Homme, médecine urbaine, 43 ans.

« C'est surtout un problème de maintien à domicile, de maisons de retraite ou de structures adaptées qui manquent cruellement. », Femme, médecine urbaine, 42 ans.

« Ce n'est pas simple, il faut la mise en place de structures. En général, le problème des personnes âgées qui ont ce genre d'affections, c'est la famille qui en souffre le plus, quand le conjoint ou la conjointe est là, quand les enfants sont là. [...] Je suis tout à fait pour la mise en place de journées où l'on prend en charge le patient touché, ce qui permet à l'autre de souffler. », Homme, médecine urbaine, 63 ans.

« C'est le placement. On est confronté à des problèmes insolubles de personnes de plus 80 ans qui sont à la maison avec un conjoint lui-même âgé ayant de multiples pathologies, épuisé, parce que c'est épuisant de s'occuper d'un dément, pour lesquelles on ne trouve pas de solutions. », Homme, médecine rurale, 57 ans.

« C'est l'épuisement l'entourage, le refus d'aller en accueil de jour et le prix de l'accueil de jour. Ce sont les principaux problèmes. », Homme, médecine urbaine, 43 ans.

Les médecins sont également confrontés au déni des patients et des familles et parfois au refus des aides :

« C'est l'anosognosie, la méconnaissance par le patient qu'il a justement ce diagnostic qui est posé. Il ne le sait pas, il ne l'accepte pas souvent, au départ. Il y a une certaine violence chez certains, j'ai remarqué ça. », Homme, médecine rurale, 50 ans.

« C'est l'acceptation par la personne elle-même, pas toujours, mais surtout par l'entourage, de l'existence et de la réalité des troubles et de la nécessité de l'anticiper sur une évolution qui peut aller vers une dégradation beaucoup plus importante. », Homme, médecine urbaine, 61 ans.

« La grosse difficulté, c'est le refus des aides, c'est quasiment la loi générale. C'est non seulement l'anosognosie mais aussi les patients qui ne se rendent pas compte que l'aidant a besoin d'aide. Ça les mène plus rapidement à une dépendance plus importante, ils ne s'en rendent pas compte. C'est très difficile, on rame beaucoup, pour leur faire admettre que ce ne serait pas mauvais d'avoir quelqu'un pour aider à la toilette ou au ménage. », Femme, médecine urbaine, 59 ans.

Enfin, le manque de temps pour prendre en charge ce type de patient est cité à 6 reprises :

« C'est le manque de temps pour arriver à faire les tests comme il faut. On suspecte des choses des fois, mais on va tellement vite. On va être exposé à d'autres problèmes, donc on va partir sur ces problèmes et on se dit : « Tiens, je n'ai pas eu le temps de... » Là, j'ai encore une personne, j'ai fini par l'envoyer à Heinlex parce que je n'avais pas le temps de m'en occuper à fond. », Homme, médecine rurale, 60 ans.

« Avoir une formation sur la démence n'a d'intérêt que si on a l'outil nécessaire et les moyens de le mettre en œuvre. Rien ne sert d'avoir la capacité de pouvoir faire tout ce qu'on a appris en faculté si, sortis de là on n'a absolument pas les armes pour se battre : ni le temps rémunéré à hauteur de ce que ça nécessite de mobilisation de temps, ni les traitements à notre disposition. », Homme, médecine urbaine, 47 ans.

4.6. Un manque de formation dont les médecins ont conscience

Lorsqu'on demande aux médecins s'ils s'estiment suffisamment formés (figure 26), 27 répondent que non :

« Non, je vais à toutes les formations auxquelles la FMC de proximité me convie et, de mémoire, je ne me souviens pas en avoir eu sur ce thème-là ou alors ça fait très longtemps, donc je ne suis pas assez formé là-dessus. », Homme, médecine rurale, 57 ans.

« Je l'ai été. Au jour d'aujourd'hui, il y a eu un certain nombre de progrès et je pense que je ne suis pas au courant de tout. », Homme, médecine urbaine, 53 ans.

« Je ne vais pas dire suffisamment parce qu'on pourrait l'être davantage. Là aussi, c'est une question de disponibilité, de temps. Pour la formation, ce n'est pas facile, on a déjà des grosses journées. Mais on n'est sans doute pas suffisamment formé. On pourrait sans doute dépister plus tôt certains Alzheimer ou certaines démences. Maintenant, ceci dit, ça ne change pas grand-chose, les déments, quand ils sont pris en charge, ça stabilise un petit peu l'évolution. Mais après, ça décroche. », Homme, médecine rurale, 54 ans.

Trois médecins s'estiment suffisamment formés :

« Pour ma partie, je commence à être assez formé. On peut toujours être plus formé mais ils ont fait pas mal de choses. », Homme, médecine urbaine, 43 ans.

« Ce n'est pas tellement ça la question. Formé on l'est. Disposez-vous de suffisamment de temps pour que votre formation soit applicable au quotidien ? Non. », Homme, médecine urbaine, 47 ans.

« Je dirais oui. C'est un sujet qui m'intéresse depuis un moment et j'ai été confronté vite aux patients âgés. J'ai pris un relais de patientèle, il faut s'adapter aux patients qu'on a. Je suis allée à des formations, je suis allée à deux soirées, dont une qui était faite par la neurologue que j'aime bien, le Dr B., qui était vraiment très didactique. », Femme, médecine urbaine, 46 ans.

Quand on demande le type de formation souhaitée (figure 27), la FMC est le plus plébiscité par 25 répondants. Dix répondants parlent de la FMC sans préciser la durée, 9 seraient intéressés par une FMC à la soirée, 6 une FMC de 48h et 4 une FMC de une journée :

« Oui, j'aime beaucoup les FMC. Je suis assez curieux ; tout ce qui a trait au quotidien de notre métier, la réponse est toujours oui. [...] C'est parfois sous forme de deux jours rémunérés et là, j'avoue que je ne sais pas si je serais suffisamment passionné par le sujet pour y aller, mais en soirée, très bien. », Homme, médecine rurale, 57 ans.

« Plutôt des FMC de soirée, car la brochure, ça va atterrir sur des piles, ce sera le prioritaire de demain qui ne verra jamais demain. », Homme, médecine rurale, 52 ans.

« Ce serait plutôt la FMC, ou sous forme de réunions qu'on peut faire sur deux jours où on peut vraiment plonger dedans, on ne fait que ça, on se remet en question, je trouve ça vraiment bien. La FMC, le soir, on est crevé de notre journée, ce n'est pas toujours là qu'on retient bien les choses alors que les formations sur deux jours, on est là que pour ça. Je pense qu'il faut bien 48h pour les démences. », Femme, médecine rurale, 43 ans.

5. CONCLUSION

Du fait du caractère qualitatif et du faible effectif de cette enquête, l'objectif n'est pas d'en retirer des statistiques mais de dresser un arrêt sur image de la prise en charge des patients âgés atteints de démence en Loire-Atlantique.

Le constat que l'on peut faire au terme de cette enquête est assez contrasté.

Concernant les connaissances théoriques sur les démences, le niveau des médecins généralistes est insuffisant. Non seulement ils ont du mal à bien connaître leur patientèle âgée, mais leurs connaissances sur le sujet des démences est assez limitée. Qu'on parle de définition de la démence, de signes cliniques généraux ou de situation diagnostique, les termes utilisés dans les réponses sont presque les mêmes. Ils restent soit dans le domaine des généralités, soit il s'agit de situations cliniques particulières certes parfois représentatives mais non exhaustives. Le bilan est encore plus mauvais quand on associe les critères du DSM-IV entre eux. Une part de ce résultat est peut-être liée à une mauvaise formulation des questions mais une part est très certainement liée à une méconnaissance du sujet.

Dans la prise en charge de ce type de patient, le suivi des recommandations est plutôt aléatoire.

Au niveau du dépistage, beaucoup attendent une demande des familles ou des patients quand la pathologie est déjà à un stade évolué. Cette situation n'est pas spécifique à la France et se rencontre dans d'autres pays [30]. Devant la limitation de l'arsenal thérapeutique le diagnostic précoce reste discuté mais il a le mérite de pouvoir anticiper toute la prise en charge sociale et psychologique qui a un rôle majeur dans la prise en charge globale du sujet dément [31]. Le problème vient surtout de l'absence de ciblage du dépistage essentiellement au décours des pathologies révélant un déclin cognitif telles que les chutes ou les syndromes confusionnels. Par contre, lorsqu'ils sont réalisés, les tests de dépistages utilisés sont bien en accord avec les recommandations.

Dans l'ensemble le bilan paraclinique initial n'est pas trop mauvais. On note cependant au niveau du bilan biologique que la TSH devrait être plus demandée et que dans l'ensemble le dosage de l'albumine est totalement oublié. Sur le plan de l'imagerie, la TDM ou l'IRM qui devrait être systématique est loin de l'être en pratique.

Le recours au spécialiste est satisfaisant, probablement parce qu'il est le seul à pouvoir instaurer un traitement spécifique des démences bien que beaucoup de médecins généralistes ne semblent pas croire dans son efficacité. Dans un certain nombre de cas ce recours intervient cependant à un stade avancé de la maladie.

Concernant les prescriptions médicamenteuses, le principal constat qui ressort est que les NLP, dont la prescription devrait relever de l'exception, sont plutôt utilisés de manière courante. Par contre l'usage des antidépresseurs est en accord avec les recommandations.

Les médecins généralistes ont une bonne opinion des centres mémoire malgré les délais de rendez-vous qu'ils trouvent souvent trop long. Il y a par contre une méconnaissance manifeste de leurs activités. Ils ont en effet toute leur place dans la prise en charge de l'aspect médico-social des patients, qui représente la plus grosse difficulté que rencontrent les généralistes. Pourtant cet aspect est peu cité dans les intérêts des centres mémoire.

Les médecins sont cependant parfaitement conscient de leur lacunes et admettent presque tous ne pas être suffisamment formés sur le sujet. Pour la plupart, ils disent être intéressés par des formations complémentaires sous forme de FMC.

Il serait également intéressant dans des études complémentaires d'aborder les points que nous n'avons pas traités et plus particulièrement l'image que les médecins généralistes ont des traitements spécifiques des démences qui semble peu reluisante, de la prise en charge de SPCD pour s'intéresser notamment à la prise en charge non médicamenteuse ou encore de la prise en charge des aidants, celle-ci faisant partie à part entière de la prise en charge des démences.

Plusieurs axes de travail peuvent découler de cette enquête.

Il serait intéressant d'organiser des formations sur ce sujet en insistant particulièrement sur les points de la prise en charge qui font actuellement défaut, le pré requis théorique étant indispensable à une prise en charge optimale.

Il faudrait également développer la communication autour des centres mémoire pour que les médecins généralistes connaissent l'ensemble de leurs rôles et de leurs attributions. Ainsi les centres mémoires pourraient devenir un allié à part entière dans la prise en charge des patients déments en ambulatoire.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 CNAM. Maladie d'Alzheimer : prévalence et soins délivrés aux malades. Point d'information du 23 octobre 2008.
http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/DP_d_Alzheimer_vdef.pdf
- 2 Insee Pays de la Loire - La vie après 60 ans en Loire-Atlantique : Enjeux et perspectives. Janvier 2008
http://www.insee.fr/fr/insee_regions/pays-de-la-loire/themes/dossiers/dossier27/dossier27_ch3.pdf
- 3 Gallez C. Rapport sur la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées. *Office Parlementaire d'évaluation des politiques de santé*. 2005
- 4 Circulaire N°DGAS/DSS/DHOS/2009/195 du 06 juillet 2009 relative à la mise en œuvre du volet médico-social du plan "Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012"
<http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire-medico-social.pdf>
- 5 CNGE. *Référentiel métier et compétences des médecins généralistes*. 2009. Situation 13 : Couple octogénaire sans plainte, femme avec des troubles mnésiques, homme hypertendu insuffisant cardiaque.
- 6 Bourgault J., Entretiens semi-directifs pour fins de recherche : conseils pratiques, version de travail du 17 décembre 2001, cours de Sciences politiques de l'université de Québec à Montréal
<http://www.unites.uqam.ca/politis/contenu/personnel/professeur/bourgault.htm>
- 7 Le Bert C, Prise en charge de la chute de la personne âgée : étude auprès de 30 médecins généralistes de Loire-Atlantique, Thèse pour le diplôme de docteur en médecine, Université de Nantes, 2004
- 8 De Bucy G, Etat des lieux des connaissances et de la pratique face à l'incontinence urinaire du sujet âgé en Loire-Atlantique : étude auprès de 33 médecins généralistes, Thèse pour le diplôme de docteur en médecine, Université de Nantes, 2008
- 9 American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. Washington, DC. *American Psychiatric Association*. 1994
- 10 Haute Autorité de la Santé. Recommandations professionnelles : Diagnostic et prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées. Paris. *HAS*. 2008
- 11 Lechowski L, Forette B, Teillet L. Démarche diagnostique devant un syndrome démentiel. *Rev Med Interne*. 2004;25:363-75

- 12 Gil R. *Neuropsychologie*. 4^e éd. Masson, 2006. Chap 16, Neuropsychologie des démences, p. 211-296
- 13 Holsinger T. et al. Does This Patient Have Dementia ? *JAMA*. 2007;297(21):2391-2404
- 14 Benoit M. et al. Symptômes comportementaux et psychologiques dans la maladie d'Alzheimer : résultats de l'étude REAL.FR. *Rev Med Interne*. 2003;24:319s-324s
- 15 Symptômes dépressifs dans la maladie d'Alzheimer : résultats préliminaires de l'étude REAL.FR. *Rev Med Interne*. 2003;24:325s-332s
- 16 Gallois P, Vallée J.P, Le Noc Y. Diagnostic précoce de la maladie d'Alzheimer : comment et pourquoi ? *Médecine*. Mars 2007;118-122
- 17 Burns A, Jacoby R, Levy R. Psychiatric phenomena in Alzheimer's disease. II : Disorders of perception. *Br J Psychiatry*. 1990;157:76-81
- 18 Villars H. et al. Le médecin généraliste et la maladie d'Alzheimer. *Cah. Année Gerontol*. 2010;2:2-12
- 19 Kalafat M, Hugonot-Diener L, Poitrenaud J. Standardisation et étalonnage français du « Mini Mental State » version GRECO. *Rev Neuropsychol*. 2003;13(2):209-36.
- 20 Erkinjuntti T et al. The effect of different diagnostic criteria on the prevalence of dementia. *N Engl J Med*. 1997;337(23):1667-74
- 21 Bravo G, Hebert R. Age- and education-specific reference values for the Mini-Mental and modified Mini-Mental Status Examinations derived from a non-demented elderly population. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1997;39:1008-1018
- 22 Haute Autorité de la Santé. Recommandations professionnelles : Maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs. Paris. HAS. 2009
- 23 Société Française de Gériatrie et de Gérontologie. Troubles du comportement : conduite à tenir – Les bonnes pratiques de soins en EHPAD. DGS, SFGG. Octobre 2007
- 24 Benoit M et al. Concertation professionnelle sur le traitement de l'agitation, de l'agressivité, de l'opposition et de troubles psychotiques dans les démences. *Rev Geriatr*. 2007;31(9):1-7
- 25 Piau A, Nourhashemi F, Vellas B. Iatrogénie et maladie d'Alzheimer. *Rev Med Interne*. 2009;30: 302s-306s
- 26 Lanctot KL et al. Efficacy and safety of cholinesterase inhibitors in Alzheimer's disease : a meta-analysis. *CMAJ*. 2003;169:557-64
- 27 Bélicard-Pernot C et al. Utilisation des antidépresseurs chez les sujets âgés déments : données actuelles. *Rev Med Interne*. 2009;30:947-954
- 28 Michel O, Rigaud AS, Les consultations mémoires en gériatrie. *Fregif*.
<http://www.fregif.org/docs/memoire/consultation-memoire-10.pdf>

- 29 Callahan MC et al. Effectiveness of collaborative care for older adults with alzheimer disease in primary care. *JAMA*. 2010;295(18):2148-57
- 30 Kostopoulou O, Delanay BC, Munro CW. Diagnostic difficulty and error in primary care – a systematic review. *Family Practice*. 2008;25:400-413
- 31 Boustani M et al. Screening for dementia in primary care : A summary of the evidence for the U.S. preventive services task force. *Ann Intern Med*. 2003;138:927-937

ANNEXES

Annexe 1 : Le questionnaire proposé lors de l'entretien

- 1 - Quel âge avez-vous ?
- 2 - Quelle est la date de votre premier exercice ?
- 3 - Avez-vous eu une formation en gériatrie (capacité, DU, DIU) ?
- 4 - Quelle est la proportion de patients de plus de 70 ans dans votre patientèle ?
- 5 - Quelle est la définition de la démence pour vous ?
- 6 - Pouvez-vous classer par ordre de fréquence les différents types de démence que vous rencontrez chez vos patients âgés ?
- 7 - Quels sont pour vous les signes évocateurs de troubles cognitifs ?
- 8 - Dans votre pratique médicale, dans quelle situation clinique êtes-vous amené(e) à réaliser un dépistage des troubles des fonctions supérieures du sujet âgé ?
- 9 - Quel(s) test(s) de dépistage utilisez-vous ?
- 10 - Face à un diagnostic de troubles des fonctions supérieures, quels examens complémentaires faites-vous ?
- 11 - Faites-vous appel à un spécialiste ?
 - A Oui
 - 1) Lequel ?
 - (a) Neurologue
 - (b) Psychiatre
 - (c) Gériatre
 - (d) Consultation mémoire pluridisciplinaire
 - (e) Autre
 - 2) Sur quels arguments ? Qu'en attendez-vous ?
 - B Non
 - 1) Pourquoi ?
- 12 - Quels traitements mettez-vous en place (troubles mnésiques, troubles thymiques, troubles du comportement, ...) ?
- 13 - Comment faites-vous le diagnostic définitif ?

- 14 - Trouvez-vous utiles les centres mémoire ? Quelles sont les limites pour vous ?
- 15 - Estimez-vous être suffisamment formé sur démences du sujet âgé ?
- 16 - Souhaiteriez-vous bénéficier d'une formation spécifique ? Si oui sous quelle forme ?
- A OUI
 - 1) FMC
 - 2) Brochure
 - 3) Autre ?
 - B NON
 - C Sans opinion
- 17 - Quelles sont les principales difficultés que vous rencontrez lors de la prise en charge des troubles des fonctions supérieures du sujet âgé ?

Annexe 2 : Courrier de sollicitation

Laurent DIGABEL
Interne de Médecine Générale
CHU DE NANTES

Nantes, le 16 aout 2010

Docteur,

Interne en dernière année de Médecine Générale, je prépare ma thèse qui a pour thème « **Prise en charge des troubles des fonctions supérieures de la personne âgée par le médecin traitant** ». Dans ce cadre, je réalise une enquête auprès de trente médecins généralistes de Loire-Atlantique.

Les troubles des fonctions supérieures de la personne âgée sont un véritable enjeu de santé publique de par leur impact sur la société. En effet, trop souvent traités par le déni, ils exposent à de nombreuses hospitalisations, des problèmes de maintien à domicile, des familles en situation de détresse. De par sa fréquence, cette problématique concerne probablement certains de vos patients. C'est pourquoi je me permets de vous solliciter pour réaliser avec vous un entretien, d'une durée de quinze à vingt minutes, quand vous le souhaitez.

Cet entretien consiste en une quinzaine de questions relatives au dépistage et à la prise en charge des troubles des fonctions supérieures. Si vous en êtes d'accord, je me permettrais d'enregistrer notre échange de manière à pouvoir le retranscrire de la manière la plus fidèle possible.

Je vous recontacterais d'ici quelques jours pour convenir d'un rendez-vous en fonction de vos disponibilités.

En vous remerciant par avance de l'attention que vous m'accorderez, veuillez agréer, Monsieur, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Confraternellement

Laurent DIGABEL
06 16 58 15 40
laurent.digabel@gmail.com



Annexe n°3 : Retranscription écrite des entretiens des médecins généralistes interrogés

**Entretien avec le Dr A. à Nantes, 8 octobre 2010
Homme, médecine urbaine**

- 1 - J'ai 43 ans.
- 2 - J'ai commencé en 2000.
- 3 - Non, je n'ai pas suivi de formation en gériatrie.
- 4 - Je n'ai pas fait de statistiques, je ne sais pas, environ 20 %.
- 5 - C'est un trouble cognitif avec des troubles de comportement notamment. C'est une altération des fonctions supérieures.
- 6 - Ce sont les démences vasculaires et de type Alzheimer, mais je ne sais pas les fréquences. Je ne sais pas laquelle des deux catégories de démence est la plus fréquente. Après, il y a toutes les autres, qui sont peut-être plus rares. Je dois en avoir un ou deux qui ont un syndrome dont je ne me souviens plus du nom et ça m'échappe, je n'ai pas révisé... la maladie de Pick.
- 7 - Ce sont les troubles de la mémoire, ça commencerait par là. C'est l'entourage, la personne qui vit avec ou la famille qui alerte. Ou les troubles du comportement encore une fois.
- 8 - J'aimerais pouvoir le faire chez tous les sujets âgés de plus de 65 ans, j'essaie de le proposer en tout cas. Comme je dédie une consultation spéciale, parce que j'estime que je ne peux pas tout faire en même temps, le suivi de traitement et autre chose et en plus la batterie de tests de mémoire, je leur dis « Ce serait bien que nous fassions un test de mémoire. Est-ce que vous êtes d'accord ? », « Oui », « Alors, reprenez un rendez-vous », je laisse la porte ouverte comme ça. Ça, c'est systématiquement après 65 ans pour ceux qui le veulent ou alors ce sont les gens qui le demandent eux-mêmes, ils sont inquiets parce qu'ils ont l'impression d'avoir des troubles de la mémoire, ou la famille est inquiète. De manière systématique, je le propose tous les ans ou tous les deux ans. Ça dépend de l'âge aussi. Entre 65 ans et 75 ans ou 80 ans, ce n'est pas pareil ainsi que s'ils sont institutionnalisés ou pas.
- 9 - J'utilise le MMS, le test de l'horloge et les cinq mots de Dubois.
- 10 - Je ne fais pas toujours de la biologie. Je ne fais pas systématiquement le dosage de la vitamine B12 ou la sérologie syphilitique. Je ne fais pas la ponction lombaire au cabinet.
Le scanner, ça dépend. Si j'ai manifestement une orientation plus vasculaire, je vais le faire. Sinon, je sais que l'équipe de Bellier le demande assez systématiquement. Je ne le demande pas à chaque fois. J'envoie plus facilement en consultation mémoire à partir du moment où mon test est positif. La biologie de base pas toujours parce qu'ils l'ont régulièrement. Je demande le ionogramme sanguin, la TSH aussi, c'est un examen facile. Aller chercher la sérologie syphilis et la vitamine B12, ils le font systématiquement mais je n'ai pas l'impression que ça revienne souvent positif. Pourtant, je demande souvent des sérologies syphilis mais ce n'est pas à ceux-là...

11 - Oui

1) Souvent, j'envoie à l'hôpital Bellier, il y a une équipe de consultation mémoire où il y a des gériatres, des neurologues, des psychiatres. C'est souvent là que j'envois puisqu'on est tout à côté de Bellier.

2) Je le fais dès que les tests sont anormaux, sauf s'ils sont institutionnalisés et d'un grand âge, parce que du coup, je ne suis pas sûr qu'on va beaucoup avancer avec la consultation mémoire. Je le propose presque systématiquement quand c'est au cabinet mais pas systématiquement quand ils sont en institution chez les gens très âgés. Ils ont une espérance de vie limitée, ça ne va pas déboucher, ils ne vont pas mettre d'anticholinestérasiques.

J'attends de cette consultation la prescription du traitement qu'ils sont seuls à pouvoir faire en primo prescription s'il y a besoin. Evidemment j'en attends le diagnostic et donc le traitement si besoin.

12 - Je ne fais pas le choix du traitement de la maladie d'Alzheimer, ce n'est jamais nous qui faisons la primo prescription donc je ne fais pas le choix des molécules.

En revanche, les troubles du comportement, on voit s'il faut un NLP, dans ce cas parmi les nouveaux, surtout le RISPERDAL[®], ou un somnifère ou autre chose.

Pour les troubles thymiques, j'utilise des antidépresseurs. Du coup, c'est le diagnostic différentiel, il faut faire attention. J'utilise alors souvent un IRS.

13 - C'est le spécialiste de la consultation mémoire qui le fait. Je situe vraiment mon rôle dans le dépistage du trouble cognitif, pour moi, ça c'est important. Après, il y a des gens qui ont fait des études très longues et qui peuvent faire le diagnostic précis sur le type de trouble de mémoire et bien sur le diagnostic de trouble de la mémoire. Moi, je ne peux pas savoir si c'est un corps de Lewy ou je ne sais pas quoi.

14 - Oui.

Les limites, c'est qu'on se retrouve confronté à la réalité du terrain, à l'épuisement de l'entourage, des choses comme ça. Encore que parfois, ils font aussi centre d'aide. Il n'y a pas tant de limites que ça, je les trouve assez efficaces, il ya même des choses prévues pour les aidants. On est un peu coincé quand c'est en urgence. J'ai le cas d'un conjoint qui devait être hospitalisé pour une chirurgie, il n'avait pas tellement anticipé le coup, sa femme s'est retrouvée à errer dans la rue à un moment donné parce qu'il l'avait laissée toute seule à la maison, j'ai trouvé un peu ça imprudent. Du coup, elle a atterri à l'hôpital quand même, mais via les urgences. Ça, c'était la limite, vu que cette dame était connue de Bellier. Je me suis dit zut.

15 - Ce serait prétentieux de dire oui. La question est difficile.

16 - J'avais déjà assisté à une ou deux formations. Forcément, ça fait quelques années, des formations de deux jours promues par l'OGC sur le dépistage des troubles de la mémoire et, notamment, la maladie d'Alzheimer. Plutôt sous forme de FMC à la journée sur ce qu'il y a de nouveau et sur comment être plus performant pour dépister les gens, qui dépister, à partir de quel âge.

17 - Je pense que c'est surtout social.

La difficulté, c'est que les médicaments n'apportent pas grand-chose. Mais ce n'est pas si difficile que ça, on a les consultations mémoire.

Après, c'est la prise en charge au domicile des gens et des aidants. Donc la difficulté qu'on a c'est plus d'ordre médico-social, comme toujours en médecine générale. On est médecin mais il faut faire un petit peu de social aussi, on n'est pas toujours très bien équipé de ce côté-là. On ne peut pas répondre à toutes les attentes des gens et avoir tout, tout de suite, encore qu'à Nantes, je trouve qu'on n'a pas trop à se plaindre. Il y a quand même de l'offre de soins. J'ai travaillé pendant dix ans à la Roche-sur-Yon, il y avait moins de

possibilités. Je me sentais plus abandonné dans ce cas-là. La difficulté, c'est aussi la prise en charge financière de la dépendance qui semble de plus en plus compliquée mais ça c'est encore du social plus que du médical.

Dans ces maladies, tant qu'on n'a pas trouvé de médicaments plus curatifs ou suspensifs, je ne suis pas sûr qu'on change les choses.

Entretien avec le Dr B. à Varades, 28 octobre 2010
Homme, médecine rurale

- 1 - J'ai 57 ans.
- 2 - J'ai commencé en 1983.
- 3 - Non, je n'ai pas eu de formation en gériatrie.
- 4 - C'est 30 %.
- 5 - C'est l'apparition de troubles cognitifs.
- 6 - Ce sont plutôt les démences vasculaires en premier, les Alzheimer ensuite, les frontaux enfin. Il y en a peut-être d'autres et je les oublie.
- 7 - C'est plutôt le témoignage des familles. C'est plutôt anecdotique, ça va être la personne qui va se perdre dans sa commune par exemple, la personne qui répète, celle à qui l'on vient de dire quelque chose et qui va redemander deux fois la même chose dans le quart d'heure qui suit. C'est la personne qui va aller à une consultation chez un spécialiste et qui va être obligé d'appeler son beau-frère pour aller le chercher parce qu'il a garé sa voiture sur la place à côté mais il ne la retrouve pas.
- 8 - Je le fais justement quand je suis interpellé par les familles.
Il y a aussi des personnes qui viennent effectivement en se plaignant de troubles de la mémoire. J'ai des personnes angoissées par ça parce que, maintenant, la maladie d'Alzheimer est connue pour lesquelles je leur fais faire un MMS. Souvent, le MMS étant normal, ça les rassure.
Après, je le fait aussi dans les cas de dépression.
- 9 - J'utilise le MMS. J'ai appris le test de l'horloge mais j'avoue que je ne le fais pas parce que je trouve que le MMS est assez discriminant. Comme, de toute façon, je ne serais pas le médecin qui prendra la décision thérapeutique. Du coup, j'envoie à mon correspondant qui fait la consultation mémoire et qui fera, je le sais, le test de l'horloge en plus et peut-être d'autres choses, l'épreuve des cinq mots et j'en passe.
- 10 - Ça dépend des facteurs de risques cardio-vasculaires. Si c'est un diabétique hypertendu, fumeur, ayant des antécédents familiaux, hypercholestérolémique, même s'il n'y a que deux de ces systèmes-là, il est évident que je vais demander un scanner. S'il n'y a pas de facteurs de risques, je renverrais directement au neurologue parce que, lui demande systématiquement un scanner.
Je fais un bilan sanguin standard à la recherche de facteurs de risques cardio-vasculaires, le diabète, l'hypercholestérolémie. Dans mon ordinateur, j'ai répertorié un certain nombre de bilans de sang, bilan d'anémie, bilan d'amaigrissement, bilan de fatigue... Il ne s'appelle pas bilan de démence mais bilan standard. Les folates et la vitamine B12, c'est quand il y a un point d'appel à la NF, c'est-à-dire un VGM augmenté, donc pas systématiquement.
C'est une fausse question. En réalité, nos patients qui sont en âge de présenter une démence ont déjà eu des prises de sang antérieurement. En général, ce sont des gens qui ont un traitement, un renouvellement.
J'applique les recommandations, je suis un fan des recommandations, je les ai toutes. Quand je ne les connais pas, j'essaye de les retrouver sur HAS sur internet. Pour parler de l'hypertendu, par exemple, les recommandations disant un bilan sanguin par an, il a un bilan sanguin par an. Le diabétique, c'est un bilan complet par an plus une analyse d'urine par an plus quatre fois de l'hémoglobine glyquée par an. Si la prise de sang a été faite quinze jours avant, je ne la redemande pas. Sinon, je la demande.

- 11 - Oui
- 1) C'est un neurologue quand il n'y a pas de syndrome dépressif. Sinon, ça peut être un psychiatre.
 - 2) Pour le MMS, j'envoie en dessous de 25 mais ce n'est pas le seul critère, je me fie aussi au discours de la famille.
C'est dans la perspective d'avoir une confirmation d'une hypothèse diagnostique. La deuxième perspective est d'avoir une prescription afin de pouvoir la renouveler ultérieurement.
- 12 - Il y a beaucoup de troubles de la mémoire qui proviennent de syndrome dépressifs. Là, je prends en charge, je mets un antidépresseur, souvent un IRSNa, l'EFFEXOR®.
- Il m'arrive, comme une bonne partie des médecins généralistes sans conviction, de mettre en œuvre, peut-être pour apaiser un petit peu un patient anxieux, des vasodilatateurs cérébraux dont on sait, maintenant, par les recommandations, qu'ils n'ont pas une grande utilité, je pense au TANAKAN® en disant ça. Ceux qui, dans ma patientèle ont des troubles du comportement, sont en fait placés. Je mets en route des NLP. Lorsqu'il y a une composante hallucinatoire, je vais utiliser plus l'HALDOL®. Quand c'est une composante d'agressivité, c'est le TIAPRIDAL®. Il m'arrive de donner aussi du DIPIPÉRON®. Lorsque je prescris un NLP, je fais un ECG d'abord. Il m'est arrivé de prescrire aussi du LOXAPAC®.
- 13 - Ce n'est pas moi qui le fais, c'est mon correspondant. Il a fait faire des tests neuropsychologiques par son équipe de psychologues. Lui-même a fait un certain nombre de tests, dont le MMS et les autres et il a fait faire un scanner en général.
- 14 - Je pense que c'est très bien mais je n'en ai pas l'expérience.
- Pourquoi ? J'ai eu une première demande qui n'a abouti qu'au bout de deux mois et je trouvais que c'était un petit long. C'était au CHU d'Angers. D'autre part, ça s'était mal passé parce que je n'arrivais pas à joindre le correspondant en question, il y avait derrière ça une pathologie connexe, une suspicion de tumeur rénale. Ça n'a rien à voir, mais elle avait été hospitalisée pour des troubles cognitifs, elle avait eu un petit bilan, je n'avais pas réussi à joindre le correspondant, ça m'avait un peu pris la tête. Du coup, ça ne m'a pas enclin à recommencer.
- 15 - Non, je vais à toutes les formations auxquelles la FMC de proximité me convie et, de mémoire, je ne me souviens pas en avoir eu sur ce thème-là ou alors ça fait très longtemps, donc je ne suis pas assez formé là-dessus.
- 16 - Oui, j'aime beaucoup les FMC. Je suis assez curieux ; tout ce qui a trait au quotidien de notre métier, la réponse est toujours oui. Notre FMC a plusieurs visages, c'est une fois par mois en soirée, mais c'est aussi sous forme d'une journée. Là, je vais à un congrès de gynécologie en décembre à Angers. C'est parfois sous forme de deux jours rémunérés et là, j'avoue que je ne sais pas si je serais suffisamment passionné par le sujet pour y aller, mais en soirée, très bien.
- 17 - C'est le placement. On est confronté à des problèmes insolubles de personnes de plus 80 ans qui sont à la maison avec un conjoint lui-même âgé ayant de multiples pathologies, épuisé, parce que c'est épuisant de s'occuper d'un dément, pour lesquelles on ne trouve pas de solutions. En même temps, je ne suis pas juste quand je dis ça, on a une maison de retraite qui a un cantou. Ça nous a fait beaucoup de bien, surtout pour les conjoints. Les personnes sont prises, le taxi-ambulance vient les chercher chez elle, une fois par semaine en général, ça permet un séjour de rupture pour le conjoint, qui peut, pendant ce temps-là, penser un petit peu plus à lui.

Entretien avec le Dr B. à Saint-Nazaire, 8 octobre 2010
Homme, médecine urbaine

- 1 - J'ai 43 ans.
- 2 - J'ai commencé en 1998.
- 3 - Non, je n'ai pas suivi de formation en gériatrie.
- 4 - Moins de 5 %.
- 5 - C'est la perte des fonctions supérieures, qu'elle soit cognitive ou autre.
- 6 - La démence vasculaire doit être avant la maladie d'Alzheimer et les autres sont anecdotiques.
- 7 - C'est la perte de la mémoire récente, l'anxiété, l'irritabilité ou la famille qui vient nous dire qu'il y a des soucis. Pour la maladie d'Alzheimer, ils répètent toujours les mêmes gestes, ils achètent toujours les mêmes choses. C'est surtout les tests qui nous font dépister les choses.
- 8 - C'est toujours une plainte du patient au départ. Comme les troubles sont frustrés, en consultation, on ne les voit pas. C'est le patient qui se plaint ou la famille qui se plaint ou des erreurs dans les médicaments. En pratique courante, sur une consultation, si on ne fait pas de tests, on ne voit rien.
- 9 - Il y a le MMS et le test de l'horloge qui sont faciles à faire en dépistage. Après comme c'est très fin, j'envoie à la consultation mémoire.
- 10 - Il y a une prise de sang avec calcémie, CRP, albuminémie, ionogramme, vitamine B12, folates, NFS, TSH.
Je fais de l'imagerie, parce qu'il y a plein d'erreurs et à cause des démences vasculaires aussi. Donc je fais un scanner systématique. Mais en gériatrie, ils font la même chose d'ailleurs.
- 11 - Oui
 - 1) Je fais appel à un gériatre à la consultation mémoire d'Heinlex.
 - 2) Les tests de dépistage demandent trois-quarts d'heure à être fait et je ne sais pas les faire, il faut avoir une habitude énorme pour les faire donc je ne les fais pas.
J'en attends un diagnostic précis parce que démence, c'est un diagnostic trop large. De toute façon, s'il y a démence, s'il y a maladie d'Alzheimer, il y aura prescription médicamenteuse et on n'a pas le droit de débiter le traitement, c'est très restrictif.
- 12 - Pour les troubles mnésiques, je ne peux pas les mettre en place, c'est le gériatre qui les met.
Ça m'arrive de mettre des anxiolytiques, essentiellement des BZD, quand il y a de l'anxiété.
C'est exceptionnel que je mette des NLP. Quasiment jamais d'ailleurs.
- 13 - Je ne le fais pas, c'est le gériatre qui le fait.
- 14 - Bien sûr.
Les limites, c'est le nombre de rendez-vous, ils font trop de suivi, pas assez de dépistage. Il faudrait faire des dépistages de masse parce que le traitement n'est que suspensif.
- 15 - Pour ma partie, je commence à être assez formé. On peut toujours être plus formé mais ils ont fait pas mal de choses.

- 16 - Oui, des FMC, on en fait déjà avec Heinlex et les autres et des brochures, non.
- 17 - C'est l'épuisement l'entourage, le refus d'aller en accueil de jour et le prix de l'accueil de jour. Ce sont les principaux problèmes.

Entretien avec le Dr C. à Saint-Joachim, 1^{er} septembre 2010
Homme, médecine rurale

- 1 - J'ai 57 ans.
- 2 - Je me suis installé en 1983.
- 3 - Non, je n'ai pas de formation spécifique en gériatrie.
- 4 - Je ne sais pas moi. 40 % peut-être, au pif.
- 5 - Ce sont des troubles du comportement, plutôt en rapport avec l'âge avec une perte des repères, une perte des repères sociaux, une perte des repères familiaux, ... Voilà, comment dire autrement ?
- 6 - Les démences type Alzheimer, les démences à corps de Lewy, les choses comme ça ? Je ne sais pas, j'en ai un petit pourcentage dans ma clientèle. On sent que ça monte en puissance. Parmi les gens de plus de 70 ans, je vais dire 10 %.
La plus fréquente c'est ce qu'on appelle l'Alzheimer. Mais il y a des démences vasculaires qui ne sont pas Alzheimer. Il faut vraiment arriver au scanner pour faire la part des choses. Peut-être que finalement on parle beaucoup d'Alzheimer mais les démences vasculaires sont peut-être prédominantes quand même.
- 7 - On s'en aperçoit souvent un peu tard surtout par des troubles du comportement, des erreurs de jugement, des erreurs de prise de médicament et puis tout ce qu'on appelle les troubles de la mémoire qui sont plus signalé par la famille que par le patient lui-même.
Le patient va être un peu autocritique dans les premiers stades de la maladie et c'est souvent là qu'on n'y fait pas trop attention. On va dire : « C'est un peu normal, c'est en rapport avec l'âge, ça commence. ». Après c'est plutôt la famille qui va nous parler des difficultés relationnelles, de « l'agressivité » et surtout des oublis.
- 8 - Ce qu'on appelle, nous, un bilan mémoire ? Je le fait lorsque la plainte du patient retenti sur sa qualité de vie. Pas simplement quand il dit « J'ai oublié mais clefs » mais on se rend compte qu'il y a des oublis peuvent mettre sa vie ou la vie des autres en danger, là oui, je pense qu'il y a urgence. Je ne crois pas qu'on fasse, moi je ne fait pas de bilan cognitifs avant ça.
- 9 - Je fais le test des mots, le test de l'horloge et des choses comme ça. Et puis je les fais souvent faire par un neurologue ou par un spécialiste en gériatrie à l'hôpital de Saint-Nazaire. Je passe la main assez rapidement.
- 10 - Je fais un bilan sanguin avec un ionogramme sanguin, la calcémie, la NFS, la TSH et la créatininémie.
Et puis un scanner cérébral lorsque tout nous pousse des troubles de comportement ou des troubles cognitifs importants.
- 11 - Oui Je fais toujours appel à un spécialiste.
 - 1) Le but c'est la consultation mémoire donc je fais appel au neurologue, au gériatre et surtout les consultations mémoire.
 - 2) Il n'y a que lui qui est à même de mettre en route un traitement adapté. Et je me rends bien compte que ma pratique n'est peut-être pas idéale et j'attends peut-être trop longtemps, le stade où on est dans l'obligation de trouver un traitement.
J'attends donc surtout de cette consultation la mise en place d'un traitement.

12 - Au stade précoce j'utilise les vasodilatateurs périphériques tels que le TANAKAN[®] ou le TRIVASTAL[®], des choses comme ça. En étant uniquement symptomatique.

Souvent j'utilise aussi les IRS en début de traitement parce qu'il y a parfois des dépressions masquées qui donnent des gros troubles du comportement.

13 - Sur les résultats du test mémoire, sur les résultats du scanner et sur l'évolution.

14 - Oui, c'est très intéressant. C'est un examen très bon examen très riche d'enseignements.

Les limites c'est qu'il y a un délai d'attente qui est parfois long alors qu'on aimerait avoir une réponse rapide. J'ai aussi vu des patients totalement perturbés dans un milieu qu'ils ne connaissent pas avoir des bilans mémoire catastrophiques et le bilan mémoire repris en tête à tête avec le patient est complètement différent. Donc je pense qu'il y a une perturbation de l'enregistrement des données. C'est probablement lié au fait que les patients sont fragiles dans un nouvel environnement.

15 - Je suis très insuffisamment formé, surtout c'est une formation sur le tas.

16 - Oui, les FMC c'est ce qu'il y a de plus pratique.

17 - Au début pour moi il n'y a pas de difficulté. C'est après lorsque leur capacité personnelle devient insuffisante pour s'assumer, lorsqu'il n'y a pas d'accompagnant ou lorsque les accompagnants sont fatigués, malades ou épuisés, c'est la difficulté de trouver une place. Autrement ce n'est pas des malades difficiles en début de maladie.

Entretien avec le Dr C. à Legé, 26 octobre 2010
Homme, médecine rurale

- 1 - J'ai 50 ans.
- 2 - J'ai commencé à faire des remplacements en 1985. La première installation, c'était en Allemagne en 1998.
- 3 - Non, je n'ai pas eu de formation en gériatrie.
- 4 - Je ne suis pas sûr, ça doit être 25 %.
- 5 - La démence, c'est quand tu n'es plus apte à te prendre en charge toi-même, quand tu es complètement perdu, quand tu n'as plus de notions de temps, d'espace, plus de repères temporo-spatiaux ou quand tu ne sais plus qui tu es.
- 6 - C'est difficile à dire. La maladie d'Alzheimer, il y en a beaucoup plus à présent. Des démences séniles, il y en a de plus en plus parce que les gens vivent de plus en plus vieux. On a un peu plus de maladies d'Alzheimer que des démences vasculaires. C'est la très grande majorité des démences.
- 7 - Les premiers signes ce sont les oublis des noms, les oublis des choses, souvent les oublis des noms des personnes, c'est surtout ça.
A un stade plus avancé, il ne saura plus se rappeler ce qu'il a fait le jour même.
- 8 - C'est la famille qui le demande, la femme qui arrive et qui me dit : « Mon mari, il fait des choses bizarres ». C'est souvent ça, ils ont remarqué qu'il y avait des troubles. Le patient, il ne demande jamais, il ne se rend pas compte en fait, je pense.
A partir d'un certain âge, ça peut m'arriver de le faire de manière systématique.
- 9 - J'utilise le MMS et le test de l'horloge. C'est ce genre de choses que je fais, car c'est les plus rapides à faire.
- 10 - C'est surtout l'appel à un spécialiste directement, tout de suite. Il va faire le bilan biologique, le scanner. Généralement, je ne les fais pas.
Ça peut arriver que je fasse un bilan sanguin mais dans le but de l'examen habituel, du suivi systématique.
- 11 - Oui
 - 1) Le gériatre ou le neurologue. La consultation mémoire, c'est si on me le demande.
 - 2) Je le fais quand il y a des anomalies aux tests.
J'en attends, qu'il me conforte sur le diagnostic que j'ai donné.
- 12 - Généralement, je ne mets pas de traitement en route en fait. C'est souvent le géronto-psychiatre qui va prescrire les médicaments.
- 13 - C'est le spécialiste qui le fait.
- 14 - Je trouve ça pratique, c'est bien, c'est une bonne idée.
Les limites, c'est souvent difficile pour avoir un RDV.
- 15 - Non.
- 16 - Une FMC ce n'est pas mal, en soirée plutôt, parce qu'on n'a pas beaucoup de temps. C'est pour cette raison que les brochures c'est pas mal aussi.
- 17 - C'est l'anosognosie, la méconnaissance par le patient qu'il a justement ce diagnostic qui est posé. Il ne le sait pas, il ne l'accepte pas souvent, au départ. Il y a une certaine violence chez certains, j'ai remarqué ça. Pour la prise en charge sociale généralement ici ça va. A partir du moment où ils sont en couple, c'est plus facile, parce qu'il y a l'aidant. Il y a toujours quelqu'un qui peut aider.

Entretien avec le Dr C. à Montoir-de-Bretagne, 28 septembre 2010
Femme, médecine urbaine

- 1 - J'ai 44 ans.
- 2 - C'est le 6 janvier 2010.
- 3 - J'ai travaillé comme assistante pendant 4 ans chez le Dr L. à Saint-Nazaire.
- 4 - Il doit bien y en avoir 40 %.
- 5 - Va me chercher le Vidal... Ce sont les troubles des fonctions supérieures, des troubles cognitifs.
- 6 - On a Alzheimer, des démences frontales et des démences vasculaires aussi. Par ordre de fréquence, je n'en sais rien. Le plus gros, c'est Alzheimer. Derrière, on a pas mal de démences frontales.
- 7 - Ce sont les troubles mnésiques, les pertes d'attention, les troubles du sommeil, les syndromes masqués d'un syndrome dépressif. Après, ça dépend, ça peut être les troubles de l'écriture, des troubles de l'attention. Souvent, il y a aussi la famille qui vient aussi, en nous disant : « On trouve qu'il ne va pas bien, il oublie des trucs... » Les gens sont relativement informés vis-à-vis de ça.
- 8 - Je le fais quand on me le demande. Il faut dire que, quand on est installé, on a l'habitude quand même de voir les gens évoluer. Je n'ai pas beaucoup de recul mais, en principe, à partir de 50-60 ans, je pose quelques petites questions mais je n'ai pas encore le recul. C'est quelque chose que je ferais. Il faut voir un peu comment ils sont, s'ils ne sont pas comme d'habitude. J'en ai un, je le vois régulièrement, à mon avis, il a des troubles mnésiques. Comme ce sont des sujets un peu délicats, il faut que je l'emmène tranquillement aller voir le neurologue pour faire un bilan complet.
- 9 - J'utilise le MMS, je ne fais pas le test de l'horloge. Après, ce n'est pas que les tests, la démence. Il y a aussi le contexte, l'environnement, la famille. Il ne faut pas tout ramener à un test, je trouve que ce serait assez réducteur. Il y a le scanner. C'est une globalité.
- 10 - Je fais un grand bilan et j'envoie au spécialiste. J'inclue la vitamine B12, les folates, la thyroïde, la ferritine, je fais un bilan sang complet et après, c'est le spécialiste.
Pour l'imagerie, c'est lui qui pose l'indication si besoin.
- 11 - Oui.
 - 1) Ça dépend. C'est un gériatre ou un neurologue suivant l'âge du patient. Si c'est avant 70 ans, c'est le neurologue. Sauf s'il y a une situation bien déterminée, avec des antécédents, on est quasiment sûr qu'on va aller vers des types, des démences vasculaires ou des démences frontales. Là, j'envoie à l'équipe pluridisciplinaire de Saint-Nazaire qui s'en occupe très bien. Ils sont vraiment très bien en hôpital de jour. Autrement, passé 70 ans, c'est pour la gériatrie.
 - 2) Je le fais dès qu'il y a des troubles.
J'en attends une confirmation de ma suspicion de diagnostic. Il faut qu'un certain nombre d'exams soient faits, un scanner. Après, c'est aussi pour avoir les grandes orientations thérapeutiques, s'il veut qu'on mette sous traitement. Tout se fait en interaction, le spécialiste est là pour ça, je suis comme un aiguilleur, je sais qu'il y a des médecins généralistes qui prennent en charge. A mon avis, je pense que c'est bien d'avoir un deuxième avis. Il y a des tas de questions, il y a aussi la famille et la pression de la famille. Nous, on n'a pas toujours le temps de tout prendre en charge, le patient et la famille. Je trouve que c'est bien d'avoir un deuxième interlocuteur.

12 - Je ne mets rien du tout, des mots croisés, des sodokus... Je ne mets rien dans un premier temps sauf s'il y a urgence de la situation. Je veux d'abord un bilan. Les anticholinestérasiques, on n'a pas le droit de les débiter.

S'il y a une grosse angoisse, je peux donner un petit anxiolytique.

Il n'est pas question d'aller mettre des NLP ou des médicaments trop forts sans avoir un bilan complet. Il y en a plein qui filent du RISPERDAL[®] ou des conneries. Je ne le fais qu'en cas de très grande urgence.

13 - Je le fais en fonction du temps et de l'évolution. De toute façon, ce qui était vrai hier n'est pas forcément vrai, il faut suivre. Il y a une impression, des lésions au niveau du scanner, les dires de la famille et l'avis du spécialiste. Après, on fait notre pyramide et on suit.

14 - Oui, quand il y a de la place et qu'ils font bien leur boulot.

Les limites, c'est le délai des RDV. C'est l'âge, je ne comprends pas, on voit des gens, j'en ai eu un dans ma patientèle, 50 ans, qui débutait un Alzheimer ; il avait 50 ans, il ne pouvait pas aller dans le centre de mémoire parce qu'il n'avait pas 70 ans. Je trouve que ce n'est pas bien. C'est vrai qu'il y a une espèce de lourdeur, c'est quelque chose qu'on devrait favoriser. Des fois, on les envoie et on se demande si on a bien fait. J'ai eu le cas avec un monsieur que j'ai envoyé ; pourtant, j'avais tout bien expliqué, c'était compliqué, ce n'était pas comme ils voulaient, il y a un peu de lourdeur à ce niveau-là.

15 - On n'est jamais formé, on a toujours à apprendre. Oui, on fait de la médecine générale, en tout cas, je sais les dépister et je suis attentive au dépistage. Si je ne sais pas tout, je lis, je me documente. En envoyant au spécialiste justement, c'est une forme pour apprendre.

16 - Les journées font 24h et j'ai besoin d'au moins 7h pour dormir. Après, c'est tout ce que vous voulez... Oui, avec du temps... Ce que je veux dire, on est médecin généraliste, donc formation spécifique ? Si, vraiment, j'avais 100 % de vieux, pourquoi pas ?

Après, il faut qu'on soit spécifique sur le diabète, il faut qu'on soit spécifique sur tout. Je suis généraliste et il y a des gens qui font ça très bien. Si on ouvrait un peu plus les choses, ça nous permet aussi d'apprendre. On retire de toute expérience clinique, de tout patient qu'on voit, on en retire des bénéfices, ça nous permet d'avancer. Si on a des carences, c'est aussi à nous d'aller faire l'effort d'apprendre dans les bouquins et de se remettre à jour.

17 - Il faut du temps et on en manque énormément. Il faut aussi du temps pour rencontrer les familles. Souvent, elles ont l'impression d'être un peu laissées pour compte.

Il y a quand même une lourdeur quand il y a besoin de mettre en place une aide ménagère, de faire rencontrer une assistante sociale. C'est pour ça que les centres de mémoire, l'hôpital de jour en gériatrie, c'est bien parce qu'en fait, ils ont une assistante sociale sur place qui permet aussi... Faut voir, on a des patients, ils n'ont pas de famille, ils sont isolés, ils sont âgés, ils ont juste leurs femmes, il y en a aussi qui sont très réticents, ce n'est pas évident. C'est toute cette lourdeur administrative qui est compliquée à gérer.

Une fois que le diagnostic a été fait, pour le suivi, ce n'est pas très compliqué. En plus, il y a toujours le problème des tabous, il y a des gens qui vont dire quand il y a de la violence dans les couples parce que, quelquefois, il y a de la violence. Les femmes ne vont pas toujours en parler, il faut être très attentif et c'est une pathologie qui mange énormément de temps. Le plus compliqué, c'est d'arriver à trouver un rythme de croisière pour appréhender le patient dans sa globalité et avec les conséquences de cette maladie.

Il faut aussi les préparer pour les mises en institution, il faut faire les inscriptions, il faut convaincre les familles. Je trouve que l'approche pluridisciplinaire permet de mieux étayer, de mieux aider le patient, ça permet aussi à la famille de se préparer. Quand elle ne l'entend que du médecin traitant, ok, c'est un son de cloche. Ce n'est pas pareil quand elle l'entend du médecin traitant, du spécialiste, du gériatre. Ça lui laisse le temps de cheminer.

Ça nous laisse aussi le temps de faire les inscriptions pour que le jour où, malheureusement, le maintien à domicile n'est plus possible, il ne reste pas à traîner à l'hôpital ou chez lui avec un système brinquebalant et de l'angoisse pour tout le monde.

Entretien avec le Dr D. à Saint-Nazaire, 1^{er} septembre 2010
Homme, médecine urbaine

- 1 - J'ai 47 ans.
- 2 - Je me suis installé en 1988.
- 3 - Je n'ai pas de formation spécifique en gériatrie.
- 4 - Je dirais que j'ai environ 30 % de patients de plus de 70 ans.
- 5 - La démence commence au MCI et ça finit par le décès du patient dans un état de désorientation spatio-temporelle complet donc c'est assez large. Ça intervient dès que surviennent des témoignages de l'environnement de troubles de la mémoire ou du comportement. Ça se traduit parfois aussi simplement par une agressivité.
- 6 - Les syndromes carentiels d'origine vasculaire liés à la sénescence sont probablement les plus fréquents. Tout ce qu'on regroupe dans les syndromes Alzheimer-like.
Les vrais Alzheimer dégénératifs sont vraiment minoritaires et concernent essentiellement une clientèle de patient aging-dépendant. Donc j'ai essentiellement des patients vasculaires. Quelques démences à Corps de Lewy qui sont intervenues secondairement dans le diagnostic.
Il y a aussi tous les syndromes carentiels liés à la maladie de Parkinson. Ça forme quand même un recrutement assez conséquent. Il n'est pas rare d'avoir des syndromes carentiels chez les parkinsoniens et les deux vont de paire, généralement l'apparition de ces symptômes coïncide avec une aggravation de la pathologie parkinsonienne et prélude au décès du patient dans les années qui suivent.
- 7 - C'est vraiment le témoignage de l'entourage, du conjoint, de l'environnement proche, qui intervient en premier. Lorsque le témoignage de l'entourage n'est pas présent, c'est lorsqu'on est au contact du patient et qu'on le voit interagir avec son conjoint ou son environnement qu'on se rend compte qu'il y a des TDC. Je pense très spécifiquement à une personne, où c'est finalement dans son interaction à son conjoint qui était sensé être plus malade qu'elle que je me suis rendu compte qu'il y avait des lacunes qu'elle compensait mais qui surgissaient dans sa difficulté à gérer la pathologie de son conjoint.
Généralement les patients viennent dans une orientation bien précise dans leur requête qui ne nous permet pas forcément d'investir le domaine du cognitivo-comportemental. Sauf s'il y a vraiment de grosses suspicions du genre oubli du rendez-vous ou oubli de l'heure.
- 8 - Je fais le dépistage lorsqu'on a ce témoignage de l'entourage.
Parfois on les fait à la requête du patient mais bien souvent c'est dans ces cas là qu'on ne relève aucun déficit en réalité. Mais c'est au stade de MCI qu'on peut éventuellement considérer que parmi ces patients là il y aura peut-être une évolution carentielle. Donc c'est vrai qu'un MMS normal avec une plainte objective du patient va quand même être retenu. Je serais sensibilisé au problème et je resterais à l'écoute, j'évitais un certain nombre de produits qui peuvent éventuellement conditionner une dégradation des fonctions cognitives.
Les syndromes dépressifs vont aussi m'interpeler. Devant les syndromes dépressifs chez la personne âgée on peut se poser la question.
- 9 - J'utilise principalement le MMS.

10 - Classiquement un bilan biologique avec TSH, vitamine B12 pour s'assurer qu'il n'y a pas un substratum biologique, une NFS pour rechercher une anémie, la recherche des troubles métaboliques calciques. Eventuellement chez un patient qui est plutôt vasculaire au départ, je fais une recherche globale pour évaluer la qualité de la vascularisation cérébrale.

Je fais aussi un scanner cérébral lorsqu'on avance déjà un peu plus dans une démarche de recherche de lacunes vasculaires, etc.

11 - Oui

1) Je fais appel au gériatre essentiellement dans le cadre des consultations mémoire.

2) En général je suis assez précoce dans ma requête du bilan mémoire, dès les MCI. Je délègue pour réaliser tous les tests spécifiques parce qu'on n'a pas les moyens et le temps, parce qu'il n'y a finalement pas de cotation dédiée à ce genre de chose, qui nous permet de véritablement approfondir.

J'en attends qu'il pose un diagnostic. Comme nous sommes les mains liées face au gériatre ou au neurologue, on attend de lui une prescription que bien souvent on ne voit pas venir.

12 - Je relaye la prescription d'ARICEPT[®], EXELON[®] et autre produit mais avec ce sentiment que quand la prescription arrive elle est de toute façon trop tardive.

Dans les traitements que je peux prescrire il m'arrive de mettre du TRIVASATAL[®] par exemple. Qu'est ce que vous voulez qu'on mette d'autre. TRIVASTAL[®] a quand même une action sur des patients qui sont un petit peu ralentis avec pourquoi pas une composante parkinsonienne, il permet une levée d'inhibition.

La dépression interpelle et est prise en charge à condition qu'elle ne s'accompagne pas de troubles cognitivo-comportementaux parce que si vous mettez un antidépresseur chez un patient qui est pré-démontiel ou carentiel il y a une levée des inhibitions et vous avez quelqu'un qui tourne dans la maison et qui fait la java. Parfois vous n'avez pas non plus intérêt à lever trop les inhibitions à ce niveau là.

Concernant les troubles du comportement les avis sont partagés. Il faudrait théoriquement ne pas mettre de NLP, de TERCIAN[®], d'hypnotiques, de ceci, de cela. Mais quand vous avez des patients qui sont institutionnalisés et qui exercent une toxicité sur le personnel et les autres patients, quand ils dégradent le matériel et mettent du caca partout sur les murs, il faut faire des choix. Il y a la situation idéale et il y a les moyens dont on dispose.

13 - Quand il n'y a plus rien à faire. Bien sûr chez quelqu'un qui est complètement décapsulé le diagnostic s'impose de lui-même.

De manière générale en médecine il n'y a jamais de diagnostic définitif. Ce n'est pas un fait unique. Un patient vasculaire peut devenir Alzheimer, un patient Alzheimer peut devenir vasculaire, un patient névrotique ou psychotique peut devenir vasculaire et ainsi de suite. Il y a une dynamique dans le temps qui fait qu'on revoit sa copie. C'est plus sur l'évolution que je fais un diagnostic.

14 - Evidemment.

On ne peut pas parler de problème d'accessibilité parce qu'il y a rarement urgence au bilan et à la mise en route des traitements. Il n'y a pas franchement de limites à ce genre d'infrastructure.

15 - Ce n'est pas tellement ça la question. Formé on l'est. Disposez-vous de suffisamment de temps pour que votre formation soit applicable au quotidien ? Non. Nos journées ne sont pas illimitées. Ce sont des gens qui sont excessivement exigeants en temps donc forcément

il y a des raccourcis qui sont préjudiciables dans les options décisionnelles. La médecine telle qu'on la rêve n'existe que dans les bouquins et c'est pour ça qu'on a les bouquins d'ailleurs car c'est le seul endroit où on écrit les choses telles qu'elles devraient être.

- 16 - La FMC a un énorme biais : Elle est directement dictée par les politiques de santé nationales. Autrement dit en 50 ans on va vous proposer à 80 % les mêmes sujets de formation. C'est épuisant, inintéressant et lassant. Même lorsqu'il y a du neuf on finit par passer à côté parce qu'on a tellement l'impression d'avoir un rabâchage de données préenregistrées qu'on n'a vraiment pas l'impression de progresser.
- 17 - Proposer le testing des fonctions supérieures au patient n'est pas aisé parce qu'il y a souvent une dénégation. Cette dénégation se traduit souvent par de l'agressivité.

Le testing des fonctions cognitives entraîne un système de défense au même titre qu'un enfant peut éventuellement se replier sur lui même quand vous lui demandez de faire un calcul mental. Si tout à coup ex abrupto je vous interroge sur un domaine que vous êtes sensé connaître un peu moins bien, vous allez mettre en place un système de défense au niveau de votre comportement. Vous allez peut-être éluder la question, vous allez peut-être me dire : « Je n'ai pas de troubles de la mémoire » et puis parler d'autre chose. Il y a tout un ensemble de comportements qui font qu'effectivement lorsque vous essayez d'aborder ce sujet, le patient qui pourtant se sent certainement en défaut élude la question ou dit : « J'ai des petits troubles de la mémoire mais je note et ça me permet de passer au travers des difficultés » ou encore « Non, je n'ai pas envie de faire votre test ». Il m'est même arrivé d'envoyer des patients à la demande de leur conjoint faire un bilan cognitif au centre de la mémoire où le patient qui allait devant le gériatre disait « Moi je ne veux pas faire les tests » allant jusqu'à provoquer un clash dans la consultation pour pourvoir s'en aller et fuir l'objectivation de ses lacunes. Mais bon, on les propose.

Ce que je regrette c'est que même sur des altérations objectives des tests, j'ai bien souvent un patient qui ne revient pas avec un traitement, une prescription d'anticholinestérasiques. Cette prescription est trop tardive. Dès le premier signes de MCI chez les patients je prescrirais parce qu'une fois que vous avez des troubles de la mémoire avec des troubles cognitifs c'est déjà une personne qui est dépendante. Elle est dépendante de son conjoint, de son environnement. Elle a perdu son autonomie et on ne fait que mettre un emplâtre sur une jambe de bois. Le surcôt lié à la thérapeutique n'est pas compensé par le bénéfice qu'on peut en tirer en termes socio-économiques, la mise en place des tuteurs nécessaires à son encadrement est déjà nécessaire et entraîne un surcôt en lui-même au niveau social au niveau temps, etc. Alors que l'adjonction d'un traitement de manière précoce retarderait le dépassement de son environnement et donc retarderait également les surcoûts liés à la pathologie. Et ce n'est pas seulement en terme d'argent, c'est aussi du temps disponible pour les humains qui entourent.

Avoir une formation sur la démence n'a d'intérêt que si on a l'outil nécessaire et les moyens de le mettre en œuvre. Rien ne sert d'avoir la capacité de pouvoir faire tout ce qu'on a appris en faculté si, sortis de là on n'a absolument pas les armes pour se battre : ni le temps rémunéré à hauteur de ce que ça nécessite de mobilisation de temps, ni les traitements à notre disposition. Tant qu'on n'a pas nous, médecins généralistes, la confiance du spécialiste ou de l'Etat ou du ministère de la santé pour mener à terme l'action à ce niveau là et qu'on nous laisse uniquement les miettes il est absolument inutile de nous former. C'est une perte de temps et c'est nous faire miroiter des possibilités auxquelles nous ne pouvons pas prétendre. Maintenant que l'on mette de manière collective les modalités de prise en charge de la personne âgées, face aux décentralisations à concurrence d'une rémunération équilibrée et des modalités thérapeutiques nécessaires, qu'on ait la possibilité d'avoir des réseaux qui fonctionnent avec des organigrammes bien

définis et je suis preneur. Mais si je doit passer une heure à faire les tests de la mémoire, que je ne puisse pas au terme de ce constat établir une prescription, que la mise en place de tout l'encadrement, la mise à disposition des allocations, etc. vont encore me demander trois heures supplémentaires parce qu'il va falloir aller sonner à toutes les portes, que remplir une demande d'APA ça nous demande encore 20 minutes, vous vous retrouver pour un patient à y passer une matinée si on fait un temps cumulé. Je dis non. On n'est pas les esclaves de la République.

Enfin il y a un défaut d'infrastructures. Le fait qu'on est plus dans une société interdépendante, c'est-à-dire que les familles se déchargent facilement, elles n'ont plus les moyens de pouvoir accueillir les personnes âgées chez elles ni financièrement ni matériellement. « Je travaille, j'ai des enfants, j'ai un environnement à la maison qui ne me permet pas d'accueillir » et ainsi de suite.

Entretien avec le Dr D. à Guérande, 1^{er} septembre 2010
Homme, médecine urbaine

- 1 - J'ai 54 ans.
- 2 - J'ai commencé en 1982.
- 3 - Non, je n'ai pas de formation en gériatrie.
- 4 - Elle est d'environ 25 %.
- 5 - La démence c'est la perte des fonctions supérieures, notamment de la mémoire, de l'idéation, du calcul, des choses comme ça, de l'orientation.
- 6 - C'est peut être un peu théorique parce que la moyenne c'est peut-être 25 % de maladie d'Alzheimer, 30 % de démences vasculaires, 20 % de démences diverses mais il y en a peut-être d'autres que j'oublie. Les démences à corps de Lewy j'en ai vu une fois. Je vous ai peut-être donné les mauvais chiffres mais c'est à peu près ça.
- 7 - C'est plutôt dans les comportements des gens. Si on ne cherche pas à utiliser les MMS, des choses comme ça, des tables, les gens se plaignent de troubles de la mémoire ou c'est la famille qui s'en plaint. C'est aussi des comportements un peu aberrants, c'est des mauvaises prises de médicaments, des oublis et des choses comme ça dans la vie de tous les jours.
- 8 - Je suis un peu contre le dépistage parce qu'aujourd'hui on n'a pas beaucoup de moyens pour combattre la démence. Dépister la démence chez les sujets plus jeunes c'est leur exposer un diagnostic violent sans bénéfices majeurs. Franchement c'est très rare que j'ai envie de faire un test.
Je fais quand même un dépistage quand la famille en a ras le bol et qu'il faut faire quelque chose. A ce moment là le conjoint dit : « J'en peux plus, il faut faire quelque chose. ». Le dépistage ça ne sert à rien mais ça permet de mettre une étiquette et de rassurer les gens, de leur dire : « Oui, c'est bien ça » et de les aider vraiment. C'est vrai que parfois les gens ou les conjoints sont dans le déni. Quand le conjoint accepte l'idée que le patient est dément, ça permet que le conjoint arrête de l'engueuler parce qu'il oublie toujours tout. Pour moi c'est le seul intérêt que ça a.
- 9 - J'utilise le MMS surtout.
- 10 - Quelque fois je fais des scanners.
Ça pourrait être des tests de Hamilton que je ne fait pas, mais je devrais les faire parce que c'est payé en plus.
C'est aussi des bilans biologiques. Je recherche des troubles du ionogramme, je fais la TSH éventuellement, je recherche éventuellement une insuffisance cardiaque ou des choses comme ça qui font que les gens sont un peu à côté de leurs pompes. Enfin c'est quelquefois passer quand même.
- 11 - Parfois mais ce n'est pas souvent. Par contre les spécialistes se ruent sur ces patients là quand ils sont à l'hôpital et leur font les tests ou tentent de leur faire des tests.
 - 1) On peut demander l'avis du neurologue, du gériatre, d'une consultation mémoire, éventuellement du psychiatre pourquoi pas.
 - 2) Quand le dépistage est positif j'adresse à un spécialiste à la demande, s'il y a une souffrance ou une demande. C'est vrai que j'ai des fois dans ma clientèle des gens qui sont déments et personne ne le sait sauf moi à la limite, parce que j'ai remarqué des choses qui ne vont pas mais ça va très bien les gens vivent en couple. Le papi dit pas grand chose mais il n'a jamais rien dit donc on ne sait pas qu'il est dément ou qu'il commence à être dément. Mais tout ce passe bien alors pourquoi aller mettre le

feu à la maison. Dans mon exercice je vois des gens qui souffrent et à ce moment là on essaye de régler les problèmes du quotidien.

C'est vrai que parfois la consultation mémoire nous aide parce qu'il y a des gens qui ne comprennent pas et qui voudraient savoir, il y a des enfants qui demandent qu'on fasse quelque chose. Donc on fait quelque chose, on fait un scanner mais 15 jours après il a de l'ARICEPT® et on est dans la même situation. Ça permet aussi parfois que le conjoint accepte d'avoir des aidants, accepte des séjours hospitalier, accepte de s'inscrire en maison de retraite, de faire toutes les démarches adéquates.

Les traitements d'Alzheimer, je le dit encore une fois, c'est de la rouspille de sanzonnet. Quand je pense qu'on nous abime le cerveau à mettre des génériques pour faire des économies et à côté de ça on balance des médicaments qui ne font rien. Evidemment c'est des bons placébos, ça marche bien ça aide les gens.

- 12 - Dans les démences vasculaires ça peut valoir le coup de mettre des antiagrégants ou de traiter une ACFA car à mon avis c'est le principal danger vis-à-vis du cerveau. On dénigre beaucoup les AVK chez les sujets âgés mais j'ai énormément de patients qui vieillissent bien sous AVK. C'est peut-être le premier traitement de la démence. J'ai l'impression de ne pas trouver de soutien pour les AVK. On dit souvent que les AVK chez les personnes âgées c'est dangereux parce qu'elles perdent la tête. Et bien non, on met les gens sous AVK donc ils ne perdent pas la tête et ça se passe très bien. D'ailleurs je pense à un de mes patients qui est valvulaire. Il n'était pas trop mal, il est sous AVK pour sa valve mécanique, il a fait deux AVC parce qu'une ou deux fois son TP était à 60% et il a fait un embole.

J'ai vu un patient cet après-midi que j'ai mis sous TIAPRIDAL® parce qu'il a eu une petite démence paranoïde, il voyait des vols partout, ses voisins faisaient du bruit, ... Ça a amélioré bien les choses. Parfois les NLP ont donc un intérêt chez des gens qui commencent à perdre le fil des choses. Mais dans ce cas on peut se demander si c'est des démences et plutôt des dépressions paranoïdes. C'est un peu difficile à dire. Quelques fois on voudrait l'avis du psychiatre mais on ne peut pas parce que les gens ne veulent pas aller le voir. Donc j'utilise quelquefois des NLP mais plutôt des petits NLP parce que je méfie des gros NLP.

Je mets parfois des antidépresseurs. L'ATHYMIL® qui n'est pas trop mal toléré est également un peu sédatif. Sinon je retombe sur mes habitudes, le DEROXAT® et les choses comme ça, les trucs que je connais bien, si ça ne donne pas d'hyponatrémie bien sur.

Mon cas de démence à corps de Lewy ça a été abominable, je ne savais pas avec quoi traiter.

- 13 - J'aime bien ça définitif ! En fait souvent les gens veulent ça. Dans définitif il y a définition. Mais ce n'est pas une définition définitive. Il n'y a pas de retour avec le définitif. Donc je n'aime pas ça du tout. Ce n'est pas dans mon exercice. En médecine générale il n'y a jamais rien de définitif. C'est ce que l'administration désire aussi parce qu'ils aimeraient bien avoir des chiffres, savoir ce qu'il en est. C'est très administratif ça.

Est-ce que je fais le diagnostic définitif ? Je crois que je ne peux pas répondre à cette question parce que je ne veux jamais que ce soit définitif. Sur les certificats, ce n'est que des titres et il y a beaucoup de conneries dessus.

On prescrit des traitements inefficaces parce qu'il y a un diagnostic définitif à partir du moment où on prend un médicament. C'est assez étonnant ça d'ailleurs. Si vous ne prenez pas de médicament et que vous n'avez pas de diagnostic définitif, il faut retourner faire un scanner, encore chercher même si on vous a expliqué que c'était une démence.

D'ailleurs je rends grâce à votre histoire, c'est qu'on ne parle plus de démence en France. Il n'y a plus de démences. Il y a la maladie d'Alzheimer. Quand vous allez à la boulangerie et que vous dites que le papi est dément ça fait un peu : « C'est pas génétique ?

Vous n'allez pas attraper ça bientôt ? ». Par contre si vous avez une maladie d'Alzheimer alors là quand même je ne vais pas l'attraper.

Non, je ne fais pas de diagnostic définitif. Je suis contre le côté définitif et je crois que je n'arriverai pas à en sortir. Je ne suis pas contre parce que je reconnais que les gens en ont besoin. Si vous voulez que je vous donne un diagnostic définitif je vous en donnerais un, n'importe quoi, même si vous n'êtes pas malade je vous en trouverais un. C'est surtout pour répondre à une attente du patient.

- 14 - Ça me fait plaisir que vous me le demandiez mais je crois que j'ai déjà plus ou moins répondu. Du point de vue scientifique ça ne sert à rien. Ça peut servir quand même pour les statistiques administratives, savoir où va l'argent. Ça permet de savoir que les maisons de retraite qui avaient 10 lits quand j'ai commencé il y a 30 ans ont maintenant 30 lits. Ça s'est effectivement multiplié par trois. Il faut classer les gens, ça a peut-être cet intérêt là. Ça rassure les familles comme je l'ai dit, ça permet de leur donner une idée définitive de ce qui va se passer. Parfois il y a des gens qui trainent longtemps. Ils ont des maladies d'Alzheimer qui durent des années et des années, ce qui constitue encore une erreur diagnostic parce que normalement les Alzheimers s'altèrent de façon inéluctable.

Concernant les limites, il faudrait que les gériatres fassent des stages de médecine générale. Ça leur ferait du bien. Je ne sais pas quelle est leur motivation parce que moi ça me ferait chier de faire ce qu'ils font. Je vous plains de devenir bientôt assistant en gériatrie.

- 15 - Ça pourrait me faire du bien, il me manque peut-être 20%.

- 16 - Pourquoi pas. Ça serait plutôt des FMC.

- 17 - Je n'ai pas trop de difficultés en fin de compte. Quand je vois le dépistage où on leur prescrit des choses diverses et variées, ça ne me donne aucune difficulté. Parfois il peut y avoir des effets secondaires et ça peut être une difficulté à gérer. Mais je ne sais pas si c'est une difficulté parce que les effets secondaires ça sauve les gens, il y a moins de médicaments.

Concernant la prise en charge sociale, je vais vous dire aujourd'hui je ne suis pas de très bonne humeur. Cet après-midi j'ai été faire une visite notamment à Saint-Lyphard. Il y a deux mois j'ai un patient qui est entré à Saint-Lyphard et on m'a dit que je ne pouvais pas y aller. J'ai donné le dossier qui est resté là-bas. J'ai quand même appelé. On m'a dit que je ne voulais pas y aller et qu'il fallait que le patient se trouve un médecin à Saint-Lyphard. Ils m'ont dit : « Mais non, on aurait dû nous prévenir, c'est une erreur, excusez nous ».

J'ai une patiente qui vieillit sans troubles des fonctions supérieures dans cette MDR. Elle a un cancer du rectum avec une poche, etc. Elle a 88 ans, elle est sortie de chez elle pour rentrer à l'hôpital où on l'a sauvé un peu in extremis. J'ai été la voir en visite aujourd'hui. Quand je vais là-bas, je cote 40 € parce que ça fait un bout de chemin. Aujourd'hui c'est la deuxième fois que j'allais la voir là-bas. Il me faut 45 minutes si je ne traîne pas mais là j'ai mis une heure. Aujourd'hui on m'a dit qu'il fallait que je demande 10 € à la famille parce qu'ils me payaient comme le médecin du coin à 32 €. 32 € pour une heure, le SMIC étant à 10 €. 10 € avec les frais de charge ça fait 20 € donc je suis à une fois et demie le SMIC quand je vais là-bas. Plus les frais de déplacement, sachant que ce n'est pas du temps à payer, je suis à 20€ quand j'y vais, le SMIC. Alors ou je suis smicard ou je fais de la médecine humanitaire. En plus quand vous arrivez à la maison de retraite on n'a pas prévenu la patiente, elle est dans la salle de jour, il faut aller la chercher, la trimballer, ce n'est pas simple croyez moi.

Simplement pour vous dire qu'aujourd'hui on a le sentiment qu'on est foutu à la porte des maisons de retraite. Moi ça ne m'intéresse pas, je ne suis pas contre pas les visites, même si mes confrères se foutent souvent de ma gueule parce que j'en fais peut-être trop. J'estime que quand on s'est engagé dans un traitement avec les gens depuis plus de 30 ans

on ne peut pas les laisser tomber comme ça. On peut dire qu'on n'y va pas, ce que d'ailleurs je vais être obligé de faire maintenant parce que matériellement ce n'est pas possible.

Pendant que j'étais parti il y a eu des plaies. J'aime bien faire les plaies, surtout que les plaies c'est bien payé. J'aurais donc mieux fait de rester ici.

J'ai l'impression qu'on veut que la médecine évolue mais qu'on le dise franchement. Quand moi je me suis installé il y a 30 ans il y avait les centres de santé intégrés. Je me suis dit dans 5 ans la médecine sera fonctionnaire. 30 ans après on ne l'est toujours pas mais on nous pousse gentiment sans nous le dire vers une médecine de fonctionnaires. La médecine libérale est foutue et ça me désole. D'ailleurs vous allez faire de la gériatrie. Vous avez raison, ne soyez donc pas généraliste.

Je suis pour le maintien à domicile tant que c'est possible. C'est vrai que parfois l'institutionnalisation parfois ça devient obligatoire. Parfois ça arrive que les patients meurent en pleine possession de leurs moyens. J'ai une patiente là cette année qui a été retrouvée morte dans son lit le matin comme si elle était partie dans son sommeil. Ça peut arriver. Mais c'est vrai qu'à côté de ça, s'il fallait s'inscrire je ne voudrais pas aller en maison de retraite.

Entretien avec le Dr D. à Vallet, 8 octobre 2010
Femme, médecine rurale

- 1 - J'ai 35 ans.
- 2 - J'ai commencé en temps que remplaçante en 2001 et je me suis installée en 2004.
- 3 - Non, je n'ai pas suivi de formation en gériatrie.
- 4 - Je ne sais pas, je dois être à 10 %.
- 5 - C'est vaste, je dirais une altération des fonctions supérieures. S'il faut détailler ce que ça touche, ce sont des troubles de mémoire, d'attention, du fonctionnement intellectuel avec des répercussions sur le quotidien.
- 6 - En premier lieu, il y a la maladie d'Alzheimer. Après, j'ai un patient, il n'a pas été vraiment étiqueté mais il a une démence vasculaire a priori. Je n'en ai pas d'autres en tête.
- 7 - Ce sont les troubles de mémoire, de concentration, d'attention. Ils sont souvent rapportés par l'entourage : une altération, une perte d'autonomie en général, l'incapacité à faire des choses qu'ils savaient faire avant dans le quotidien, les troubles du comportement.
- 8 - Malheureusement trop tard, je pense. Je les fais quand il y a une alerte. Souvent, c'est la famille qui alerte en premier. C'est vrai que, pour le moment, je ne prends pas le temps de l'intégrer dans une démarche de prévention systématique comme il faudrait certainement le faire, je pense, chez la personne âgée. Tous les cas que j'ai en tête, finalement, on s'en rend compte trop tard à des stades déjà avancés.
- 9 - D'abord, j'utilise quelques éléments de MMS que j'ai en tête et après, quand je veux aller plus loin, je fais le MMS complet.
- 10 - Je fais un bilan sanguin complet : numération, ionogramme, la sérologie syphilitique, les carences en folate et en vitamine B12, la TSH.
Je fais aussi un scanner cérébral.
- 11 - Oui
 - 1) On travaille avec le Dr B. qui est médecin généraliste ici et qui a fait une formation de gériatrie. C'est notre première référente. Sinon, on travaille avec la consultation de Beaulieu qui couvre Sud Loire, avec l'hôpital Bellier, c'est arrivé aussi.
 - 2) J'adresse vite les patients.
J'en attends une aide à la prise en charge, ils ont une façon de voir le patient vraiment globale, ils prennent plus le temps que nous, donc, de vraiment évaluer s'il y a une part de dépression ou pas, en fonction des tests psychologiques. Ils font leur boulot de gériatre, nous, on n'est pas gériatres.
- 12 - En général, je n'instaure pas d'emblée les anticholinestérasiques, éventuellement des antidépresseurs si j'ai l'impression qu'il y a un syndrome dépressif, type ATHYMIL[®] chez la personne âgée.
Après, j'ai en tête des cas de maladies d'Alzheimer un peu avancée avec de l'agressivité, des troubles de comportement, je mets du RISPERDAL[®].
- 13 - Je m'en réfère au spécialiste. Il m'est arrivé que les gens ou la famille soient dans une position de refus, ils ne veulent pas faire les examens, ils ne voient pas trop l'intérêt. C'est vrai qu'à 85 ans, ça peut se défendre. J'ai un cas comme ça, je pense que c'est une démence vasculaire, je ne suis pas complètement sûr, j'aurais un doute qui subsiste.

14 - Oui.

Pour les limites, je n'ai pas assez d'expérience sur la question, je n'ai pas d'avis là-dessus.

15 - On n'est jamais suffisamment formé mais ce n'est pas là que je suis le plus mal formée.

16 - Oui, une FMC, pourquoi pas, c'est toujours bon d'avoir des rappels.

17 - C'est déjà de faire prendre conscience à la famille de l'étendue des dégâts et, du coup, de réussir à mettre en place des aides à domicile adaptées à la personne.

Il y a aussi le temps que ça prend en pratique pour nous. En consultation libérale, ça nécessite d'avoir du temps. Je pense que c'est ça qui fait qu'on ne le fait pas suffisamment bien ; parce qu'on n'a pas assez de temps.

Entretien avec le Dr G. à Savenay, 26 octobre 2010
Homme, médecine urbaine

- 1 - J'ai 52 ans.
- 2 - J'ai commencé en 1987.
- 3 - Non, je n'ai pas eu de formation en gériatrie.
- 4 - C'est 25 % à peu près.
- 5 - C'est un piège ça, parce que ça dépend ce qu'on veut mettre sous le mot démence. C'est un trouble des fonctions supérieures ayant quand même un degré de sévérité. On ne va pas parler de démence pour des troubles débutants. Ce sont donc des troubles des fonctions supérieurs qui commencent à entraîner une perturbation de la vie sociale, des troubles du comportement. Pour moi, la démence, c'est forcément de grosses difficultés pour la vie à domicile dans le milieu habituel.
Maintenant, c'est une définition qui m'est personnelle, elle n'est pas très scientifique, pas très médicale. S'il faut qu'on le mette en MMS, tout le monde ne va pas le mettre au même niveau.
- 6 - La plus fréquente actuellement, celle qui nous envahit le plus quand on arrive bien à la diagnostiquer, c'est la démence vasculaire. L'Alzheimer est bel et bien là mais il est souvent mixte et c'est quand même la démence vasculaire qui est en train de nous envahir. Il n'y a pas photo.
- 7 - C'est fréquent en médecine générale, certains patients vont nous parler de leurs pertes de mémoire mais ils sont gênés quand ils en parlent. C'est l'entourage qui en parle aussi. Souvent, certains patients vont en parler sur la base de l'inquiétude, parce qu'ils ont eu dans leur proche environnement de vrais déments et ils se disent : « Il ne faudrait pas que je devienne comme ça... ». Ils sont un peu prudents, avec la crainte qu'on leur trouve un Alzheimer ou une démence autre, donc ils sont craintifs là-dessus.
Le signe d'alerte qui est souvent là, c'est la perte de notions qu'ils avaient, de mémoire. Par exemple, j'ai une personne qui faisait du théâtre, une autre qui est ancien cadre de santé, ils ont de plus en plus d'oublis, ils ne savent plus où ils mettent leurs affaires, ils ne savent plus à quelle heure ils ont pris leurs RDV, ils sentent qu'ils sont en train de glisser complètement par rapport à des notions, à des bonnes capacités de mémoire qu'ils avaient sans se poser de question et qui sont en train de disparaître, c'est ça.
Quand ce n'est pas eux qui l'expriment, c'est l'entourage qui s'inquiète plutôt de négligences, d'une perte d'activité habituelle, d'une perte d'intérêt, un repli. Alors, la difficulté, c'est que, quand on les voit, on les voit de moins en moins dans leurs milieux habituels et ils n'ont pas forcément envie de parler de ce qui va mal, surtout dans ce domaine-là. C'est une perte d'honneur, la décadence mentale est forcément mal vécue et difficile à exprimer par rapport à une diminution physique donc ça leur coûte. J'élargis peut-être un peu trop la question.
- 8 - C'est dans les situations dont on vient de parler. Il est vrai que le dépistage systématique, je ne pense pas qu'il ait d'intérêt et qu'il soit faisable d'abord, parce qu'on n'a pas la capacité de dépister tout le monde. Je pense qu'il faut cibler, qu'il faut qu'il y ait des symptômes exprimés par le patient, par son entourage. On pourrait certainement aller nous-mêmes à la recherche de petits symptômes mais ce n'est pas passé dans les mœurs.
- 9 - Je n'utilise pas le MMS à tout bout de champ. Les quatre, cinq premières questions sur l'orientation, sur la mémorisation des mots, c'est ce que je peux utiliser mais ça n'est pas complètement rentré dans la pratique.

10 - Je ne fais pas forcément faire un scanner en même temps, j'attends la première consultation et après, le scanner et l'IRM sont demandés dans la foulée.

Je fais un bilan sanguin parce que j'ai appris petit à petit qu'il fallait quand même éliminer toutes les pathologies habituelles, les carences, la pathologie thyroïdienne, c'est un débrouillage. Il faut rechercher la dénutrition, si ça n'a pas déjà été fait. De façon systématique, il y a quand même ce bilan qui est assez standardisé, c'est la numération, toute la biologie métabolique, l'albumine, la vitamine B12 et les folates, la TSH.

11 - La réponse est oui.

1) A partir du moment où j'ai des doutes sur un trouble des fonctions supérieures, je confie le patient à une consultation mémoire, ici à l'hôpital local. Sinon, c'est Saint-Nazaire, ou certains neurologues, ça dépend de l'âge du patient. C'est vrai qu'à partir du moment où les patients ont plus de 70 ans, ça relève des réseaux gériatriques.

Je ne fais pas tellement appel au psychiatre, parce que les psychiatres jouent au ping-pong avec les gériatres, c'est une histoire à n'en plus finir. Les psychiatres hospitaliers, parce qu'on n'a quasiment pas de libéral, confient aux gériatres. Je passe par une consultation avancée de mémoire pluridisciplinaire et puis, ensuite, par l'hôpital de jour de gériatrie.

2) Je considère qu'en médecine générale, je n'ai pas le temps, ni la compétence pour évaluer assez précisément le degré de trouble des fonctions supérieures. Il faut quand même le bilan neuropsychologique pour voir quel type de déficience existe. Ça demande de l'expérience, il faut du temps.

J'en attends une évaluation du niveau de trouble, la typologie et de savoir si l'on débouche sur une prise en charge médicamenteuse, si l'on déploie un accompagnement. Ça dépend aussi de l'attente de la famille et si c'est déjà très avancé, qu'on n'a plus de ressources thérapeutiques, de savoir ce qu'on tente.

12 - Dans un premier temps, s'il y des troubles du comportement qui nécessitent un traitement sans attendre un avis spécialisé, on va utiliser des sédatifs ou quelques antidépresseurs parce qu'il y a assez souvent une composante dépressive et on ne sait plus très bien si c'est la dépression qui est génératrice des troubles des fonctions supérieures ou si c'est vraiment la démence qui commence à s'installer.

Il n'est pas rare que je fasse une mise en route de traitement antidépresseur, essentiellement la miansérine ou les IRS, quand on a une composante dépressive qui est perceptible, pour avancer un peu le diagnostic.

J'utilise de moins en moins de NLP maintenant, les benzodiazépines, quasiment plus. Il ne reste plus grand-chose. Vous savez, c'est la mode, depuis 20-25 ans, on a tout vu dans la médecine, dans les changements de thérapeutique. La mode est à l'ÉQUANIL[®], pour combien de temps, je n'en sais rien, on attend la suite...

Donc c'est ce type de traitement si les symptômes le justifient dans un premier temps. Après, le traitement du trouble cognitif, il va être en fonction de la consultation, on n'est pas habilité, je n'ai pas la capacité. C'est une prescription spécialisée, ce n'est pas de notre ressort.

13 - Il est rarement fait au premier bilan parce qu'ils laissent souvent un temps d'observation. Les gériatres ou les neurologues ont souvent besoin d'une observation, six mois, un an, pour affirmer un diagnostic. Je pense qu'en plus, en la matière, le diagnostic formel du type de démence, il n'est pas très formel. Donc ce n'est pas moi qui fais le diagnostic définitif.

14 - Oui, c'est utile, certainement, mais il faut qu'il y ait un maillage.

Il faut certainement qu'il puisse y avoir un tri en amont de façon à ce qu'il y ait quand même des consultations avancées. Si tous les patients ne sont vus qu'en centre mémoire, sans compter qu'il faut qu'ils soient revus ensuite pour être évalués régulièrement, ce n'est

pas compliqué, leur planning, il est fait pour dix ans ! Voilà la grosse limite de la consultation en centre mémoire, c'est qu'il y a un tel nombre de personnes âgées qui peuvent relever de ces bilans, ils seront forcément noyés. Il faut sélectionner les personnes et il faut qu'eux aussi apprennent à travailler en relais.

15 - Non, j'ai dû passer ma thèse en 1985, on n'en savait rien des démences, on était ignorant. Je me suis formé progressivement sur le sujet mais je pense que c'est une formation qui aurait besoin d'être faite périodiquement, parce qu'il y a des évolutions et on ne capte pas forcément tout ça. Dans le domaine de la formation médicale continue, ce n'est pas ce qui vient en premier.

16 - Oui, on a vu plus facilement des FMC sur les troubles du comportement, savoir comment on prend en charge, comment aider l'entourage, etc. Au jour d'aujourd'hui, comme les FMC sont toutes avalisées par nos financeurs, par les caisses d'assurance-maladie, on a un biais sur les sujets de FMC. A mon avis, ils n'ont pas forcément compris qu'il y avait un intérêt à nous former là-dessus, peut-être parce qu'ils ont peur qu'il y ait encore plus d'anticholinestérasiques qui soient prescrits et que ça coûtera encore plus cher, on finit par s'interroger. Les brochures ? Pour moi, quand on est installé, on ne lit plus les brochures. Ça va être des FMC sous ses différentes formes.

17 - Les difficultés sont de plusieurs ordres. Premièrement, il faut réussir à le motiver à consulter, ou pouvoir faire comprendre à l'entourage que les troubles ne sont pas forcément à banaliser, il y a toute une banalisation de toute façon, donc qu'il ne faut pas banaliser, qu'il faut s'en occuper, qu'il faut l'amener à consulter.

La difficulté, c'est de pouvoir aider l'entourage, ce n'est pas facile, de le guider, de pouvoir le soutenir, c'est ce qu'il y a de plus contraignant. Après, il faut gérer tous les stades. Une démence, quand elle commence, on ne sait pas comment elle va finir, si ça va être l'obligation d'un placement rapide, s'il va pouvoir y avoir un maintien, ça nous demande beaucoup de temps et d'énergie, pour accompagner le patient et son entourage. C'est ça la grosse difficulté, comme tous nos patients chroniques, mais la démence, peut-être un peu plus.

Entretien avec le Dr G. à Nantes, 14 septembre 2010
Femme, médecine urbaine

- 1 - J'ai 42 ans.
- 2 - J'ai commencé en 1997.
- 3 - Non, je n'ai pas eu de formation en gériatrie.
- 4 - Je n'en ai aucune idée. Comme j'ai repris la patientèle en avril, je n'ai pas de statistiques. Je dirais 25 %.
- 5 - C'est une désorientation temporo-spatiale avec des troubles de la mémoire. Mais c'est peut-être plus des symptômes.
- 6 - Il y a des maladies d'Alzheimer, mais ce n'est pas les plus fréquentes. Les démences vasculaires sont les plus fréquentes.
- 7 - C'est une désorientation temporo-spatiale avec des troubles de la mémoire.
- 8 - C'est souvent l'entourage qui nous alerte sur le comportement de la personne, les symptômes que l'on a évoqué tout à l'heure.
- 9 - Je fais un MMS très succinct et j'envoie chez le neurologue qui le refait de toute façon.
- 10 - Je fais un scanner éventuellement.
Je fais un bilan sanguin classique, il n'y a rien de spécifique, je fais une TSH.
- 11 - Oui
 - 1) C'est le neurologue plutôt.
 - 2) J'en attends qu'il fasse le test approfondi, parce qu'une consultation de mémoire au CHU, c'est très compliqué, il faut établir un rapport, il faut avoir tout effectué avant, les imageries. Donc ça demande un délai assez long.
- 12 - Parfois, quand il y a des symptômes de dépression, on va mettre un antidépresseur, un sérotoninergique.
- 13 - Ce n'est pas moi qui le fais.
- 14 - C'est très bien mais c'est un peu compliqué d'y avoir recours.
- 15 - Non, je ne pense pas. Avant, j'avais une patientèle, j'avais peut-être 5 % de personnes au-dessus de 70 ans. C'est nouveau pour moi, je n'ai pas les réflexes.
- 16 - Pourquoi pas ? Maintenant, j'ai suffisamment de patients pour que ce soit valable.
Les FMC, c'est toujours intéressant mais il faut avoir le temps. En tant que femme et maman, c'est compliqué. Il faut plutôt un support que je puisse avoir à ma disposition, écrit ou internet.
- 17 - C'est surtout un problème de maintien à domicile, de maisons de retraite ou de structures adaptées qui manquent cruellement.
C'est la prise en charge de l'ensemble de la famille éventuellement qui est compliqué. On se trouve vite confronté à des difficultés.

Entretien avec le Dr H. à Sucé-sur-Erdre, 7 octobre 2010
Homme, médecine rurale

- 1 - J'ai 52 ans.
- 2 - J'ai commencé en 1992.
- 3 - Non, je n'ai pas suivi de formation en gériatrie.
- 4 - Elle est d'environ 10-15 % à vue de nez. Quand je vous dis 10-15 %, c'est sans doute plus proche de 10 %.
- 5 - C'est un dysfonctionnement des fonctions supérieures, qui rend impossible une sociabilisations, une autonomie sociale.
- 6 - C'est peut-être Alzheimer quand même, encore qu'on colle l'étiquette « Alzheimer » sur beaucoup de choses. Je dirais Alzheimer en premier et derrière, des démences vasculaires, séniles. Parkinson et des choses comme ça, a priori, je n'en ai pas vraiment rencontré. En psychiatrie pur, non, je dirais que, quand ils ont plus de 70 ans, ils sont cadrés d'une manière ou d'une autre, ou ils ne sont pas en ville, ils sont suivis dans des structures lourdes.
- 7 - La première chose, c'est une réaction de l'entourage. En général, ce qui nous met la puce à l'oreille, parce qu'on ne vit pas avec eux, loin de là, c'est qu'on est interpellé par l'entourage, qui nous dit qu'ils font des conneries, qu'ils ont un comportement inadapté.
Ce sont des ruptures du rythme souvent. Des désorientations temporelles plus que spatiales en premier, des inversions de rythme, des gens qui ne comprennent pas qu'on ne leur amène pas le petit déjeuner à cinq heures du matin, qui sont habillés au milieu de la nuit, des choses comme ça. Spatialement, c'est plutôt quand on les hospitalise, quand ils changent de décor ; là, ils ne savent plus où ils sont effectivement.
- 8 - C'est le plus souvent à leur demande d'ailleurs, dans ces cas-là et la plupart du temps, quand c'est à leur demande, c'est négatif, je dirais normal pour l'âge et le milieu socioculturel.
Quand c'est l'entourage qui le demande, c'est tellement flagrant que ça ne sert plus à grand-chose.
- 9 - En test, je pratique le MMS, point final. Je ne maîtrise pas d'autres tests que celui-là.
- 10 - A ce moment-là, je les adresse plutôt à un neurologue. S'ils ont des diurétiques, je vérifie qu'ils n'ont pas un ionogramme qui déconne, une TSH éventuellement, une NF, des fois qu'ils seraient en anémie même s'il y a normalement d'autres éléments cliniques. Sur le plan para clinique, c'est à peu près tout.
Le scanner, pas forcément d'entrée de jeu, éventuellement si quelque chose évoque une démence frontale.
- 11 - Oui
 - 1) Je fais appel à un neurologue.
 - 2) Je le fais en fonction de la gêne pour l'entourage, du ressenti. Quand le MMS est altéré par rapport au niveau socioculturel de la personne, je l'envoie, après avoir vérifié quand même qu'il n'y a pas une dépression derrière. S'il y a des éléments dépressifs derrière, ça m'arrive de faire un test avec des antidépresseurs sur trois mois pour voir si ça s'améliore ou pas et pour refaire le MMS au bout des trois mois en question. S'il est identique, c'est pour le spécialiste.
Je le fais pour qu'il m'étiquette un petit peu ça et qu'il me dise s'il est nécessaire de faire un scanner ou une IRM. Si c'est un Alzheimer, comme c'est, la plupart du temps le cas, c'est pour qu'il mette en route un traitement et qu'il me confirme le

diagnostic d'Alzheimer éventuel ; les patients et leurs entourages arrivent facilement avec cette étiquette-là, quel que soit l'âge d'ailleurs.

12 - Je ne fais pas grand-chose tout seul, à part un antidépresseur. J'utilise le plus souvent les IRS et les IRSNa.

Les anxiolytiques, les benzodiazépines, les personnes de plus de 70 ans n'aiment pas trop. Pour tout ce qui est NLP, je ne mets pas en place par moi-même. Au moins, il faut que j'en aie discuté par téléphone avec un spécialiste.

13 - Je ne le fais pas vraiment, je sous-traite. J'enfile les chaussures de mon neurologue préféré.

14 - J'avoue que je ne les pratique pas beaucoup, je n'ai pas d'expérience donc je ne me prononce pas sur les limites.

15 - Pas tout à fait. En sachant que je n'en ai pas des tonnes non plus. dans les 10 % de plus de 70 ans, il n'y en a pas beaucoup de déments. On n'a pas d'institutions, de structures qui les accueillent ici. On a une petite maison de retraite, point final. Il n'y en a pas beaucoup qui traîne dans le quartier.

16 - Oui, pourquoi pas.

Plutôt des FMC de soirée, car la brochure, ça va atterrir sur des piles, ce sera le prioritaire de demain qui ne verra jamais demain.

17 - C'est l'anosognosie, c'est de faire admettre au patient que quelque chose ne va pas et ça, ils peuvent aller loin là dedans. Du coup, moi en tout cas, je me retrouve dans des situations d'oppositions, de conflits. J'ai du mal à gérer ce type de situation.

Sur le plan social, on est quand même assez protégé. Sucé-sur-Erdre, ce n'est pas les Dervallières, il y a rarement des problèmes sociaux. Dans l'ensemble, ils ont des familles, ils ont des revenus. Le simple fait d'avoir une baraque ici, ça permet de financer sans aucun problème leur placement dans n'importe quelle structure. Il n'y a pas de problème social vraiment important. On peut avoir du personnel disponible.

Entretien avec le Dr J. à Trignac, 11 octobre 2010
Femme, médecine urbaine

- 1 - J'ai 59 ans.
- 2 - J'ai exercé 15 ans en Afrique, j'ai commencé en 1975 et je me suis donc installée en France en 1990.
- 3 - Non, je n'ai pas suivi de formation en gériatrie.
- 4 - Elle est inférieure à 11 %.
- 5 - C'est une perte de la mémoire, des repères spatio-temporels, des repères divers, familiaux, historiques et tout ce qu'on veut.
- 6 - J'en ai très peu, surtout des démences vasculaires suite à des AVC. J'ai un cas d'Alzheimer qu'on vient de mettre en évidence. J'ai, en tout et pour tout, quatre personnes qui ont ce type de problèmes dans ma patientèle.
- 7 - En général, c'est l'entourage qui s'en aperçoit parce que la personne, justement, la définition, c'est qu'elle ne s'en aperçoit pas. L'entourage remarque qu'elle oublie certaines choses, qu'elle ne fait pas ce qu'il faudrait faire, etc. Le plus souvent au départ, la personne ne s'en rend pas vraiment compte, tout au moins dans les démences et on est le plus souvent alerté par l'entourage.
- 8 - C'est souvent quand l'entourage le demande. On peut, nous aussi, s'apercevoir qu'il n'est pas dans un état tout à fait normal. Quand nous nous apercevons que le patient, par exemple, au lieu de venir à son RDV le lundi va venir la semaine suivante. Quand on s'aperçoit qu'il est habillé d'une drôle de façon, qu'il n'arrive plus à remettre ses vêtements, qu'il n'a pas ses lunettes. Lorsqu'il est incapable de signer un chèque alors qu'auparavant, il vous le faisait, des choses comme ça. Mais le plus souvent, c'est l'entourage qui nous sollicite.
- 9 - J'utilise les tests classiques c'est-à-dire les cinq mots ou l'horloge. Mais le plus souvent, j'adresse carrément le patient à la consultation mémoire du centre hospitalier de Saint-Nazaire parce qu'on a toute facilité d'avoir un RDV pour un dépistage un peu plus fouillé.
- 10 - En général, mes patients ont des bilans assez réguliers, tout au moins quand ils sont suivis pour HTA ou pour autre chose.
Éventuellement, je fais surtout un ionogramme, et puis je détecte d'autres troubles tels que le diabète ou l'insuffisance rénale. C'est surtout les troubles ioniques qui peuvent amener des syndromes confusionnels qui peuvent prêter à confusion. Pour la TSH ou les vitamines, c'est à partir du bilan régulier que je vois si j'ajoute ou non quelque chose.
Au cabinet, je ne fais d'imagerie.
- 11 - Oui
 - 1) Je fais appel à un gériatre spécialisé dans l'exploration des troubles de la mémoire. Il y a un service au centre hospitalier de Saint-Nazaire qui est dédié uniquement à cela, la consultation mémoire pluridisciplinaire.
 - 2) Dès que qu'il y a un soupçon, dès que l'entourage dit qu'il a des doutes, je les envoie immédiatement.
J'en attends un diagnostic et une conduite à tenir pour la prise en charge, pas uniquement les médicaments mais tout le reste, prise en charge sociale, vie courante, etc. En général les problèmes dépassent le cadre de la prescription d'ordonnances.

12 - Quand le patient est passé par ce bilan pluridisciplinaire, il sort en général avec un traitement.

Personnellement, je gère la suite, tout ce qui concerne sa vie au jour le jour, l'ensemble. Je conseille à l'entourage, si c'est le désir de l'entourage, de prévoir des séjours temporaires, éventuellement une inscription en maison de retraite spécialisée.

Les troubles thymiques ne sont pas toujours présents mais ça arrive aussi. Ce n'est pas toujours la même façon de gérer selon les patients, c'est toujours différent.

Les troubles du comportement, c'est essentiellement de l'agressivité, ce n'est pas toujours facile à gérer. J'ai une patiente qui a une démence vasculaire chez une ex-grosse fumeuse, elle oscille entre hallucination et dépression, c'est un trouble assez particulier dans un sens. Si on lui apporte un antidépresseur, ça majore ses hallucinations et si on cherche à traiter les hallucinations, c'est la dépression qui ressort. Ce n'est pas simple du tout, c'est même extrêmement compliqué.

Pour les troubles thymiques comme pour les troubles du comportement, les prescriptions sont très patient-dépendantes.

13 - Le patient passe en général par toute une batterie d'examens, dont un scanner, des examens biologiques, des tests mnésiques. C'est à l'issue de tout cela que le diagnostic est posé en règle générale, compte tenu également de la clinique. Par exemple chez la personne dont on vient de parler, grosse fumeuse hypertendue, il est évident qu'il y a des troubles vasculaires qui sautent aux yeux, si l'on peut dire. De même une personne, par exemple, qui a fait un AVC, on sait très bien que les vaisseaux sont obligatoirement en mauvaise état, donc on a une petite idée au départ.

14 - Oui, tout à fait. Ils sont utiles au début pour faire le bilan. Ensuite, ils revoient quelquefois les patients donc ça permet de juger de l'évolution. Ils mettent en route pas mal de choses qui sont peut-être mieux acceptées par les patients dans ce cadre. D'autre part, si le patient présente des problèmes, ça lui permet plus facilement d'entrer en hôpital de jour.

Les limites, c'est que nous, on reste à gérer au jour le jour tous les problèmes quotidiens des patients, mais ce n'est pas nouveau, on est là pour ça bien entendu. Une fois que le traitement est prescrit, c'est à nous de voir s'il convient, s'il est bien supporté, d'ajuster la dose, d'y ajouter tel ou tel chose s'il y a un problème, de faire éventuellement des examens complémentaires pour juger s'il y a, par exemple, des conséquences au niveau hépatique. Ça, c'est les limites mais la gestion quotidienne, c'est notre rôle. Je n'appelle pas ça une limite, j'appelle ça « chacun son travail » tout simplement.

Pour moi, on est complémentaire.

15 - Suffisamment formée, je ne sais pas. J'ai eu une FMC à ce sujet-là. On n'est pas forcément suffisamment formé, on a toujours des choses à apprendre même si on a eu une formation. Il y a toujours des éléments à préciser ou à apprendre quand ils sont nouveaux. Mais je crois, par exemple en ce qui concerne l'Alzheimer, à mon avis, on sait bien des choses bien sûr, mais on ne sait pas grand-chose non plus parce que le primum movens de la maladie, on est loin de l'avoir capté. De même pour bien des choses, l'autisme, la schizophrénie, Parkinson... En général les maladies du cerveau, ça reste une terra incognita. Je ne suis certainement pas la seule à avoir besoin d'en apprendre davantage. Je pense qu'on est tous dans le même cas.

16 - Plutôt oui, éventuellement. Une FMC, j'ai déjà eu. Une brochure, pourquoi pas. Je suis allée au train Alzheimer qui était à la gare de Nantes le 18 septembre, pendant les journées du patrimoine. J'ai visité le train Alzheimer, j'ai pris des documents.

J'aime bien les formations interactives, j'aime bien discuter. Je n'aime pas trop qu'on présente des trucs en vrac. Je veux bien me former, apprendre des pratiques, mais j'aime

qu'il y ait une interaction, on peut poser des questions, certains confrères font part d'une certaine expérience. Je préfère cela que des choses très magistrales.

- 17 - La grosse difficulté, c'est le refus des aides, c'est quasiment la loi générale. C'est non seulement l'anosognosie mais aussi les patients qui ne se rendent pas compte que l'aidant a besoin d'aide. Ça les mène plus rapidement à une dépendance plus importante, ils ne s'en rendent pas compte. C'est très difficile, on rame beaucoup, pour leur faire admettre que ce ne serait pas mauvais d'avoir quelqu'un pour aider à la toilette ou au ménage.

Entretien avec le Dr L. à Pont-Saint-Martin, 26 octobre 2010
Femme, médecine urbaine

- 1 - J'ai 49 ans.
- 2 - J'ai commencé en 1987.
- 3 - Non, je n'ai pas eu de formation en gériatrie.
- 4 - Ça doit être 20-25 % à peu près.
- 5 - C'est une perte d'autonomie.
- 6 - J'en ai une essentielle, c'est l'Alzheimer. Les autres sont vraiment très minoritaires.
- 7 - C'est surtout la perte de la mémoire en général, les incohérences du comportement, la perte d'autonomie. En fait, c'est souvent le conjoint qui se plaint de troubles du comportement. Les gens se perdent, toutes sortes de choses comme ça.
- 8 - C'est systématique en général. Souvent, c'est la perte de la mémoire et, puis, quand je vois aussi un déclin, style trouble dépressif, je le fais systématiquement. Il y a l'âge aussi. Ça dépend de l'état général, comme je connais à peu près les gens ici, je les vois depuis 2004, je repère un changement dans leurs attitudes, dans leurs discours. En général, je déclenche les choses assez rapidement.
- 9 - Le test, ce n'est pas moi qui le fais, j'envoie sur Beaulieu, au centre de neuropsychologie ou de gériatrie, c'est le neurologue, donc le Dr V. et tous les autres, qui voient les malades.
Je n'ai pas le temps. Même, déjà dans le dépistage, prendre le temps de poser des questions, d'étudier, de voire un peu avec le conjoint, ça prend du temps. Alors, la batterie de tests cliniques... J'envoie également chez l'orthophoniste du coin sur la Chevrolière. Ça dépend aussi de l'entourage, de la famille. Il y a des patients âgés qui sont très entourés et d'autres, disons, assez délaissés, je suis obligé d'organiser moi-même. Je le fais à la demande de l'entourage ou sur mon avis personnel, suivant son comportement. Quand je pose des questions à la personne, je vois bien aussi.
- 10 - En général, je fais toujours faire une IRM cérébral.
Je fais la biologie, la vitamine D, la TSH, forcément tout ce qui est ionogramme, NFS et aussi un petit bilan cardiologique et un bilan nutritionnel, une protidémie et une EPP.
- 11 - Oui
 - 1) Neuropsychiatre, gériatre, consultation mémoire aussi, je fais un peu de tout. Ça dépend du tableau clinique.
 - 2) Tout dépend du tableau clinique. Si j'ai plus une personne de 85 ans, type Alzheimer, j'envoie plus sur le gériatre ou le neuropsychiatre. Si c'est une symptomatologie qui est assez brutale, je vais plutôt envoyer sur le neurologue, comme là, une dame que j'ai eu, qui était assez jeune, qui avait des achats compulsifs, un trouble du comportement assez particulier et c'est une maladie bipolaire. En général, c'est plutôt pluridisciplinaire.
J'en attends déjà un avis parce que, pour établir un diagnostic de démence, il faut quand même y aller sur la pointe des pieds. Il y a des répercussions familiales, des contingences sociales. C'est donc pour avoir le diagnostic précis et pour ne pas perdre de temps. Quand vous laissez une situation se dégrader, on a beaucoup plus de mal après à remonter les choses. Quand vous avez un conjoint qui vit avec un Alzheimer, lui-même, le conjoint, peut partir sur un syndrome dépressif, ça va alourdir après la prise en charge. C'est toujours plus rapide.

- 12 - Je n'en mets pas. Je gère éventuellement s'il y a un trouble du sommeil, un syndrome dépressif, le fameux ATHYMIL[®]. Sinon, il y a tout ce qui est RISPERDAL[®], si vous avez des agitations, mais c'est rare.
- 13 - Ce n'est pas moi qui le fais.
- 14 - C'est très utile.
La limite, c'est qu'il n'y en a pas assez, les RDV sont très longs. La procédure n'est pas mal. Faire la lettre et attendre qu'il y ait une prise de contact, un RDV, une consultation, ça, ce n'est pas mal comme système. Mais ce sont les délais.
- 15 - Non.
- 16 - Oui, on a notre petite FMC entre médecins qu'on a organisé, une soirée par mois. On n'a pas encore abordé le sujet de la démence. On choisit un sujet par mois, chaque médecin invite à son tour. Un jour de la semaine prochaine, j'invite un médecin de la caisse pour discuter des protocoles ALD, invalidité, protocoles de soins et arrêts de travail. Il y a des subtilités dans les invalidités, trois mois dans le service public, six mois dans le privé, pathologie professionnelle, non professionnelle... Là aussi, on a une formation qui n'est pas très pointue. C'est autodidacte aussi, je suis mon opinion.
- 17 - Je n'en ai pas, j'arrive à faire ce que je veux, ça va de ce côté-là.

Entretien avec le Dr Le N. à Thouaré-sur-Loire, 7 octobre 2010
Homme, médecine urbaine

- 1 - J'ai 63 ans.
- 2 - J'ai commencé en 1973.
- 3 - Non, je n'ai pas suivi de formation en gériatrie.
- 4 - Je n'ai pas les chiffres, je n'en sais rien. Sur la journée d'aujourd'hui, j'en ai 7 sur 24 patients, donc une proportion de l'ordre de 30 %.
- 5 - La conséquence, c'est de ne plus se suffire à soi-même, d'avoir le besoin absolu d'une tierce personne. C'est surtout ça les conséquences. Il y a aussi des troubles cognitifs, des désorientations. C'est surtout la nécessité pour ces gens-là d'avoir quelqu'un pour les aider.
- 6 - Je pense que les démences de type Alzheimer sont quand même supérieures en chiffre par rapport aux démences vasculaires, apparemment.
- 7 - Il faut les chercher. Si vous ne les cherchez pas, vous ne les trouvez pas. Quand une personne se pose des questions déjà, c'est plutôt rassurant ; quand une personne vient avec son entourage, c'est déjà plus embêtant et je crois que ça nécessite des tests, des MMS et compagnie.
Autrement, les démences... moi ça m'est arrivé plusieurs fois, ça a été dépisté par la femme de ménage alors que le médecin est passé à côté complètement. Effectivement, quand on vous dit que cette personne ne va pas bien, vous faites des tests et vous vous rendez compte que ce n'est pas terrible mais avant, rien. Vous les voyez tous les trois mois pour une prise de tension, un coup de stéthoscope et c'est bon. Le lendemain, il y a la femme de ménage qui vous dit « Mme Untel, vous ne trouvez pas ..? », je lui dis « Non », elle me dit « Ah mais si, vous savez, ça ne va pas », je dis « Bon, la prochaine fois, je ferais attention ». On fait le test et c'est une catastrophe, une catastrophe...
- 8 - A la demande de l'intéressé et il n'y a jamais rien.
A la demande de l'entourage, où l'on trouve plus de choses, surtout quand la personne dit « Non, non, moi j'ai rien, c'est ma femme qui le dit », alors là, attention, il y a souvent quelque chose. Voilà, c'est tout. Dernièrement, c'est la demande de la femme de ménage.
- 9 - Les machins, le test des cinq mots, le MMS, le test de l'horloge, des conneries comme ça... Le test de l'horloge, c'est très intéressant, il est rapide et des fois, on a des surprises.
- 10 - Les bilans sanguins, en général, on les a. En bilan classique je demande thyroïde, diabète, ionogramme.
Moi, je demande systématiquement un scanner.
Et on dégage sur le neurologue. De toute façon, on n'a pas accès à une thérapeutique.
- 11 - Oui, de toute façon, vous ne pouvez pas faire autrement.
 - 1) Le neurologue.
 - 2) Je n'attends pas, je les envoie dès qu'il y a des anomalies. L'intérêt du traitement, c'est de les traiter tout de suite. Traiter des démences qui sont déjà évoluées, ça ne sert à rien, ça coûte du fric, c'est complètement idiot, ça ne rime à rien.
J'en attends surtout un traitement qui, souvent, n'est pas donné et qui va être donné deux ou trois ans plus tard. On pourrait discuter là-dessus... Dans plusieurs cas, c'est, comment on appelle ça ? Le truc intermédiaire, le *middle* je ne sais pas quoi... le MCI. En fait, trois ans après, on se rend compte que le *middle*, il a basculé... On a perdu trois ans presque.

12 - Des traitements pour rire en attendant ? Oui, si, du TANAKAN[®], des trucs comme ça mais ça ne sert à rien... TANAKAN[®], NOOTROPYL[®]. C'est là où il faut faire la différence entre les démences et les états dépressifs, ce n'est pas toujours évident. Si la démence est affirmée par les autorités neurologiques, à ce moment-là, il faut démarrer des traitements, ARICEPT[®], EBIXA[®],...

Dans des stades plus avancés, pour les troubles du comportement, des NLP. Quand ils sont un peu agressifs, je les mets facilement sous TIAPRIDAL[®], je trouve que c'en est un qui est pas mal. Sinon, quand ils sont un peu déjantés mais non agressifs, qu'est-ce que je leur donne de temps en temps là ? Oui, du RISPERDAL[®], des machins comme ça.

13 - Je ne fais rien, c'est le neurologue.

14 - Les neurologues s'en servent, pas nous, enfin pas moi. Dès qu'il y a un soupçon de trouble, moi c'est le neurologue. Le neurologue, ou il fait son truc et c'est évident qu'on a à faire à une démence et il met le traitement en route ou alors lui aussi se pose des questions et il envoie ça au centre de mémoire. Les neurologues prennent plus ou moins l'avis de ces gens-là. Il y en a qui ne le font pas tellement, d'autres, c'est quasi systématique. Donc personnellement je n'ai pas d'avis sur les limites.

15 - Moi, je vois surtout le côté pratique du problème, on peut se former davantage, ça ne changera pas grand-chose.

16 - Non, je l'ai fait, j'ai du en faire deux ou trois en activité, des trucs de journées groupés sur deux jours, dont la dernière date d'il y a cinq ou six ans Je ne sais pas si ça évolue beaucoup depuis.

Moi, j'ai la ligne d'arrivée qui n'est pas loin... La FMC aujourd'hui il faut vraiment que ça soit un truc qui m'intéresse. Là, samedi, je vais à un truc d'hématologie mais je n'irais pas passer deux jours, comme je l'ai déjà fait pour des problèmes de démence, alors ça, sûrement pas... Je ne fais vraiment que ce qui m'intéresse.

17 - Ce sont les problèmes d'encadrement, de prise en charge. Qu'est-ce qu'on en fait ? Est-ce qu'on les garde ? Si on les garde, est-ce qu'on a les moyens de les garder ? Est-ce qu'on a le personnel pour les garder ? Si on ne les garde pas, il faut trouver une place et ce n'est pas toujours évident.

Ce n'est pas sur le plan médical, quand je vois les comptes-rendus venant de l'hôpital, ça me fait rigoler, avec les grandes questions qu'on se pose... Non, c'est très bien que des gens s'en occupent et fassent avancer les choses mais dans la pratique, ça ne change pas grand-chose.

Entretien avec le Dr Le T. à Nantes, 29 septembre 2010
Homme, médecine urbaine

- 1 - J'ai 61 ans.
- 2 - Je me suis installé le 17 décembre 1976.
- 3 - Non, je n'ai pas la capacité, ni le DU ou le DIU. Mais j'ai fait beaucoup de séminaires en gériatrie et j'ai été coopté pour faire partie de l'AMGAN, l'Association des Médecins Gériatres de l'Agglomération Nantaise. J'ai donc une formation en gériatrie mais que je n'ai jamais validé par des examens par manque de temps.
- 4 - Sur les relevés de la Sécurité sociale, ça doit être 20 %.
- 5 - C'est un trouble cognitif qui altère la qualité de vie et qui entraîne une dépendance qui est de plus en plus importante.
- 6 - Par ordre de fréquence, c'est la maladie d'Alzheimer d'abord. Ensuite, il y a les déclinés cognitifs liés à l'âge : les MCI. Il y a les démences vasculaires avec une leucoarrose notamment, un certain nombre de patients sont plus jeunes. Enfin, il y a les démences à corps de Lewy. Après, ce sont des démences beaucoup plus anecdotiques.
- 7 - Ça dépend si on se place du côté du patient ou du côté du médecin.
Pour moi, je suis alerté, mais c'est déjà parfois à un stade avancé, quand les patients ont une mauvaise observance, parce qu'ils le disent rarement eux-mêmes. Ils oublient les RDV de consultation, rappellent en visite pour une anxiété sous-jacente majeure. Parfois, on passe à côté des signes du début puisque les patients, on les connaît depuis longtemps, ils sont dans le déni dans de cette affaire-là.
- 8 - C'est dans ces cas-là, je le propose aux patients. Parfois, ils me disent : « J'ai des troubles de mémoire. » Parfois, c'est l'entourage qui me dit : « Il oublie pas mal de choses. » On est alerté devant les signes que je vous ai indiqué ou les gens sont demandeurs, donc je propose de faire des dépistages.
- 9 - J'utilise le MMS. Parfois, c'est un MMS raccourci, parfois un MMS complet. Après, je fais un test de l'horloge, l'IADL, le test des cinq mots, on peut en faire plein... Je me limite déjà à ça dans un premier temps.
- 10 - Je fais déjà un bilan biologique qui comprend la numération, je recherche un syndrome inflammatoire, une atteinte thyroïdienne, un déficit de vitamine B12 ou d'acide folique, c'est classique mais on n'en trouve jamais. Je fais la 25-OH-vitamine D parce qu'il y a souvent une carence, ça joue dans les troubles moteurs, donc dans la dépendance, j'associe ça. Je fais la créatinémie et l'ionogramme pour voir la fonction rénale.
Étant donné les délais assez longs d'obtention des RDV, il m'arrive de faire de demander un scanner dans un premier temps. Si l'on va plus loin, je pose l'indication avec les spécialistes.
- 11 - Oui.
 - 1) Je fonctionnais avec les neurologues, mais j'ai été un peu déçu, donc je fais appel de plus en plus à l'hôpital Bellier, à la consultation de mémoire. Ils sont un peu surbookés.
 - 2) Je le fais quand j'ai déjà un diagnostic de maladie d'Alzheimer, d'altération cognitive, en fonction du MMS. Si j'ai 28 sur 30, non, mais si je le refais et que ça baisse, je demande assez vite à 25. Il y a le test de l'horloge, c'est beaucoup plus parlant, on voit la praxie, un peu tout.
J'en attends une confirmation et la prescription des traitements s'il faut en donner, je n'ai pas la capacité, je ne peux pas prescrire, je suis un peu frustré à ce niveau-là.

Parfois, aussi, on a un diagnostic différentiel entre un trouble cognitif, un état dépressif, c'est intriqué, ce n'est pas forcément évident. A la consultation de mémoire, il y a un avis psychiatrique, c'est bien utile. On collabore assez bien.

- 12 - Pour les troubles mnésiques, il y a les anticholinestérasiques, les anciens et les nouveaux.

Pour les troubles thymiques, il y a les antidépresseurs, j'essaie de prescrire de l'ATHYMIL[®], ça joue aussi sur le sommeil. Ça évite de mettre une benzodiazépine en plus, qui est délétère pour la mémoire, qui induit des chutes et une dépendance. Ça peut être parfois des IRS, le dernier c'est le CYMBALTA[®], je trouve que j'ai d'assez bons résultats. On associe parfois un anticholinestérasique et un antidépresseur.

Pour les troubles du comportement, ça dépend de quoi il s'agit, s'il s'agit d'agitation nocturne, si c'est la personne qui est dérangée, si c'est l'entourage, si c'est la maison de retraite, les infirmières, les aides soignantes. Dans ce cas-là, il faut d'abord essayer de voir quelle est la raison de la modification du comportement, il y a souvent une cause, on essaie de la trouver, ça peut aussi être une souffrance liée au personnel, liée à la famille, ce n'est pas évident. Il y a des gens à qui on met des barrières, ils se sentent enfermés, ils ne peuvent pas bouger, parfois c'est plus générateur de troubles que l'inverse. Si vraiment, il y a des troubles de l'agitation nocturne, les gens ne dorment pas bien, je privilégie plutôt l'EQUANIL[®]. Les antipsychotiques, ça peut arriver quand les gens fuient, que ça pose un problème pour l'aidant naturel, il m'arrive de prescrire du RISPERDAL[®], rarement de l'HALDOL[®] parce que je trouve que c'est passé de mode.

- 13 - C'est surtout avec l'aide de mes confrères, neurologues et gériatres et suivant l'évolution. D'emblée, eux ne sont parfois pas très catégoriques alors qu'on a quand même pas mal de signes, on attend un peu l'évolution. Ça ne change pas tellement grand-chose, je ne suis pas persuadé de l'efficacité des anticholinestérasiques, sauf peut-être l'EBIXA[®], qui permet une aide en ce qui concerne l'aidant, l'entourage, ça facilite les soins et ça canalise le comportement.

Le diagnostic définitif, dans les autres pathologies, il y a l'imagerie qui peut aider, on fait des scintigraphies, c'est l'affaire des spécialistes, des neurologues spécialisés au CHU notamment.

- 14 - Oui, j'y trouve un intérêt parce qu'il ya un bilan orthophonique, psychiatrique, il y a l'aide des gérontologues. Je serais enclin à les utiliser, j'utilise de moins en moins les neurologues, certains m'ont beaucoup déçus dans leur approche diagnostique.

La limite, c'est l'accessibilité. On n'est pas non plus très pressé dans cette maladie, mais on est plus pressé par l'entourage.

- 15 - On n'est jamais assez formé, ça évolue tout le temps. Même les gériatres, les spécialistes à qui l'on demande leur avis ont des limites en termes de thérapeutique notamment en termes de prévention et de diagnostic précoce.

- 16 - J'en referais certainement, je privilégie avant tout les séminaires de deux jours parce qu'on est en immersion, on peut confronter nos expériences et j'avoue, j'en fais quatre par an depuis longtemps, j'en retire que des bénéfices, ça me confronte à mes lacunes aussi.

- 17 - C'est de lutter contre le déni des patients eux-mêmes. J'ai une patiente qui a 85 ans, qui a une démence, qui est suivie depuis un moment à Bellier, elle ne veut plus y retourner, elle a eu de mauvaises expériences. Là, pour moi, elle est en grand danger, j'ai réussi à obtenir une curatelle déjà, elle est très en colère, elle m'appelle régulièrement, elle n'est pas observante sur les traitements, j'ai réussi à mettre en place une infirmière. Elle n'a pas d'aidant naturel, elle a une nièce qui ne s'occupe pas d'elle. Les aides ménagères, elle les renvoie. Le portage des repas, elle n'en veut pas. Je sais qu'on est sur la tangente et je me sens seul pour gérer ça. L'assistante sociale, c'est pareil, on communique mais on ne peut

pas contraindre quelqu'un... Est-ce qu'il faut l'hospitaliser contre son gré ? Il y a un danger, c'est certain. Je suis un peu désemparé, vraiment, ça me préoccupe.

C'est ça, c'est la prise en charge de l'environnement. Si on pouvait les maintenir chez elles, avec une prise en charge à domicile, ça serait préférable. Quand on les hospitalise, elles ont une phase d'aggravation, on descend vraiment un pallier.

C'est une question de moyens, de finance et c'est un souci parce que c'est peut-être notre devenir.

Entretien avec le Dr M. à Saint-Herblain, 7 septembre 2010
Homme, médecine urbaine

- 1 - J'ai 63 ans.
- 2 - J'ai commencé en 1977.
- 3 - Non, je n'ai pas eu de formation en gériatrie.
- 4 - Je suis le plus ancien du cabinet médical. J'ai vieilli avec mes patients. La proportion, c'est très difficile à estimer mais on peut raisonner avec les relevés de l'assurance maladie où ça doit bien représenter au moins 30 %.
- 5 - La démence, elle peut prendre plein d'aspects. C'est avant tout une détérioration de l'état psychique : troubles de la mémoire, désorientation, ...
- 6 - Tout dépend des consultations. Si je me réfère à la journée d'hier, j'ai un peu tout vu. Le matin, j'ai eu deux patients qui avaient des maladies d'Alzheimer. L'après midi, j'ai eu une maladie d'Alzheimer pour la première consultation. Après, j'ai eu une maladie à corps de Lewy chez une dame qui a 70 ans donc qui est relativement jeune, comme quoi on peut en voir à tous les âges. Après j'ai eu une PSP. C'était très fort hier, c'est le hasard mais c'était comme ça.
Par exemple le matin en consultation, c'était un patient qui a 82 ou 83 ans et qui est avant tout, comme souvent, une démence d'ordre plutôt vasculaire sans que ce soit des Alzheimer tous les jours. Donc c'est souvent des polyvasculaires et par-dessus parfois ils cumulent des démences type Alzheimer ou celles que je citais tout à l'heure qui sont plus rares.
- 7 - Le plus souvent ce sont nos patients qui sont inquiets, c'est notre rôle de faire le tri, qui se plaignent de troubles de mémoire.
Ce n'est pas toujours le patient, c'est souvent l'entourage qui se plaint un peu de troubles de mémoire de son conjoint ou sa conjointe. Et puis les petits troubles, c'est souvent des désorientations dans l'espace et dans le temps dites temporo-spatiales avec des patients qui font deux fois le tour du rond-point. Souvent, c'est le conjoint ou la conjointe qui dit qu'il n'arrivait pas à trouver la sortie ; j'ai eu plusieurs fois la chose. En gros c'est un petit peu ça.
- 8 - Je le fait assez souvent mais avant tout devant les troubles de mémorisation. Mais ce n'est pas toujours vrai car les gens sont très influencés, en particulier par la maladie d'Alzheimer, qui a été décrite il y a plus d'un siècle, en 1906, donc ça vit depuis. Et c'est à nous de trier là parce que tout le monde ne fait pas une maladie d'Alzheimer mais c'est celle qui est la plus médiatisée.
- 9 - Celui que je fais le plus fréquemment, c'est le MMS. J'utilise beaucoup le test de l'horloge qui est simple à faire. Ensuite, j'ai le test des similitudes, qui est facile et très rapide, et enfin, j'ai plusieurs épreuves des cinq mots. J'utilise un kit de diagnostic, j'en ai pas mal d'exemplaires : il y a un entretien avec le patient et l'accompagnant, les examens clinique et paraclinique et les tests. Comme je le disais tout à l'heure, c'est souvent l'accompagnant qui demande.
- 10 - Je ne demande pas forcément le scanner d'emblée, même s'il est intéressant. Je pense que, d'ici peu de temps, les scanners ou IRM, on arrivera à faire un diagnostic plus précis des lésions en particulier au niveau de l'hypothalamus. Il a des neuroradiologues qui commencent à nous aider un peu.
Autrement, il y a quand même un bilan biologique de base, une numération, une CRP, un ionogramme, une calcémie, une glycémie et la TSH. Des hypothyroïdies, il y en a pas mal.

11 - Oui, souvent.

- 1) Je travaille beaucoup avec l'équipe de consultation mémoire, parce qu'il y a des gens compétents, le Pr B. qui est arrivé depuis peu à Nantes. Comme responsable de la gériatrie, c'est quelqu'un de très bien. Je travaille beaucoup avec l'ami J. qui est géronto-psychiatre, c'est son terme, et avec l'équipe de Bellier, il y a le Dr F. et le Dr C. Souvent, je leur demande un bilan neuropsychologique, qui permet de faire le lien. Il y a aussi des psychologues qui font des tests.
- 2) En général, ils vont refaire les tests. Quand j'ai un MMS perturbé à 14 sur 30, c'est évident qu'il y a un problème.

J'attends qu'ils fassent une synthèse de l'ensemble des choses, qu'ils soient parfois plus objectifs que moi parce que j'ai vieilli avec mes patients donc je ne suis pas toujours forcément objectif. Éventuellement, j'en attends qu'ils mettent une thérapeutique en sachant qu'il y a des médicaments, c'est mieux que ce soit institué par un géronto-psychiatre ou par un spécialiste de gériatrie. C'est imposé sur le plan du Vidal par la caisse pour la première prescription.

En général, ils demandent souvent un scanner. Le scanner, on est parfois pas déçu du voyage, les atrophies cortico-sous-corticales, ça ne permet pas toujours d'avancer. Sur des patients âgés, c'est souvent ce que l'on a. Les syndromes vasculaires, c'est encore autre chose. Ça permet d'aider, ça permet parfois d'éliminer certaines autres pathologies.

12 - Les médications actuelles ne sont pas la panacée. Ça freine un petit peu la maladie. Par rapport à mes collègues neurologues, géronto-psychiatres ou gériatres, ça me perturbe un peu. Parfois, sur certaines maladies, sur certaines démences avancées, j'en ai parlé avec d'autres confrères généralistes, ça donne à mon sens des périodes où l'on se sent mieux mais le patient souffre davantage à ce moment-là d'un contexte dépressif. Il se rend compte de l'état dans lequel il est.

Après, c'est la tolérance des différentes molécules qu'on emploie à l'heure actuelle, l'ARICEPT[®], l'EXELON[®].

Ce qui m'a semblé important, ces dernières années, j'ai vieilli avec mes patients, c'est la dépression de la personne âgée. Quand c'est très avancé, ce sont des personnes qui ne souffrent plus. Quand une démence est au tout début de la maladie, ce sont des personnes qui sont en souffrance, qui sont dépressives, qui se rendent compte à un certain moment que ça ne va pas. Je crois qu'il faut le prendre en compte. On n'est pas assez formé. Je mets souvent des IRS.

Il est évident qu'on a aussi des sujets qui deviennent hallucinatoires, on a des médicaments à la pelle, le RISPERDAL[®] en particulier. Mais c'est ennuyeux, en particulier pour la maladie d'Alzheimer, ils ne tolèrent pas très bien ces traitements, ça n'arrange pas leur état, bien au contraire.

13 - Je le fais suivant l'évolution essentiellement. On voit bien quand ça se dégrade. Je n'ai pas parlé tout à l'heure de la démence chez des sujets de 50-55 ans. J'en ai eu, j'ai fait le diagnostic ici, sur cette table-là, de gens qui étaient complètement perdus. On sait malheureusement très bien que c'est plus péjoratif, ça évolue très vite dans le mauvais sens, c'est une catastrophe.

14 - Oui, je les trouve utiles.

Dans certains cas, la seule limite que j'ai, c'est la difficulté à avoir des RDV rapides comme actuellement. Je ne vais surtout pas critiquer Bellier parce que je travaille avec eux mais on ne pouvait les appeler qu'à partir du 6 septembre, donc à partir d'hier. Avant, c'était un peu les abonnés absents. Comme il y aura de plus en plus de cas parce qu'on vieillit de plus en plus, c'est le problème.

15 - On a toujours besoin d'apprendre, toute notre vie. Je suis un vieux médecin.

16 - Oui, dans le groupe de FMC dont je m'occupe, on a eu deux fois le Dr J. par exemple. Une fois, c'était sur la maladie d'Alzheimer proprement dite. La deuxième fois, c'était sur la prise en charge sociale qui est un énorme problème pour nous : Que fait-on de nos patients quand ils se mettent à ne plus pouvoir rester à la maison ?

17 - Ce n'est pas simple, il faut la mise en place de structures. En général, le problème des personnes âgées qui ont ce genre d'affections, c'est la famille qui en souffre le plus, quand le conjoint ou la conjointe est là, quand les enfants sont là. Comme je vais pas mal en maisons de retraite, c'est avant tout soulager celui ou celle qui vit avec le sujet touché. Je suis tout à fait pour la mise en place de journées où l'on prend en charge le patient touché, ce qui permet à l'autre de souffler. C'est très important, ça existe, il n'y en a pas assez. Il faut certainement l'étendre.

Les difficultés ? Il y a quelque chose de très simple aussi : c'est le nombre de gens qui viennent en consultation nous dire qu'ils ont une maladie d'Alzheimer. C'est à nous de faire le tri. C'est un peu une boutade qui est arrivée, je pense qu'il faut la corriger très vite. Tout le monde n'est pas atteint heureusement. Dans tout ce que j'ai pu lire, tout ce que j'ai pu comprendre de ce que j'ai lu, il y a vingt milles centenaires à peu près en France et, à partir de 100 ans, on n'a aucune chance de faire une maladie d'Alzheimer, c'est quelque chose d'intéressant.

Entretien avec le Dr M. à Saint-Étienne-de-Montluc, 12 octobre 2010
Homme, médecine rurale

- 1 - J'ai 51 ans.
- 2 - J'ai commencé en 1988.
- 3 - Non, je n'ai pas eu de formation en gériatrie.
- 4 - Je n'en sais rien. Je pense que ça doit être aux alentours de 10-15 %.
- 5 - C'est lorsque la personne âgée commence à avoir des troubles cognitifs.
- 6 - Je dirais Alzheimer, c'est ce qu'il y a de plus fréquent. Parfois, ce n'est pas évident, on parle beaucoup d'Alzheimer mais est-ce que c'est toujours un Alzheimer ? Par exemple, la frontière entre démence et dépression, c'est une frontière qui est un peu floue. Par ordre de fréquence, ce n'est pas les démences vasculaires les premières pour moi, c'est les démences type Alzheimer au sens large.
- 7 - Ce sont déjà les oublis tout simplement. Les oublis de choses qui sont toutes simples, se tromper pour des choses qui, jusqu'à présent, ne posaient pas de problèmes. Se perdre aussi, ça peut arriver.
- 8 - J'en reviens à la dépression, parce que dépression et démence, ce sont des choses que l'on voit relativement couramment. Dans ce cadre-là, oui, ça m'arrive de faire un dépistage des troubles. Je ne fais pas moi-même le dépistage, je le subodore et, puis, je demande un avis auprès d'un neurologue ou d'un gériatre.
- 9 - Je n'en utilise pas.
- 10 - Oui, bien sûr, je fais un bilan biologique de base, NFS, vitamine B12, acide folique, TSH.
Et, puis, ce que je recherche aussi, c'est un scanner cérébral.
- 11 - Oui
 - 1) Neurologue, gériatre, consultation mémoire pluridisciplinaire, exactement. Le psychiatre pourra me le proposer si c'est quelqu'un qui est suivi par un psychiatre. Il pourra proposer de rencontrer quelqu'un par rapport à cette suspicion de démence.
 - 2) Je fais appel au spécialiste dès le stade du dépistage.
Ce que j'en attends, c'est surtout qu'on ait un bilan cognitif de base qui servira de référence par la suite pour suivre l'évolution. De toute façon, s'il y a un traitement à mettre en route, la première prescription est une prescription spécialisée, faite par une personne compétente dans ce domaine-là.
- 12 - Je mets, évidemment, les psychotropes, les antidépresseurs, essentiellement des IRS voire des IRSNa. Le clomipramine, c'est quelque chose que j'utilise aussi, mais je l'utilise moins parce qu'il y a plus d'effets secondaires.
Les anxiolytiques et les NLP aussi, ça peut arriver. J'utilise des NLP plutôt à visée sédatrice, genre THERALENE[®], TERCIAN[®].
- 13 - C'est un diagnostic qu'on évoque sur des critères cliniques, plutôt sur les premiers entretiens et l'avis spécialisé. Il faut voir s'il y a une concordance avec les images radiologiques.
- 14 - Je ne les utilise pas assez mais c'est intéressant.
Je ne sais pas s'il y a vraiment de limites en fait. Je l'utilise vraiment quand ce sont des problèmes de mémorisation ou alors, j'utilise des centres de troubles du sommeil aussi mais c'est un autre domaine. Pour moi, c'est sûr, c'est utile, mais comme le neurologue et le gériatre.

- 15 - Si je réponds oui... Non, je vous dirais évidemment non.
- 16 - Une FMC, c'est très bien. Les brochures, ça peut être intéressant mais je trouve que les FMC, c'est beaucoup mieux, parce qu'il y a des échanges. Je fais pas mal de FMC à la journée ou sur deux jours, je trouve que c'est très bien, ça permet de rencontrer d'autres confrères, de discuter, de confronter des points de vue différents tout simplement.
- 17 - C'est lorsque la personne commence à avoir des troubles et que c'est une personne seule. La solitude et le manque d'encadrement, c'est vrai que ça peut être quelque chose de difficile dans ces cas-là pour la personne qui commence à présenter des troubles cognitifs. C'est vrai que le suivi du traitement dépend aussi de la bonne compréhension, de la bonne intégration de ce qui est préconisé. La personne étant seule, le suivi thérapeutique est beaucoup plus délicat évidemment.

Entretien avec le Dr M. à Rezé, 20 septembre 2010
Homme, médecine urbaine

- 1 - J'ai 61 ans.
- 2 - C'était le 16 mai 1977.
- 3 - Non, je n'ai pas de formation en gériatrie.
- 4 - Je ne dirais pas beaucoup : 5 % à peu près.
- 5 - C'est une perte des facultés intellectuelles.
- 6 - Ça a évolué depuis que je me suis installé en 1977. Dans mon esprit, il y a la démence de la personne âgée classique, une perte progressive des facultés, à la fois de mémorisation, de compréhension et d'orientation.
Ensuite, il y a l'Alzheimer qui est à la mode depuis une dizaine d'années avec un côté plus précoce, plus brutal et une évolution plus rapide.
Après, il y a toutes les causes possibles, vasculaires, qui peuvent entraîner une altération des fonctions supérieures.
Les pathologies neurologiques, ce n'est pas tellement en faveur de la démence.
Il y a aussi le côté dans l'alcoolisme avancé et les encéphalopathies.
- 7 - C'est la perte des repères déjà, la date, la situation géographique, l'impossibilité de répéter certaines phrases ou des mots, de dire l'heure, des troubles de la mémoire. On peut s'aider du test, du MMS, je l'utilise assez souvent, ça peut donner une idée un peu chiffrée des choses.
C'est souvent l'entourage qui rapporte les troubles, plus que la personne elle-même. La personne ne s'en aperçoit pas. Parfois si, mais le plus souvent, c'est quand même l'entourage qui s'inquiète plutôt.
- 8 - D'une part, je le fais quand il y a une demande de l'entourage, qui s'inquiète, parce que l'entourage a remarqué justement la perte de certaines fonctions chez cette personne.
Ça peut être aussi dans le cadre d'un bilan systématique, pour l'APA, pour des choses comme ça, où, effectivement, on peut dépister certaines choses dont on ne s'était pas forcément rendu compte.
Ça peut être à l'occasion d'une fugue, d'une situation évocatrice d'une perte des repères.
- 9 - J'utilise le MMS et le test de l'horloge. Ce sont les deux que j'utilise.
- 10 - En général, je l'adresse à une consultation de psycho-gériatrie. Comme on est à Nantes, on a ça sous la main.
C'est des personnes qu'on connaît en général, on sait le plus souvent s'il y a une pathologie sous-jacente. Je ne fais pas énormément de bilan avant qu'il y ait cette consultation spécialisée. Souvent, il y a une nouvelle demande, il faut éviter de multiplier les bilans.
- 11 - Oui
 - 1) C'est plutôt une consultation pluridisciplinaire. Ici, c'est soit une antenne du CMP, qui est plus psychiatrique que gériatrique. La dame qui s'en occupe s'appelle « psycho-géiatre », je n'y suis pour rien, ce n'est pas moi qui l'ai appelé comme ça. C'est pluridisciplinaire parce qu'il y a des psychologues, des orthophonistes etc. Autrement, c'est Bellier, la consultation mémoire. Ce sont ces deux personnes qu'on utilise.

Ce sont parfois les neurologues quand même pour des raisons de délais, de côté pratique. Il y a des neurologues pas loin. Ça peut être plus rapide et on peut déjà affiner un examen, savoir comment orienter.

- 2) Je les envoie en fonction du MMS, du test de l'horloge, des éléments de désorientation, du témoignage de l'entourage.

C'est souvent de conforter un peu l'opinion faite par le dépistage préalable, qui est assez grossier quand même. C'est d'avoir une idée sur les aides possibles. Comme c'est pluridisciplinaire, c'est un gros avantage, savoir s'il y a une prise en charge, s'il y a des ateliers mémoire, s'il y a une rééducation orthophonique, s'il y a éventuellement des choses à aménager, dans l'entourage de la personne, des aides possibles. On n'a pas de CLIC à Rezé, donc on n'a pas d'endroit de référence où l'on pourrait envisager quelque chose de pluridisciplinaire autour de cette personne. Donc je trouve que c'est un apport important à la fois diagnostique, mais surtout thérapeutique et sur le plan des aides.

- 12 - Effectivement, ça dépend s'il y a des troubles importants. Étant abonné à la revue *Prescrire*[®], ce que j'en ai tiré, c'est qu'il n'y avait pas beaucoup de médicaments et que, souvent, ils pouvaient entraîner plus de dégâts que de bénéfices, que ce soit les NLP, que ce soit les médicaments que l'on prescrit dans la maladie d'Alzheimer. Il faut voir la tolérance, s'il y a des phénomènes agressifs, s'il y a des troubles du sommeil importants, comment l'entourage le tolère, qu'est ce qu'on peut mettre en place comme moyen autre que les médicaments dans certains cas, et puis, parfois, des médicaments quand même. Ce n'est pas forcément la chimie qui est en première ligne, ça peut être beaucoup d'autres choses.

- 13 - En général, il a été fait ou évoqué par la consultation avec le spécialiste ou la consultation pluridisciplinaire. Des fois, ce n'est pas très clair, il faut bien avouer qu'il y a bien des cas où même les grands spécialistes ne sont pas toujours formels sur le diagnostic. C'est l'évolution dans le temps aussi qui permet d'affiner quand on ne sait pas trop au départ.

- 14 - Je ne sais pas ce qu'on appelle centre mémoire parce que, sur la commune, il y a, dans le cadre de l'association qui s'occupe des personnes âgées, des ateliers mémoire tout à fait non médicalisés. Les centres médicaux, je trouve que ça peut être utile pour aider au diagnostic, préciser les choses, ensuite, avoir des propositions d'ateliers justement, d'aides.

Les limites, d'une part, c'est l'acceptation par la personne, il y a quand même des personnes âgées qui n'ont pas du tout envie d'aller là-dedans, il y a des contraintes, il faut trouver quelqu'un pour les accompagner, ce n'est pas toujours facile à faire. Mais quand ça existe et que les gens sont partants, c'est vrai que c'est intéressant. Ça se fait aussi dans les maisons de retraite, certaines maisons de retraite ont des ateliers mémoire. Les centres mémoire vraiment pluridisciplinaires, c'est intéressant, ça permet de voir la dégradation ou pas, en étant suivi toujours par les mêmes personnes.

- 15 - Non, j'ai fait des formations dans le cadre de l'EFPC, qui sont indemnisées. C'est vrai qu'on n'est jamais assez formé, il faut s'y remettre.

- 16 - Oui, s'il y a une formation à nouveau, je m'y inscrirais. J'en ai déjà fait mais je crois qu'il faut que j'en refasse. Les FMC, j'aime bien parce que c'est interactif et qu'on peut échanger, plus que des éléments écrits parce que ce n'est pas toujours facile, c'est moins vivant. C'est bien de partir des cas cliniques.

- 17 - C'est l'acceptation par la personne elle-même, pas toujours, mais surtout par l'entourage, de l'existence et de la réalité des troubles et de la nécessité de l'anticiper sur une évolution qui peut aller vers une dégradation beaucoup plus importante.

Je pense à tout ce qui est sécurisation du logis, le gaz, la cuisine, tout un tas de choses qui peuvent exister, les problèmes de fugue pour les gens complètement désorientés, la nécessité de l'accompagnement et, à la fois, permettre à la personne aussi de vivre quand même, de ne pas la mettre dans un lieu fermé à clé, une prison, ce qui serait la solution apparemment la plus efficace pour la société, mais pas pour la personne en cause.

Entretien avec le Dr M. à Donges, 28 septembre 2010
Homme, médecine rurale

- 1 - J'ai 60 ans.
- 2 - C'est en avril 1978.
- 3 - J'ai juste fait une formation de médecin coordonnateur à travers le syndicat MGForm.
- 4 - Je suis incapable de répondre. A une époque, on recevait des relevés. Je dirais 35 % ou 40 % mais ce sont des chiffres très aléatoires.
- 5 - La démence va être associée à des troubles du raisonnement, avec des difficultés pour s'insérer dans la vie sociale de tous les jours, à tous les niveaux du quotidien, gestion du budget, alimentation, culturel et social, dans le contact avec les gens.
- 6 - On rencontre quand même pas mal d'Alzheimer, et puis, ce qu'on appelle aussi les démences « vasculaires ». À une époque, on ne savait pas trop, on différenciait assez facilement les démences vasculaires et les maladies d'Alzheimer. En fait, on s'aperçoit qu'il y a, malgré tout, des troubles vasculaires qui peuvent s'associer. Ce serait donc Alzheimer en premier, les démences vasculaires en second, mais très peu.
- 7 - Quand on voit les gens depuis un petit bout de temps, c'est surtout ça qu'on détecte, on voit un peu leurs façons de se comporter. C'est vrai qu'ils vont pas mal pallier leurs déficiences par des attitudes particulières pour gérer. En général, c'est la gestion du médicament, on se pose des questions, quand je vois les renouvellements, on s'aperçoit qu'ils reviennent trop tôt ou trop tard, il y a des choses qui ne collent pas. C'est la façon de poser des questions différemment, d'oublier ou de rappeler. C'est le comportement aussi, un ralentissement idéo-moteur qui peut apparaître. Si j'ai un doute, je pars assez facilement en posant des questions sur la prise en charge, comment ça se passe.
- 8 - C'est dans ce genre de situations que je fais le dépistage, absolument. Je pose des questions au partenaire, s'il y a un conjoint, on a souvent des petites surprises. Si j'ai un doute, je fais les tests. Mais l'entourage ne voit pas toujours les choses.
- 9 - J'adore le test de l'horloge, c'est assez important pour moi. Je fais le MMS et l'IADL en raccourcis.
- 10 - Le bilan biologique, je le fais systématiquement, la numération, l'ionogramme, l'albuminémie, la TSH, la calcémie, le fer de temps en temps, la créatininémie et l'urée. En général, ça fait partie des examens habituels, annuels, pour les personnes âgées.
Je ne fais pas d'imagerie. Je n'aime pas trop faire une partie, je sais que je vais renvoyer au centre de gériatrie ou au centre mémoire, donc c'est un peu débile de commencer de mon côté et d'arrêter. Ça passe comme ça et je n'ai jamais eu de problème.
- 11 - Oui
 - 1) J'envoie à la consultation mémoire à Heinlex.
 - 2) Je le fais dès que j'ai un doute et que les tests sont perturbés, s'il y a des éléments que je ne trouve pas positifs, j'envoie systématiquement. Je fais un bilan et j'en discute avec les personnes. En général, ça se passe bien.
J'en attends un diagnostic. Je ne demande pas une guérison malheureusement, c'est pour savoir où j'en suis. J'attends la prescription d'un traitement spécifique. Au jour d'aujourd'hui, en tant que médecin généraliste, je n'ai pas le droit de la mettre. On est quasiment obligé de passer par le spécialiste.
- 12 - J'aime bien faire des traitements antidépresseur test parce qu'on rencontre assez fréquemment des dépressions chez les personnes âgées, qu'elle peut être plus ou moins déguisée. J'aime beaucoup le SEROPLEX®.

- 13 - C'est surtout la consultation mémoire qui le fait, je fais rarement le diagnostic. Ils ont une batterie de tests qui est assez pointue. Je vois, ici, dans un EHPAD, ils ont des psychologues et des gériatres qui travaillent en conséquence, qui font le boulot. Les traitements sont mis en place par les spécialistes, on voit après au niveau de l'évaluation.
- 14 - J'aime la consultation mémoire, je trouve que c'est plus probant.
La limite, c'est d'amener la personne à aller vers ces centres, c'est la seule réticence qu'on pourrait avoir au départ. Forcément, quand on va vers ces centres, très vite, elle se dit : « Il a Alzheimer ». C'est classique, donc, psychologiquement, ça peut poser, parfois, des problèmes relationnels. Mais bon, la limite, en fait, je n'en vois pas trop. La façon dont ils travaillent à Saint-Nazaire, à Heinlex, ça passe très bien en général, il y a même de très bons contacts et les gens sont ravis d'y retourner pour les bilans de suivi. Je n'ai pas de griefs, j'ai un bon contact, un bon retour, il n'y a pas de problème à ce niveau.
- 15 - Non, on a toujours à apprendre. Les évolutions entre autres, on ne les a pas toujours non plus. Je l'ai, moi, parce que j'ai l'HAD qui vient de temps en temps je pose des questions à propos de ça, mais je trouve que l'information de base, il faut aller la chercher.
- 16 - Je fais partie d'un groupe de FMC. La brochure, pas trop ; J'aime bien l'échange en général avec les spécialistes. Il faudrait une formation un peu plus longue parce que les FMC, c'est un soir en général. C'est un peu court. J'aime bien une journée, c'est quand même intéressant. Deux heures le soir, c'est bien, mais on survole trop et on a souvent affaire qu'à un seul spécialiste, on a qu'une idée et j'aime bien avoir l'avis de tout le monde.
- 17 - C'est le manque de temps pour arriver à faire les tests comme il faut. On suspecte des choses des fois, mais on va tellement vite. On va être exposé à d'autres problèmes, donc on va partir sur ces problèmes et on se dit : « Tiens, je n'ai pas eu le temps de... » Là, j'ai encore une personne, j'ai fini par l'envoyer à Heinlex parce que je n'avais pas le temps de m'en occuper à fond. Comme je le suspectais, il y avait, en effet, des problèmes sous-jacents. Vraiment, c'est le manque de temps qui fait que... Ce n'est pas un manque de motivation sinon je laisserais de côté. Quand je vois des choses, je vais quand même jusqu'au bout. Même si je ne vais pas jusqu'au bout, ce n'est pas grave, je laisse la main.
Sur le côté social, ça va. A une époque, j'avais monté une petite association pour le maintien à domicile des personnes âgées. Donc, on est quand même pas mal formé à ce niveau, avec les contacts avec les assistantes sociales, les bilans d'aide et le type d'aide. A ce niveau-là, j'arrive à faire les choses. J'avais le souci de l'information au début. On remplissait des grilles pour les jeunes qui demandent l'APA. J'ai eu une formation au niveau du département par rapport à ça. Donc ça je connais un petit peu. Ce n'est pas ça qui me pose problème.

Entretien avec le Dr N. à Blain, 11 octobre 2010
Homme, médecine rurale

- 1 - J'ai 63 ans.
- 2 - J'ai commencé en 1976.
- 3 - Non, je n'ai pas de formation en gériatrie.
- 4 - C'est à peu près 20 %.
- 5 - C'est une altération des fonctions supérieures.
- 6 - C'est Alzheimer d'abord, puis les démences vasculaires. Je ne saurais pas classer ensuite les autres, les démences particulières dégénératives, à corps de Lewy, frontales, etc.
- 7 - Ce sont les difficultés d'apprentissage de gestes ou de techniques nouvelles, les troubles de la mémoire, les difficultés à effectuer des activités un peu plus complexes qu'on réalisait avant peut-être mais qu'on ne réalise plus maintenant.
- 8 - Ce sont parfois des gens qui se plaignent à plusieurs reprises, lors de consultations successives, de troubles de mémoire, ou bien, si moi-même, je me suis aperçu de difficultés à se souvenir des RDV, à faire le chèque ou à prendre le traitement.
- 9 - J'utilise le MMS, les cinq mots de Dubois, l'horloge, la fluence verbale éventuellement. Mais surtout les trois premiers.
- 10 - Si je les fais faire moi-même, théoriquement, il y a un scanner cérébral, pas forcément avec injection.
Il y a un bilan biologique, numération, glycémie, créatinine, calcémie, TSH, ionogramme, vitamine B12, acide folique.
- 11 - Oui
 - 1) Ma réaction va être variée. Ça peut être un neurologue, ou directement une consultation mémoire, soit à Châteaubriant soit celle du Dr V. Ce sera un neurologue s'il y a d'autres pathologies neurologiques intriquées et gériatre, s'il y a eu d'autres hospitalisations dans un service de gériatrie, s'il est déjà connu d'un service. Le psychiatre, non.
 - 2) Je le fais dès que les tests sont considérés comme anormaux.
De toute façon, je ne peux pas mettre de traitement en route moi-même et j'en attends une confirmation parce que les tests que je fais, même si je les fais deux fois à six mois ou un an d'intervalle, je pense que, malgré tout, il faut une confirmation spécialisée quand même.
- 12 - De toute façon, je ne peux pas mettre les traitements classiques d'Alzheimer, il faut être gériatre ou neurologue.
Il m'est arrivé de mettre en route un traitement antidépresseur, de la miansérine, si j'ai un doute sur une participation de dépression.
Pour les troubles du comportement, pour quelqu'un qui n'est pas en institution, il y a aura peu de prescriptions parce que seul, à domicile, vu les risques, je ne préfère pas. Le choix se restreint, malheureusement, des fois on est bien obligé. Il peut m'arriver de mettre un peu de NLP nouveaux, type RISPERDAL[®], en s'attachant à le laisser de manière provisoire. Mais je les utilise plus facilement en maison de retraite qu'à domicile.
- 13 - Je ne vais pas le faire moi-même.

14 - Oui, je les trouve utiles. Je connais comme centre mémoire, celui de l'hôpital Nord, du Dr V., je ne le perçois pas vraiment comme pluridisciplinaire... Enfin si, il y a la psychologue qui fait les tests et le neurologue. Je connais aussi celui de Châteaubriant, avec le Dr D., qui nous rend service.

Je ne vois pas de limite particulière. Pour les délais, ce n'est jamais des urgences. Il faut écrire pour prendre RDV, bien sûr, mais ça peut se comprendre.

15 - Non, sans doute que non.

16 - Oui, j'essaie d'aller à des FMC, j'en ai eu plusieurs au CHU, des formations pour les généralistes, plutôt dans la soirée.

17 - Ça prend du temps, ne serait-ce que si on veut faire quelques tests rapides. Ce n'est pas un diagnostic dans les plus faciles, surtout si on veut préciser le type de démence.

Pour la prise en charge sociale, le nombre de structures tout à fait adaptées est faible lorsque la démence arrive à un stade avec agitation nocturne, déambulation. Ici, on a des maisons de retraite sans milieu fermé, pour un certain nombre de déments, ça pose problème parce qu'on les retrouve dans la rue. C'est difficile de trouver des structures adaptées.

Les familles sont souvent épuisées par ce genre de maladie lorsque le stade avance, j'en ai un exemple récent.

Entretien avec le Dr N. à La Baule, 28 septembre 2010
Femme, médecine urbaine

- 1 - J'ai 42 ans.
- 2 - Je me suis installée en octobre 2000.
- 3 - Non, je n'ai pas de formation en gériatrie.
- 4 - Je dirais peut-être 25-30 %.
- 5 - C'est un déficit des fonctions supérieures avec des troubles de mémoire, un déficit cognitif, avec une désorientation temporo-spatiale.
- 6 - Il y a les démences de type Alzheimer et les démences vasculaires. Je me demande si les démences vasculaires ne sont pas plus fréquentes. Il y a aussi les démences mixtes. Souvent, le gériatre nous répond : « il y a les deux. »
Et puis j'ai une femme qui n'a que 60 ans, qui, actuellement, a des troubles de mémoire importants. On avait été même jusqu'à des tests que je ne connaissais pas à Nantes, une recherche dans son LCR de deux biomarqueurs, qui sont revenus négatifs, ça a exclu la maladie d'Alzheimer. Pour l'instant, elle n'est pas étiquetée. Peut-être qu'un jour ou l'autre, on lui dira qu'elle a telle maladie... C'est un cas particulier.
- 7 - Ce sont les troubles de comportement, les oublis, les troubles de mémoire, peut-être à tort. Ça va être, par exemple, la personne qui oublie son RDV, qui est persuadé et qui se trompe de jour. C'est quand on va chez eux, quand on va en visite à domicile, et qu'on s'aperçoit que tout est en fouillis, surtout si c'est inhabituel. C'est éventuellement une personne qui devient sale, qui ne s'habille plus correctement, une tenue inhabituelle. Ce sont les signes évocateurs.
- 8 - C'est parfois à la demande du patient, des plaintes, ou de son conjoint, ou de son entourage.
Sinon, c'est ce que je vous disais auparavant, je constate moi-même qu'il y a des troubles alors que d'habitude, il n'y en avait pas. C'est souvent à la demande du patient finalement même si ce n'est pas les plus graves en général.
- 9 - Je fais le MMS, le test de l'horloge et le rappel des trois mots.
- 10 - En biologie, souvent, on a fait le classique. La thyroïde a souvent été faite auparavant. Je fais la calcémie qu'on n'a pas faite systématiquement, les dosages des folates et de la vitamine B12. Souvent, je les adresse à notre centre de mémoire référent, à Guérande et à Saint-Nazaire.
Ça m'arrive de demander un scanner cérébral, mais pas systématiquement.
- 11 - Oui
 - 1) C'est parfois le neurologue à défaut mais en priorité c'est la consultation mémoire.
 - 2) C'est quand mes tests sont pathologiques, c'est souvent quand je me dis : « Il va falloir qu'on traite. » En plus, on ne peut traiter en première intention.
J'en attends une confirmation du diagnostic et la mise en place du traitement. Il m'arrive même d'envoyer des gens, un ou deux patients, qui ont mes trois tests basiques normaux et qui continuent de se plaindre, pour les rassurer.
- 12 - Pour les troubles du comportement et les troubles thymiques, ça m'arrive éventuellement de tenter un antidépresseur si on sent que c'est peut-être lié à une dépression. Souvent, c'est ce qu'on nous dit : « Traitez-nous la dépression avant pour voir. » Après, je ne mets pas grand-chose. J'utilise plutôt les IRS et parfois, quand il y des

troubles du sommeil associés et que c'est des patients très âgés, je reviens pas mal sur la miansérine.

13 - J'attends la conclusion de la consultation spécialisée.

14 - Oui.

La limite, c'est le délai. Ils nous envoient toujours un compte-rendu mais, dans certains cas, on n'est pas trop en relation au moment où... Il y a un délai de trois à quatre mois et on ne nous appelle pas pour nous solliciter. Parfois, il les oriente vers les psychologues sans trop nous dire. J'ai eu quelques patientes plus jeunes qui en ont été embêtées et qui se sont plaintes. On est quand même très content d'en avoir dans notre région. Saint-Nazaire, c'est près, il n'y a pas de souci.

15 - Non, je ne pense pas, pas complètement.

16 - Oui, c'est toujours sous forme de FMC. Quand je peux, j'en fais et je pense que j'en ferais une de gériatrie sous peu. Ce sont des FMC de deux jours souvent qu'on a là par MGForm, Unaformec ou d'autres...

17 - C'est le maintien à domicile assez souvent, l'entourage qui craque. Ce n'est pas facile, c'est vrai.

C'est le temps aussi. Quelquefois, avec ces gens-là, ça nous prend beaucoup de temps, surtout avec l'entourage, en général, quand le diagnostic vient d'arriver. C'est le fameux stade où le maintien à domicile peut encore être possible et que ça va basculer. Une fois qu'ils sont en institution, pour nous, c'est plus... Le souci, ce sont les structures, le coût pour la famille.

On a quand même la chance d'avoir les hospitalisations de jour à Saint-Nazaire, ce n'est pas si mal mais parfois les familles ne veulent pas. Elles n'aiment pas le contexte. Je pense quand même qu'il y a un manque de structures adaptées. L'idéal, ce serait peut-être des structures qui soient en dehors de l'hôpital, qui ne soient pas trop médicalisées en fait. C'est avec l'entourage que ce n'est pas toujours évident, c'est très chronophage pour nous. Il y a quand même eu du progrès, il ne faut pas non plus exagérer.

Entretien avec le Dr P. à Saint-Herblain, 8 septembre 2010
Homme, médecine urbaine

- 1 - J'ai 45 ans.
- 2 - J'ai commencé en 1996.
- 3 - Non, je n'ai pas eu de formation en gériatrie.
- 4 - Je ne sais pas, ça doit être 25 %. [après avoir regardé les relevés] J'en ai quand même nettement moins, 10 %.
- 5 - Est-ce qu'il y a une définition de la démence ? C'est dur, je dirais que c'est des troubles de mémoire ou de personnalité qui commencent à mettre en danger le maintien à domicile ou l'autonomie.
- 6 - Petit à petit, l'Alzheimer commence à prendre le dessus. Après, il y a les démences vasculaires. J'en resterais à peu près là. Après, il y a toutes les personnes qui sont démentes mais ce n'est pas de la démence, c'est des troubles de l'enfance, des troubles de la personnalité, qui ne se sont pas installés en tant que personne âgée.
- 7 - C'est d'abord ce qu'eux disent. Petit à petit, c'est ne plus retrouver ses affaires, etc.
Il y a aussi ce que dit l'entourage parce que je considère que ce qu'eux disent, ce n'est pas forcément dramatique. Il y a beaucoup de troubles de mémoire qui ne sont pas des démences heureusement. C'est quand même quand ils commencent à me dire : « je suis obligé de mettre des petits papiers, j'ai oublié... ». Je commence à m'interroger. Mais je prends beaucoup en compte l'avis de l'entourage.
- 8 - C'est devant les troubles de mémoire. Ça peut être aussi pour les rassurer si le test n'est pas trop négatif.
- 9 - J'utilise le MMS.
- 10 - S'il y a un souci, j'envoie facilement à un neurologue, même peut-être carrément avant de faire le test, pour avoir le scanner ou l'IRM cérébral.
Je fais toujours des prises de sang dans mon bilan classique. C'est le diabète, le bilan vasculaire en général. Je ne fais pas de prise de sang spécifique.
- 11 - Oui
 - 1) J'envoie facilement à un neurologue. Sur Nantes, il y en a qui ont des consultations mémoire, qui sont bien entourés, avec des psychologues, qui font tous les tests de mémoire. Pas de psychiatre, pas de gériatre, pas de consultation mémoire, non.
 - 2) Je le fais en fonction de la clinique. Si le MMS est perturbé, dès 20-25.
J'en attends la prescription éventuelle d'un traitement si besoin, même si je ne sais pas si c'est très utile. Le reste, le maintien à domicile, tout ça, je le gère. Je contacte la famille.
- 12 - Si ça s'accompagne d'anxiété, d'angoisse, je mets éventuellement un antidépresseur. Un IRS, je n'utilise que ça.
Je ne mets pas le traitement pour la maladie d'Alzheimer, il faut que ce soit le spécialiste.
Pour les troubles du comportement, c'est vu conjointement avec le neurologue, je n'en mets pas forcément de base. Si c'est associé à de l'agressivité, je peux mettre un traitement pour les calmer, plutôt des NLP à petites doses. Les benzodiazépines, c'est plus pour l'anxiété et le sommeil, mais ce n'est pas spécifique aux troubles de mémoire. C'est chez toute personne âgée.

- 13 - C'est sur le temps, sur les examens complémentaires, sur les différents MMS et l'évolution. Si le scanner ne montre pas de lacune ou autre, c'est plutôt... Ce n'est pas du jour au lendemain, je ne vais pas leur asséner ça d'un coup.
- 14 - Oui, je trouve ça bien. Déjà, ils sont stressés, ça permet de tout faire d'un coup. A partir du moment où ça peut être fait assez rapidement, je trouve ça pas mal.
Il y a la limite des délais mais ce n'est pas non plus une urgence de faire un diagnostic. Déjà, nous, on les voit une fois, sauf si le test s'est vraiment effondré mais, en général, on n'a pas besoin de faire le test dans ces cas-là. Je me base assez facilement sur leur réponse pour voir quoi mettre en place.
- 15 - Non, je ne suis pas très bien formé, ce n'est pas un sujet facile. J'ai eu une FMC que j'ai beaucoup oublié. On peut toujours être mieux formé. Ce n'est pas non plus un diagnostic facile à asséner.
- 16 - S'il y a de nouveau une FMC, c'est soit une soirée, soit 48h en session, un truc interactif, pratique, qui permettent de remettre au point les différentes étapes, les tests. J'avoue que je reste assez facilement au MMS parce que les autres, je ne les connais pas trop. Il y aussi les aides qu'on peut leur apporter, vers qui orienter et les traitements. A une époque, il fallait mettre les traitements le plus vite possible. Maintenant, j'ai l'impression que ça évolue de nouveau cette histoire, je ne sais pas si ça sert vraiment à quelque chose.
Une brochure, je ne vois pas ce que ça pourrait apporter de plus.
- 17 - La première étape, ce sont les aides. C'est encore une génération qui n'acceptent pas forcément les aides. C'est donc de leur faire admettre qu'ils peuvent être aidés par des tierces personnes quelquefois.
Dans l'étape d'après, c'est la question du maintien à domicile et du passage à l'institution. C'est cette période-là qui est la plus difficile à gérer avec les personnes âgées. Il faut qu'ils comprennent que c'est quand même très limite au niveau de la toilette, au niveau de la dangerosité, pour eux et pour les autres aussi.

Entretien avec le Dr P. à Nantes, 15 septembre 2010
Homme, médecine urbaine

- 1 - J'ai 36 ans.
- 2 - J'ai commencé en 2006.
- 3 - Non, je n'ai pas eu de formation en gériatrie.
- 4 - Je dois en avoir 2 %, même pas. C'est vraiment très faible.
- 5 - Ce sont des troubles des fonctions supérieures, sans substrat organique, avec des éléments hallucinatoires.
- 6 - Je n'en ai pas, sauf une, ma patiente suivante, qui est actuellement en cours de bilan.
- 7 - C'est la désorientation, les hallucinations, auditives et visuelles. C'est la modification des rythmes, la perte de notion dans le temps.
- 8 - Je le fais en fonction de ces éléments-là, dès qu'il y a une modification des rythmes, une perte des habitudes et les éléments confusionnels bien sûr.
- 9 - J'utilise le MMS, généralement. Après, ça dépend de ce qui peut orienter vers la cause de la démence, quand on a éliminé ce qui est organique.
- 10 - Je demande systématiquement la prise de sang classique, la NFS, le bilan hépatique, un ECBU, l'ionogramme. Il faut éliminer le fécalome, le globe, ça, toujours, c'est la première chose sur laquelle j'essaye de faire gaffe.
Ensuite, je fais un scanner cérébral généralement, dès qu'il y a un anticoagulant, pour être sûr qu'il n'y a pas un petit hématorne sous-dural. En fonction de ça, j'envoie vers le centre spécialisé pour avoir quelque chose de plus précis.
- 11 - Oui
 - 1) J'envoie à la consultation mémoire. La difficulté, ce sont les délais de RDV qui sont un peu longs.
 - 2) Je me base sur les limitations de mes propres connaissances parce que je ne suis vraiment pas expert.
Différencier les différents troubles mnésiques, je ne saurais pas, par exemple un Korsakoff, ça irait mais chez des jeunes, sur des démences précoces, je ne saurais pas faire la part des choses, il y a tellement de subtilités que je préfère avoir une analyse fine. Je le fais aussi dans le but des thérapeutiques, même pour la dépression chez la personne âgée, ce n'est pas facile d'instaurer un traitement. Ma collègue et les confrères à qui j'en ai parlé ont souvent eu des effets inverses avec des traitements, donc je préfère que ce soit mis en place par un spécialiste. C'est donc dans une visée thérapeutique et pour être sûr d'avoir un diagnostic précis.
- 12 - Ça dépend vraiment de ce qui ressort, en fonction du contexte, il n'y a pas de traitement type. La personne que j'avais, c'est ma seule et grande expérience en plus, j'ai commencé par une benzodiazépine, ça n'a pas marché du tout, ça a accentué les hallucinations auditives. Là, on est passé à un antidépresseur, du CYMBALTA[®], j'ai commencé à très faible dose, ça a l'air de bien se passer et d'aller un peu mieux.
- 13 - Je fais confiance au spécialiste.
- 14 - Oui, les limites, ce sont les délais de RDV.
- 15 - Personnellement, non, mais c'est parce que je n'en ai pas l'utilité. Pour l'instant je n'ai pas un recrutement qui fait que je me sente concerné. Mes limites, je les connais, mais je vais pallier en m'appuyant sur les autres et ça ne m'est pas préjudiciable.

16 - Oui, j'aime bien faire des FMC.

17 - D'un point de vue purement médical, je n'en vois pas tellement.

C'est surtout la gestion de l'entourage qui est difficile, les enfants lorsqu'ils sont loin, le côté invasif, le temps que les choses avancent : « Qu'est-ce qu'on va faire ? Où on en est ? »

Entretien avec le Dr R. à Pornichet, 11 octobre 2010
Homme, médecine urbaine

- 1 - J'ai 64 ans.
- 2 - J'ai commencé en 1976.
- 3 - Non, je n'ai pas eu de formation en gériatrie.
- 4 - C'est autour de 50 %.
- 5 - Je ne la connais pas, c'est très difficile, c'est quand ça commence à débloquer là-haut tout simplement. C'est quand l'entourage, la famille ou les amis, parce que ce n'est pas le patient bien sûr, vous apprend qu'il a fait ci ou ça, qu'il se passe ceci ou cela.
- 6 - J'en suis incapable. Alzheimer ou démences vasculaires ? Je ne vois pas la différence. Lorsqu'il y a des signes suffisants, je demande au neurologue qui fait un scanner, ils ont tous de la tension, je suis entre 80 et 90-95ans, c'est complètement intriqué chez tous. Je ne suis pas un savant, je fais de la médecine générale depuis toute ma vie, je n'ai toujours fait que ça et je ne vois aucune différence. Je ne les envoie pas tous chez le neurologue. Tant qu'il n'y a pas de retentissements sur la vie sociale, je ne les envoie pas, j'assume. Tous ceux qui ont de l'ARICEPT® ou de l'EBIXA®, c'est sûr, ils sont passés chez le neurologue. Après, je les arrête une fois sur deux d'ailleurs.
- 7 - L'entourage, les enfants, l'époux ou la compagne, c'est le plus important. Avant que quelqu'un vous dise qu'il a des troubles cognitifs, vous pouvez y aller. Ma mère est Alzheimer, elle ne me l'a jamais dit, elle m'a dit qu'elle avait des troubles de mémoires, toutes les 30 secondes, elle me pose la même question, donc elle le sait. En dehors de ça, elle ne s'est jamais plainte de rien.
- 8 - C'est toujours sur le témoignage de l'entourage. Évidemment, s'il arrive et qu'il ne reconnaît pas, s'il m'appelle « Bonjour, madame... », enfin, ça n'arrive jamais, parce qu'ils ont tous leurs phrases-types, j'ai quelques cas en exemple. Il y a une, elle fait des phrases, c'est tellement répétitif, on a compris. Celle-ci, la dernière, elle avait 75 ans, j'ai attendu deux ans avant de l'envoyer chez le neurologue, son mari s'en occupait très bien, il n'y avait pas d'urgence, il ne fallait pas la mettre dans un système, etc.
- 9 - Aucun.
- 10 - Aucun.
Enfin, la tension, c'est 80 %. Il y a une prise de sang normale, un bilan standard sans aller tirer dans les coins. Comme, chez les plus de 70 ans, je les vois tous les mois ou tous les trois mois, il y a une prise de sang annuelle, mais quand les troubles s'aggravent, ça ne provoque pas chez moi une prise de sang spécifique.
C'est sûr, on pense à la TSH, on fait la NF, pour voir s'il n'y a pas des anémies. S'il y a une cassure, je me méfie quand même, avant d'envoyer au neurologue, que la VS et la CRP soient normales.
- 11 - Oui
 - 1) C'est le neurologue qui fait la consultation mémoire.
Le psychiatre, jamais, sauf lorsque j'ai besoin de lui, c'est une ou deux fois par an pour des trucs intriqués.
Le gériatre, jamais.
La consultation mémoire pluridisciplinaire à l'hôpital : J'ai une de mes patientes qui y a été cinq fois en un an, c'est sa fille qui était suivie par un ponte parisien qui commandait directement les consultations mémoire. Elle avait des troubles

monstrueux... A la cinquième consultation, elle n'avait toujours pas de traitement. Voilà c'est ça...

Je peux vous dire, j'assume mes angoisses et je ne cours pas sur les spécialistes. Enfin, c'est l'exception, elle me vient en tête, c'est pathognomonique, c'est la fille qui est une grande dépressive qui me dit : « Mais, docteur, il faut faire une hospitalisation de cinq jours, à Paris, c'est ce qu'on fait ». Ils ont pris trois RDV à Heinlex, trois journées d'hospitalisation. Deux contrôles après, il n'y a toujours pas de traitement, j'ai six courriers longs comme ça... Je n'ai pas besoin de ces gens-là pour me faire des conneries comme ça. Ceci dit, je conçois, j'ai fait un blocage sur la fille. Elle me passe au-dessus, ça ne me gêne pas.

- 2) C'est le côté social et il est quand même légitime sur le plan médical, il y a quand même des fois où il y a des minis signes, où il n'y a pas de déficit neurologique, avant de me lancer dans le scanner, l'IRM... Je vous le dis, des scanners, des IRM, directement, j'en demande un ou deux par an pour gagner du temps. J'estime que ce n'est pas dans ma pratique. Je pourrais le faire plus souvent, on gagnerait un peu plus de temps. C'est à ce moment-là que je demande l'avis quelquefois des psychiatres en effet, quand c'est quand même bien intriqué entre la déprime, les troubles cognitifs, et il y a ceux qui masquent bien le psychiatrique. La médecine générale, c'est là où c'est relativement difficile, on a de l'affect pour nos patients. A partir du moment où vous avez de l'affect, on est un peu bloqué. Là, des fois, je demande l'avis du psychiatre pour qu'il me confirme que ce n'est pas de sa partie-là. Il faut voir le nombre de personnes que j'ai sous antidépresseurs, 10 à 30 %, il y a quand même les troubles des médicaments. Sur les statistiques de la caisse, au-dessus de 70 ans, je suis à plus 20 % au-dessus de la moyenne de mes confrères, c'est énorme.

La consultation spécialisée, j'en attends tout. Je ne fais pas une grande consommation de trucs spécialisés, on peut peut-être me le reprocher quelquefois, forcément. Mais une fois qu'il donne un avis, je le suis, il faut être logique.

- 12 - Je suis à peu près le truc. La petite dame qui vient me voir, je me suis occupé de sa belle-mère, de sa maman, elle est allée voir un autre médecin avant, elle me dit : « J'ai des troubles de mémoire ». Je n'y crois pas du tout, mais pour la première fois je lui ai donné, pas le TRIVASTAL[®], mais celui qu'on donne dans les trucs cérébraux et puis, c'est tout. C'est exceptionnel.

Pour les troubles mnésiques, je ne donne pratiquement rien, je commence par donner du KARDEGIC[®] dans le doute, ça coûte pas cher, ça peut rapporter gros.

Pour les troubles thymiques, les troubles dépressifs, je suis aux ADP, DEROXAT[®] and Co. Le DEROXAT[®] est l'un de mes préférés. Je me mets un peu au SEROPLEX[®].

Pour les troubles du comportement, je demande un avis psychiatrique quand même, je n'en demande pas beaucoup. Je peux vous dire que le nombre de gens de 85-90 ans qui n'ont pas de diagnostics précis, on est dans la vieillesse, il y en a qui appelle ça démence. S'il fait son âge et qu'il ne fait chier personne dans la maison de retraite, je ne vais pas aller le lancer. Je vous rappelle que, tous les six mois, il faut les renvoyer chez le neurologue en ambulance pour faire la prescription. Je téléphone au pharmacien, s'il ne le fait pas, il y a des traitements d'ARICEPT[®], qui sautent.

En plus, dans les maisons de retraite, ce sont les gens d'Heinlex, qui viennent, qui sont directeurs de la maison de retraite, vous ne croyez pas qu'ils pourraient se substituer à nous pour faire une prescription ? Je crois que c'est Mme L. B. qui vient, je n'ai rien contre elle, c'est la fonction qui fait qu'elle est là. Et moi, je devrais renvoyer à Heinlex des gens en ambulance allongés pour prescrire de l'ARICEPT[®] ? C'est non, forcément. On ne le dit jamais ça.

L'hôpital, je ne devrais pas vous parler comme ça à vous, qui êtes un futur hospitalier, vous êtes dans un cycle... Nous, on raisonne au coût de l'ambulance, aux coûts de nos

trucs, on a tous nos relevés, on est bien sûr en colère contre l'hôpital parce qu'en permanence, c'est nous qui faisons les bons de transport pour l'hôpital, c'est pour ça qu'on n'est pas augmenté depuis trois ans. J'ai encore envoyé, il y a quinze jours, une fracture à l'hôpital, je ne l'ai pas traité, je n'ai pas de plâtre : « Aller voir votre médecin traitant, il fera votre arrêt de travail et il prescrira l'ambulance ». C'est pour ça qu'on n'est pas augmenté.

13 - Le diagnostic du spécialiste, quelquefois, je remets en cause parce qu'en trois mois, un truc peut se surajouter. Les spécialistes, ici, on a de la chance, les gens en qui on doit ne pas faire confiance, il n'y en a pas. On est quand même globalement bien épaulé même si je suis critique sur l'hôpital.

14 - Je viens de vous le dire mais là-dessus, je ne suis pas compétent. Les centres mémoire d'hospitalisation de jour, je n'y crois pas mais c'est un a priori de ma part donc ça n'a aucune valeur, c'est un jugement personnel. Quand j'envoie à E., à B. ou à Y., j'ai quand même l'impression qu'en une consultation qui doit durer entre trente et cinquante minutes, ils ont fait pratiquement le tour. Cette dame, on m'a demandé de la renvoyer en consultation mémoire, je l'ai renvoyé comme on m'a dit : « Je vous renvoie, au bout de trois mois, le contrôle de sa mémoire qui ne flanche toujours pas ».

Les centres mémoire, ceci dit, c'est parce que je ne les connais pas. Mais quand on entend les commentaires des gens : « Mais, qu'est-ce que vous avez fait à l'hôpital ? », « Ils m'ont mis dans une chaise... ». Surement, tout n'est pas vrai dans ce qu'on me raconte, dans ce qui dit l'entourage. Des fois, je me demande s'ils n'ont pas un peu raison quand même. Donc, les centres mémoire, je ne sais pas ce que c'est.

Mais on a de la chance, ces trois neurologues, ils sont disponibles dans les quinze jours. La journée d'une consultation mémoire, je crois savoir les prix, parce que je suis un peu obsédé par le rapport qualité-prix, à condition d'avoir le diagnostic dans un système ou dans l'autre et le prix d'une journée à l'hôpital avec l'ambulance, en position allongée ou en position assise, la durée des trucs, ça fait combien ça ? 800 €, 1 000 €. La consultation d'E., elle est à combien ? 45 €. C'est du gâchis.

Ce n'est pas pour ça qu'il ne faut pas de centre mémoire à Heinlex, bien sûr qu'il en faut, pour les patients hospitalisés. Je ne dis pas que c'est inutile, il y a sûrement un ou deux patients qui mériteraient peut-être. D'ailleurs, si le neurologue me le demande, je le fais volontiers mais jusqu'à présent, le neurologue assume. Et on a la rapidité, il n'y a pas de souci. S'il n'y a pas la rapidité, on hospitalise. Et on peut vous avoir au téléphone pour avis. La patiente qui voulait être hospitalisée cinq jours, je peux vous dire qu'avec ça, je fais toutes les consultations neurologiques de l'année avec mes patients, je suis dans la moyenne des clientèles. Une personne, c'est ce qui va coûter la totalité de mes patients avec les neurologues et les psychiatres, ce n'est pas sérieux, surtout dans le contexte dans lequel on est.

15 - La réponse est non.

16 - On va quand même dans les réunions des laboratoires. J'avoue, les réunions des laboratoires m'apportent pas mal. Je ne vais pas aux trucs sur l'hypertension, le lancement du dernier hypertenseur, du dernier IPP, je ne sais pas. Mais c'est sûr que les formations médicales après le repas, après notre journée de boulot...

Puis, il y a les brochures quand même. Là-dedans, il y a quand même des articles qui sont vachement bien foutus, qui sont assez clairs. Ceci dit, une formation spécifique me ferait du bien.

17 - Je vais être culotté, je vais dire que je n'ai pas beaucoup de difficultés parce que je suis médecin libéral, j'assume toutes les urgences de mes patients le jour-même, il n'y a pas un patient qui est repoussé au lendemain, sauf si c'est un renouvellement d'ordonnance. S'il y

a un patient qui a une urgence, même s'il y en a quatre ici, j'y vais, que ce soit cardiaque ou d'ordre psychique, je me déplace.

Je viens de vous le dire, on a de la chance, les neurologues, on les a rapidement. Les psychiatres, quand c'est des personnes âgées, c'est un peu plus difficile. Avoir un psychiatre rapidement, ça c'est un problème. Il se trouve que je ne suis pas un grand utilisateur de l'orientation gériatrique de l'hôpital, c'est ma formation qui est comme ça. J'avoue qu'en trois mois, trois fois, j'ai eu recours à eux. Ça aurait pu être mieux mais ils font beaucoup mieux que moi.

Vous savez, quand j'ai une personne seule... Tiens, ma dernière patiente, Mme N., je l'ai eu à midi et demi, elle est sourde, elle vit chez elle, elle me dit : « Oh docteur, j'ai mal aux ovaires ». On m'a appelé samedi pour le renouvellement de l'ordonnance. Je prends la tension, je bricole, je fais le renouvellement, je rajoute des médicaments, je l'allonge sur le lit quand même pour regarder, défense généralisée. Je téléphone à la belle fille, je lui dis : « Qu'est-ce qu'on fait, hôpital ou clinique ? ». Je pensais à une diverticulite, vu ses antécédents, j'ai besoin d'un scanner, d'un avis chirurgical, elle n'a pas de fièvre, donc traitement minime en attendant.

Je lui dis : « Je préfère la clinique parce que ce soir, le scanner sera fait, le chirurgien sera vu, le traitement sera donné, et si tout va bien, ce soir, elle est chez elle ». Les difficultés comme ça, je les règle tous les jours, ça ne me pose pas de problème. Si la belle fille m'avait dit « hôpital », je l'envoyais à l'hôpital avec le même courrier. Donc je n'ai pas de difficultés majeures. La difficulté, c'est quand vous êtes inquiet pour tel ou tel patient.

Concernant l'HAD, j'ai fait mes trois ans et demi d'internat à l'hôpital de Saint-Nazaire, j'ai connu la mise en place de l'HAD où l'HAD partait de Saint-Nazaire pour faire un cytobac au Croisic, alors, on a connu tout ça. En tant que libéral, vous comprenez, ça nous a un peu gonflés. Je fais partie de ces gens qui en avaient un peu marre de l'HAD, qui prenait, en fin de compte, les patients faciles pour infirmières qui voulaient avoir le statut de fonctionnaire ce qui est tout à fait respectable mais qui ne faisait que de la petite pathologie. Ce n'est plus le cas maintenant.

J'ai eu des patients qui sont morts il y a quelques années, quand l'HAD venait, ils étaient deux, ils restaient trois heures, c'est-à-dire des soins qui méritaient l'hôpital mais pour des raisons de calcul de coût, c'était fait comme ça pour le confort du patient. Mais il y a HAD et HAD, les gens comme moi, on a connu l'HAD avec tous les excès, alors là, je tirais à vue, ce qui n'est plus le cas maintenant.

Il faut bien sérier les choses, je suis un vieux médecin, je suis un libéral normal, je crois qu'on a notre place à une condition, qu'on soit avec un pôle hospitalier important et un pôle libéral important sur l'hospitalisation. Sur la gériatrie, la question ne se pose pas en médecine mais sur la chirurgie, il est important que les deux soient comme ça. À ce moment-là, nous, on a le choix et le patient a le choix et tout le monde est gagnant. Je peux vous dire, dans tous les services de chirurgie, je peux aller, n'importe où, à la clinique de l'Europe, à l'Océan, ou à l'hôpital, je m'en fous, ils sont bons partout. Si tout le monde veut aller voir De C., j'envoie tous mes patients, j'ai une confiance totale, comme j'ai une confiance totale dans un ou deux autres chirurgiens du truc. On a du pot.

Regardez, un monsieur de 55 ans qui vient me voir, qui refuse la maladie, il a perdu 6 kg en quatre semaines, il refuse le diagnostic d'un cancer de l'estomac. Je lui propose des spécialistes depuis quatre mois, il refuse systématiquement. Là, il a 60 ans. Depuis trois jours, sa femme me téléphone : « Mon mari va mourir avant Noël ». Je l'ai vu samedi matin à 10h. Il refuse l'hospitalisation, il refuse le spécialiste, je lui mets une lettre de spécialiste, il voit le spécialiste à La Baule, il habite Nantes. J'ai le spécialiste à 16h. Depuis samedi, je l'ai appelé deux fois, le spécialiste, pour lui dire : « Tu vas le voir, tu ne vas pas le voir ? » Ça change etc. J'ai eu quatre coups de fil ce matin entre les filles qui débarquent de Paris, la femme affolée : « Il ne veut pas aller voir le gastro, il veut revenir

vous voir, il a confiance en vous ». Je lui dis : « Non, madame, il faut qu'il aille voir le gastro, je ne vais pas pouvoir le faire rentrer au CHU, le gastro va trouver un moyen ».

Ça, c'est de la médecine que je fais, ce n'est pas une difficulté, ça m'a pris une heure de parlote au téléphone. Samedi, les mêmes discussions, mais ça, ce n'est pas une difficulté. Il y a un gastro qui a pu me rendre service à 16h ! Il refuse l'hospitalisation, il refuse le gastro, j'irais le voir à Nantes, ça fait 8 mois qu'il me refuse tout, il a perdu 25 kg, si vous le voyez, il sort de Buchenwald. J'assume une certaine angoisse de mes patients.

La vraie difficulté, c'est quand on n'a pas la confiance des gens. Les enfants n'ont pas la confiance du médecin et ça, c'est un vrai problème. A chaque fois que je perds le patient, j'en perds deux ou trois par an uniquement à cause de l'entourage. C'est de la souffrance, on ne démérite pas et c'est l'entourage qui est globalement mauvais.

Il y a un monsieur qui est dans la salle d'attente, le fils vient de me téléphoner deux fois en huit jours parce qu'il pense qu'il violente sa mère, qu'il est agressif et on me demande de régler le problème, ça fait deux ans que je l'ai envoyé voir un psychiatre, je n'ai pas besoin de l'avis... Le mec, il est agressif, il est inquiet pour sa mère, je le comprends mais c'est toujours par ces biais-là... Ça, c'est mes grandes difficultés existentielles, d'angoisse. C'est le confort psychologique. Mais je vous dis, je crois qu'on est dans un lieu un peu privilégié.

Sur la prise sociale, je pense qu'il y a eu tellement d'excès pendant quinze ans au moment des années 80, si vous aviez vu le travail, avec notre cher ami L. On prenait les petits vieux qui étaient Alzheimer, on leur faisait voir la mer et après, on leur faisait voir le pont de Noirmoutier, enfin... Je pense qu'il en est revenu lui-même, je pense qu'il doit en rigoler maintenant mais on a connu tout ça, on a connu les centres de santé gratuits face à nous, libéraux, et les mecs trois ans après, ils ont fermé, ils sont partis avec le matériel, ils gagnaient trois fois plus que nous. À cinq heures, c'était fermé, vous comprenez, il y a un petit climat quand même... Je vous rappelle qu'en dehors de Marseille, la seule raffinerie qui est fermée, c'est Donges, ad vitam, le plus longtemps possible. Il y a quand même tout un passé de rivalité. Ça s'est atténué avec le temps et je pense que l'hôpital s'est amélioré.

C'est évident, vous avez les excès de l'hôpital, il y a les excès des libéraux. Ce que je vous ai dit, vous devez être affligé de voir qu'il y a encore des mecs comme ça qui travaillent... Ceci dit, on a beaucoup de chance ici.

Entretien avec le Dr R. à Bourgneuf-en-Retz, 26 octobre 2010
Femme, médecine rurale

- 1 - J'ai 43 ans.
- 2 - J'ai commencé en 1997.
- 3 - Non, je n'ai pas eu de formation en gériatrie.
- 4 - Je dirais 20 %.
- 5 - C'est une perte d'orientation, une perte des repères, que ce soit dans le temps ou dans l'espace. C'est des troubles de la mémoire, des difficultés à répondre au téléphone, à utiliser une alarme, ce genre de choses. C'est des difficultés à gérer ses médicaments, ne plus savoir venir à un RDV chez le médecin, ne plus trouver le cabinet médical. C'est un gros problème pour l'environnement familial.
- 6 - Nous, ce qui est particulier à Bourgneuf, c'est qu'on intervient également au niveau de l'hôpital local qui est passé EHPAD. Avant, c'était un centre de long séjour. Donc, on a beaucoup de déments sur le site. Ce sont des patients qu'on suit puisqu'on est devenu les médecins traitants.
Par contre, au cabinet médical, j'aurais peu de patients déments. Ce que je vais rencontrer, c'est de la maladie d'Alzheimer, des démences vasculaires. J'ai un patient aussi, c'est particulier, le diagnostic, c'est une aphasie progressive primaire. Il n'y a pas de traitement pour ça, c'est problématique.
Ça va être Alzheimer, vasculaire et cette démence-là. Des démences à corps de Lewy, j'en ai eu à l'hôpital mais ces patients sont décédés.
- 7 - C'est un patient qui va avoir de la difficulté à retrouver des dates, à s'orienter, à aller à la banque, à faire les gestes de la vie quotidienne. Il ne va plus savoir prendre ses médicaments, suivre son ordonnance. Il ne va plus savoir gérer son budget avec tous les problèmes que ça peut comporter derrière, tous les abus qui peuvent être fait.
C'est surtout un patient qui va être amené en consultation par son époux ou par son fils, parce qu'un patient qui va venir comme ça en consultation en disant, « Docteur, j'ai des troubles de la mémoire », c'est fréquent mais c'est plus un trouble de l'attention. On avait fait un EPU là-dessus, c'est ce que j'avais retenu. On va lui dire : « Écoutez, je ne pense pas que ce soit inquiétant, c'est plus un trouble de l'attention qu'un véritable trouble de la mémoire, je vous rassure, vous n'avez sûrement pas de maladie d'Alzheimer », surtout quand ils viennent à 50-60 ans.
- 8 - C'est l'époux ou la femme qui va me dire : « J'aimerais bien que vous voyez mon mari parce que je trouve qu'il est bizarre en ce moment. ». Ce sont les enfants qui vont me téléphoner en disant : « Ma mère ou mon père, il y a un problème. ». Ça va être l'âge. Avant 60 ans, je vais être moins inquiète ou je vais me dire : « Ce n'est pas un trouble des fonctions supérieures, il y a peut-être quelque chose derrière, on va peut-être faire un scanner en urgence. ».
- 9 - Je suis à la campagne, je suis débordée, je vais l'envoyer chez le spécialiste. Je vais poser des petites questions mais ça n'aura pas de valeur. Il faut faire le MMS en entier.
Je vais lui demander de dessiner le test de l'horloge, l'épreuve des trois mots et les polygones. Je vais lui demander quelques questions aussi, si je connais bien la famille, sur les enfants, sur la date du mariage, la date de naissance des enfants, le métier qui était fait, ces petites choses-là, basiques, la date du jour, le Président.

10 - Souvent, je fais en même temps un bilan sanguin. On va regarder une numération, on va chercher la fonction rénale, la glycémie, le ionogramme, le cholestérol, la TSH.

Le scanner, je vais attendre que le spécialiste l'ait vu sauf si elle a déjà une pathologie vasculaire à coté ou cardiologique. Là, je vais avoir tendance à demander un scanner en même temps que le RDV chez le neurologue.

11 - Oui

1) Ça va être le neurologue parce qu'on a le Dr V. à Pornic, c'est pratique et gériatre, parce qu'on a une consultation mémoire, ou à Machecoul, ou à l'hôpital de Pornic.

Pluridisciplinaire ? Il n'y a qu'un seul médecin qui gère tout. Enfin, il travaille avec des psychologues et un orthophoniste aussi parce que là, la démence dont je vous ai parlé, il y a eu tout un bilan qui a été réalisé par l'orthophoniste.

2) Je vais faire du débrouillage et je vais dire : « Je crois qu'il faut aller consulter, on va prendre RDV chez le spécialiste, accompagné par quelqu'un de la famille ».

J'en attends une prise en charge et la mise en place des aides nécessaires, savoir s'il faut la mettre en institution. J'ai le cas notamment d'une patiente, qui avait une maladie d'Alzheimer, qui était seul à domicile, qui laissait allumé le gaz. Enfin, ça devenait trop dangereux, ça peut déboucher sur une mise en place en institution parce que la famille comprend bien que ce n'est plus possible. Même si j'ai une idée vague du diagnostic, je ne pourrais pas prescrire le traitement adapté. Je vais être coincé à un moment, donc, de toute façon, il me faut la consultation spécialisée.

12 - Ça peut être un antidépresseur parfois, plutôt des IRS, parce que démence et syndrome dépressif sont un petit peu liés. Ce n'est pas bien accepté, ils ne se rendent pas bien compte de leur état, je ne sais pas si on devrait mettre l'antidépresseur à l'aidant.

S'il y a des troubles du comportement associés, ça peut être des traitements, type EQUANIL[®], RISPERDAL[®], ça dépend. Dans les démences à corps de Lewy, on va éviter les NLP surtout, ça fait des dégâts, attention, attention... Il faut avoir un diagnostic bien posé sauf s'il y a des critères d'urgence, de comportement. Ça peut être un passage en hospitalisation rapide pour débrouiller tout ça et adapter le traitement.

13 - Une fois que j'ai reçu les courriers de tout le monde. En général, c'est le spécialiste qui va faire le diagnostic définitif surtout que la mise en place du traitement, comme je ne suis pas gériatre, ne peut être réalisée que par un spécialiste. Les anticholinestérasiques, je ne pourrais que renouveler la prescription.

14 - Oui, ils vont m'aider dans la prise en charge, le diagnostic et la thérapeutique.

La limite, c'est le temps d'attente pour avoir un RDV. Parfois, les familles sont un peu pressées si les enfants sont loin, le temps qu'ils viennent. Organiser le RDV, ce n'est pas toujours évident. J'ai eu le cas notamment d'un patient que j'ai réussi à envoyer en consultation. Quand on lui a dit « Il faut faire un scanner. », il a dit « On arrête tout, je ne fais pas tout ça. ». On s'est retrouvé bloqué, il n'a pas eu de traitement. Il y a eu une entrée en institution avec rapprochement familial en région parisienne ensuite, j'ai perdu le dossier. Donc, c'est bien mais quand le patient freine des quatre fers, on se retrouve bloqué parce qu'on a avancé d'un pas, puis, on recule de deux.

15 - On pourrait l'être plus, on pourrait faire mieux.

16 - Oui, d'autant plus que nous, on a cet EHPAD qui va devenir, dans les années à venir, un centre pour les démences. Si on doit toujours y accéder, il faut vraiment qu'on soit bien formé.

Ce serait plutôt la FMC, ou sous forme de réunions qu'on peut faire sur deux jours où on peut vraiment plonger dedans, on ne fait que ça, on se remet en question, je trouve ça vraiment bien. La FMC, le soir, on est crevé de notre journée, ce n'est pas toujours là

qu'on retient bien les choses alors que les formations sur deux jours, on est là que pour ça. Je pense qu'il faut bien 48h pour les démences.

- 17 - C'est l'acceptation du diagnostic par la famille même s'ils s'en doutent, et puis ce qui va en découler ensuite pour les patients, s'ils restent à domicile, la mise en place d'aides, qu'ils peuvent mal accepter ou l'entrée brutale en institution surtout quand il est seul.

J'ai eu plusieurs cas de veufs où il faut vraiment les faire rentrer rapidement parce qu'ils se mettent en danger. Là, on les déboussole complètement. Ils perdent le peu de repères qu'ils avaient à la maison, ils se retrouvent en institution, il y a une grabatisation et, parfois, des décès rapides ensuite. Ça va être ça, les difficultés rencontrées.

La gestion du traitement, c'est souvent l'infirmière qui va passer mais qui doit être là lors de la prise des médicaments. Le patient seul, dément, à domicile, c'est très difficilement gérable.

Entretien avec le Dr S. à Nantes, 21 septembre 2010
Femme, médecine urbaine

- 1 - J'ai 46 ans.
- 2 - J'ai commencé en 1998.
- 3 - Non, je n'ai pas de formation en gériatrie.
- 4 - Il y en a beaucoup, je dirais environ 20 %.
- 5 - C'est une perte progressive d'autonomie des gens d'abord, c'est souvent ce que je rencontre. Le mode d'entrée, j'ai constaté chez mes patients, ce sont des signes de dépression. Rapidement, il y a des signes d'anxiété et des troubles de mémoire, dont ils se plaignent ou pas, ça dépend. Ensuite, c'est la perte vraiment de tous les repères.
- 6 - Les plus fréquentes, ce sont les maladies d'Alzheimer. J'ai rencontré des démences à corps de Lewy. Je ne fais pas bien la différence entre chacune, c'est dit par les spécialistes. Il y a, enfin, les démences mixtes, vasculaires, moins fréquentes. Ce sont les trois principales pour moi.
- 7 - C'est en premier lieu la dépression. Ce sont des gens que l'on connaît bien. J'ai 12 ans d'exercice. Tout d'un coup, pour une raison ou pour une autre, ils commencent à être déprimés, à ne plus se sentir utiles... Là, progressivement, les choses se mettent en place.
On rencontre aussi des gens qui font des choses illogiques. J'ai le souvenir d'une patiente que je voyais très peu, qui n'était jamais malade. Quand elle a commencé à me voir, elle faisait des choses aberrantes, elle m'attendait en bas du parking. Une autre dame, c'était la toute première, je me souviens, ses enfants étaient venus déjeuner ; quand ils sont arrivés, elle avait sorti le poulet du congélateur, chose qu'elle n'aurait jamais faite avant.
- 8 - Clairement, dès que d'eux-mêmes, ils me parlent de la mémoire, je fais les tests.
Je suis très sensible à la dépression aussi. Une personne âgée qui commence à déprimer, j'ai peur que ce soit une démence. C'est peut-être pas toujours le cas, mais jusqu'à maintenant, ça s'est quand même assez bien vérifié.
- 9 - Toute une période, j'ai utilisé le MMS. Je ne l'utilise plus. J'utilise maintenant les tests des cinq mots et l'horloge. Je suis allée à une conférence du Dr B., elle a dit que c'était les deux plus importants. Je peux les reproduire facilement, ça ne prend pas de temps.
Puis, le MMS, ils ne comprennent pas très bien, ils se disent : « Vous me prenez pour qui ? Me demander la date ? » Le calcul ? Moi-même, je ne suis pas à l'aise avec le calcul, je me dis : « Est-ce que c'est révélateur ? Je n'en sais rien. » J'ai pris un peu de distance avec ça.
- 10 - Toute seule, je fais un bilan sanguin pour être sûr qu'il n'y a pas d'anomalies biologiques, une NF, un syndrome inflammatoire, un ionogramme pour être sûr qu'il n'y a pas d'hyponatémie, une fonction rénale, une TSH.
Je ne fais pas d'imagerie.
- 11 - Oui, absolument.
 - 1) J'appelle le neurologue ou la consultation mémoire pluridisciplinaire. Je demande aux gens ce qu'ils préfèrent. La consultation mémoire pluridisciplinaire, c'est le CHU, Bellier ou le CHU Nord avec l'équipe des neurologues ? Je fais surtout appel au neurologue dans ce cas, j'avoue que l'hôpital Bellier, je ne le fais pas beaucoup.
 - 2) S'il y a la dépression seule, j'attends. Je ne fais pas appel au neurologue à ce moment-là. j'attends un petit peu de voir comment ça se déroule, je mets un traitement. Quand ils sont déprimés, ils commencent à se plaindre de la mémoire, je commence à parler du neurologue, je fais mes tests et je leur dis : « On les refera

dans deux, trois mois. » C'est souvent trois mois. Je les refais ; si c'est toujours perturbé, il faut faire quelque chose.

J'en attends un diagnostic et la mise sous traitement, bien que...

- 12 - Sur la démence, moi, toute seule, je ne mets rien. Je ne mets pas l'ARICEPT[®], je n'ai pas le droit.

Par contre, j'essaie de gérer au mieux leur dépression ou anxiété. Quand c'est au tout départ, qu'il y a de la dépression, je mets un traitement antidépresseur. Comme ils sont âgés et qu'ils vont être anxieux de toute façon très vite, je mets plutôt une molécule comme la miansérine qui agit bien sur les deux. Je sais qu'elle est bien acceptée par les gériatres et les neurologues.

Pour les troubles du comportement, c'est plus compliqué. S'il n'y a pas de miansérine, j'en mets, ça, c'est sûr, ça aide bien. J'ai rencontré, ce n'était pas une patiente à moi, je l'ai vu en dépannage, elle était très agressive et elle n'avait pas de miansérine. Comme traitement, elle devait avoir du XANAX[®] simplement, j'ai mis de la miansérine. J'ai appelé après le médecin pour avoir des nouvelles, ça avait plutôt bien marché alors que c'est de l'agressivité... Je me suis dit : « Elle est agressive, elle est sûrement anxieuse derrière. » Ça a bien marché.

C'est très compliqué, j'appelle aussi le neurologue. Chez un patient, avec l'aide du neurologue, on avait mis de l'EQUANIL[®]. On n'avait pas mis de miansérine, elle n'avait pas choisi ça mais là, du coup, c'était la neurologue qui avait mis un antidépresseur. C'est un patient que j'ai pris au début de sa maladie, il y avait déjà eu des choses de faite. Après, elle avait rajouté l'EQUANIL[®].

- 13 - Je le fais avec le neurologue, avec. Je ne le fais surtout pas toute seule. Je ne reste pas toute seule sur une chose pareille.

- 14 - Oui, c'est sûrement bien dans le principe mais je n'en ai pas l'expérience. J'ai eu une dame, ce matin, je lui ai proposé de faire un bilan, je ne lui ai pas du tout proposé l'hôpital Bellier... C'est une information que j'ai un peu zappé.

La limite des délais de RDV ? Une fois que j'ai pris la décision de les envoyer chez le spécialiste, j'aime que ça avance. On peut accepter jusqu'à trois mois de délais. Mai 2011 ? Ça commence à faire trop, c'est une limite, ça ne va pas me motiver non plus à appeler.

- 15 - Je dirais oui. C'est un sujet qui m'intéresse depuis un moment et j'ai été confronté vite aux patients âgés. J'ai pris un relais de patientèle, il faut s'adapter aux patients qu'on a. Je suis allée à des formations, je suis allée à deux soirées, dont une qui était faite par la neurologue que j'aime bien, le Dr B., qui était vraiment très didactique.

- 16 - Oui, une FMC, pas une brochure.

- 17 - Les principales difficultés, en premier, c'est que le patient accepte ses limites ; en second, c'est qu'il commence à prendre des dispositions pour l'avenir.

Quand, c'est souvent le cas, on ne connaît pas les enfants, on se sent un peu seul. Cette dame, ce matin, elle a 82 ans, son mari doit en avoir 84, on sent bien qu'ils sont en difficulté. Elle a, je pense, une démence qui débute. Il y a eu un choc émotionnel et j'ai vu les choses se mettre en place très progressivement depuis un an et demi. Lui, il est suivi par un autre de mes confrères, il a fait un malaise dans le cabinet aujourd'hui et je lui avais parlé quelques minutes avant : « Est-ce que vous avez réfléchi à vous inscrire ? » J'insiste beaucoup sur les inscriptions en maisons de retraite en sécurité, en leur disant : « On ne sait jamais. Peut-être que ça ne servira jamais, peut-être dans dix ans... » Pour moi, c'est ça, la difficulté.

Ça, ils n'acceptent pas, même ceux qui ne sont pas malades, qui sont simplement très âgés. Pour moi, c'est un vrai frein et tant qu'ils ne sont pas encore déments, on ne peut pas prendre l'initiative d'appeler les enfants. En plus, il y en a pour qui on n'a pas les

coordonnées. Ce couple-là, on n'a pas les coordonnées des enfants, on sait qu'il y a des enfants, mais tant que les enfants...

L'autre difficulté, c'est peut-être la présence d'esprit des enfants, ils ne se rendent pas compte. Il y a un déni de la famille face aux difficultés de leurs parents, c'est vraiment quelque chose qu'on rencontre très souvent. Je me souviens d'une patiente, ce n'était pas une démence, c'était un autre problème, une dame très âgée. En général, j'ai un bon rapport avec les médecins de l'hôpital, là, le médecin de l'hôpital m'avait dit : « Pourquoi il n'y a jamais d'inscription de faite ? » Je dis : « Attendez, je ne suis que le généraliste... » Elle avait 90 ans, la dame, bien sûr que j'en avais parlé. Mais 90 ans, quand on est complètement autonome, qu'on a toute sa tête, on ne veut absolument pas quitter ses murs. Après, il y a eu un problème de santé autre.

Ce sont les deux difficultés, l'anticipation de l'avenir et le déni des enfants.

Entretien avec le Dr S. à Thouaré-sur-Loire, 11 octobre 2010
Homme, médecine urbaine

- 1 - J'ai 54 ans bientôt.
- 2 - J'ai commencé en 1992.
- 3 - Non, je n'ai pas eu de formation en gériatrie.
- 4 - Ça doit être de l'ordre de 20 %, d'après les relevés.
- 5 - C'est une bonne question ça, compliquée. Je parlerais de perturbations psychiques d'origines multiples parfois et de composantes aussi multiples parce qu'on a aussi bien des troubles qui peuvent se présenter de manière différente, cognitivo-comportemental, désorientation. La définition, pour moi, n'est pas très nette.
- 6 - C'est une question extrêmement difficile à mon avis, parce qu'on mélange beaucoup les types de démences.
Pour la petite histoire, j'ai fait neurochirurgie quand j'étais jeune. On décrivait toutes les démences, que ce soit Alzheimer, Pick, etc. Depuis quelques années, quand même, on regroupe beaucoup de choses sous Alzheimer. Moi, je me bats un petit peu contre ça parce que je trouve qu'il y a beaucoup de démences qui sont étiquetées « Alzheimer » qui n'en sont pas...
Par rapport aux courriers que je peux recevoir, quand on voit ce qui est classé, on a quand même une majorité d'Alzheimer. On a quelques démences à corps de Lewy, vasculaires aussi. Je dirais séniles quand même malgré tout même si c'est un terme qui est... C'est moi qui le rajoute.
En proportion, c'est Alzheimer maximum, je vais dire 70 %, 10 % de démences à corps de Lewy, 20 % de démences vasculaires et quelques démences séniles, non étiquetées, en rapport avec l'âge.
Quand j'étais jeune justement, l'Alzheimer, on disait que c'était une démence de jeune, qui survenait parfois à 45 ans et qu'on en survivait très peu. Au bout de cinq ans, on était décédé mais comme la plupart des démences souvent. Aujourd'hui, les démences d'Alzheimer, on fait le diagnostic à 80 ou 90 ans ; dans le temps, on les appelait séniles tout simplement, ils étaient âgés. Je veux bien qu'on ait des troubles plus ou moins caractéristiques, bien souvent, ça ne l'est pas tant que ça.
- 7 - Ce sont certains oubliés. Oubliés notamment dans leurs histoires, dont ils devraient se souvenir, des enfants, des choses comme ça, certains troubles de fonctionnement, la classique paire de lunettes oubliée dans le congélateur. Ça n'arrive pas souvent, mais dans le frigo, ça arrive. A la limite, je dirais des troubles du comportement, c'est difficile à dire comme ça à brûle-pourpoint mais plutôt une bizarrerie dans leurs comportements ou dans leurs réflexions.
- 8 - Soit ce sont les patients qui estiment avoir des troubles, parce qu'ils s'en sont rendus compte ou parce que leurs conjoints ou leurs familles leur ont dit, soit ce sont les familles qui nous appellent, en disant : « Dites donc, vous allez voir mon père ou ma mère, ou mon mari, ma femme et on trouve qu'il y a quelque chose ». A ce moment-là, on va être amené à faire quelques petits tests simples au départ et puis, à leur dire après : « Ce serait peut-être bien qu'on teste un petit peu mieux... »
- 9 - J'utilise le classique MMS mais pour moi, ce n'est pas le mieux. Il est surtout un test de débrouillage. Ce que j'aime bien, c'est le test de l'horloge, rapide et très révélateur. Je trouve que c'est peut-être celui qui est le plus révélateur. Le test des cinq mots, c'est après dans le contexte.

10 - A la limite, je n'en fais pas. Si ça me paraît vraiment être démentiel, je vais l'adresser à un neurologue pour traitement.

La biologie classique, on l'a déjà faite en général, notamment un ionogramme, une NF, une CRP par principe. Ce que j'appelle le bilan standard, mais ça ne rentre pas vraiment dans le cadre des démences, c'est vérifier le foie, les reins. Pour les fonctions supérieures, je suis plus amené à vérifier l'ionogramme et la fonction rénale. La thyroïde, ça varie, les vitamines, jamais, enfin, la vitamine D mais ça n'entre pas dans le cadre de la démence.

Si j'ai un gros doute, je vais faire un scanner pour ne pas passer à côté d'autre chose. Si j'affirme déjà qu'il y a un syndrome démentiel et que je ne vois pas d'origine « pathologique », je laisse le neurologue le faire parce qu'il le fera. J'estime parfois ne pas en avoir besoin.

11 - Oui

1) Ça va être neurologue ou gériatre.

Pour les examens complémentaires, si on pense à une démence vasculaire, que la personne n'est pas trop âgée, on va l'envoyer chez le cardiologue-angéiologue. Parfois, j'ai l'exemple, il y a une bonne année, d'un patient, on a découvert des troubles vasculaires. On n'est pas trop clair sur le nom mais c'est une espèce de Parkinson vasculaire, il était légèrement hypertendu mais contrôlé. Compte tenu de son problème, en poussant les examens, on s'est rendu compte que c'était moins contrôlé qu'on ne le pensait.

2) Le moment, c'est variable, ça dépend de la pression des familles aussi, de la personne, de ce qu'elle veut ou de ce qu'elle ne veut pas. Si l'on envisage un traitement, je l'envoie le plus vite possible.

C'est la mise sous traitement. Ce qui est intéressant parfois, c'est de confronter nos avis, pour savoir s'il faut mettre sous traitement ou pas déjà.

12 - Je mets en place des traitements symptomatiques, sauf quand on peut penser qu'il y a une dépression à l'origine. J'essaie de dépister la dépression avant, quitte à faire un traitement d'épreuve comme il est recommandé d'ailleurs, pour voir si l'on a une amélioration des fonctions cognitives. A priori, en première intention, j'utilise des sérotoninergiques plus volontiers. Dans certains cas, on va être amené à mettre les IRSNa, noradrénergiques parce qu'on a des arguments pour se dire : « Là, il y a peut-être un petit déficit... ». Ce sont les deux classes principales. Je n'utilise quasiment plus les tricycliques, sauf en cas de résistance et qu'on est persuadé qu'il y a un syndrome dépressif.

Après, sur les troubles du comportement, on va utiliser des NLP, en fonction de l'efficacité en restant symptomatique.

13 - En général, c'est plutôt le neurologue ou le gériatre. Si, après, je ne suis pas d'accord, je lui dis. Si on n'arrive pas à tomber d'accord finalement, je reste un peu sur ma position. De toute façon, il n'y a pas beaucoup de différence si ce n'est quand même que, au jour d'aujourd'hui, on a surtout des traitements pour l'Alzheimer, pour éviter le déclin. On ne risque pas forcément grand-chose même si on se trompe. Donc je ne suis pas forcément contre faire un traitement, même si je n'en vois pas l'utilité.

14 - Dans un certain nombre de cas, oui. C'est utile aussi pour les cas compliquées, ceux qui ne rentrent pas dans le cadre de ce qu'on connaît. C'est parfois utile d'avoir un avis complémentaire et ils ont certainement plus le temps de faire des tests, un balayage plus large qu'on ne le fait. Les tests, pour un certain nombre, on sait les faire, mais l'interprétation n'est pas toujours évidente, il faut avoir du temps pour les interpréter. Eux ont l'habitude, ils font ça régulièrement, donc ce n'est pas plus mal.

Il y a une limite financière. Si l'on veut envoyer tous les gens qui ont des troubles, ça va coûter horriblement cher et ça n'aura pas forcément un gros intérêt parce qu'il y aura un

dépistage mais il y aura beaucoup de « non-dépistages », qui ne s'avéreront pas positifs. Je crois quand même qu'il faut qu'on fasse notre travail avant, faire le tri, on a fait des études pour ça.

15 - Je l'ai été. Au jour d'aujourd'hui, il y a eu un certain nombre de progrès et je pense que je ne suis pas au courant de tout.

16 - Oui, certainement, probablement plutôt sous la forme d'une FMC, ce que l'on a déjà de temps en temps, une remise à jour des connaissances, ça peut être à la soirée ou lors d'un week-end. Ça peut nécessiter, pour les formations aux tests qu'on peut faire, un peu plus de temps en atelier.

Ce n'est pas simplement didacticiel. Je pense que c'est aussi utile pour qu'on puisse faire les tests au cabinet et en tirer quelque chose, il faut qu'on ait l'habitude. Faire un test de l'horloge, comme on dit, c'est simple, mais l'interprétation n'est pas si simple que ça parce que ça peut être « oui-non » mais il y a des cotations quand même qu'il faut connaître. Si on ne le fait pas régulièrement, on ne les connaît pas. L'interprétation est difficile, même dans d'autres tests. J'avais fait des trucs sur les tests et l'évaluation des dépressions, on avait essayé de faire des choses entre médecins généralistes et psychiatres, on ne cotait pas du tout la même chose. Pour qu'on s'entende, il faut arriver à une comparabilité, c'est surtout ça.

17 - La principale difficulté, je pense que c'est de savoir qui il faut traiter et jusqu'où il faut aller, parce qu'on a l'impression qu'il y a une débauche, chez certains, d'exams, de traitements qui ne servent pas à grand-chose. On nous dit qu'il faut le faire, on le fait mais je me rappelle ma formation et je m'aperçois que, parfois, ce que je dis n'est pas entendu, ce que je fais ou ce que je ne fais pas peut m'être reproché parce que quelqu'un va dire qu'il faut le faire. On s'aperçoit à la longue que, finalement, on n'a pas toujours tort de ne pas faire ou de faire. Les limites, elles sont là. Au jour d'aujourd'hui, il suffit que quelqu'un décide qu'il faut faire quelque chose pour que tout le monde le fasse.

Ça coûte cher quand même, et, malheureusement et heureusement, notre population vieillit, on n'est pas tous identiques et je pense qu'il faut qu'on arrive à trouver un consensus, là aussi, sur ce qu'on peut faire ou ne pas faire.

Sur le plan social, on a certainement pas mal de difficultés. D'abord, on ne connaît pas tout. On adresse actuellement souvent aux CLIC quand on a des problèmes mais même là, ils ne débrouillent pas toujours le problème. Ce n'est pas si simple pour les familles et l'entourage. On voit des situations où un couple existe depuis déjà un bon moment, âgée, l'un a des problèmes qui sont plus de la médecine classique, physique et se pose le problème, à ce moment-là, de ce qu'on va faire de l'autre personne. J'ai eu le cas cet été. Lui avait une démence d'origine vasculaire, c'est moi qui l'ai établi comme tel. Ils vivaient tous les deux. Il a fallu, elle, l'hospitaliser pour un travail chirurgical, il a fallu placer son mari qui ne pouvait rester seul. Quelque part, dans l'été, il est décédé, je pense qu'il ne serait pas décédé s'il n'y avait pas eu ça. Il n'était pas tout jeune, il ne faut pas s'en vouloir non plus mais je pense que la situation n'a rien arrangé aux choses.

Il n'y a pas de structures majeures pour ça et même les structures qui existent sont souvent surchargées. Quand on aimerait une hospitalisation parce qu'on voit que ça ne se passe pas bien, on commence par un RDV à Bellier qui peut être déjà un petit peu long à avoir, le problème est parfois passé avant que le RDV n'ait eu lieu.

Entretien avec le Dr V. à Saint-Michel-Chef-Chef, 28 septembre 2010
Homme, médecine rurale

- 1 - J'ai 54 ans.
- 2 - C'est le 4 février 1985.
- 3 - Non, je n'ai pas de formation en gériatrie.
- 4 - Je n'en sais rien, ça doit représenter pas loin de 25-30 %.
- 5 - Ce sont des troubles des fonctions supérieures. Chez la personne âgée, le plus souvent, il y a des troubles de l'orientation, dans le temps, dans l'espace et des troubles praxiques aussi. On a un problème d'insociabilité puisqu'au bout du terme, on est obligé de les placer, comme on dit.
- 6 - Il y a les maladies d'Alzheimer, les démences vasculaires, des démences frontales aussi. C'est plus les spécialistes qui font le diagnostic précis ; le diagnostic, on le fait qu'après les avoir envoyé chez un spécialiste, neurologue ou gériatre. Il y a des gériatres qui assurent des consultations sur l'hôpital de Pornic. Je les envoie quand il semble qu'il y a quand même quelques troubles mnésiques. On a peut-être plus d'Alzheimers quand même, ce sont les démences dégénératives. Des démences vasculaires, il y en a mais elles sont en moins grande proportion.
- 7 - En général, ils nous sont rapportés par l'entourage. Ça commence par des troubles de mémoire.

Ça peut être les patients eux-mêmes qui nous rapportent qu'ils ont des troubles de mémoire auxquels on attribue une importance ou pas. C'est à nous de cerner quels sont réellement ces troubles de mémoire, ça peut être des troubles de l'attention tout simplement parce qu'il y a des préoccupations d'ordre psychologique. Ce sont les tracasseries familiales par exemple, qui font que les gens sont tracassés, ils n'ont pas de réels troubles de mémoire. Quand on a des troubles de mémoire réels, « J'oublie mes clés, je ne sais plus ce que je fais de telle ou telle chose, j'oublie régulièrement des choses. », quand ce sont des choses de la vie courante, on se préoccupe effectivement du cas. Après, ça peut être des troubles de l'orientation qui peuvent nous orienter. On a des gens qui disent : « Je suis allé là, je ne me souvenais plus de la route alors que j'y vais régulièrement. »

Puis, il y a l'entourage qui nous rapporte quand il y a des troubles qui les inquiètent un petit peu. Ça peut être des troubles du comportement, des oublis fréquents de choses courantes de la vie quotidienne.
- 8 - C'est systématique quand il y a un trouble de l'orientation. En général, je demande souvent un bilan pour les troubles de mémoire de la vie courante.

Je le fais aussi quand les enfants nous rapportent des choses aberrantes. On en n'est pas que pour les troubles de comportement graves, heureusement, les fugues, etc.
- 9 - Il y a le MMS. Quand il est assez parlant, on passe la main.
- 10 - On va peut-être faire un bilan classique pour savoir s'il y a des troubles ioniques par exemple. On fait la créatininémie et le ionogramme pour savoir s'il n'y a pas un problème rénal, la NF, la VS, on ne sait jamais s'il y a une anémie et, puis, une TSH, un diabète, le cholestérol.

Je passe très facilement la main, je ne fais pas souvent d'imagerie pour la bonne raison que le neurologue va le faire et, s'il y a eu un bilan, il aura l'imagerie plus tôt. Éventuellement, on peut demander un scanner s'il y a un doute et que ça peut être vasculaire. Mais bon, assez volontiers, je passe la main très vite, d'autant plus qu'on a des RDV chez le neurologue qui sont assez rapides. Ça ne pose pas de problème.

- 11 - Oui.
- 1) C'est le neurologue en premier, le gériatre intégré à la consultation mémoire après.
 - 2) Je le fais quand il y a des anomalies au MMS non expliquées par la prise de sang. J'en attends un bilan complet, un diagnostic précis d'autant plus qu'on ne peut pas traiter.
- 12 - Si ce sont des troubles qui nous paraissent complètement légers, sans gravité, peu vraisemblablement d'origine dégénérative ou vasculaire grave, je vais essayer le TANAKAN[®] éventuellement, un petit traitement vasculaire de ce type-là. Je l'ai fait un moment.
- S'il y a un contexte d'angoisse, d'anxiété, on essaye de traiter l'anxiété, on met un petit anxiolytique léger. L'homéopathie, ça m'arrive aussi.
- Si on a un diagnostic de démence, c'est le neurologue qui voit. Il y a d'autres démences dégénératives, qui ne sont pas Alzheimer. J'ai un patient qui devient un peu dément, c'est une maladie neurologique à dégénérescence supra-nucléaire, une paralysie supra-nucléaire progressive.
- 13 - On fait le diagnostic définitif quand on a le courrier du neurologue qui nous dit : « On pense être devant une démence d'ordre Alzheimer ou vasculaire ou frontale. »
- 14 - Je trouve ça très bien parce qu'ils débrouillent des fois les cas qui ne sont pas évidents. Pour un dépistage précoce, je trouve que c'est pas mal.
- Le seul problème, c'est que, quand on demande un RDV, on l'a trois mois après.
- 15 - Je ne vais pas dire suffisamment parce qu'on pourrait l'être davantage. Là aussi, c'est une question de disponibilité, de temps. Pour la formation, ce n'est pas facile, on a déjà des grosses journées. Mais on n'est sans doute pas suffisamment formé. On pourrait sans doute dépister plus tôt certains Alzheimers ou certaines démences. Maintenant, ceci dit, ça ne change pas grand-chose, les déments, quand ils sont pris en charge, ça stabilise un petit peu l'évolution. Mais après, ça décroche.
- 16 - Oui, des brochures, une FMC, il faut être disponible aussi, c'est le soir. La FMC, ce n'est pas mal non plus, avoir affaire à des spécialistes. Par internet, il m'arrive des fois d'aller sur certains sites médicaux.
- 17 - Dans le diagnostic, ce sont les délais de consultation chez le spécialiste. C'est pour ça que je fais souvent appel au neurologue, les délais sont beaucoup plus courts, je trouve que ce n'est pas mal. La consultation mémoire à l'hôpital, c'est bien quand on a des troubles qui nous paraissent mineurs, on peut demander un RDV quelques mois plus tard. C'est vrai qu'il y a un suivi en général, c'est bien, ils demandent à les revoir. J'ai un Alzheimer qui a été diagnostiqué en consultation mémoire, il est suivi, il est régulièrement convoqué, c'est bien. Le neurologue, ça ne fait que quelques années qu'il est là et on commence à voir les délais se rallonger aussi.
- La prise en charge, il y a le traitement et après, on fait appel à des aides bien sûr, quand c'est nécessaire. La difficulté, quand c'est très évolué, c'est de réussir à les placer, ce n'est pas toujours évident. Soit ce sont des établissements spécialisés, auquel cas il faut attendre, soit ce sont les maisons de retraite qui ne les accueillent pas forcément. Maintenant, on a de plus en plus d'établissements, effectivement, qui ont des cantous, on y arrive quand même. Ça ne pose pas trop de problèmes, on essaie de voir avec la famille, l'entourage. Je ne vais pas dire que j'ai rencontré beaucoup de problèmes.
- C'est quand ce sont des personnes âgées vivant seules chez elles, là, ça pose des problèmes. Tant qu'il n'y a pas de gros troubles, il y a l'entourage, les voisins, ça ne se passe pas trop mal. Quand ça s'accroît, là, c'est difficile... Il faut quand même des gens qui les prennent en main dans l'entourage. J'en ai un, ça commence à être sérieux puisque

jusqu'à maintenant il conduisait, on lui a dit « Non, il vaut mieux pas. » parce qu'il s'était perdu. Heureusement, il a quelqu'un qui s'occupe de lui. Pour l'instant, il reste encore chez lui. Mais bon, ça ira jusqu'à un certain stade... Il y a des fois où ce n'est pas toujours évident quand il y a des troubles importants. Souvent, on est obligé de passer par l'hôpital, la convalescence, et après on essaie de trouver une solution.

En général, il y a des aides ménagères, des aides soignantes voire des infirmières, on arrive à créer un petit réseau qui fait qu'on arrive à les garder longtemps, jusqu'à des stades avancés.

Entretien avec le Dr Z. à Vigneux-de-Bretagne, 28 septembre 2010
Homme, médecine rurale

- 1 - J'ai 47 ans.
- 2 - C'est le 1^{er} janvier 1996.
- 3 - Non, je n'ai pas de formation en gériatrie.
- 4 - Elle est de 7,2 %.
- 5 - C'est une altération des fonctions supérieures prédominant sur différents versants. Ça peut être la mémoire, la praxie, les problèmes phasiques, etc.
- 6 - Je dirais plus de 80 % de démences séniles. Dans la démence sénile, pour moi, il y a une notion d'âge mais il y a aussi une notion de perte très progressive des fonctions supérieures. On assiste même à une stabilité, on le voit en maison de retraite. Je suis une personne depuis 15 ans, ça se dégrade tout doucement, on a l'impression que c'est le vieillissement normal du cerveau.

Après, il y a la maladie d'Alzheimer mais des vrais Alzheimers, je trouve qu'il n'y en a pas beaucoup. J'ai vu une fois une personne âgée, elle a terminé vraiment à l'état fœtal, la décroissance s'est produite en deux ans, c'était assez impressionnant. Elle était retournée à l'état embryonnaire.

Sinon, j'ai eu quelques démences artériopathiques, vasculaires, très fluctuantes dans le temps.

Il y a enfin quelques démences d'origine alcoolique ou métabolique, c'est quand même plus rare.

Il y a des démences évidemment curables, on se demande si la personne interrogée n'a pas chuté dans les semaines pour chercher l'hématome sous-dural. Il faut regarder aussi sa démarche pour les hydrocéphalies à pression normale, s'il marche un peu comme ça, s'il urine sur lui.
- 7 - Ça dépend du versant qui est atteint en fait. Ce qui revient le plus souvent, ce sont les troubles de mémoire et les troubles de l'attention.
- 8 - Pour être franc, en premier, c'est la famille qui nous alerte souvent, ce n'est pas tout à fait à notre honneur. Quand on voit un patient très régulièrement, on a tendance à s'habituer.

Des fois, il est bon de se dire : « Tiens, aujourd'hui, je vais lui faire un test des fonctions supérieures. » Il faut se poser la question régulièrement : « Tiens, je vais évaluer sa mémoire, voir s'il n'est pas aphasique, s'il n'a pas des troubles de la praxie, etc. »
- 9 - Je fais le MMS, j'ai des formulaires tout prêts, je leur fais faire une horloge après, le petit dessin à alterner entre triangles et rectangles, de façon à aller relativement vite.

D'autre part, après, je leur fais faire le salut militaire, des gestes abstraits, ce qu'on a appris lors de nos études, sans trop aller dans les détails. Il y a une notion de temps.

Quand ça devient un peu plus complexe, quand j'ai un petit doute, c'est le neurologue qui termine l'examen.
- 10 - Je fais un bilan de sang standard, NFS, CRP voire VS, un ionogramme, un bilan hépatique, un bilan thyroïdien, une glycémie, tout ce qui est facteur de risques cardio-vasculaires. Je me fais aider d'un neurologue quand même, ils ont des tests plus poussés, ils prennent plus de temps, il demande l'imagerie généralement.

Pour l'imagerie, ça dépend, c'est soit eux soit moi.
- 11 - Oui.
 - 1) Je fais appel au neurologue.

- 2) Ils ont plus de temps, plus d'expérience aussi, pour les cas limites, les MMS à 25 sur 30. Il y a aussi la culture du patient, quand on les fait compter, il y en a qui ne sont pas allés à l'école, qui ne savent pas lire, ni écrire, ni compter. Ce n'est pas évident. Le neurologue interprète mieux, je pense.

En général, il y a éventuellement un traitement à débiter. Ils peuvent me dire : « Non, ce n'est pas suffisant. » Inversement, j'ai eu le cas d'un neurologue qui a dit que c'était une démence, la personne n'était pas de la région, a été consulté un autre neurologue qui n'a pas du tout suivi le diagnostic du premier. Ça prouve bien que ça n'est pas toujours évident.

- 12 - Alors, là... Ce n'est pas des traitements médicamenteux, c'est plus de la prévention. Il faut s'assurer si la patiente est un peu démente : « Est-ce qu'elle est seule à domicile ? Est-ce qu'elle est bien entourée ? Est-ce qu'elle a de la famille pas loin ? Est-ce qu'il faut faire venir l'infirmière, l'aide soignante, etc. ? » C'est plus organiser son quotidien.

Si c'est une démence, à part l'ARICEPT®, je ne vois pas. Sinon ce sont des démences curables, on l'a déjà évoqué. Les vasodilatateurs, je ne vois pas l'intérêt.

Effectivement, on peut mettre un traitement antidépresseur, un IRS type DEROXAT®.

- 13 - Je le fais sur un faisceau d'arguments. Si c'est une démence vasculaire, on voit tous les facteurs de risque cardio-vasculaire plus la notion de démence fluctuante. C'est suivant l'évolution, il faut quand même un certain suivi, on ne peut pas faire ponctuellement un diagnostic de démence en voyant une seule fois une personne. Encore, ça dépend, ça m'est arrivé une fois.

- 14 - Je ne les connais pas trop, je sais qu'il y a une patiente qui a eu un traumatisme crânien avec un hématome intracérébral suite à une chute et qui va aller justement à une consultation mémoire. Elle est très déprimée, elle parlait de mort, elle va à l'hôpital Bellier. J'attends avec impatience le compte-rendu pour voir ce qu'ils font. On n'est pas trop informé.

- 15 - Non, ce n'est pas un sujet qui me passionne vraiment, ça rentre en ligne de compte quand même.

- 16 - Je fais une formation régulièrement au CHU, je pense que je proposerais le thème de ce sujet sur les démences pour l'année prochaine, on ne l'a pas évoqué depuis longtemps. Je fais partie d'une autre FMC avec des médecins généralistes. Il faut des présentations de cas clinique et, parallèlement, faire des recherches par soi-même.

- 17 - Quelquefois, les familles ont du mal à percevoir la démence, ça m'est arrivé une fois d'avoir une patiente qui avait une démence vasculaire, le cerveau avait plein de lacunes mais la démence était très fluctuante. Des fois, elle était vraiment très bien, la famille ne comprenait vraiment pas. Je lui ai présenté une boîte d'épingles et je lui ai dit de manger les épingles et elle a commencé à les mettre... Et la famille : « Ah oui, effectivement, il y a vraiment un problème... » Quelquefois, il est bon de prouver la réalité des troubles.

Je n'ai pas vraiment de difficultés, c'est plus pour préparer l'environnement, pour organiser la vie à domicile de ce patient lorsque la famille souhaite qu'il reste à domicile. Il faut mettre les aides en place mais ça se fait un peu naturellement. En maison de retraite, il n'y a pas trop de problème. Ce sont les familles qui rencontrent des difficultés, elles vivent ça au quotidien. Nous, à la limite, on fait le diagnostic, on organise la venue de l'infirmière, tous les soins paramédicaux. Il y a les complications qui peuvent survenir au fil du temps, mais je ne trouve pas qu'il y a de vraies difficultés.

Etat des lieux du diagnostic et de la prise en charge des troubles des fonctions supérieures de la personne âgée par le généraliste en Loire-Atlantique : enquête auprès de 30 médecins généralistes.

RESUME

Les démences sont un enjeu majeur de santé publique pour demain.

L'objectif de cette enquête qualitative descriptive et déclarative réalisée auprès de médecins généralistes en Loire-Atlantique est de faire un état des lieux de la pratique face aux troubles des fonctions supérieures de la personne âgée.

Le bilan de ces 30 entretiens est assez contrasté : des connaissances théoriques insuffisantes, le dépistage trop tardif, un recours au spécialiste systématique, les neuroleptiques trop fréquemment prescrits. Les généralistes ont conscience de leurs lacunes et sont prêts à se former.

La principale difficulté rencontrée par les généralistes est la prise en charge médico-sociale. Elle peut être assurée par les centres mémoires, mais les généralistes connaissent mal cette possibilité. Il faut donc plus de communication de la part de ces structures.

MOTS-CLES :

- Médecine générale
- Démences
- Dépistage
- Prise en charge
- Centres mémoire