

2024-2025

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en MEDECINE GENERALE

**REPERAGE DES TROUBLES
COGNITIFS CHEZ LE PATIENT DE
PLUS DE 65 ANS :
OPINIONS DES MEDECINS
GENERALISTES.**

**ENTRETIENS AVEC DES MEDECINS DE MAYENNE ET
D'ILLE-ET-VILAINE.**

GODEY Thibaut

Né le 19 Mai 1993 à Rennes (35)

MOULIN Anne-Judith

Né le 06 Décembre 1994 à Melun (77)

Sous la direction du Pr CONNAN Laurent

Membres du jury

Pr BELLANGER William | Président

Pr CONNAN Laurent | Directeur

Dr HAUZERAY Christelle | Membre

Soutenue publiquement le :
23 Juin 2025

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné GODEY Thibaut
déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant(e) le **10/03/2025**

Je, soussignée MOULIN Anne-Judith
déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiante le **10/03/2025**

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu (e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré (e) et méprisé(e) si j'y manque ».

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

Doyen de la Faculté : Pr Cédric ANNWEILER

Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie : Pr Sébastien FAURE

Directeur du département de médecine : Pr Vincent DUBEE

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	PHYSIOLOGIE	Médecine
ANGOULVANT Cécile	MEDECINE GENERALE	Médecine
ANNWEILER Cédric	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT	Médecine
ASFAR Pierre	REANIMATION	Médecine
AUBE Christophe	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
AUGUSTO Jean-François	NEPHROLOGIE	Médecine
BAUFRETON Christophe	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
BELLANGER William	MEDECINE GENERALE	Médecine
BEOLONCLE François	REANIMATION	Médecine
BIERE Loïc	CARDIOLOGIE	Médecine
BIGOT Pierre	UROLOGIE	Médecine
BONNEAU Dominique	GENETIQUE	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
BOUET Pierre-Emmanuel	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
BOURSIER Jérôme	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
BOUVARD Béatrice	RHUMATOLOGIE	Médecine
BRIET Marie	PHARMACOLOGIE	Médecine
CAMPONE Mario	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
CASSEREAU Julien	NEUROLOGIE	Médecine
CLERE Nicolas	PHARMACOLOGIE / PHYSIOLOGIE	Pharmacie
COLIN Estelle	GENETIQUE	Médecine
CONNAN Laurent	MEDECINE GENERALE	Médecine
COPIN Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
COUTANT Régis	PEDIATRIE	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	PHYSIOLOGIE	Médecine
CRAUSTE-MANCIET Sylvie	PHARMACOTECHNIE HOSPITALIERE	Pharmacie
DE CASABIANCA Catherine	MEDECINE GENERALE	Médecine
DERBRE Séverine	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
DESCAMPS Philippe	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
D'ESCATHA Alexis	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
DINOMAIS Mickaël	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION	Médecine

DUBEE Vincent	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES	Médecine
DUCANCELLA Alexandra	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
DUVERGER Philippe	PEDOPSYCHIATRIE	Médecine
EVEILLARD Matthieu	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
FAURE Sébastien	PHARMACOLOGIE PHYSIOLOGIE	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	ANATOMIE	Médecine
FOUQUET Olivier	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
FURBER Alain	CARDIOLOGIE	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	PNEUMOLOGIE	Médecine
GOHIER Bénédicte	PSYCHIATRIE D'ADULTES	Médecine
GUARDIOLA Philippe	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
GUILET David	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
HUNAULT-BERGER Mathilde	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
JEANNIN Pascale	IMMUNOLOGIE	Médecine
KAZOUR François	PSYCHIATRIE	Médecine
KEMPF Marie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
KUN-DARBOIS Daniel	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE	Médecine
LACOEUILLE FRANCK	RADIOPHARMACIE	Pharmacie
LACCOURREYE Laurent	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	Médecine
LAGARCE Frédéric	BIOPHARMACIE	Pharmacie
LANDREAU Anne	BOTANIQUE/ MYCOLOGIE	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION	Médecine
LEBDAI Souhil	UROLOGIE	Médecine
LEGENDRE Guillaume	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
LEGRAND Erick	RHUMATOLOGIE	Médecine
LEMEE Jean-Michel	NEUROCHIRURGIE	Médecine
LERMITE Emilie	CHIRURGIE GENERALE	Médecine
LEROLLE Nicolas	REANIMATION	Médecine
LIBOUBAN Hélène	HISTOLOGIE	Médecine
LUQUE PAZ Damien	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE	Médecine
MARCHAIS Véronique	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
MARTIN Ludovic	DERMATO-VENEREOLOGIE	Médecine
MAY-PANLOUP Pascale	BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION	Médecine
MENEI Philippe	NEUROCHIRURGIE	Médecine
MERCAT Alain	REANIMATION	Médecine
ORVAIN Corentin	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
PAISANT Anita	RADIOLOGIE	Médecine
PAPON Nicolas	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	MEDICALE	Pharmacie
PELLIER Isabelle	CHIMIE GENERALE	Médecine
	PEDIATRIE	

PETIT Audrey	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
PICQUET Jean	CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE	Médecine
PODEVIN Guillaume	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
PROCACCIO Vincent	GENETIQUE	Médecine
PRUNIER Delphine	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
PRUNIER Fabrice	CARDIOLOGIE	Médecine
PY Thibaut	MEDECINE GENERALE	Médecine
RAMOND-ROQUIN Aline	MEDECINE GENERALE	Médecine
REYNIER Pascal	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
RIOU Jérémie	BIOSTATISTIQUE	Pharmacie
RINEAU Emmanuel	ANESTHESIOLOGIE REANIMATION	Médecine
RIQUIN Elise	PEDOPSYCHIATRIE ; ADDICTOLOGIE	Médecine
RODIEN Patrice	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
ROQUELAURE Yves	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
ROUSSEAU Audrey	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROUSSEAU Pascal	CHIRURGIE PLASTIQUE, RESTRUCTRICE ET ESTHETIQUE	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROY Pierre-Marie	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
SAULNIER Patrick	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
SERAPHIN Denis	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
SCHMIDT Aline	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
TESSIER-CAZENEUVE Christine	MEDECINE GENERALE	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	PNEUMOLOGIE	Médecine
UGO Valérie	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
URBAN Thierry	PNEUMOLOGIE	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	PEDIATRIE	Médecine
VENARA Aurélien	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
VERNY Christophe	NEUROLOGIE	Médecine
WILLOTEAUX Serge	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

AMMI Myriam	CHIRURGIE VASCULAIRE ET THORACIQUE	Médecine
BAGLIN Isabelle	CHIMIE THERAPEUTIQUE	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	IMMUNOLOGIE	Médecine

BEGUE Cyril	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELIZNA Cristina	MEDECINE INTERNE	Médecine
BENOIT Jacqueline	PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BERNARD Florian	ANATOMIE	Médecine
BESSAGUET Flavien	PHYSIOLOGIE PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BLANCHET Odile	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
BOISARD Séverine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
BOUCHER Sophie	ORL	Médecine
BRIET Claire	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
BRILLAND Benoit	NEPHROLOGIE	Médecine
BRIS Céline	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Pharmacie
BRUGUIERE Antoine	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CHABRUN Floris	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Pharmacie
CHAO DE LA BARCA Juan-Manuel	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
CHOPIN Matthieu	MEDECINE GENERALE	
CODRON Philippe	NEUROLOGIE	Médecine
DEMAS Josselin	SCIENCES DE LA READAPTATION	Médecine
DESHAYES Caroline	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE	Pharmacie
DOUILLET Delphine	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
FERRE Marc	BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
FORTRAT Jacques-Olivier	PHYSIOLOGIE	Médecine
GHALI Maria	MEDECINE GENERALE	Médecine
GUELFF Jessica	MEDECINE GENERALE	Médecine
HADJ MAHMOUD Dorra	IMMUNOLOGIE	Pharma
HAMEL Jean-François	BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE	Médicale
HAMON Cédric	MEDECINE GENERALE	Médecine
HELESBEUX Jean-Jacques	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
HERIVAX Anaïs	BIOTECHNOLOGIE	Pharmacie
HINDRE François	BIOPHYSIQUE	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
JUDALET-ILLAND Ghislaine	MEDECINE GENERALE	Médecine
KHIATI Salim	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
LEFEUVRE Caroline	BACTERIOLOGIE ; VIROLOGIE	Médecine
LEGEAY Samuel	PHARMACOCINETIQUE	Pharmacie
LEPELTIER Elise	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
LETOURNEL Franck	BIOLOGIE CELLULAIRE	Médecine
MABILLEAU Guillaume	HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE	Médecine
MALLET Sabine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
MAROT Agnès	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
MESLIER Nicole	PHYSIOLOGIE	Médecine
MIOT Charline	IMMUNOLOGIE	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	PHILOSOPHIE	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	IMMUNOLOGIE	Pharmacie
PAILHORIES Hélène	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Médecine

PAPON Xavier	ANATOMIE	Médecine
PASCO-PAPON Anne	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
PENCHAUD Anne-Laurence	SOCIOLOGIE	Médecine
PIHET Marc	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
PIRAUX Arthur	OFFICINE	Pharmacie
POIROUX Laurent	SCIENCES INFIRMIERES	Médecine
RONY Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE	Médecine
ROGER Emilie	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
SAVARY Camille	PHARMACOLOGIE-TOXICOLOGIE	Pharmacie
SCHMITT Françoise	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
SCHINKOWITZ Andréas	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
SPIESSER-ROBELET Laurence	PHARMACIE CLINIQUE ET EDUCATION THERAPEUTIQUE	Pharmacie
TEXIER-LEGENDRE Gaëlle	MEDECINE GENERALE	Médecine
VIAULT Guillaume	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie

AUTRES ENSEIGNANTS

ATER		
BARAKAT Fatima	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
ATCHADE Constantin	GALENIQUE	Pharmacie
PRCE		
AUTRET Erwan	ANGLAIS	Santé
BARBEROUSSE Michel	INFORMATIQUE	Santé
COYNE Ashley	ANGLAIS	Santé
O'SULLIVAN Kayleigh	ANGLAIS	Santé
RIVEAU Hélène	ANGLAIS	
PAST-MAST		
AUBRUCHET Hélène		
BEAUVAIS Vincent	OFFICINE	Pharmacie
BRAUD Cathie	OFFICINE	Pharmacie
CAVAILLON Pascal	PHARMACIE INDUSTRIELLE	Pharmacie
DILÉ Nathalie	OFFICINE	Pharmacie
GUILLET Anne-Françoise	PHARMACIE DEUST PREPARATEUR	Pharmacie
MOAL Frédéric	PHARMACIE CLINIQUE	Pharmacie
CHAMPAGNE Romain	MEECINE PHYSIQUE ET READAPTATION	Médecine
KAASSIS Mehdi	GASTRO-ENTEROLOGIE	Médecine
GUITTON Christophe	MEDECINE INTENSIVE-REANIMATION	Médecine
LAVIGNE Christian	MEDECINE INTERNE	Médecine
PICCOLI Giorgina	NEPHROLOGIE	Médecine
POMMIER Pascal	CANCEROLOGIE-RADIOTHERAPIE	Médecine
SAVARY Dominique	MEDECINE D'URGENCE	Médecine

PLP		
CHIKH Yamina	ECONOMIE-GESTION	Médecine

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Laurent CONNAN, merci pour votre temps et d'avoir accepté de diriger ce travail de thèse.

A Monsieur le Professeur William BELLANGER, merci de l'intérêt que vous portez à notre travail et d'accepter de présider le jury.

A Madame le Docteur Christelle HAUZERAY, merci pour ton enseignement, pour ta patience et ton bon accueil dans le service de médecine 1 du CH Mayenne. Merci d'accepter de faire partie du jury de ma thèse, cela me tenait à cœur.

A mes maîtres de stages, les Dr Olivier GUIHERY, Dr Olivier MARINONI, Dr Karim KOHIL, Dr Frédérique BOURCIER, Dr Alice LAVOIX, Dr François DIMA pour leur enseignement et leur patience, et merci de m'avoir communiqué votre empathie pour vos patients.

Aux équipes des services des Dr Sylvia JOMAA (médecine 1 - CH Mayenne), Dr Christelle Hauzeray (médecine 2 - CH Mayenne), Dr Aouatef CHaabane (pédiatrie - CH Laval), Dr Laurent CHABOT (Urgences - CH Laval).

A mon tuteur le Dr Emmanuel LEBALAIIS, qui s'est montré d'un grand secours et d'un grand soutien durant mon internat. Il m'a apporté son calme dans une situation difficile et m'a permis d'aller de l'avant.

Aux médecins généralistes qui ont accepté de répondre à nos questions et nous ont permis de collecter les données nécessaires à la réalisation de notre travail de thèse.

A ma collègue d'internat puis collègue de thèse Anne-Judith. Merci de m'avoir récupéré au fond du désespoir suite au refus de mon premier projet de thèse et de m'avoir permis d'intégrer ce travail. Je te souhaite le meilleur avec Armel et Andréa.

A mes anciens collègues internes, merci d'avoir traversé l'internat en me supportant.

Aux amis de la "CDM" rennaise. Merci à Babar, Amé, LR, Emma, Paul, Solène, Kaël, H, l'hirondelle du V, Adèle, Gueg, Justine, Juliette, Tang, Aurore, Yoann, Elo, Lou, Typhaine, Lulu, Pipo. Merci d'avoir été là pendant tout ce temps et merci de continuer à me tolérer malgré ma mauvaise foi.

A la team de LM, Pedro, Scaro, Gigi, Golo. Merci d'être là depuis plus de 20 ans. Une page se tourne pour moi mais on dirait qu'on est toujours là les petits choux.

A ma merveilleuse famille, pour le bruit permanent et les câlins sans fin.

A ma mamie de Longvilliers pour les potages aux légumes. A mon grand-père qui n'est plus là pour les discussions sur la bêtise humaine.

A ma Nano et mon Gégé, qui m'ont porté au-dessus de l'eau au Brusc.

A ma Colline qui va tout cartonner dans ce qu'elle va entreprendre. Je crois en toi Pounette.

A ma Marion, mon modèle depuis que je suis né. Et même si on ne t'a pas demandé ton avis, merci d'être ma grande sœur. Une énorme pensée pour François.

A mon Papa, que j'aime plus fort que je ne l'ai parfois exaspéré. Merci d'avoir toujours été là pour moi.

A ma Maman, merci d'avoir toujours soutenu ton Titi, merci pour tes sourires et ta tendresse qui m'ont toujours porté et permis de rebondir.

A ma Chloë, pour partager ta vie avec moi. Pour m'avoir accompagné autour du monde. Tant de projets sont à venir et je ne veux les vivre qu'avec toi. Je t'aime.

Thibaut GODEY

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Laurent CONNAN, merci d'avoir accepté de diriger notre thèse, et pour tous vos conseils.

A Monsieur le Professeur William BELLANGER, merci pour votre intérêt, et d'accepter de présider ce jury.

A Madame le Docteur Christelle HAUZERAY, merci d'accepter de faire partie de jury et de nous faire profiter de votre regard de spécialiste.

A mes maîtres de stages, Dr Olivier MARINONI, Dr Karim KOHIL, Dr Frédérique BOURCIER, merci de m'avoir suivie et soutenue lors de ce dernier stage d'internat.

Et aux Dr Jean-Jacques FAVRE, Dr Thomas SAINZ-TORRES, Dr Hugues DE MAYNARD, merci de m'avoir accompagnée dans ce premier stage prat. Merci pour votre bienveillance et votre empathie.

Aux équipes des services des Dr Sylvia JOMAA (médecine 1 - CH Mayenne), Dr Aouatef CHaabane (pédiatrie - CH Laval), Dr Apollinaire KARIRISI (gynécologie - CH Laval), Dr Laurent CHABOT (Urgences - CH Laval), Dr Laurent MOUTEL (SSR - CH Laval), merci pour votre accompagnement tout au long de cet internat.

A tous les médecins généralistes qui ont accepté de s'impliquer dans notre travail de thèse, et de nous accorder du temps malgré des emplois du temps déjà bien chargés.

A Thibaut, merci d'avoir accepté de te lancer dans ce travail de thèse avec moi, et merci pour ton implication. Je vous souhaite plein de bonheur dans cette magnifique aventure qui vous attend !

Au Dr Arnaud Basse, merci de m'avoir donné l'envie d'exercer cette spécialité, et d'avoir été un formidable médecin traitant.

A la team lavalloise : Marine, Audrey, Miléna. Merci pour ces folles soirées, les fous rires, le soutien en lendemain de garde. Déjà 6 ans à vos côtés, et ce n'est pas près de s'arrêter !

A Charlotte, ma co-interne de l'EHPAD, merci pour ce semestre de folie en ta compagnie, et pour tout ce qui a suivi !

A mon duo de choc, mes drôles de dames. Margaux, Samantha, plus de 10 ans de souvenirs inoubliables, qui me font toujours autant rire. Notre rencontre a été comme une évidence, merci pour tous ces incroyables moments.

Aux copains brestois et rennais, Fabien, Yann-Fanch, Tanguy, Seb, Théo, Amandine, Sarah, Laura, merci d'être toujours là, même quand je râle et que je me lance dans des débats déjà perdus d'avance ...

A la team collège, Solenn et Victorien, toujours présents dans les moments les plus importants de ma vie.

A ma chère mamie Spézet, à mamie Brest, à mes papis qui doivent être tellement fiers, sans oublier mes tatas Zabeth et Lili, et tonton Philippe.

A ma petite sœur Marion, pour qui je n'ai pas toujours été une sœur exemplaire, merci de ne pas m'en avoir tenu rigueur ! Je t'aime fort.

A mes parents, merci de m'avoir toujours soutenue, et d'avoir toujours été aussi fiers de moi malgré mon caractère de cochon.

A mon Papa, merci pour ta patience, surtout quand je ne comprenais rien aux problèmes de maths...

A ma Maman, merci de m'avoir donné l'envie de lire et d'apprendre.

A toi Armel, mon pilier depuis toutes ces années, merci d'avoir été présent dans les bons comme dans les moins bons moments. Une tendre pensée à ma super belle-famille !

A ma fille, Andréa, je te souhaite d'être la plus épanouie et la plus heureuse du monde.

A Mina et Missy.

Anne-Judith MOULIN

Liste des abréviations

ADMR	Aide à domicile en milieu rural
ALD	Affection longue durée
AMM	Autorisation de mise sur le marché
APA	Allocation personnalisée à l'autonomie
ASALEE	Action de santé libérale en équipe
AVC	Accident vasculaire cérébral
BSI	Bilan de soins infirmiers
BREF	Batterie rapide d'efficience frontale
CCAM	Classification commune des actes médicaux
CDAS	Centre départemental d'action sociale
CLIC	Centre local d'information et de coordination
CPTS	Communauté professionnelle territoriale de santé
DU	Diplôme universitaire
DAC	Dispositif d'action coordonné
ECG	Électrocardiogramme
HAS	Haute autorité de santé
HCSP	Haut conseil de la santé publique
HDJ	Hôpital de jour
IADL	Instrumental activities of daily living
IDE	Infirmier(e) diplômé(e) d'état
IPA	Infirmier(e) en pratiques avancées
IRM	Imagerie par résonance magnétique
MAIA	Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie
MAMA	Maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées
MDA	Maison des associations
MMSE	Mini-mental state examination
NFS	Numération formule sanguine
RCP	Réunion de concertation pluridisciplinaire / pluriprofessionnelle
OMS	Organisation mondiale de la santé
PAERPA	Personne âgée en risque de perte d'autonomie
PALEX	Plateforme d'appui libérale à l'exercice coordonné
PPS	Plan personnalisé de soin
SSIAD	Services de soins infirmiers à domicile
TSH	Hormone thyroïdo-stimulante
UCC	Unité cognitivo-comportementale
VAD	Visite à domicile
VPN	Valeur prédictive négative
VPP	Valeur prédictive positive

Plan

LISTE DES ABREVIATIONS

INTRODUCTION

MÉTHODES

RÉSULTATS

1. Caractéristiques de la population

2. Démarche initiale

2.1. Instigateur

2.1.1. Le patient

2.1.2. La famille

2.1.3. Le médecin lui-même

2.1.4. Les autres acteurs paramédicaux

2.2. Patient ciblé

2.2.1. Chez tout le monde

2.2.2. Si facteurs de fragilité

3. Quels signes amènent le médecin à repérer

3.1. Connaissance du patient

3.1.1. Rupture avec l'état antérieur

3.1.2. Consultation pour de l'aigu

3.2. Atteinte de l'autonomie

3.2.1. Visites à domicile

3.2.2. Perte d'autonomie

3.3. Atteinte des fonctions exécutives et visuo-spatiales

3.4. Atteinte des cognitions sociales et familiales

3.4.1. Anosognosie

3.4.2. Tensions familiales

3.5. Signes neuropsychologiques

3.5.1. Troubles phasiques et difficultés de raisonnement

3.5.2. Troubles mnésiques

3.5.3. Troubles thymiques

3.5.4. Troubles moteurs et atteintes des praxies

4. Prise en charge diagnostique du médecin généraliste

4.1. Lors d'une consultation dédiée

4.2. Interrogatoire

4.2.1. Éliminer une cause secondaire ou un facteur aggravant

4.2.2. Mode de vie

4.3. Examen clinique

4.4. Tests

4.5. Bilan biologique

4.6. Imagerie

5. Place du médecin généraliste dans le repérage

5.1. Accompagner

5.1.1. Le patient

5.1.2. La famille

5.2. Porte d'entrée du système de soin

5.3. Coordonner : Être au centre de la prise en charge

5.4. Orienter

5.4.1. Vers le spécialiste en neuro-gériatrie

5.4.2. Vers le neuropsychologue

5.4.3. Vers le psychiatre

5.4.4. En hospitalisation

5.5. Annoncer le diagnostic

5.5.1. Par le neurologue ou le gériatre

5.5.2. Par le médecin généraliste lui-même

6. Facilités structurelles du repérage

- 6.1. Au cabinet de médical
 - 6.1.1. Outils diagnostiques
 - 6.1.2. Cotations valorisantes
 - 6.1.3. Les auxiliaires médicaux et le dispositif ASALEE
- 6.2. Organisation pluriprofessionnelle
 - 6.2.1. Lien avec les acteurs paramédicaux
 - 6.2.2. Financements en structure
 - 6.2.3. Réunions pluriprofessionnelles
- 6.3. Au niveau local et territorial
 - 6.3.1. Plateformes territoriales d'appui
 - 6.3.2. Associations locales et structures de décharges des aidants

7. Freins structurels

- 7.1. Contraintes sociétales
 - 7.1.1. Démographie humaine et professionnelle
 - 7.1.2. Ressources structurelles et accès au soin
 - 7.1.3. Ressources techniques
 - 7.1.4. Financement
 - 7.1.5. Fréquence des consultations
- 7.2. Contraintes professionnelles et organisationnelles
 - 7.2.1. Contraintes temporelles
 - 7.2.2. Contraintes liées à la perception du médecin
 - 7.3. Contraintes liées au patient et à la maladie
 - 7.3.1. Freins liés à la pathologie
 - 7.3.2. Freins liés au profil du patient

8. Approche pratique et éthique du diagnostic par le médecin généraliste

- 8.1. Avantages pour le patient et ses proches
 - 8.1.1. Surveiller l'évolution
 - 8.1.2. Anticiper
 - 8.1.3. Mieux accompagner
 - 8.1.4. Protéger
- 8.2. Avantages pour le médecin
 - 8.2.1. Ne pas rester avec ses doutes
 - 8.2.2. Déléguer
 - 8.2.3. Respecter l'AMM
 - 8.2.4. Se protéger légalement
- 8.3. Inconvénients pour le patient et son entourage
 - 8.3.1. Impacts sur le patient
 - 8.3.2. Impacts sur l'entourage
- 8.4. Impacts négatifs sur le médecin
 - 8.4.1. Sentiment d'impuissance et médecins désabusés
 - 8.4.2. Pathologie secondaire
 - 8.4.3. Éviter le conflit

9. Pistes d'amélioration

- 9.1. S'organiser différemment
 - 9.1.1. Consacrer un temps adapté
 - 9.1.2. Faire des visites à domicile
 - 9.1.3. Faire du dépistage systématique
- 9.2. S'investir davantage
 - 9.2.1. Se former
 - 9.2.2. S'autonomiser
- 9.3. Améliorer les financements
- 9.4. Campagnes de communication publique
- 9.5. Améliorer la coopération entre professionnels
 - 9.5.1. Communication interprofessionnelle
 - 9.5.2. Dispositif ASALEE et assistants médicaux

DISCUSSION ET CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

REPERAGE DES TROUBLES COGNITIFS CHEZ LE PATIENT DE PLUS
DE 65 ANS : OPINIONS DES MEDECINS GENERALISTES.
ENTRETIENS AVEC DES MEDECINS DE MAYENNE ET D'ILLE-ET-VILAINE.

Thibaut GODEY et Anne-Judith MOULIN

- Réalisation de 11 entretiens et 4 entretiens respectivement.
- Transcription de 5 entretiens et 10 entretiens respectivement.
- Triangulation des données : les 15 entretiens ont été codés par chacun des deux chercheurs, en double aveugle.
- Analyse thématique en collaboration.
- Rédaction des parties Méthode et Résumé par Anne-Judith.
- Rédaction des parties Introduction et Conclusion par Thibaut.
- Rédaction des Résultats et de la Discussion en collaboration.
- Bibliographie en collaboration.

INTRODUCTION

Les démences et notamment la maladie d'Alzheimer constituent un des grands défis de la médecine, et à bien des égards, ces maladies nous mettent en échec par les problèmes éthiques et sociaux qu'elles soulèvent, mais aussi de par notre manque de réponse thérapeutique médicamenteuse. Les déclins secondaires sur les plans cognitifs, fonctionnels et comportementaux, en font les pathologies qui participent le plus à la perte d'autonomie des personnes âgées et le nombre de personnes touchées augmente.

Les démences concernent 6 à 8% des adultes de plus de 65 ans à l'échelle mondiale. Leur prévalence liée au vieillissement de notre population est en augmentation. On estimait en 2016 à 850 000 le nombre de personnes atteintes en France et 46 millions dans le monde (1). Les projections portent ce dernier chiffre à 131 millions d'ici 2050. L'incidence est exponentielle en avançant dans les tranches d'âges passant de 2.4 pour 1000 personnes-année entre 65 et 69 ans, à 50 pour 1000 personnes-année chez les plus de 85 ans.

Les coûts engendrés par ces maladies sont élevés. En 2015, les rapports font état de 19.3 milliards d'euros de dépenses en soins médicaux et paramédicaux, ainsi qu'en aide informelle (2). A ces estimations, des frais médico-sociaux s'ajoutent pour les prises en charge en EHPAD, accueil de jour et réseaux de soins divers. On les estimait à 9 milliards en 2004 et ils ont certainement augmenté depuis.

Face aux démences, nos stratégies évoluent régulièrement et notamment en matière de diagnostic. Nos ressources thérapeutiques sont certes limitées mais la mise en œuvre rapide de certaines mesures participe au maintien de l'autonomie des patients, et à l'amélioration de leur qualité de vie. Il est ainsi reconnu qu'un diagnostic précoce présente un intérêt alors que le dépistage n'a cependant pas sa place en l'absence de traitement curatif efficace. C'est pourquoi la HAS préconise au médecin traitant une ligne de conduites diagnostiques (3). Celle-ci comporte un entretien, un examen clinique complet, et l'évaluation du retentissement fonctionnel et cognitif. Ce temps a d'abord vocation à évoquer un diagnostic différentiel puis est essentiel pour initier les démarches à venir (4)(5). Cependant, la plainte initiale du patient et de sa famille au médecin traitant amène vers un temps d'échange important. Toutes les mesures préconisées ne sont pas systématiquement mises en place, car face à l'humain le professionnel de santé ne se cantonne pas à un rôle médical. Il est un intermédiaire et un traducteur entre le monde scientifique et son patient qui, avec sa famille, a souvent besoin de beaucoup de réponses et de réassurance. Le médecin traitant n'a parfois simplement pas le temps de réaliser ces premiers entretiens tels que stipulés par la HAS. Parfois il ne s'estime simplement pas apte.

Cette démarche standardisée soulève également des questions éthiques. Elle est parfois réalisée chez une personne ne pouvant exprimer un consentement éclairé. De plus, elle intègre mal les individualités de chacun, et tend à imposer un diagnostic précoce sur des maladies pour lesquelles les solutions thérapeutiques sont très limitées. Le diagnostic peut à certains égards s'assimiler à une étiquette, qui va changer l'image du patient par son entourage (6)(7). Un des objectifs du plan Alzheimer de 2008 était d'ailleurs de développer l'information publique sur les troubles cognitifs, pour modifier leurs représentations. Il est suspecté que ces représentations sont à l'origine d'un sous diagnostic notamment par les médecins généralistes (8).

Au vu de ces considérations nous réalisons cette thèse pour explorer les pratiques des médecins généralistes vis-à-vis des troubles cognitifs. Nous cherchons à repérer les outils, et les stratégies menant au repérage de ces maladies dans la population de plus de 65 ans. Nous menons ce travail par entretiens semi-dirigés initiés par des questions ouvertes sur les habitudes, les pratiques et les représentations des médecins à propos des troubles cognitifs.

METHODES

Il s'agissait d'une étude qualitative, par entretiens individuels semi-dirigés, de médecins généralistes en Mayenne et en Ille-et-Vilaine.

Notre travail avait pour objectif de déterminer, en premier lieu, les raisons pour lesquelles les MG décidaient de pratiquer le repérage individuel d'un potentiel trouble cognitif chez leurs patients âgés de plus de 65 ans. Ainsi, nous souhaitions comprendre quels outils et moyens étaient utilisés pour réaliser ce repérage au cabinet ; mais aussi quelles en étaient les limites et contraintes.

Le choix de cette zone a été guidé par le fait que nous vivions en Ille-et-Vilaine et avions effectué nos stages d'internat en Mayenne. L'échantillonnage des médecins généralistes avait été réalisé à partir des listes de l'annuaire santé en ligne d'Ameli de Mayenne et d'Ille et Vilaine. Les médecins devaient exercer en ambulatoire ; en cabinet seul, en groupe ou MSP. Ainsi nous avions exclu tous les médecins généralistes exerçant une activité uniquement hospitalière, dans une structure ne prenant pas en charge des patients âgés de plus de 65 ans ou n'effectuant pas de suivi (structures d'accueil d'urgence). Une fois la liste prédefinie, nous avions utilisé l'effet boule de neige ; en contactant directement les conseils de l'ordre de la Mayenne et de l'Ille-et-Vilaine.

Nous avions réalisé une étude de la littérature, pour nous permettre d'élaborer un questionnaire adapté, avec des questions de relances suffisamment ouvertes pour obtenir un large choix de réponses. Les entretiens se dirigeaient sur les lieux de travail des médecins généralistes, et de visu. Ils étaient enregistrés sur un dictaphone afin d'être retranscrits littéralement par la suite. Nous avions calculé une durée d'entretien d'environ trente minutes à une heure, et nous avons réalisé nous-même l'interview. L'ensemble des verbatims obtenus formaient notre corpus. Notre cadre d'analyse se basait sur le principe de la théorie ancrée ; qui reposait sur le postulat que l'analyse et la collecte des données, dans le cadre d'une enquête, se faisaient conjointement. L'ensemble des données obtenues dans les verbatims ont été codées au fur et à mesure, par le biais d'une grille d'analyse déductive que nous avions réalisée en se basant sur la littérature et notre grille d'entretien.

Cette méthode inductive et comparative nous a permis de réaliser un codage axial : une analyse conceptuelle des données obtenues. Cette catégorisation nous a permis d'adapter nos entrevues. Nous

souhaitions réaliser au minimum entre 12 et 15 entretiens, mais nous avons réévalué ce nombre à postériori.

En effet, il dépendait des résultats obtenus, l'objectif étant d'arriver jusqu'à saturation des données.

RÉSULTATS

1. Caractéristiques de la population

Nous avons réalisé 15 entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes des départements de Mayenne et d'Ille et Vilaine. Ces entretiens ont duré de 20 à 56 minutes avec une moyenne de 36 minutes par entretien. Ils ont été réalisés entre le 24 mai 2022 et le 12 octobre 2024.

La population étudiée regroupe différents modes et lieux d'exercice, différentes tranches d'âge. Les patientèles des médecins interrogés sont toutes variées avec cependant des tendances non quantifiées à des populations plus ou moins âgées, et ce notamment en rapport avec la date d'installation et la reprise ou non d'une ancienne patientèle.

On note un déséquilibre du sexe-ratio avec seulement 5 entretiens réalisés auprès de médecins femmes.

Tableau 1. Caractéristiques de la population

Médecin	Âge	Sexe	Exercice			Particularité
			Date début	Mode	Lieux	
P1	36 ans	H	2020	Groupé / libéral	Rural	Population déclarée plutôt jeune
P2	56 ans	H	1997	Groupé / MSP / libéral	Semi-rural	Patientèle variée /capacité gériatrie / exercice à l'hôpital local / maître de stage DMG
P3	73 ans	H	1987	Seul puis groupé / libéral / SMP / coordonnateur EHPAD	Rural	Retraité / garde activité d'intérêt public en SMP / D.U de gériatrie
P4	47 ans	H	2003	Groupé / libéral / pôle santé	Semi-rural	Maître de stage DMG
P5	34 ans	F	2022	Groupé / libéral	Urbain	Déménagement d'activité récent / Maître de stage DMG / capacité de gynécologie
P6	53 ans	F	1999	Seul / libéral	Rural	Maître de stage DMG
P7	58 ans	H	1994	Seul / libéral	Semi-rural	Maître de stage DMG
P8	32 ans	H	2022	Groupé / libéral et salarié	Urbain	Exercice en salarié en DOM/TOM avant retour en libéral métropole
P9	43 ans	H	2019	Groupé / libéral	Urbain	Capacité de psychiatrie
P10	39 ans	H	2012	Groupé / libéral / Pôle santé	Rural	-
P11	31 ans	H	2021	Groupé / libéral / mixte avec activité universitaire	Urbain	Enseignant DMG
P12	70 ans	H	1979	Seul puis groupé	Rural	Retraité depuis 1 mois
P13	50 ans	F	2004	Groupé	Urbain	Population déclarée avec forte mixité culturelle
P14	35 ans	F	2021	Groupé	Urbain	Population déclarée avec forte mixité culturelle

P15	35 ans	F	2019	Groupé	Urbain	Population déclarée jeune / création de patientèle / peu de patients souffrant de démences
-----	--------	---	------	--------	--------	--

2. Démarche initiale

2.1. Instigateur

2.1.1. Le patient

Les médecins interrogés remarquent que l'initiateur de la démarche n'est pas toujours le même interlocuteur.

Il peut s'agir du patient lui-même, plutôt pour se rassurer : "J'ai aussi des patients qui avaient des demandes parce qu'ils trouvaient qu'ils perdaient la mémoire." (P8), "Et puis à la demande du patient, alors là c'est pour moi le cas le plus simple." (P10).

2.1.2. La famille

Le plus souvent pour les médecins, il s'agit de la famille proche qui consulte devant l'apparition de troubles cognitifs ; que ce soit le, ou la conjointe : "Soit les patients âgés, c'est souvent le conjoint. Plus rarement, les enfants qui viennent en disant : « Il perd la boule. Il faut lui répéter. ». " (P1) ou bien les enfants, voire d'autres membres de la famille : "Et puis des fois c'est la famille qui nous prévient à l'avance, ils nous appellent et nous disent : « tiens, vous allez voir papa/maman, on est un petit peu inquiets ». " (P10), "C'est souvent l'entourage. Le fils ou la fille qui accompagne qui rapporte des éléments, ou des gens de la famille qui nous appellent." (P15).

2.1.3. Le médecin lui-même

Parfois, il s'agit du médecin lui-même qui s'alerte, quand il remarque une rupture avec l'état antérieur, dans un contexte de suivi régulier (comme le renouvellement d'ordonnances) : " Ce sont des gens qu'on connaît depuis longtemps et on va s'apercevoir qu'ils vont oublier des petites choses quand on les interroge."(P4), "On connaît son patient, on sait comment il agit, on l'a déjà vu...Et quand on le revoit, on se dit : « Ah il a pris un coup de vieux. ». Le mot clé c'est ça... « un coup de vieux ». "(P9).

2.1.4. Les autres acteurs paramédicaux

D'autres acteurs paramédicaux entrent en jeu dans la découverte et le signalement des troubles cognitifs: "Nan, enfin après le repérage je pense qu'il doit être pluridisciplinaire aussi. "(P10). Le plus fréquemment, il s'agit des intervenants à domicile ; avec au premier plan, ceux qui accompagnent au quotidien les malades, comme les infirmiers : "Ça peuvent être les infirmières qui passent à domicile en disant : « Non mais là, il y a des problèmes. »."(P6), "Quand on a l'alerte justement des infirmiers qui les voient, eux, tous les jours."(P13).

Autre acteur du parcours de soin, le pharmacien, grâce à sa connaissance du patient, peut être le lanceur d'alerte : "Ça peut être la pharmacienne qui appelle en disant : « Oh là, ça déraille dans les médicaments. »."(P6), "Deux fois, j'ai des pharmaciens qui m'ont signalé qu'ils avaient des patients qui étaient un peu compliqués."(P11).

Selon un des médecins interrogés, sa secrétaire peut jouer un rôle important, en étant le premier filtre entre le patient et lui-même : "La secrétaire, qui va dire « Ah bah Monsieur Machin, il a du mal à prendre ses rendez-vous... » ou « Il est perdu quand il vient ici. »."(P11).

2.2. Patient ciblé

2.2.1. Chez tout le monde

Certains médecins pensent qu'il serait préférable de réaliser un repérage systématique, alors appelé dépistage, chez tous les patients âgés : "Poser la question : « Comment ça se passe à la maison ? » régulièrement. [...] Donc déjà plutôt poser la question à 100% des patients âgés, ce serait déjà pas mal."(P1), "Chez toute personne âgée, qui vient en consultation, tu peux être sûr je vais leur poser la question."(P5).

Certains ne sont pas réticents à un dépistage généralisé, mais ne le réalisent pas devant des difficultés organisationnelles : "Alors j'avais souhaité à un moment faire passer un MMS ou un BREF à tous mes patients, une fois par an ou une fois tous les deux ans sans forcément qu'il y ait un point d'appel. [...] Mais en fait j'avais pas le temps de le faire." (P8).

Au contraire, pour une partie des praticiens, la détection systématique dans la population âgée n'aurait aucun intérêt. Pour eux, le principe même de l'outil de repérage, étant de sélectionner une partie de la population cible, selon des critères spécifiques : "On ne peut pas dire « Je fais un diagnostic précoce à tout le monde. »."(P9),

"Ça ne sert à rien de faire un test à toutes les personnes de plus de 70 ans. Les caractéristiques que doit avoir un outil de dépistage, c'est qu'on doit déjà avoir l'idée « que... » avant de l'utiliser."(P11).

2.2.2. Si facteurs de fragilité

Il existe des facteurs de fragilité pouvant amener des médecins généralistes à réaliser un repérage précoce. Qu'ils soient sociaux ou médicaux, ils vont inciter les praticiens à surveiller l'apparition plus précoce, ou bien plus insidieuse du déclin cognitif.

Plusieurs critères sociaux entrent en jeu. Il peut s'agir, par exemple, d'un niveau socio-éducatif bas : " *Ceux qui ne sont pas éduqués du tout, qui ont un niveau scolaire à quasi zéro."(P14)* ou d'une condition de vie précaire : " *Alors que là où je travaillais, il y avait quand même beaucoup de précarité... Ce qui les rend aussi plus vulnérables, bien sûr."(P8).*

L'isolement semble être un critère de fragilité important, le patient ne pouvant compter sur son entourage pour signaler un déclin au médecin : " *Je vais peut-être être plus attentive chez celui qui vit tout seul."(P5), "Chez les personnes isolées, car elles sont plus fragiles."(P9).*

Certains antécédents ou bien certaines comorbidités vont être considérées, par les médecins généralistes, comme des facteurs de risque de développer plus précocement des troubles cognitifs.

Les praticiens vont être amenés à rechercher des antécédents familiaux de maladies neurodégénératives : " *Dans la fratrie des personnes âgées, quand il y en a un qui est Alzheimer, l'autre va souvent commencer son Alzheimer peu de temps après. Il y a de la génétique."(P2).* Les antécédents personnels, notamment neurologiques, peuvent être précurseurs d'un déclin cognitif : " *Et Madame m'avait quand même bien décrit que depuis l'AVC, ça s'était quand même altéré."(P11).* Plus le patient présente des comorbidités, et spécifiquement cardio-vasculaires, plus certains praticiens seront vigilants à toute diminution des capacités cognitives : " *Il peut-être plus utile chez les gens qui sont déjà polypathologiques pour des tas d'autres choses; je pense au diabétique, cirrhotique, cardiaque, tout ce que tu veux..."(P5), "Les filles ont bien senti qu'il y avait quelque chose mais c'est vrai que c'était passé un peu au second plan parce qu'elle était atteinte d'une leucémie."(P7).*

Enfin, l'âge réel ou ressenti est un critère pour le repérage : " *C'est l'état général. L'âge forcément un peu. C'est toujours pareil, c'est plutôt l'âge physiologique qui compte. Je n'ai pas de Cut-off."(P1).*

Les addictions, comme l'alcoolisme, sont des facteurs aggravants pouvant à la fois accélérer l'apparition et masquer l'altération des fonctions cognitives : " *Beaucoup d'alcoolisme également. Ce qui les rend plus vulnérables, bien sûr."(P7).*

Certaines affections psychiatriques, comme les troubles anxiocdépressifs, peuvent venir perturber le fonctionnement mental et comportemental de la personne, créant ainsi une certaine vulnérabilité : "Chez les patients psychiatriques, même s'ils sont pour la plupart plutôt bien entourés sur le plan médico-social(...). Cela leur donne quand même une fragilité de gestion." (P9).

3. Quels signes amènent le médecin à repérer

3.1. Connaissance du patient

3.1.1. Rupture avec l'état antérieur

La bonne connaissance du patient permet au médecin généraliste de détecter toute rupture avec son état antérieur. Grâce au suivi régulier, il acquiert une connaissance pointue du malade, et il peut ainsi détecter des changements dans son comportement : "Dès l'instant où il y a rupture avec un état antérieur, c'est là qu'on commence à parler de démence aussi. [...] C'est le changement de comportement, thymie, d'humeur ..." (P3), "On connaît son patient, on sait comment il agit, on l'a déjà vu...Et quand on le revoit, on se dit « Ah il a pris un coup de vieux »."(P9).

Le médecin se base sur son expérience, il devient alors expert de son patient, lui permettant d'être le témoin de toute altération : "Tout notre métier se base sur l'expérience. On est spécialistes de nos patients et on a besoin de bien les connaître."(P11).

3.1.2. Consultation pour de l'aigu

A l'inverse, quand il le connaît moins, le praticien va souvent être amené à repérer les premiers signes lors d'un évènement aigu, souvent à la demande de la famille : "Là c'était un peu aigu, j'avais été obligé de l'hospitaliser parce qu'il avait fait une chute."(P12), "Parfois, on en parle au décours d'un événement aigu et dans ce cas-là, on peut lancer l'idée."(P15).

3.2. Atteinte de l'autonomie

3.2.1. Visites à domicile

Plébiscitée par de nombreux médecins, la visite à domicile permet au praticien de s'immiscer dans le quotidien du patient, et de découvrir des difficultés qu'il n'aurait pas perçues au cabinet : "Quand j'étais en visite à domicile, j'avais aussi l'occasion de voir que dans le frigo par exemple, les produits n'étaient pas

frais..."(P3), "L'avantage, c'est quand on peut aller en visite, on a la famille qui est présente, le conjoint, les enfants. Dans ces cas-là, ils nous le disent, nous expliquent ce qu'ils ont constaté et depuis combien de temps."(P12), "Et j'ai pu voir dans la gestion du quotidien de sa maison, des médicaments, des ordonnances que je lui avais faites qu'il y avait vraiment des grosses difficultés dans la gestion de choses qui me paraissaient assez simples."(P15).

3.2.2. Perte d'autonomie

Un des premiers signes témoignant de l'apparition de troubles cognitifs, chez les médecins généralistes interrogés, est une atteinte de l'autonomie, une incapacité à réaliser les actes de la vie quotidienne : "*Il y a la perte d'autonomie, pour la famille c'est terriblement important.*"(P9).

Cette perte d'autonomie entraîne secondairement l'apparition d'une dépendance qu'elle soit physique ou psychique, de plus en plus importante : "*On essaye toujours de voir si ça se passe bien dans l'environnement : s'ils n'ont pas besoin d'aide, s'ils n'ont pas besoin de différentes choses. Si on a l'impression qu'il y a une dépendance qui apparaît que ça soit physique ou psychique.*" (P4). Cette dépendance soudaine et parfois brutale, sera quelquefois visible au cabinet, devant un patient auparavant indépendant, qui brusquement vient accompagné à chaque consultation : "*Ou alors tu vois avant il venait tout seul. Après il est obligé de venir avec quelqu'un en consultation.*"(P13).

3.3. Atteinte des fonctions exécutives et visuo-spatiales

Autre marqueur important évoquant l'apparition de troubles cognitifs : l'atteinte des fonctions exécutives et visuo-spatiales. Il apparaît alors une stéréotypie avec une fixation centrée sur une routine inexistante auparavant ou sur des sujets qui peuvent paraître accessoires : "*Elle était un peu obnubilée sur certaines prises en charge que je proposais.*"(P8), "*Sa femme lui reprochait de rester fixé sur les mêmes activités, et de ne rien faire.*"(P9).

Le médecin peut s'inquiéter devant un patient qui va progressivement oublier ses rendez-vous, ses bilans : "*Les gens qui oublient de plus en plus leur rendez-vous alors que c'est pas dans leurs habitudes...*"(P5). Il peut se tromper dans l'observance des traitements, ce qui n'est pas dans ses habitudes : "*Je me dis : là ça colle pas, les médicaments sont pas pris correctement ou ne sont pas connus.*"(P10).

De plus, s'accompagnent parfois des troubles de l'orientation, appelés visuo-spatiaux. Le patient ne se repère plus dans l'espace, ne sait plus reconnaître l'environnement qui l'entoure, même s'il lui est familier : "*Ou alors des erreurs type perte au niveau géographique. Qu'ils ne se localisent plus quand ils sont en*

voiture."(P14). Cela peut amener à des épisodes de confusion avec désorientation temporo-spatiale et déambulations.

3.4. Atteinte des cognitions sociales et familiales

La démence peut atteindre tous les champs de la cognition, et notamment ceux touchant aux liens sociaux et familiaux. Le médecin va alors repérer un changement de comportement et d'interactions avec l'entourage : *"Les difficultés que le trouble induit dans le fonctionnement social, fonctionnement conjugal. [...] Un retentissement social, familial."(P3).*

3.4.1. Anosognosie

La maladie engendre par moment une modification de la perception des symptômes, menant à une anosognosie, c'est-à-dire une méconnaissance de ses troubles : *"Et bien sûr, à cause de l'anosognosie, c'est sa femme qui est venue en consultation pour me dire : « Il est agressif. »"(P9), "C'est plus fruste quoi et ça peut être surtout la famille puisque dans pas mal de démences, il y a quand même une anosognosie."(P14).*

3.4.2. Tensions familiales

Les familles rappellent souvent aux malades leurs incapacités lorsque les symptômes de la maladie apparaissent. Le patient, va se retrouver face à ses propres déficiences, ce qui peut créer une tension au sein de son couple ou avec ses proches : *"Je trouvais qu'elle montrait des épisodes d'agressivité et d'impatience envers ses filles qui faisaient tout bien, finalement parce qu'il y avait beaucoup de choses à gérer."(P8).*

3.5. Signes neuropsychologiques

Les troubles cognitifs provoquent bien souvent des symptômes psychiques, mais aussi physiques et fonctionnels. La maladie qui engendre ces troubles, quelle qu'elle soit (Alzheimer, maladie à corps de Lewy ou autre), se manifeste par un panel de symptômes que les médecins repèrent lors des différents rendez-vous.

3.5.1. Troubles phasiques et difficultés de raisonnement

Plusieurs médecins interviewés décrivent au premier plan des troubles phasiques. Soit il s'agirait d'une aphasicie partielle, soit totale dans le cadre de troubles évolués : *"Oui pour l'entourage et dans la relation on sent*

un vide, on a un regard vide de la personne ; on sent moins d'interaction dans la gestuelle, dans la communication."(P2), "Des troubles phasiques mais bon ça c'est aussi quand ils font des aphasies..."(P14).

Par ailleurs, ils vont être plus vigilants lorsqu'ils détectent des incohérences dans le discours du patient, des réponses inadaptées ou des propos décousus, qui perdent leur sens : "Sur des défaillances dans son récit, dans la cohérence."(P3), "Tu as l'impression que ça part dans tous les sens..."(P5).

Derrière ces troubles phasiques, le médecin peut découvrir des difficultés de raisonnement, parfois liées à des troubles de la compréhension. Des explications claires deviennent alors trop difficiles à comprendre : "On sentait qu'elle n'avait pas compris alors que je leur ai expliqué plusieurs fois et avec des mots qui auraient dû être compris normalement."(P9).

3.5.2. Troubles mnésiques

Souvent premier motif de consultation, le trouble mnésique est le signe clinique le plus fréquemment retrouvé par les médecins interrogés. Que la plainte vienne du patient ou de la famille, ou bien que le médecin le découvre par lui-même ; il est le signe le plus récurrent, et celui que les patients associent le plus à la démence : "Ils ont oublié le lait sur le feu, ils ont perdu leurs clés, ils ont des fausses reconnaissances ou ils ont oublié l'anniversaire du petit-fils alors que d'habitude ils l'oublient jamais..."(P4), "J'ai la mémoire qui flanche."(P5).

3.5.3. Troubles thymiques

Souvent les proches vont décrire initialement des troubles du comportement, un changement dans les réactions et l'humeur, qui deviennent inhabituelles : "Sa femme se plaint pas mal de troubles du comportement depuis qu'il a eu des problèmes cardiaques."(P13).

L'altération des fonctions cognitives va engendrer une anxiété, pouvant être l'amorce d'un syndrome anxioc-dépressif : "On peut aussi penser à dépister une dépression. Mais ça rentre dans les causes secondaires."(P1), "Après ça peut être : une perte d'appétit, un truc que t'identifies aussi peut-être des fois comme des « syndromes » un peu « dépressifs ». Finalement ça peut être un repérage aussi de troubles cognitifs."(P5).

Autre trouble psychiatrique, la psychose peut s'associer au trouble cognitif : "Il y avait un versant psychotique avec un délire de persécution."(P9), "Elle appelle les flics toutes les deux semaines parce qu'elle pense qu'il y a un inconnu qui est dans sa maison." (P14).

La perte de repères, difficile à gérer par le patient, peut amener à des mises en danger récurrentes : "Je dirais une altération des fonctions supérieures qui peut amener à des comportement dangereux pour soi ou pour les autres."(P1) ainsi qu'une hétéro-agressivité sans cause cohérente retrouvée : "C'était un petit peu étonnant qu'elle présente des épisodes d'agressivité sans facteur déclenchant."(P8).

3.5.4. Troubles moteurs et atteintes des praxies

Associés aux troubles psychiques, les médecins décrivent de nombreux signes somatiques pouvant orienter vers une démence débutante. Il s'agit principalement de manifestations neurologiques, tels qu'un syndrome parkinsonien : "Bah oui je vais chercher les atteintes neurologiques, donc ça serait par exemple un syndrome parkinsonien. [...] J'avais retenu ça en annonciateur des démences : il y avait des mouvements anormaux nocturnes. Bah les syndromes frontaux."(P14).

On retrouve alors des troubles praxiques : "Très souvent on parle que de la mémoire mais c'est différent des champs de la cognition, dont les troubles praxiques."(P10) ou plus largement des troubles moteurs, comme un ralentissement ou des incapacités partielles ou totales : "S'ajoutent aussi parfois à des incapacités motrices ou autres."(P12).

Les troubles neurologiques sont pourvoyeurs de chutes, souvent à répétition, qui peuvent être les premiers signes d'un déclin, notamment au domicile : "Tu finis par repérer qu'il y a des trucs qui vont pas aussi: rien que sur une perte d'autonomie, des gens qui se mettent à chuter."(P5).

4. Prise en charge diagnostique du médecin généraliste

4.1. Lors d'une consultation dédiée

Tous les médecins interrogés insistent sur la nécessité de réaliser une ou bien plusieurs consultations uniquement dédiées à la prise en charge diagnostique du trouble cognitif : "Donc re-un quart d'heure, vingt minutes ; sachant qu'on est plus sur vingt minutes, une demi-heure dans ces cas-là; et puis c'est fait sur plusieurs consultations."(P6), "Parce que c'est vrai que je pense que ça nécessite quand même un temps dédié."(P15).

Souvent, ils demandent au malade de revenir, lors des consultations dédiées, accompagné d'un proche : "Je demande à les revoir avec le conjoint et un membre de la famille pour ne parler que de ça."(P1), "Je demande aux personnes de revenir avec leur conjoint, conjointe s'il est valide."(P2).

4.2. Interrogatoire

4.2.1. Éliminer une cause secondaire ou un facteur aggravant

L'interrogatoire permet de refaire le point sur les antécédents du patient et d'éliminer une pathologie sous-jacente qui serait responsable ou impacterait les fonctions cognitives et pourrait ainsi mimer une maladie neuro-dégénérative : "*Un examen neurologique complet, je recherche toujours des anomalies pour les causes secondaires.*"(P1).

Les médecins recherchent principalement une cause neuro-vasculaire aiguë comme un AVC ou une infection méningée, qui va alors engendrer des troubles neurologiques : "*Il avait une conscience qui était un peu émoussée, et en fait il s'avère que c'était un hématome intracrânien.*"(P12).

Ils cherchent aussi une atteinte ou des facteurs de risques cardio-vasculaires précurseurs de démences vasculaires : "*Sa femme se plaint pas mal de troubles du comportement depuis qu'il a eu des problèmes cardiaques, en fait oui, il a une rupture d'un pilier de la valve aortique*" (P13).

Ils recherchent une cause psychiatrique telle une dépression ou une psychose : "*On peut aussi penser à dépister une dépression. Mais ça rentre dans les causes secondaires.*"(P1).

Enfin, il est essentiel de rechercher une cause toxique à l'origine de la confusion : "*Ce monsieur commençait à avoir des troubles cognitifs et pour les cacher, il se réfugiait dans l'alcool : « Il boit, donc il perd le nord.».*"(P9) ou bien iatrogène associée, surtout si le patient est polypathologique : "*Refaire le listing des médicaments et de voir si on n'est pas iatrogène.*" (P6).

4.2.2. Mode de vie

La prise en compte du mode de vie est essentielle pour évaluer l'impact du trouble cognitif dans la vie quotidienne. Le médecin va interroger sur les gestes de la vie courante : s'alimenter, se déplacer, se laver, s'habiller, se déplacer... Il juge alors le degré d'autonomie du patient en réalisant un interrogatoire approfondi : "*Je commence par évoquer leur autonomie. Comment ils mangent, comment il vient à table, comment il aide à préparer le repas. Est-ce qu'il s'habille, se déshabille ? Des questions comme ça.*"(P2), "*Les questions que je pose à interrogatoire c'est sur leurs habitudes de vie, ce qu'ils ont arrêté de faire. Par exemple, je pense à utiliser le téléphone. Utiliser l'ordinateur.*"(P15).

4.3. Examen clinique

Ensuite, certains médecins nous parlent de leur examen clinique. Il est parfois décrit comme succinct avec la simple recherche de signes cardiovasculaires. Il s'agit alors d'un examen standard avec prise de tension artérielle. D'autres en revanche, réalisent un examen neurologique complet et un bilan clinique gériatrique : "*La clinique : on fait l'examen classique, « tension » etc...*"(P12), "*Bon c'est l'examen clinique un peu gériatrique en fait. Le poids, un examen neuro.*"(P15).

4.4. Tests

Une majorité des médecins interviewés vont utiliser les tests de dépistage qu'ils savent réaliser et interpréter, au moins en partie.

Le test le plus fréquemment réalisé est le MMS car il est rapide et reproductible : "*Je fais un MMS, c'est la base, parfois d'autres tests.*"(P1). Ensuite, une majorité des médecins réalisent un test de l'Horloge et les 5 mots de Dubois, aussi pour leur facilité de réalisation au cours d'une consultation : "*Le test de l'horloge, peut-être plus facilement fait. Les 5 mots de Dubois peuvent être utilisés aussi.*"(P3). Et parfois il peut s'agir de réaliser le test de manière détournée, comme avec l'utilisation du chéquier : "*Et puis le fameux chèque en fait aussi...[...] Où est-ce qu'on écrivait en lettres ? Où est-ce qu'on écrivait en chiffres ? Donc c'est un premier test de l'horloge sur le chéquier.*"(P15). Plus rarement, certains praticiens vont réaliser d'autres tests comme le BREF : "*Ils trouvaient qu'ils perdaient la mémoire et à eux, je leur faisais un MMS et un BREF.*"(P8) ou les tests d'évaluation de l'autonomie : "*Je fais les AVQ et le IADL.*"(P14).

Certains médecins se basent uniquement sur un ressenti subjectif, basé sur l'expérience et la connaissance de leur patient. Ils considèrent que leur expertise du patient leur permet de se passer des tests : "*C'est vrai que le repérage au pif comme ça, c'est pas mal aussi.*"(P3), "*Oui bien sûr, comme je disais j'utilise l'intuition.*"(P9). Certains praticiens pensent que les tests ne viennent que confirmer un doute, un ressenti : "*On ne devrait pas avoir besoin du test pour porter le diagnostic. Je pense qu'on en a besoin pour confirmer le diagnostic.*"(P11).

4.5. Bilan biologique

A la suite de l'examen clinique détaillé, de nombreux médecins nous disent réaliser un bilan biologique complémentaire. Une partie demande au patient un bilan biologique « standard » afin d'éliminer des causes

secondaires : "Oui, on peut déjà faire un bilan sanguin général avec la vitamine B12, les folates, la TSH."(P3), "Je demande un iono, une TSH, NFS, glycémie. Voir s'il n'y a pas une déshydratation, un syndrome infectieux : une CRP. Donc je fais un bilan un peu plus poussé pour une fois, qui est souvent normal la plupart du temps."(P7). Un seul médecin réalise un bilan biologique plus poussé, en suivant les recommandations de l'HAS : "Je fais le bilan biologique de diagnostic différentiel recommandé par l'HAS. Avec les sérologies syphilis etc... Les carences, l'albumine."(P14).

4.6. Imagerie

S'ils en ont la possibilité, ils complètent la plupart du temps leur bilan par une imagerie (scanner ou IRM cérébrale) qui aura pour objectif d'éliminer une cause secondaire, voire confirmer un diagnostic dans certains cas : "Oui donc je fais une imagerie cérébrale. De préférence l'IRM avec les séquences indiquées. Mais bon s'il n'y a pas je fais un scanner, oui au moins un petit scanner."(P14).

Certains praticiens n'en réalisent pas en première intention, par manque de temps ou car ils ne l'estiment pas nécessaire : "Après si je demande l'IRM, je reprends deux mois dans la vue."(P1), "Rien n'est complètement figé dans ce truc-là, donc si on évoque juste le trouble cognitif initial qui s'installe à bas bruit, en effet je ne vais pas demander l'IRM en premier lieu."(P4).

5. Place du médecin généraliste dans la prise en charge

Nous avons demandé aux médecins comment ils définissent leur rôle dans la prise en charge initiale du trouble cognitif. Ils nous parlent de leur rôle dans l'accompagnement du patient et de ses proches. Le médecin généraliste aurait une place centrale dans la coordination des soins et de la prise en charge diagnostique, parfois jusqu'à l'annonce au patient.

5.1. Accompagner

5.1.1. Le patient

Lorsque le patient rapporte lui-même des troubles de la mémoire, les médecins notent une absence fréquente de troubles ou alors des troubles légers : "A chaque fois chez les patients qui s'en plaignaient, je n'ai jamais vu de troubles."(P8). Ces consultations ont surtout une visée de réassurance, et les tests viendraient confirmer l'absence d'atteinte cognitive dans la majorité des cas : "Donc on est amenés, souvent, à rassurer les

gens. Il y a beaucoup de gens qui viennent pour plaintes mnésiques : « Je perds la mémoire! ». Alors on leur explique que ce n'est pas ça. "(P3.)

Si les troubles sont présents et confirmés, alors le médecin va accompagner le patient dans son cheminement, et l'acceptation de la maladie. L'annonce est généralement vécue comme un choc, et le rôle du praticien va aussi être d'expliquer les différentes étapes de la prise en charge : "*On sent bien qu'il y a une gravité lors de l'annonce. Il y a souvent des blancs, on se regarde.* "(P2).

Le médecin généraliste endosse un rôle de médecin de confiance, sur lequel le patient et ses proches peuvent compter : "*Parce que les demandes sont différentes et parce que les gens comptent sur toi quand même*"(P13), "*On connaît bien nos patients et on a une relation de confiance avec le patient ou la famille.*"(P15). Il utilise parfois sa relation de confiance pour amener les patients opposants à consentir aux soins : "*Et donc au départ, il a fallu également négocier avec la patiente pour qu'elle puisse accepter de passer une IRM cérébrale parce qu'elle ne comprenait pas du tout l'utilité de son côté.*"(P8).

Il peut se substituer à la famille, si le patient est isolé et sans ressources familiales, prendre ainsi le rôle d'aidant : "*Et puis lorsque l'entourage familial n'est pas vraiment présent là par contre je prends les rênes je me substitue.* "(P2).

5.1.2. La famille

Le médecin devient un pilier pour la famille, leur référent dans la prise en charge de leur proche. Il recueille leurs doutes et leur plaintes et les accompagne dans la démarche diagnostique : "*Tu es le référent, tu es celui sur lequel ils peuvent se reposer. Parce qu'il y a de la souffrance de toute la famille quand il y a une démence.*"(P13). Être le proche aidant demande un investissement au quotidien, qui peut engendrer une fatigue physique et morale, que le médecin va surveiller et prévenir: "*En fait si je pense au conjoint et oui, je suis attentif à repérer un surmenage.* "(P1).

Le médecin se décrit aussi comme l'interlocuteur des proches méfiants, pour apaiser les conflits. Cela est d'autant plus important lorsque ceux-ci sont peu présents ou éloignés géographiquement. Ils décrivent dans ce cas, des prises en charges parfois gérées dans l'urgence, face à des proches qui découvrent tardivement les troubles cognitifs, et qui peuvent se montrer vindicatifs à l'encontre du médecin: "*Avec des gens qui sont loins, qui peuvent être revendicateurs sur : « Vous faites rien, vous avez ci, vous avez ça... ». Bah oui on voudrait bien faire quelque chose, mais on aurait aimé que vous passiez nous voir quand vous venez voir vos parents !*"(P6).

5.2. Porte d'entrée du système de soin

Les médecins se décrivent comme la porte d'entrée du système de soins primaires, en adressant les patients qui le nécessitent: "*Des fois c'est ce qu'on nous demande... D'être la porte d'entrée du système de soins.*"(P11). Son suivi régulier va lui permettre d'initier une prise en charge lorsqu'il va constater la dégradation de la pathologie, et faciliter l'accès aux offres de soins adaptées et spécialisées : "*On voit vraiment l'évolution d'une pathologie quand on a un suivi sur le long terme. C'est tout notre boulot de médecin traitant, c'est là qu'on peut faire le diagnostic.*"(P4).

5.3. Coordonner : être au centre de la prise en charge

La coordination des soins repose essentiellement sur le médecin généraliste. A la demande des patients et de leurs proches, il coordonne les prises en charges: "*Même si on n'a pas de traitement, il faut qu'on puisse lancer les différents acteurs dans la boucle.*"(P4). C'est à lui d'organiser le parcours de soin du patient, en l'aiguillant dans la prise de ses rendez-vous avec les intervenants paramédicaux ou médecins spécialistes : "*Donc voilà j'ai ma place pour le dépistage, pour le suivi, et après pour orienter le patient vers les bonnes personnes.*"(P10), "*Franchement c'est de gérer la coordination entre tout le monde. C'est de gérer entre les aidants, le patient, les équipes médicales, paramédicales. Driver un peu tout ça. Les rendez vous, les examens.*"(P15). Il fait également la demande d'Affection Longue Durée, souvent, avant même que le diagnostic soit posé: "*Les ALD tu peux les faire sans avoir besoin d'aller chez le gériatre.*" (P13).

5.4. Orienter

Une fois la plainte recueillie, l'ébauche de diagnostic réalisée, le médecin va pouvoir orienter son patient vers les différents intervenants nécessaires dans son parcours de soin.

5.4.1. Vers le spécialiste en neuro-gériatrie

Une partie des médecins interrogés oriente leurs patients vers un médecin spécialiste. Il peut parfois s'agir d'un neurologue selon le point d'appel: "*Ça dépend si c'est un parkinson. Là c'est neurologue. Et sinon il y a des neurogériatres.*"(P14).

La majorité des médecins interviewés oriente cependant vers un gériatre: "*Et à ce moment-là, essayer de voir ce qui peut être fait; l'adresser ensuite en consultation de gériatrie pour aller faire tout le bilan de la*

mémoire."(P4). Et plus spécifiquement en consultation mémoire, réalisée aussi par un médecin gériatre : "Il faut quand même envoyer faire des tests psychométriques... Il faut envoyer en consultation mémoire."(P3), "Donc je l'ai adressé à la consultation mémoire pour faire le bilan."(P6).

5.4.2. Vers le neuropsychologue

Si les délais le permettent, deux des médecins interrogés orientent leur patient vers un neuropsychologue, qui pourra réaliser les tests de dépistage avant de l'adresser au gériatre: "Parce que de toute façon, il va y avoir des tests neuropsychos qui sont bien plus longs à réaliser, que moi je ne peux pas faire en cabinet et bien mieux réalisés par un neuropsychologue."(P4).

5.4.3. Vers le psychiatre

Enfin, quand les signes cliniques ne permettent pas de différencier une pathologie psychiatrique d'une démence débutante, certains praticiens vont alors faire appel à un psychiatre : "Avec tous les diagnostics de psychiatrie en gériatrie ça c'est pas facile aussi."(P14), "Ou le psychiatre! Ca c'est pour les profils anxi-dépressifs pour faire un petit peu la part entre l'anxiо-dépression, et le vrai trouble cognitif qui s'installe."(P15).

5.4.4. En hospitalisation

Dans certains cas complexes, et si les structures locales le permettent, certains médecins préfèrent hospitaliser quelques jours leurs patients, afin de réaliser et coordonner les premiers bilans eux-mêmes ou via les spécialistes: "Des fois, je les adresse en hospitalisation devant une altération de l'état général."(P1), "L'hôpital local permettait d'avoir un œil différent sur le patient, jour et nuit compris, de l'extraire du quotidien." (P12). Autres structures hospitalières, les UCC sont parfois amenées à poser un diagnostic chez les patient en cas de troubles cognitifs déjà évolués : "Et j'ai des contacts réguliers avec l'UCC, qui en prend en charge de façon temporaire, les troubles cognitifs importants, les troubles majeurs dérangeants du comportement."(P3).

5.5. Annoncer le diagnostic

Quand le diagnostic est posé, le médecin généraliste peut choisir de l'annoncer au patient lui-même ou bien de l'adresser au spécialiste pour cela.

5.5.1. Par le neurologue ou le gériatre

Certains des médecins estiment qu'il est du ressort du spécialiste de faire l'annonce, car c'est ce dernier qui est le plus à même de faire le diagnostic de la pathologie : *"Ensuite pour que ce soit officialisé, il faut que ce soit un spécialiste qui le pose de façon officielle"*(P8).

5.5.2. Par le médecin généraliste lui-même

Parfois, les médecins se jugent assez compétents pour annoncer eux même la maladie ou bien le font par obligation : *"Après des fois j'ai pas le choix. Si les patients, parfois ne veulent pas voir de gériatres; ne veulent pas voir d'autres spécialistes et bien là je suis toute seule."*(P15).

Quand il fait lui-même l'annonce, bien souvent, il essaye d'aborder subtilement le diagnostic, en essayant de banaliser les troubles pour éviter une annonce anxiogène : *"On l'aborde... un peu timidement. On ne va pas leur dire qu'ils deviennent déments quand même. On leur annonce, qu'en vieillissant, ils perdent des capacités."*(P12). Une majorité des médecins insiste sur l'importance de ne pas utiliser le terme de démence ou de nommer la maladie d'Alzheimer: *"Encore une fois, un mot ça fait peur."*(P4), *"On emploie pas trop le mot « Alzheimer ». Les patients et leur famille ont certainement très peur quand on l'emploie."*(P12).

A l'inverse, quelques praticiens préfèrent annoncer directement les troubles en nommant la maladie, si le patient est demandeur : *"Mais si je pense que les gens, certains en tout cas, ont besoin de nommer les choses. Je ne pense pas que j'en ai peur en tout cas."*(P10).

Beaucoup recommandent de prendre le temps de faire l'annonce, sur plusieurs consultations, afin d'aborder avec moins d'angoisse la maladie et sa prise en charge: *"Pas plus que ça, je pense que ça va être peut-être d'amener les choses sur deux, trois consultations, de voir ce qu'ils en pensent de leur petit trouble de la mémoire, si déjà ça les inquiète..."*(P6). L'important est de s'adapter au patient. Il ne faut pas presser de processus, et aller au rythme du malade et de ce qu'il est prêt à entendre et accepter: *"Après, certains patients ne sont pas prêts à entendre le diagnostic immédiatement, et donc on doit faire du cas par cas."*(P4), *"A partir du moment où je vois pas ce qu'on va proposer après, je laisse voir, je fais en fonction et puis j'essaie d'aller dans le sens des gens...Donc comment ça se passe, au feeling quoi."*(P7).

Enfin, face à un patient qui présente parfois des difficultés de compréhension, le médecin va alors essayer d'utiliser des mots simples, qui sont faciles à assimiler : *"J'essaye de m'adapter au niveau social à la personne et puis je lui dis tout simplement que la mémoire s'altère. J'utilise des mots simples."*(P2).

6. Facilités structurelles du repérage

6.1. Au cabinet médical

6.1.1. Outils diagnostiques

Le repérage des démences au cabinet repose notamment sur des tests que les médecins nous rapportent comme simples d'utilisation et plutôt plaisants à réaliser: "A l'aise avec la réalisation des tests? Oui. J'aime bien ça même!"(P1), "J'adore le test de Dubois avec l'horloge car il est facile à faire."(P9).

Ils sont reproductibles, et permettent un suivi facile de l'évolution cognitive: "Le test de l'horloge sinon on voit bien qu'il peut être riche et beaucoup moins riche six mois plus tard"(P2), "(Le MMS) Il est reproductible ; on le croise partout, il est validé, on nous l'apprend pendant l'externat."(P1). Leur fiabilité semble convenir aux médecins généralistes qui recherchent d'abord une bonne valeur prédictive négative pour rassurer leur patient au besoin: "Je trouve que quelqu'un qui a un MMS à 30. Ouais, il cache bien son jeu quand même"(P8).

Sur le plan de l'acceptabilité du patient, les retours des médecins sont très positifs : "Les gens acceptent souvent de faire le test, un petit MMS en consultation ça se passe très bien."(P4).

Ces questionnaires et exercices pratiques apportent de plus une approche ludique, qui aide à la communication et à la présentation du problème au patient: "La personne âgée qui ne veut pas d'aide, on peut lui faire comprendre pour accepter progressivement les aides, donc le test peut servir à ça"(P7), "C'est celui que j'ai le plus fait. Et ça donne un score."(P14). Ils permettent de répondre à une demande de la famille, parfois pour calmer leur peurs, parfois pour confirmer leurs doutes : "Problème, c'est que souvent c'est la famille qui est demandeuse."(P7).

6.1.2. Cotations valorisantes

Les médecins ont été interrogés sur la cotation spécifique ALQP006. La plupart la connaissent de tête et certains l'utilisent bien qu'aucun des tests validés par la CCAM pour appliquer cette cotation n'aient été cités. Il semble donc que la cotation soit probablement mal utilisée par certains médecins qui l'appliquent hors du cadre de la CCAM. Cependant certains témoignent d'un certain contentement concernant l'existence d'une cotation valorisant des consultations longues: "Moi je l'utilise quand je réalise une consultation dédiée."(P1), "J'estime que quand tu prends du temps, au bout d'un moment, tu as aussi besoin de compenser tes consultations qui coûtent 25 €."(P5).

Il est même dit par des médecins que cette cotation, bien que mal appliquée, semble un minimum. Leur investissement dans la réalisation de test en dépendrait: *"Si c'était payé 45 euros, je ne le ferai pas."*(P7).

6.1.3. Les auxiliaires médicaux et le dispositif ASALEE

Une des prérogatives majeures des médecins est bien entendu le manque de temps. Mais beaucoup se projettent tout de même dans ces prises en charge grâce au développement des aides médicales qui semblent plutôt bien adaptées aux pathologies cognitives: *"On a une infirmière ASALEE et on a la possibilité de lui envoyer nos patients pour qu'elle fasse les tests de dépistage de démence. Donc MMS, horloge."*(P14), *"J'ai un petit peu changé mes pratiques. On a une infirmière ASALEE en formation IPA, donc dès que je repère un trouble, assez systématiquement j'envoie vers l'infirmière pour faire le bilan."*(P10).

6.2. Organisation pluriprofessionnelle

6.2.1. Lien avec les acteurs paramédicaux

Les acteurs paramédicaux au domicile sont souvent en lien avec le généraliste et peuvent être des sources d'information parfois clef au déclenchement du diagnostic: *"Et les infirmières nous disent: « Là, il y a un problème. Donc, qu'est-ce qu'on fait?»".*(P11), *"On parle aussi de temps en temps maintenant aussi avec les pharmaciens."*(P2).

Quelques médecins nous disent utiliser régulièrement les messageries sécurisées, afin de réaliser des transmissions régulières avec les équipes de soins à domicile: *"Il y a la messagerie sécurisée qui fonctionne très bien."*(P4).

6.2.2. Financements en structure

Sur le sujet du financement, l'organisation en structures pluri-professionnelles donne désormais accès à des subventions lorsque des réunions pluridisciplinaires sont mises en place pour discuter de la prise en charge des patients atteints de troubles cognitifs: *"On est à la fois un pôle santé pluridisciplinaire et puis également une CPTS depuis peu de temps. Et donc on a encore des enveloppes pour pouvoir permettre de faire des réunions rémunérées pour les différents acteurs libéraux."*(P4).

6.2.3. Réunions pluriprofessionnelles

Le développement de structures avec de nombreux intervenants aide bien entendu à la mise en relation interprofessionnelle. Cela est souligné par les médecins qui en bénéficient, et qui saluent les meilleures prises en charge qui en découlent. Tous les intervenants du domicile peuvent ainsi être mis autour de la table pour discuter des prérogatives de chacun: "*Au pôle santé on a des réunions en commun hebdomadaires avec kiné, pas d'ergo mais on a l'équipe d'appui de Château-Gontier qui vient chez nous, on a psychologue, on a un orthophoniste, les infirmières, pharmacien, le SSIAD, les aides à domicile...*"(P10), "*On a des staffs mensuels dans le pôle santé ici.*"(P2).

6.3. Au niveau local et territorial

6.3.1. Plateformes territoriales d'appui

Issues de la loi de Santé, de nombreuses plateformes territoriales d'appui ont vu le jour afin d'accompagner le médecin traitant dans la coordination du parcours de soin des patients sur le plan sanitaire, social et financier. Deux des médecins ont ainsi travaillé avec le PAERPA: "*Nous, il y avait, il y a encore peu de temps, un système qui s'appelait le PAERPA, qui est un système qui permettait de financer le parcours de la personne âgée. Donc on faisait des plans personnalisés de soins.*"(P4).

Le PALEX, dans le même esprit, et qui n'existe plus non plus, avait pour but de faciliter l'exercice coordonné sur un territoire : "*Il y avait PALEX avant, qui n'existe plus, c'était plus facile. [...] C'était une petite cellule, qui pouvait s'occuper du parcours des personnes âgées. Ils faisaient des PPS pour tout le monde, c'était génial.*"(P11).

6.3.2. Associations locales et structures de décharge des aidants

Bien que cela ne concerne pas la prise en charge médicale du patient, il est rapporté l'utilité des associations multiples qui gravitent autour des pathologies cognitives. Un médecin explique y avoir recours d'emblée pour aider le patient à prendre conscience de son trouble facilitant sa prise en charge diagnostique : "*On peut aussi proposer au patient des associations, des groupes de paroles où il peut parler, participer à des ateliers cognitifs avec des animations.*"(P12).

7. Freins structurels

7.1. Constraintes sociétales

7.1.1. Démographie humaine et professionnelle

Sur le sujet des démences, le vieillissement de la population vient peser sur le sujet de la démographie médicale. Cela amène les médecins à s'interroger sur leur rôle à venir à propos de problèmes aux conséquences de plus en plus lourdes sur la société: "*Vu la prévalence de cette maladie si on veut faire quelque chose il faut forcément du soin primaire.*"(P2), "*Le nombre en chiffre absolu, et non relatif, va augmenter dans les années à venir.*"(P3). L'offre de soin va devoir s'adapter : "*On voit bien que les gens sont de plus en plus à domicile, très âgés, pluripathologiques, et du coup oui c'est une réalité qu'il y a un besoin.*"(P6).

Les praticiens nous parlent notamment de la démographie médicale des spécialistes en neurologie: "*Non parce que l'accès aux neurologue est beaucoup plus compliqué.*"(P6), mais aussi celle des généralistes qui font face à des pressions pour agrandir leur patientèle: "*Je suis 800 patients, je suis là trois jours par semaine, je vais pouvoir le faire. Mais le collègue, qui exerce depuis 30 ans, qui a 2500 patients et qui va consulter 40 à 60 patients par jour...*"(P11).

7.1.2. Ressources structurelles et accès au soin

Les places en structures d'accueil étant limitées, les médecins ne pressent pas pour des diagnostics permettant l'admission de leur patients: "*C'est le développement de lits d'Alzheimer, de structures de court séjour, de structures de moyens séjours, de choses de relais quand les gens n'en peuvent plus [...] Les places sont chères et il n'y en a pas assez pour tout le monde.*"(P6).

Une difficulté régulièrement rapportée est la variété et la complexité des réseaux de prise en charge des troubles cognitifs: "*C'est pas servi sur un plateau et chaque région, chaque hôpital a sa filière.*"(P8), "*Je trouve que c'est difficile d'avoir accès à ces informations là. D'avoir un répertoire à jour...*"(P15).

7.1.3. Ressources techniques

Le rapport des médecins aux tests est très variable. Bien qu'ils les utilisent, beaucoup sont critiques à leur égard. Parfois sur le fond du questionnaire, qu'ils peuvent trouver peu pertinent: "*« Pas de mais de si ni de et » est une traduction d'une phrase connue en anglais mais qui ne veut rien dire en français donc on ne teste pas la même chose.*"(P1).

Par ailleurs nous relevons des critiques sur la fiabilité des scores obtenus: "C'est bien de le détecter mais qu'est ce qu'on en fait après. Et puis c'est très difficile d'avoir un MMS qui soit fiable, compte tenu de la capacité des gens."(P12). Et enfin beaucoup s'attachent davantage au retentissement d'une potentielle démence qu'au score d'un test: "Je ne trouve pas ça pertinent. Ce qui est pertinent c'est de les voir en consultation. C'est de voir qu'il ne sait plus monter sur la balance."(P15).

Pour les médecins interrogés qui orientent de manière systématique vers une filière gériatrique, faire des tests est parfois vu comme accessoire ; un bilan plus complet étant fait en aval: "De toute façon, il va y avoir des tests neuropsychos qui sont bien plus longs à réaliser, que moi je ne peux pas faire en cabinet et bien mieux réalisés par un neuropsychologue."(P4).

7.1.4. Financement

Bien qu'une cotation existe, elle est critiquée, car peu applicable. En effet, aucun médecin ne déclare pratiquer de tests valides pour pouvoir l'utiliser: "La cotation existe mais elle n'est pas exploitable en tant que telle parce que les tests à utiliser sont trop complexes."(P11). La cotation soulève d'ailleurs des critiques plus globales sur le mode de facturation en médecine générale et sa complexité : "Toute cotation qui est faite moins de 5 fois dans l'année, je trouve ça inutile et contre-productif."(P6).

Une alternative aux filières gériatriques classiques est le recours aux neuropsychologues de ville notamment pour la réalisation de tests plus pointus. Cependant le coût financier pour le patient rend selon certains, leur utilisation très difficile: "Adresser au neuropsy c'est pas remboursé, c'est hyper cher. Les patients n'iront jamais."(P15).

Pour dernière problématique financière, la médecin P13 nous parle enfin de l'absence de prise en charge chez ses patients ne pouvant prétendre à l'APA par défaut de titre de séjour valide: "J'ai des patients comoriens déments mais comme ils ont pas de titre de séjour ils peuvent pas prétendre à l'APA donc c'est très emmerdant."(P13).

7.1.5. Fréquence des consultations

Bien que la prévalence des maladies neurodégénératives soit élevée, plusieurs médecins nous témoignent être peu confrontés au sujet, et réaliser peu de repérage de vrais troubles. Cela aggrave ce sentiment d'incompétence sur le sujet: "J'ai dû le faire deux ou trois fois en deux ans d'exercice, donc c'est vraiment pas beaucoup."(P8). Dans le cadre d'installations récentes cela peut être encore plus vrai: "En tant que récemment installé je récupère plus de bébé et de jeunes même si je reprends des patients âgés."(P1).

Les plaintes mnésiques seraient en revanche fréquentes: "Par contre il y a plus de plaintes de baisse de la mémoire, des capacités d'attention qui sont plutôt des signes de vieillissement cérébral sans trouble cognitif."(P3).

7.2. Constraintes professionnelles et organisationnelles

7.2.1. Constraintes temporelles

La première contrainte, qui est d'ailleurs abordée par l'ensemble de nos interlocuteurs, est le temps. Tous ont parlé de leurs contraintes horaires. Les troubles cognitifs sont des pathologies chronophages et difficiles à intégrer dans leur pratique du quotidien: "Je pense que le médecin généraliste, en général, il a pas le temps."(P3), "Le temps. C'est la limite la plus importante."(P9).

Cela va mettre les médecins en difficulté dans ce qu'ils proposent à leur patient. Ils sont tiraillés entre une volonté de faire le maximum pour une bonne prise en charge et leur agenda : "Planifier une consultation dédiée alors que l'on est toujours bousculé c'est difficile"(P2).

Ils critiquent parfois leur façon de faire. Certaines choses pourront être faites pour certains patients, et pas pour d'autres selon l'état d'empressement du praticien: "Je vois 50 patients par jour... Je ne peux excéder 2... maximum 3 patients par jour qui ont vraiment de gros besoins."(P9). Un médecin juge sa manière d'interroger inadéquate pour repérer les troubles cognitifs: "Pour gagner du temps en médecine générale, moi j'ai tendance à diriger un peu l'interrogatoire et à ne pas laisser suffisamment de questions ouvertes."(P8). Certains nous disent même ne pas pouvoir faire de test du tout: "Je n'en propose pas, pourquoi ? Parce qu'il faut caser ça dans ton emploi du temps."(P7).

Le manque de temps entraîne des recours plus fréquents aux spécialistes sans forcément de débrouillage en amont: "T'as pas le temps, surtout en désert médical, de le faire en cinquante fois, donc c'est pour ça qu'il faut pouvoir avoir un spécialiste d'adressage qui va le faire."(P4).

Une autre contrainte de temps est celle liée à la nécessité de formation. La médecine générale est une des spécialités les plus vastes, et les formations possibles sont très nombreuses. Les médecins déplorent le peu de temps qu'ils accordent pour se former, cela inclut toutes les pathologies : "Je pourrais me former, je pourrais aller sur internet regarder ce qui se fait. Mais revient la question de temps."(P11).

7.2.2 Contraintes liées à la perception du médecin

Parmi les praticiens interrogés certains expriment un manque global de compétence ou disent ne pas se sentir à l'aise vis-à-vis des pathologies cognitives: "Je me sens clairement moins compétent par rapport à la pathologie type Alzheimer, vis-à-vis de la prise en charge avec les AntiDiabétiques Oraux."(P11).

Ce manque de compétence est plus précisément exprimé au sujet des tests d'évaluation cognitive : "L'horloge, je ne suis pas très compétent."(P7).

Plus spécifiquement sur l'analyse du test cognitif, les médecins se trouvent généralement peu compétents pour expliquer les subtilités des résultats au-delà du caractère normal ou anormal de l'évaluation: "Je ne fais pas en consultation de MMS. Parce que j'aurais pas les compétences en fait pour bien analyser, pour donner une réponse."(P15).

Nous avons demandé aux médecins généralistes s'ils se sentaient compétents pour poser un diagnostic de maladie d'Alzheimer. La grande majorité ont répondu par la négative. Même donner une impression diagnostique semble prohibée comme pour toute annonce de maladie grave: "On ne peut pas annoncer de cette façon, un diagnostic comme ça."(P3), "Je ne veux pas donner un avis trop rapidement, et ce sont des diagnostics beaucoup trop importants si on se trompe."(P11).

Le médecin P3 s'estime compétent en la matière, en raison de sa formation supplémentaire en gériatrie: "Si je me sens compétent ? Oui, mais parce que j'ai fait une capacité de gériatrie et un D.U. en plus."(P3).

Pour les moins à l'aise, beaucoup nous expliquent que ces formations ne sont pas à l'ordre du jour. D'autres apprentissages sont privilégiés selon ce qu'ils estiment être les plus utiles ou simplement les plus attrayants pour eux: "En tout cas, j'avais pas prévu de faire une formation dédiée particulièrement là-dedans" (P4), "il y a toujours possibilité de se former, de bosser ça. Les praxies, les machins, les trucs pour avoir une analyse fine. Mais moi personnellement je n'ai pas envie de me lancer là dedans."(P15).

Le repérage peut simplement se heurter à l'intérêt du médecin. Des praticiens nous parlent du possible manque d'appétence par des généralistes qui pourraient ne pas proposer de consultations neuro-gériatriques : "Si certains peuvent refuser la gynéco, certains peuvent refuser la neuro." (P1), "Je crois que ça ne m'intéresse pas vraiment en réalité."(P15), "Il y en a qui, je pense, déléguent trop. Mais après tout dépend, ils sont peut-être orientés dans leur activité sur d'autres choses que moi je fais pas."(P5).

7.3. Constraintes liées au patient et à la maladie

7.3.1. Freins liés à la pathologie

La maladie cognitive se révèle souvent lentement, avec des signes des fois très discrets. Une médecin nous alerte sur la difficulté à repérer ces signes en vue d'établir un diagnostic précoce: "*Les signes avant-coureurs qui permettent de dépister les troubles cognitifs au niveau très précoce, c'est très difficile.*"(P14).

Des médecins amènent l'idée que la routine et la vue fréquente des patients peut aussi empêcher les médecins de repérer les symptômes. Ils pourraient ne pas voir la cassure dans l'état cognitif: "*Quand on suit des patients depuis longtemps, on finit par ne pas les voir vieillir (...) dans ces cas là on peut rater quelque chose.*"(P12). Le médecin P1 nous parle de sa patientèle, reprise à un médecin retraité et dans laquelle il a pu retrouver, de nombreux patients avec qui le sujet n'avait pas été évoqué: "*Ils étaient dans une routine avec leur médecin traitant parti en retraite et ne sont fréquemment pas repérés.*"(P1).

Pour finir, plusieurs médecins nous parlent de la prise en charge globale et étoffée des troubles cognitifs. De nombreux intervenants sont sollicités et chacun d'entre eux est plus ou moins accepté par le patient et sa famille. L'ensemble est d'ailleurs fastidieux pour les patients et peut entraîner un décrochage du suivi : "*Les limites... L'acceptabilité du patient.*"(P11), "*Je sais qu'en HDJ ils adressent tout le temps en orthophonie. Et les gens ils n'aiment pas y aller, et arrêtent très rapidement.*"(P15).

7.3.2. Freins liés au profil du patient

Les patients selon leur culture peuvent plus ou moins accepter la prise en charge ou simplement le discours de leur famille. Une médecin nous parle du rapport d'un patient avec sa femme: "*Le biais c'est que ce sont des Marocains. [...] Si sa femme lui avait demandé, en fait non il serait pas venu parce que en plus il y a le poids culturel qui fait que c'est lui qui commande dans la famille.*"(P13). Elle nous laisse supposer que certaines appartenances culturelles favoriseraient le retard diagnostique.

Bien entendu une barrière de la langue est également préjudiciable, que ce soit pour le repérage d'incohérences dans le discours comme pour la réalisation de tests de débrouillage: "*Ah bah oui parce que la communication avec ceux qui sont non francophones c'est autre chose.*"(P14).

Un autre frein majeur au diagnostic est l'absentéisme des patients déments. Ainsi, un médecin nous signale d'ailleurs que ces absences sont plus fréquentes chez les patients isolés socialement: "*Il y a aussi certaines limites sociales, ça je m'y confronte pas mal parce que c'est vrai que si les gens sont très isolés c'est compliqué de les faire venir au cabinet.*"(P10).

L'expression des troubles cognitifs est conditionnée par le niveau intellectuel du patient. Le médecin P8 trouve que des personnes à haut niveau intellectuel vont mieux donner le change mais qu'il les trouve paradoxalement plus faciles à dépister car la chute cognitive n'en est que plus grande: "Je trouve qu'une personne qui a un haut niveau intellectuel est plus facile à dépister. [...] Le fait de savoir qu'ils n'avaient pas fait de grosses études: pouvait justement poser plus question sur "est-ce que c'est pas état cognitif de base"."(P8).

Un médecin interpelle sur le problème des pathologies psychiatriques concomitantes qui viennent perturber le diagnostic: "J'ai deux patients comme ça qui ont des troubles cognitifs sur un terrain psychiatrique fort, et voilà : les psychiatres et les gériatres se renvoient la balle donc ce n'est pas clair."(P10).

8. Approche pratique et éthique du diagnostic par le médecin généraliste

8.1. Avantages pour le patient et ses proches

Les médecins ont été interrogés sur leur rapport au diagnostic et notamment sur le diagnostic précoce. Il est vite apparu dans nos interrogatoires que les médecins se déclarent soit proactifs, soit attentistes vis-à-vis des troubles cognitifs, et cela notamment pour des raisons éthiques qui leurs sont propres. Nous allons traiter d'abord des intérêts rapportés par les médecins à l'établissement d'un diagnostic.

8.1.1. Surveiller l'évolution

Les médecins interrogés nous rapportent en premier lieu leur intérêt à vouloir ralentir la perte cognitive. L'établissement d'un diagnostic plus ou moins précis permet de créer le cadre nécessaire à la mise en place d'aides adaptées : "C'est intéressant parce que bon même s'il n'y a pas de médicaments, on peut mettre en place une aide.[...] On sait qu'on peut quand même retarder un petit peu la maladie donc c'est un bénéfice de le faire."(P3).

Les patients peuvent ainsi être mis en contact avec des SSIAD pour la mise en place d'un suivi régulier par des Equipes Spécialisées Alzheimer, même si les délais d'intervention sont longs: "Aujourd'hui les ESA globalement le truc c'est qu'ils vont intervenir auprès d'un patient dément en général après deux ans."(P2). Si le patient présente des troubles de l'élocution et/ou des troubles de la marche, le médecin peut aussi l'orienter vers un orthophoniste, un kinésithérapeute : "Après on voit si on peut faire un peu d'orthophonie, un peu de kiné."(P2).

8.1.2. Anticiper

Les praticiens insistent sur le maintien de l'autonomie et donc le maintien à domicile. Le diagnostic précoce permet l'anticipation des besoins à venir et donc prévenir la survenue d'événements aigus, limiter les hospitalisations et donc valoriser la qualité de vie du patient: "*C'est important de pouvoir le dépister assez précocement pour justement, tout prévoir en amont parce que le problème c'est le maintien à domicile des patients.*"(P4), "*Plus c'est pris en charge tôt, mieux c'est pris en charge, moins il y a de surprises et meilleure sera leur qualité de vie.*"(P8).

Le médecin pourra ainsi faire intervenir des aides à domicile si l'autonomie est diminuée, via par exemple l'ADMR ou la MDA : "*Je fais des RCP avec l'ADMR et la MDA et eux les contactent.*"(P1), "*Localement le SSIAD, les infirmières à domicile, l'ADMR qui fait de plus en plus de choses.*"(P7). Il pourra aussi solliciter des ergothérapeutes, notamment pour l'aménagement du domicile : "*Evaluation du logement par l'ergothérapeute si besoin, etc...*"(P12).

Le diagnostic précoce permet en outre d'anticiper des démarches administratives longues, comme l'inscription en établissement d'hébergement adapté. Des pré-inscriptions des années à l'avance aident au placement rapide du patient si le maintien à domicile se complique : "*Alors on peut déjà anticiper le fait qu'il finira en EHPAD, ou en maison senior comme nous avons ici, localement, et faire les inscriptions.*"(P12).

8.1.3. Mieux accompagner

Chez les médecins qui se décrivent actifs dans la prise en charge diagnostique des démences, cela se justifie notamment par la meilleure prise en charge globale du patient. Le refus potentiel du patient étant interprété de manière différente chez un sujet dément, certaines comorbidités pourraient être prises en charge malgré tout, au nom du bien être de la personne: "*Si on lui avait diagnostiqué une démence plus tôt on lui aurait probablement opéré sa coxarthrose plus tôt.*"(P1).

Les pathologies cognitives se distinguent notamment par les pertes d'autonomie des patients qui vont mettre lourdement à contribution l'entourage. Leur expliquer la maladie et les préparer à ce rôle est un des enjeux majeurs du diagnostic précoce: "*Et plus on a le temps de former sa famille à son rôle d'aidant et plus on a le temps de mettre en place des aides adaptées.*" (P8).

Débuter une démarche diagnostique est aussi souvent pour le médecin traitant une suite logique, à la demande de sa patientèle. Le médecin P7 nous explique que, bien qu'il ne prône pas de prise en charge particulière, accepter la demande du patient ou sa famille lui semble tout de même important : "*Maintenant si*

les gens me demandent d'aller chez un gériatre ou un neurologue, je fais le courrier. Il est pris en charge là bas et donc ils sont contents."(P7).

L'annonce, du diagnostic, peut être vécue comme un soulagement ou un apaisement par un aidant qui n'osait pas demander de l'aide : *"Mais clairement elles avaient repéré les choses et quand j'en ai parlé, elles ont semblaient soulagées que ce soit moi qui évoque le sujet."(P8), "C'est plutôt un soulagement, un apaisement que quelque chose soit identifié. Parce que souvent les familles ont déjà vu, ce n'est pas la grosse surprise."(P15).*

8.1.4. Protéger

Une médecin nous rapporte aussi la nécessité du diagnostic pour aider à la protection de la personne via notamment des dispositifs de curatelle. Ces dispositifs n'étant mis que sous l'autorité d'un juge, une dénomination médicale précise de la maladie lui semble indispensable: *"S'il faut mettre les gens sous curatelle par exemple, là on va peut-être avoir besoin d'avoir un vrai diagnostic."(P13).*

Bien qu'elles ne soient pas conditionnées à un diagnostic précis, les aides financières et notamment à l'autonomie (APA) vont être systématiquement demandées si une maladie cognitive est signalée: *"Mettre en place l'APA et il y aura au moins des aides financières, humaines."(P14).* Les patients peuvent alors être mis en lien avec des assistantes sociales auprès de structures locales comme la MDA, ou encore le CLIC: *"Je vais par contre, assez rapidement donner les coordonnées de la MDA, juste pour se rapprocher et qu'il y ait une prise de contact. Ce qui permet souvent d'être en lien avec une assistante sociale, si tu as besoin de monter un dossier APA."(P5), "Oui alors nous on a le CLIC qui est une structure d'orientation pour les personnes âgées."(P15).*

Le diagnostic peut aussi permettre la mise en sécurité vis-à-vis de violence au sein du foyer, par des familles qui ne comprennent pas la situation médicale. Le médecin P14 nous rapporte une expérience de violence au domicile chez une de ses patientes: *"La dernière fois j'ai dû menacer de faire une déclaration au procureur de la République pour un mari qui battait sa femme."(P14).*

8.2. Avantages pour le médecin

8.2.1. Ne pas rester avec ses doutes

Pour le médecin la mise en œuvre d'un diagnostic, l'orientation vers une filière gériatrique est décrite comme un soulagement. Cela permet de ne pas rester avec des doutes: *"Moi j'aime bien avoir une certitude diagnostique donc souvent j'attends l'avis du gériatre."(P10).* L'adressage au spécialiste permet aussi au

médecin de se former via les comptes rendus: "Je pense qu'à la fois en adressant, on s'auto-forme en relisant les comptes rendus de consultation mémoire où tu vois qu'ils ont fait ci, ils ont fait ça etc..." (P6).

8.2.2. Déléguer

Cela leur permet de facilement déléguer ou demander de l'aide: "Le jour où tu as besoin, tu peux appeler le gériatre qui va te répondre plus facilement. Quand je te parlais de l'orientation vers la filière gériatrique, elle est utile pour ça." (P5), "Seul on ne peut pas faire grand chose, on est plus isolé." (P12).

8.2.3. Respecter l'AMM

Un des médecin fait également référence aux neuroleptiques dont la prescription est conditionnée à la maladie sous jacente: "Si le patient se détériore, se dégrade et que l'on doit utiliser des antipsychotiques parce qu'il y a des troubles du comportement majeurs bah il y en a un qui a un AMM, [...] et donc si pas de diagnostic, il n'y a pas d'AMM." (P8).

8.2.4. Se protéger légalement

Il est aussi rapporté le besoin de se protéger en tant que professionnel. Cela passe par mettre en place un bilan minimum nécessaire afin de ne pas se mettre en défaut vis-à-vis du patient et sa famille: "L'IRM c'est d'ordre médico légal, tu ne sais pas ce qui peut se passer." (P2).

8.3. Inconvénients pour le patient et son entourage

Dans cette partie nous allons désormais traiter des inconvénients du diagnostic qui freinent certains médecins pour des raisons éthiques. En effet l'action du corps médical va souvent imposer une prise en charge à un patient qui peut parfois ne pas la comprendre voire s'y opposer, tout comme sa famille.

8.3.1. Impacts sur le patient

Un des principaux problèmes éthiques rapportés par les médecin concerne l'établissement d'un diagnostic auprès d'une personne sans retentissement problématique de son trouble cognitif. Beaucoup déclarent attendre qu'une demande viennent des patients ou de leur entourage, ce qui rentre en contradiction avec une démarche de diagnostic précoce: "Ca dépend aussi quelle est la plainte du patient ou de l'entourage." (P5), "Moi je suis assez partagée au niveau éthique. De faire le diagnostic et d'aller regarder si c'est la demande

des patients, si on répond à leur demande, pourquoi pas mais s'ils ne demandent rien du tout et qu'ils se plaignent de rien..."(P14).

L'absence d'atteinte à l'autonomie, de trouble du comportement ou de mise en danger du patient devrait donc pour certains être respectée, qu'il y ait un intérêt secondaire ou non: "*Je pense que tant que ça n'a pas d'atteinte dans ton autonomie, dans ton quotidien ou quoi que ce soit ... Est-ce que finalement, tu mets pas un diagnostic un peu plus tôt que prévu sur quelqu'un qui en fera pas grand-chose.*"(P5), "*Tant qu'il n'y a pas d'errance dans la ville ou de fugue, j'ai tendance à ne pas forcément brusquer les choses.*"(P2).

Un élément très fréquemment rapporté est la peur du retentissement du diagnostic sur le moral du patient. Le diagnostic est représenté auprès de nombreux médecins comme très anxiogène : "*Est-ce que ça a vraiment un intérêt et finalement est-ce que ça va pas l'angoisser plus qu'autre chose ?*"(P5), "*Qu'est-ce qu'ils vont se dire les gens? Bah « ça y est c'est terminé ça y est. Je suis je suis dément ça y est ».*"(P13).

Surtout auprès de patients dont le mode de vie est pour le moment préservé, il existe une peur de perturber un équilibre fragile avec une annonce diagnostique brutale, et d'être ainsi délétère au malade: "*J'aurais peur de les déstabiliser mais c'est sans doute un de mes freins. Je pense que il n'y a pas d'urgence non plus sur le plan médical.*"(P15).

Au-delà d'un potentiel effet délétère se pose la question morale de la responsabilité du patient. A partir de quand son avis n'est plus pertinent et opposable? Pour plusieurs médecins, le refus du patient peut être respecté même jusqu'à des phases avancées de la maladie: "*Il faut aussi que les patients acceptent le diagnostic, et ce n'est pas toujours simple.*"(P11), "*Mais chez une personne en déni... Sans traitement curatif c'est compliqué.*"(P14).

Enfin beaucoup de médecin parlent d'un âge au delà duquel l'intérêt d'une prise en charge devient très discutable: "*Moi j'ai une patientèle très âgée. Quelqu'un qui a 86-87 ans, qui va bien et puis que je vois qu'il a quelques troubles cognitifs, s'il est heureux, je le laisse tranquille.*"(P7).

8.3.2. Impacts sur l'entourage

Un obstacle important pour quelques médecins concerne le partage de l'information avec la famille. Cette dernière peut être demandeuse de prise en charge ou d'informations. Le médecin juge alors parfois que le secret médical ne doit pas être rompu malgré les troubles cognitifs à moins que ceux-ci soient très avancés. L'absence de communication médecin-famille peut alors limiter la prise en charge si le patient ne consent pas au partage du secret médical. Cela limite par conséquent l'impact de la famille sur le processus diagnostique :

"Alors, je ne parle jamais avec la famille toute seule sans que le patient soit au courant ou alors faut vraiment que tu aies un trouble cognitif super évolué, avancé, où là tu sais que tu peux pas communiquer."(P5).

La médecin P15 explique cependant prendre les devants pour contacter la famille si la situation s'enkyste et se dégrade avec des troubles trop importants: *"Ca m'arrive aussi quand ils ne sont pas du tout réceptifs ou quand je vois que peut-être que c'est trop avancé de moi-même, de contacter la famille."(P15).*

Le médecin peut aussi hésiter à lancer une démarche diagnostique par souci de préserver l'équilibre familial. Une démarche soutenue par la famille peut mettre le patient en conflit avec ses proches: *"C'est compliqué quand il y a les couples, parce que parfois des conjoints n'osent pas le dire parce que le patient ou la patiente refuse la prise en charge et refuse de dire qu'il y a des problèmes de mémoire."(P4).*

Deux médecins nous rapportent de possibles entraves d'origine familiale. Le diagnostic peut aussi être difficile à appréhender pour l'entourage familial: *"Le fait d'évoquer ou d'avoir osé prétendre en tant que médecin que le grand-père est dément, c'est comme si on tuait le père."(P2).* Il peut exister alors une peur du médecin d'être coupé de son patient par la famille: *"Ça peut être compliqué. La famille peut vite écarter les docteurs."(P2).* Cela peut être d'autant plus vrai quand le médecin connaît mal l'entourage du patient et donc notamment s'il n'est pas le médecin référent du conjoint: *"La relation (avec la famille) est compliquée quand je ne suis pas le médecin traitant du conjoint, souvent c'est ça qui complique la chose."(P4).*

8.4. Impacts négatifs sur le médecin

8.4.1. Sentiment d'impuissance et médecins désabusés

Tous les médecins interrogés interpellent sur les ressources thérapeutiques en aval d'un diagnostic. Bien que certains valorise la prise en charge globale qui va suivre, pour d'autres tout cela est trop peu. Le médecin P2 nous rapporte qu'il n'a pas une expérience positive par rapport à la prise en charge de ses patient en filière gériatrique: *"Je n'ai pas pu percevoir dans ma pratique depuis 19 ans maintenant que cela ait amélioré, finalement, la prise en charge de la personne."(P2).*

L'absence de perspective curative est pour certains trop pesante et suffit en soit à ne pas traiter le problème par peur de faire plus de mal que de bien: *"A part dire au patient de faire des Sudoku pour exercer leur mémoire, on se sent un peu démunis."(P1), "Non je ne vois pas l'intérêt." (P6).*

Les praticiens plutôt opposés à des démarches diagnostiques précoces nous expriment des phrases évocatrices d'un certain lâcher prise. Ils semblent désabusés par ces pathologies, en rappelant toujours la même absence

de traitement efficace: "Ils sont reçus à l'hôpital, ils sont vus par le neurologue ou le gériatre, plus ils ont bilan neuropsy puis psy. Je ne vois pas l'intérêt car il n'y a pas de traitement."(P7), "C'est vrai que je fais peu parce que de toute façon la conduite à tenir pour moi ça va être toujours la même. C'est à dire éviter que ça baisse. On n'a pas de traitement médical. Donner un diagnostic c'est anxiogène."(P12). Ce désemparement s'exprime aussi à l'égard des politiques de santé publique, et notamment lorsque nous les questionnons sur le "Plan Maladies Neurodégénératives": "Mais à la fin ça aboutit à quoi? Ça nous permet de faire quoi ? Comment on améliore les patients grâce à ça ?"(P7), "On a fait l'expérience malheureuse de tout ce qu'on nous a proposé pour l'Alzheimer. Et bien plus déstabilisant que bénéfique dans les trois-quarts du temps..."(P12). C'est d'ailleurs l'occasion pour un médecin de revenir sur les traitements inhibiteurs de la cholinestérase : "C'étaient des médicaments qu'on mettait à tire larigot sans être sûr d'un Alzheimer. Donc il y avait des gens qui avaient un traitement sans avoir d'Alzheimer."(P7).

Pour le médecin P9, s'aventurer dans l'exploration d'une maladie sans traitement n'est pas légitime : "On pose un diagnostic quand on a quelque chose à faire. Quand on n'a rien à proposer, rien à faire, je pense qu'il faut rester humble et à notre place."(P9)..

8.4.2. Pathologie secondaire

Au milieu des autres sujets de santé, le trouble cognitif trouve souvent une place plus secondaire auprès des médecins, qui vont prioriser les pathologies selon un caractère d'urgence, qui peut être subjectif : "On va d'abord prioriser le côté organique."(P8).

8.4.3. Eviter le conflit

Nous avons déjà parlé de la peur du retentissement que pourrait avoir l'annonce diagnostique sur le patient, et sur sa famille. Mais le médecin a également, et parfois implicitement, peur d'être en conflit directement avec son patient. Le médecin P8 suggère que l'on pourrait éluder le problème avec une forme de déni qui viendrait cette fois du médecin: "Mais si on les connaît trop, on peut avoir des œillères et être un peu dans le déni du déclin cognitif."(P8).

9. Pistes d'amélioration

Nous avons questionné directement les médecins sur ce qu'ils réfléchissent à mettre en place dans leur activité, ou ce qu'ils suggéreraient à d'autres médecins pour améliorer leur prise en charge diagnostique des démences.

9.1. S'organiser différemment

9.1.1. Consacrer un temps adapté

Nous rejoignons à nouveau le problème de la contrainte horaire mais le principal point d'amélioration suggéré durant les entretiens serait de se forcer à consacrer plus de temps aux troubles de la mémoire. Pour cela il semble nécessaire d'aménager des temps de consultation suffisants en anticipant ces consultations et en prévoyant des créneaux longs: "*Un élargissement des plages horaires sur les patients qui ont ce type de plaintes.*"(P3), "*Je pense qu'il faut être à l'écoute surtout. Je pense que le médecin qui voit 50 patients par jour, ça va être plus compliqué de détecter et puis ne pas hésiter à le faire en plusieurs fois.*"(P5). Par ailleurs, dans un souci de qualité de prise en charge, la majorité des médecins déclarent primordial de revoir ces patients et de ne pas presser la prise en charge : "*On se revoit pour parler que de ça.*"(P15).

9.1.2. Faire des visites à domicile

Le repérage des troubles cognitifs surtout à leur phase initiale peut être difficile. La visite à domicile est une des pistes d'amélioration possible proposées. Le fait de l'intégrer dans sa pratique à titre de systématique auprès des patients âgés, même si ce n'est qu'une seule fois dans leur parcours de soin, pourrait aider à repérer précocement un désordre organisationnel : "*Une visite une fois chez chaque patient âgé pour voir son quotidien ce serait intéressant.*"(P1). La visite pourrait également étayer des soupçons du médecin au cabinet et lui permettre d'apprécier le retentissement sur le quotidien du patient : "*Je ne regarde pas les factures mais comment sont organisés les papiers. Si c'est en tas ou pas...*"(P14).

9.1.3. Faire du dépistage systématique

Bien que le dépistage systématique ne soit pas proposé ce jour, notamment par des tests psychotechniques avancés, plusieurs médecins évoquent la possibilité de réaliser un test simple en s'épaulant sur des dispositifs d'assistance médicale: "*Un assistant médical pourrait nous faire passer tous les MMS, tous les BREF, les ECG.*"(P8), "*Doit on à partir d'un âge assez... chercher systématiquement des troubles cognitifs ? Un âge type à partir duquel il faut poser systématiquement la question ?*"(P1).

9.2. S'investir d'avantage

9.2.1. Se former

La nécessité de se former et de s'intéresser au sujet est également évoquée. La représentation des maladies cognitives évolue au sein des médecins généralistes. La possibilité de gérer plus par eux-même également. Cela passerait par la nécessité de mieux se former au sujet : "*S'intéresser à ça, faire des formations. J'avais fait une formation pour ça, ça m'intéresserait de refaire une formation pour éventuellement savoir faire d'autres tests.*"(P7), "*La médecine générale est tellement vaste qu'on doit se former tout le temps, dans tous les domaines donc ça fait partie des choses qui doivent être faites, c'est sûr.*"(P4).

9.2.2. S'autonomiser

Les troubles cognitifs traitant d'une population particulièrement vulnérable et souvent peu observante des soins proposés, certains médecins proposent de faire plus à leur échelle. Cela comprend notamment de se substituer à une prise en charge spécialisée, surtout si le patient la refuse : "*Si j'étais à 35 km d'une structure qui peut dépister, je ferais l'effort de le faire parce que je sais que cette population là ne va pas se déplacer.*"(P6), "*Je pense qu'il faut justement plutôt limiter le recours aux spécialistes.*" (P2).

Cette autonomisation relative serait plus facile grâce au développement des auxiliaires médicaux: "*Avec l'évolution du système de santé, et la mise en place des assistants médicaux ; renvoyer vers l'assistant qui ferait les tests et ensuite en fonction de ça, orienter.*"(P11).

9.3. Améliorer les financements

Un des médecins nous interpelle sur la nécessité de créer une cotation adaptée au dépistage par le médecin généraliste. C'est-à-dire une cotation où des tests de dépistage simples seraient validés : "*Peut-être qu'avoir une cotation intermédiaire, entre 25 et 69, qui permettrait de valoriser le fait qu'on fait des dépistages*"(P11).

Il est également évoqué de créer une cotation générale à toutes les consultations longues pour simplifier ce travail de facturation : "*Je pense que sur toute la partie « gestion de nos patients en ville », il devrait y avoir des consultations longues et des consultations pas longues.*"(P6).

9.4. Campagnes de communication publique

Pour les médecins qui valorisent le repérage précoce des troubles cognitifs, il reste un travail de communication à réaliser auprès du grand public. L'absence de traitement n'est pas synonyme d'inaction et cela doit être expliqué. Par ailleurs, une sensibilisation doit être faite pour que les patients et leur famille osent en parler : *"Déjà pour la population générale : montrer qu'on peut prendre en charge, même si on n'a pas de médicaments on peut aider les patients donc ça en vaut la peine."* (P10). Cela pourrait passer par des campagnes de communication plus fréquentes et plus grand public : *"Il faudrait qu'il y ait des campagnes qui soient faites. Mais c'est sur le plan national... il faut qu'ils fassent de la com' quoi. [...] De la sensibilisation auprès des patients."* (P4).

9.5. Améliorer la coopération entre professionnels

9.5.1. Communication interprofessionnelle

Quand nous demandons quel conseil les médecins aimeraient adresser à leur confrères et conseurs, plusieurs nous parlent de leur relation avec les professionnels paramédicaux en ville, avec qui l'échange d'information est crucial. Il s'agit bien sûr des cabinets infirmiers : *"S'entourer d'un bon cabinet infirmier, d'un réseau."* (P5). Et bien que les échanges soient plus rares, les quelques informations glanées auprès des auxiliaires de vie sont très appréciées. Cette communication avec les services d'ADMR, et d'aide à la personne semble une bonne piste d'amélioration pour le repérage des démences : *"C'est une mine d'informations. Ils sont là tous les jours. Des fois on se croise au domicile et ça permet de se donner quelques infos mais c'est vraiment de la coïncidence."* (P15).

9.5.2. Dispositif ASALEE et assistants médicaux

Par ailleurs les médecins notamment en structure utilisent pour certains déjà, ou réfléchissent à utiliser les assistants médicaux: *"Des assistants médicaux, des IPA qui pourront faire les tests psychométriques."* (P3), *"On pense concrètement au pôle engager une infirmière qui viendrait nous aider justement pour décharger un peu des cas."* (P2). Le but étant toujours une optimisation du temps médical.

DISCUSSION

1. Limites de l'étude

Il s'agit pour les deux évaluateurs de leur premier travail qualitatif. Il existe donc un biais d'évaluation, d'une part car les entretiens ont évolué au fur et à mesure de leur réalisation ; mais aussi car ils ont été réalisés sur une longue période.

Il y a par ailleurs un biais de sélection, car les auteurs ont réalisé leur recrutement par effet boule de neige surtout via les connaissances d'un des deux auteurs. Selon les données de la CPAM, l'âge moyen des médecins généralistes est de 52 ans en 2021, et 44% sont des femmes. Dans cette étude, sur les 15 médecins interrogés, 5 sont des femmes (33%) et 9 médecins ont moins de 50 ans (60%), pour un âge moyen de 46 ans. Notre échantillon semble donc représentatif hormis ce léger décalage du sexe-ratio, et une moyenne d'âge un peu plus jeune.

Certains entretiens ont été plus difficilement interprétables, du fait d'un biais de formulation, devant des énoncés de questions influençant les réponses des interrogés.

Les analyses ont été réalisées indépendamment par chacun des auteurs, et ensuite les verbatims ont été mis en commun afin de réaliser un double codage en double aveugle. Cependant, le codage étant subjectif, il y a alors un biais d'interprétation ; qui a pu être diminué en utilisant la triangulation des données.

2. Les démences, un diagnostic plus ou moins maîtrisé

2.1. Repérer pour répondre à une demande : une maladie sous-diagnostiquée ?

Beaucoup d'études démontrent que les médecins généralistes sous-diagnostiquent la maladie, principalement au stade précoce (5, 17).

La plupart des médecins indiquaient entamer la démarche d'un repérage d'un trouble cognitif quand il s'agissait d'une demande du patient, de ses proches ou des acteurs paramédicaux. Dans les trois-quarts des cas, il s'agit des familles qui initient la demande (11) ; et depuis plusieurs années, les études tendent à prouver que la demande de diagnostic précoce est de plus en plus importante (6). Les résultats de cette thèse laissent

entendre que finalement, les médecins étaient rarement initiateurs de la démarche, préférant laisser le malade ou l'entourage faire le premier pas, retardant ainsi le diagnostic de la maladie.

2.2. Dépistage généralisé ou repérage ciblé ?

Une partie des médecins interrogés se posait la question de réaliser un repérage des troubles cognitifs de manière systématique, chez tous les patients âgés de plus de 65 ans. Beaucoup ne le faisaient pas par manque de temps, malgré l'envie de l'intégrer dans leur pratique.

De nombreuses études quantitatives évoquent l'intérêt d'un dépistage précoce, qui permettrait d'une part de mieux anticiper et maîtriser les dépenses de santé et d'autre part d'améliorer les prises en charge et le maintien à domicile (2,17, 26).

A l'inverse, d'autres médecins critiquaient ce dépistage généralisé dans la population, perdant l'intérêt du repérage en tant qu'outil basé sur des critères spécifiques. Le dépistage est défini par l'OMS comme "un moyen de rechercher une maladie encore asymptomatique pour en modifier son pronostic", ce qui n'est pas possible dans la maladie d'Alzheimer devant l'absence de traitement curatif (27).

Aussi, plusieurs études montrent quand même l'intérêt d'un repérage précoce, en ciblant des patients présentant des critères de fragilité spécifiques, afin de prévenir la dégradation de la maladie et la perte d'autonomie (10). Dans les résultats obtenus, les médecins étaient particulièrement vigilants lorsque le patient présentait un niveau socio-éducatif bas, une certaine précarité ou un isolement social. Dans de nombreuses publications, on constate une perte d'informations fiables ou une moins bonne efficacité des tests d'évaluation dans ces cas-là (5).

2.3. Une sémiologie difficile, surtout précocement

Tous les médecins interrogeaient sur leur rôle de médecin traitant, qui grâce à son expertise du malade et ses connaissances allait être à-même de repérer les premiers signes de la maladie (27).

Les maladies neuro-dégénératives présentent une multitude de signes cliniques, difficiles à reconnaître et interpréter (5). Le DSM V fournit une liste de critères pour accompagner les médecins dans leur démarche clinique, mais elle est peu spécifique (Figure 1). Les médecins interrogés réalisaient pour la plupart un examen clinique succinct, et étonnamment seulement deux d'entre eux réalisaient un examen neurologique. Ils semblaient plus s'attarder sur l'absence de pathologies associées (hypertension, insuffisance cardiaque).

Les principaux signes évocateurs dans l'étude étaient une atteinte de l'autonomie, l'apparition de troubles de la mémoire ou du comportement, comme dans certaines revues scientifiques (11, 26). Une grande partie des

médecins interrogés temporisaient avant de faire le diagnostic, inscrivant leur démarche intuitive dans un suivi au long cours, en consultations dédiées quand ils le pouvaient. Beaucoup de données d'études montrent que le délai entre la première consultation et le diagnostic est d'environ 24 mois en France (22). Cela s'explique notamment par la difficulté à repérer des signes spécifiques souvent mêlés au vieillissement physiologique.

Critères diagnostiques DSM-5 du trouble neurocognitif majeur ou léger dû à la maladie d'Alzheimer

- A. Les critères d'un trouble neurocognitif majeur ou léger sont remplis.
- B. Il y a un début insidieux et une progression graduelle d'une altération dans un ou plusieurs domaines cognitifs (pour le trouble neurocognitif majeur, au moins deux domaines doivent être altérés).
- C. Les critères de maladie d'Alzheimer soit probable, soit possible, sont remplis comme suit :

Pour le trouble neurocognitif majeur :

Une maladie d'Alzheimer probable est diagnostiquée si l'un des éléments suivants est présent ; sinon **une maladie d'Alzheimer possible** sera le diagnostic retenu.

1. Mutation génétique responsable de la maladie d'Alzheimer mise en évidence par les antécédents familiaux ou par un test génétique.
2. Les trois critères suivants sont présents :
 - a. Présence évidente d'un déclin se manifestant dans la mémoire et l'apprentissage et dans au moins un autre domaine cognitif (d'après une anamnèse détaillée ou une série de tests neuropsychologiques).

- b. Déclin constant, progressif et graduel des fonctions cognitives sans plateaux prolongés.
- c. Absence d'étiologies mixtes (c.-à-d. absence d'une autre maladie neurodégénérative ou cérébrovasculaire, ou d'une autre maladie mentale, neurologique ou systémique ou de toute autre affection pouvant contribuer au déclin cognitif).

Pour le trouble neurocognitif léger :

Une maladie d'Alzheimer probable est diagnostiquée si une mutation génétique responsable de la maladie d'Alzheimer est mise en évidence par les antécédents familiaux ou par un test génétique.

Une maladie d'Alzheimer possible est diagnostiquée si aucune mutation génétique responsable de la maladie d'Alzheimer n'est mise en évidence par les antécédents familiaux ou par un test génétique et si les trois critères suivants sont présents :

1. Présence évidente d'un déclin de la mémoire et de l'apprentissage.
 2. Déclin constant, progressif et graduel des fonctions cognitives sans plateaux prolongés.
 3. Absence d'étiologies mixtes (c.-à-d. absence d'une autre maladie neurodégénérative ou cérébrovasculaire, ou d'une autre maladie neurologique ou systémique, ou de toute autre affection pouvant contribuer au déclin cognitif).
- D. La perturbation ne peut pas être mieux expliquée par une maladie cérébrovasculaire, une autre maladie neurodégénérative.

© American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. (DSM-5). Arlington : APA ; 2013. Traduction française sous la direction de Crocq MA, Guelfi JD, et al. Paris : Elsevier-Masson ; 2015.

Figure 1.

L'HAS encourage les médecins à repérer les causes secondaires et comorbidités favorisantes à l'aide d'examens clinico-biologiques voire radiologiques.

Dans les entretiens, les médecins s'attachaient à réaliser presque systématiquement un bilan biologique qu'ils qualifiaient de "standard", et qui rejoignait celui de l'HAS ; et surtout une imagerie cérébrale (scanner ou IRM) à la recherche d'un diagnostic différentiel (AVC, tumeur...). Les praticiens ne semblaient pas au clair sur les paramètres à intégrer dans la biologie, un des médecins réalisant par exemple une sérologie syphilis systématique.

Les médecins interviewés, rejoignaient les données de la Fondation Nationale de Gérontologie (2001) (6) en soulignant l'importance de traiter d'abord les causes secondaires de démence, telle qu'une dépression ou une pathologie cardio-vasculaire avant de réaliser le dépistage de la maladie neurodégénérative. Les médecins s'attardaient sur la prise en charge de ces facteurs médicaux, environnementaux, et personnels car ils pouvaient être modifiables et curables (24). Dans son rapport de décembre 2017, la HCSP rappelle les différents facteurs de risque de la démence et l'importance de la prévention de ces derniers, en soins primaires. Il est cependant difficile de différencier certaines de ces pathologies d'un trouble démentiel débutant.

A l'heure actuelle, il n'existe aucun examen suffisamment fiable permettant d'établir précocement un diagnostic de trouble cognitif.

Dans l'enquête Sentinelles RS2004 en 2004, environ 3 médecins sur 4 semblent réaliser un test de repérage (10). Les résultats obtenus dans cette thèse montrent que les tests les plus utilisés étaient le MMS, l'Horloge ou le Dubois ; tout comme dans la littérature sur ce sujet (5). Ces tests sont facilement reproductibles mais sont influencés par le niveau socio-éducatif du patient (24). Peu de médecins réalisent des tests évaluant les capacités fonctionnelles, comme l'IADL, pourtant recommandé par l'HAS.

A l'inverse, certains docteurs ne réalisaient pas de tests, se basant sur un ressenti subjectif et estimant que leur expérience et la connaissance du patient suffisaient à détecter la maladie.

L'HAS préconise aussi de réaliser un MMSE, qui présente une bonne VPN dans les études le mentionnant (5). Mais d'autres tests, comme le General Practitioner assessment of Cognition (GPCOG) sont plus rapides et présentent une VPP plus importante. Malheureusement, peu d'études scientifiques évaluent l'efficacité des tests existants dans la pratique, ainsi il est difficile pour les médecins généralistes de savoir lesquels utiliser.

Afin d'améliorer le repérage des troubles cognitifs, cette étude nous amène à suggérer le développement de listes de critères diagnostiques au stade de trouble cognitif léger et au stade démentiel. Cependant, au stade prodromal cela poserait la question de VPP et VPN faibles avec un risque de surdiagnostic important.

2.4. Un rôle central dans le repérage

2.4.1. Coordonner pour mieux dépister

En recueillant une plainte, un doute ; le praticien se positionnait comme médecin de confiance. Il allait alors accompagner la famille dans la démarche diagnostique, et la décharger de ce qui pouvait être vécu comme un poids.

Quand il suspectait un trouble cognitif, le médecin pouvait être amené à adresser le patient vers des spécialistes afin qu'un diagnostic soit posé. Plus d'une consultation sur deux, dans ce contexte (5) aboutit à une consultation mémoire dans la littérature.

Devant la difficulté à obtenir les rendez-vous et organiser toute la prise en charge, il semblait parfois plus facile d'orienter directement vers un établissement de santé (UCC, HDJ, hôpital local) pour une prise en charge hospitalière. Selon les données de la Banque nationale Alzheimer (BNA), dans 88 % des cas le diagnostic est établi en établissement de santé.

Le rôle des soins primaires est amené à augmenter dans les années à venir, la prévalence de la maladie augmentant avec le vieillissement de la population. Ainsi, le médecin généraliste garde une position centrale pour initier la démarche diagnostique, étant le premier filtre entre le patient et les soins secondaires (Figure 2) (30).

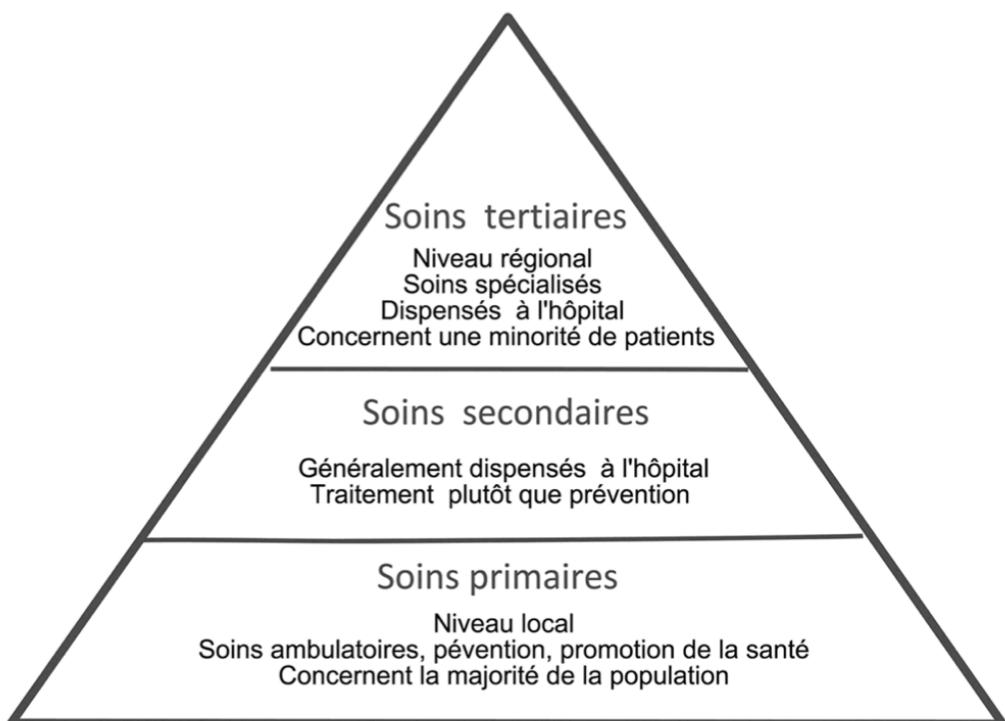


Figure 2.

2.4.2. Respecter le rythme du patient : éviter un diagnostic trop précoce ?

Contrairement aux données recueillies précédemment, les travaux sur le même sujet semblent indiquer que les médecins vont plutôt faire l'annonce à la famille (8 fois sur 10) qu'au patient (10), mais toujours par souci d'éviter d'angoisser ce dernier.

Ceci confirme les résultats obtenus qui soulignaient l'importance d'aller au rythme du patient et de ne pas presser le processus diagnostique. Le code de déontologie médicale de 1998, article 35 stipule que « tout au long de la maladie, il (le médecin) tient compte de la personnalité dans ses explications et veille à leur compréhension ». (6) La difficulté était ainsi de ne pas utiliser de terme anxiogène (démence, Alzheimer) et surtout de ne pas amorcer de dépistage si le patient n'était pas prêt. Depuis quelques années, le terme de diagnostic "au moment opportun" tend à remplacer "précoce" afin d'inclure les consentements du patient et son éventuel aidant (5).

A l'heure actuelle, il n'existe pas de supports sur lesquels le médecin peut se reposer, pour l'aider à trouver le bon moment pour annoncer le diagnostic au patient.

2.4.3. Un diagnostic difficile à réaliser

Le terme de démence a encore une connotation sociale très péjorative ; et l'absence de thérapeutique renvoie à l'incurabilité de la maladie (6, 25). Ainsi, une fois le diagnostic posé, il est difficile de revenir en arrière.

Beaucoup de médecins indiquaient que lorsque la demande venait du patient, il s'agissait souvent d'un besoin de réassurance. Les médecins étaient alors plus à l'aise pour réaliser un dépistage, qui était bien souvent négatif.

Les données d'"Intérêts du diagnostic précoce des maladies de la mémoire" montrent qu'il faut être vigilant quant à l'annonce d'un tel diagnostic, d'autant plus s'il est précoce compte tenu de l'absence de spécificité et d'une sensibilité très faible au début de la maladie (24).

3. Le diagnostic des troubles cognitifs dans le quotidien des généralistes

3.1. Un temps insuffisant

Cela a été répété à maintes reprises en entretien : le temps s'affirmait comme la principale contrainte des médecins généralistes (22). Cela concerne tous leurs champs d'activité et encore plus les troubles cognitifs. Ces maladies, si chronophages, sont par beaucoup considérées comme de vraies difficultés dans l'organisation du praticien. Les entretiens sont longs et doivent satisfaire aux questionnements du patient mais aussi de son entourage. Les tests de repérage impliquent souvent de revoir les patients pendant un temps dédié et s'intègrent difficilement dans des consultations de 15 minutes.

L'organisation des soins primaires en France est-elle adaptée à ce type de prise en charge ? Les médecins interrogés dans cette étude nous affirmaient que non. Leur pratique leur impose un rythme de consultation trop rapide. Le sentiment général dégagé par nos interlocuteurs est celui de médecins qui tentent d'instaurer des prises en charge sans en avoir les moyens.

3.2. Une organisation des soins primaires qui évolue

La démographie médicale, qu'elle soit hospitalière ou libérale, est un problème de société. Cela concerne les médecins généralistes et les spécialistes (17,18). L'organisation des soins primaires semble donc une priorité pour la bonne prise en charge des démences. De nombreuses avancées en la matière ont cependant déjà été proposées. L'utilisation d'auxiliaires médicaux vers qui déléguer une partie chronophage de

la prise en charge était plébiscitée par les médecins qui en profitent. L'utilisation de tests de repérage semble alors plus accessible. On peut citer entre autres le dispositif ASALEE. Bien entendu les auxiliaires médicaux nécessitent une organisation particulière et tous les modes de pratique ne sont pas éligibles. On pense notamment au mode d'exercice individuel en libéral qui s'y prête peu, pour des raisons, entre autres, immobilières et financières (30). Un des enjeux à venir pourrait ainsi être d'étendre l'accessibilité aux auxiliaires médicaux. La tendance actuelle semble être l'installation de plus en plus fréquente en structures pluri-professionnelles et donc la poursuite du développement de ces dispositifs.

Ces nouvelles organisations en MSP, CPTS, Pôles de santé, étaient saluées par les médecins durant les entretiens. Il était notamment détaillé les avantages financiers qui en découlent via des budgets spéciaux accordés à ces structures. Ces derniers permettent le recrutement d'assistants médicaux mais aussi la mise en œuvre de dispositifs de liaison entre les différents intervenants médicaux et paramédicaux. Ils accordent aussi une rémunération pour des actions de concertation comme des réunions pluri-professionnelles.

Pour beaucoup de médecins, des repérages précoce de troubles cognitifs ont été initiés à la suite de visites à domicile. Le praticien pouvait alors relever les difficultés et incohérences dans l'organisation du patient sur son lieu de vie. Pour beaucoup, ces visites ne sont pas indispensables mais semblent un levier intéressant pour réaliser du repérage précoce.

La réalisation de visites de repérage systématiques semblait cependant difficile à organiser dans l'agenda des généralistes. L'idée était cependant proposée par certains. L'évaluation du domicile peut en outre être réalisée par d'autres intervenants paramédicaux. Un bilan ergothérapique systématique à un certain âge pourrait être une proposition.

Les médecins interrogés durant ce travail, discutaient du recours aux neuropsychologues de ville qui proposent la réalisation de tests psychotechniques plus avancés. Les médecins déclaraient ne pas envisager d'y recourir pour des raisons de prise en charge financière. Le remboursement est très faible et le coût final élevé pour les patients. Une évolution des politiques de remboursement en neuropsychologie constitue une autre perspective d'évolution de la prise en charge en soin primaire.

3.3. Compétence du généraliste

Sur le sujet des démences, les médecins généralistes s'estimaient plus ou moins bien formés. Bien que quelques praticiens affirmaient avoir une formation adéquate pour totalement gérer le patient, la grande majorité déclarait être mal à l'aise sur le sujet. Leurs prises en charge étaient alors très variées et plus ou

moins exhaustives. Beaucoup estimaient que ces maladies relèvent des compétences d'un gériatre ou d'un neurologue. Des compétences spécifiques par le biais de DU sont cependant atteignables pour le médecin généraliste.

Nous rejoignons ici la question du manque de temps des généralistes et notamment pour la formation continue. Le sujet des troubles cognitifs entre en concurrence avec de nombreuses autres formations possibles et cela va souvent dépendre des champs d'intérêt du praticien.

A l'instar des auxiliaires médicaux cités plus haut, l'accès pour les patients à des médecins généralistes formés spécifiquement sur la prise en charge des démences, peut être un des enjeux à venir, si les médecins généralistes souhaitent proposer une filière de prise en charge viable en exercice libéral.

3.4. La sensibilisation des médecins et du public

La médecine générale semble également peu sensibilisée sur le sujet en comparaison avec d'autres pathologies chroniques, comme le diabète ou l'hypertension artérielle. La maladie d'Alzheimer et maladies apparentées (MAMA) sont des pathologies dont la reconnaissance comme sujet de santé publique est relativement récente. En 1998 le Haut comité de santé publique n'en fait toujours pas état dans son rapport sur la santé des Français. Elles étaient pourtant déjà les maladies les plus pourvoyeuses de dépendance chez les sujets âgés.

Des médecins interpelaient sur le manque de communication institutionnel qui persiste sur ces pathologies. Cette communication devrait débuter dès le parcours universitaire des futurs médecins. Ils ne seraient pas assez sensibilisés sur ce domaine, et développent donc plutôt des appétences pour d'autres sujets.

Par ailleurs, la communication sur ces maladies auprès du grand public est également primordiale. Cela était souligné par un des médecins interrogés et la littérature (19). Les MAMA demeurent des maladies sous-diagnostiquées (5) notamment parce que les signes, et les prises en charge en aval sont peu connues de la population. Le temps d'attente moyen d'un patient et de sa famille avant de parler de ses symptômes est de 1 an. Pour ces différentes raisons, il était estimé en 2005 que seule la moitié des troubles cognitifs bénéficiait d'un diagnostic clairement établi.

3.5. Contexte sociétal et organisation territoriale

L'offre de santé sur les sujets gérontologiques est actuellement définie par des initiatives parfois nationales comme les CLIC ; et parfois territoriales. Cela peut concerner les structures d'accueil mais aussi des

dispositifs accompagnant les soignants dans la prise en charge diagnostique. Des plaintes étaient exprimées par les généralistes à cet égard car les réseaux sont difficiles à connaître. Ils doivent aller chercher eux-mêmes les informations pour être au courant de l'existence des moyens à disposition. Au gré de politiques locales, ces structures peuvent aussi être amenées à changer. On note par exemple la disparition des MAIA remplacées par les DAC. Cette thèse ayant porté notamment sur les médecins de Mayenne, ces derniers rapportaient une expérience très positive des dispositifs expérimentaux PALEX et PAERPA, pour l'organisation et le financement du parcours de soin de leur patient. Ils ont malheureusement par la suite été arrêtés. Les associations multiples sur le sujet, sont également peu connues mais étaient décrites comme très aidantes par les médecins, notamment dans l'aide à la compréhension du trouble par le patient et sa famille.

3.6. Valorisation financière

Ces maladies chronophages ne sont à l'heure actuelle pas vraiment valorisées d'un point de vue financier en médecine générale. La CCAM propose une cotation spécifique (ALQP006) rémunérée 69,12€. Cependant les tests demandés pour y avoir recours sont longs à réaliser. Un seul médecin semblait les connaître et critiquait d'ailleurs le fait qu'ils ne soient pas applicables au cabinet. D'autres médecins expliquaient avoir cependant recours à la cotation, mais il s'agissait en réalité d'un mésusage, car ils n'utilisaient pas les tests exigés.

Plusieurs idées étaient avancées pour améliorer la cotation. Certains médecins plaident pour ne pas multiplier les codifications d'acte, mais proposer un tarif pour des consultations longues en plus de celui de la consultation standard. Cela pourrait sembler adapté car le côté chronophage des troubles cognitifs ne se limite pas à la réalisation de tests de repérage. Ils sont également pourvoyeurs de nombreuses tâches administratives non rémunérées pour le médecin généraliste. De plus, on peut noter un absentéisme particulièrement important chez ce type de patient, et cela a évidemment un impact financier sur le professionnel libéral. Un médecin avançait aussi l'idée d'une cotation intermédiaire qui permettrait de valoriser la réalisation de tests plus succincts comme le MMS, L'horloge et le Dubois.

4. Le point de vue des généralistes sur le diagnostic du trouble cognitif

4.1. Une question éthique de bénéfice

Les médecins généralistes avaient des avis très disparates sur l'intérêt du diagnostic, et plus encore sur l'intérêt du diagnostic précoce. Quand certains étaient pleinement convaincus des bienfaits qui en découlent, d'autres étaient plus mitigés, voire opposés à ce qu'un nom de pathologie soit donné au patient et sa famille. Ils motivaient entre autres leur attitude par des prérogatives éthiques. L'absence de traitement curatif porte une ombre sur ces pathologies (13,14). Les médecins pouvaient se sentir illégitimes à explorer une maladie qu'ils ne peuvent soigner. Ces médecins exprimaient une peur d'être plus dommageables que bénéfiques à réaliser un repérage. L'anxiété apportée au patient en lui livrant un diagnostic synonyme de "cancer" devrait donc être évitée (10,22). Pour ces patients vulnérables, il existe une peur du généraliste, de briser un équilibre fragile, et de faire basculer la personne vers des troubles comportementaux plus importants. Ce basculement pourrait notamment être source de conflits intra-familiaux.

Les praticiens, plutôt réfractaires au diagnostic, minimisaient souvent les prises en charge annexes visant au soutien cognitif et au maintien de l'autonomie. Ils pouvaient être motivés par des expériences peu concluantes, voire négatives, ou exprimer une simple méconnaissance du sujet. Ces autres composantes d'accompagnement que sont entre autres, le soutien ergothérapie, la kinésithérapie, le soutien psychologique, sont largement soutenues par la littérature actuelle. Ces médecins renvoyaient d'ailleurs un sentiment de lassitude et d'impuissance face à ces maladies. Ils rappelaient fréquemment l'échec des politiques publiques en la matière. Le diagnostic précoce ayant par exemple longtemps été promu car il conditionnait la prescription des traitements anticholinestérasiques (13), et ceux-ci ont finalement été déremboursés car jugés inefficaces.

Une autre partie des généralistes expliquait à contrario que les bénéfices pour le patient justifient un diagnostic aussi violent soit-il. Il permet notamment au malade de prendre des décisions importantes pour son avenir tant que son avis reste pertinent (24).

Entre ces deux avis opposés, on retrouve la majorité des interlocuteurs qui n'excluait pas le diagnostic mais préférait le différer jusqu'au début du retentissement social du trouble, ou un impératif de mise en sécurité. Certains évoquaient même de le cacher mais entraient en opposition avec le code de déontologie médical (6).

Pour finir le cas des patients très âgés avec des troubles du comportement gérables est particulier. Il est associé à une prise en charge palliative, et les médecins s'accordaient à dire que le diagnostic est inapproprié.

4.2. Le diagnostic. Un outil indispensable ?

L'accompagnement médical et social s'impose tôt ou tard au patient et à son médecin avec la progression des troubles cognitifs et comportementaux. Le diagnostic peut sembler indispensable mais certains médecins expliquaient réussir à gérer sans cela.

Sur le plan médical, la mise en place d'une ALD est un impératif. Des praticiens donnaient des diagnostics probables comme "démences vasculaires" pour justifier la demande de prise en charge. Sur le plan social, les aides à l'autonomie ne sont pas sous réserve d'un diagnostic. Une demande d'APA est donc réalisable tout comme la mise en place d'aides à domicile. De plus, les grilles d'évaluation APA sur les besoins relatifs aux troubles cognitifs sont jugées inadaptées par la littérature. Que le diagnostic soit posé ou non, le reste à charge pour la famille et leur implication seront de toute façon élevés.

Maintenir une confusion diagnostique peut aussi cependant être préjudiciable. Instaurer une mesure de protection, type curatelle ou tutelle, va nécessiter l'examen d'un juge et donc être rendue impossible sans bilan gériatrique. L'absence de bilan diagnostique risque d'isoler le généraliste dans sa prise en charge. L'absence de spécialiste en gériatrie référent rend notamment l'adressage du patient plus complexe en cas de décompensation aigüe. Un autre inconvénient est le risque de traitement hors cadre AMM notamment lors d'utilisation de psychotropes pour lutter contre les troubles du comportement. Une pathologie bien établie limite ainsi le risque iatrogène. L'absence de bilan diagnostic exhaustif expose aussi à un risque de négliger une démence secondaire. Cela peut donc être très préjudiciable au patient et engager la responsabilité médicale du soignant. Le bilan diagnostique était ainsi vu par un certain nombre de médecins comme une réassurance et une sécurité pour eux-mêmes sur le plan légal.

4.3 Les médecins et le respect de la volonté du malade

La question du choix du patient est cruciale dans le cadre des maladies cognitives. Ces dernières vont progressivement rendre ses choix questionnables par son entourage proche ainsi que par son médecin. Cette étude met ainsi en évidence que le corps médical est divisé sur la conduite à tenir. L'accompagnement peut être d'emblée pro-actif et accompagner le patient dans tous ses choix. Il peut en revanche être attentiste et attendre que les troubles de l'autonomie ou le retentissement social secondaire des démences ne viennent compliquer le tableau.

Les médecins qui adoptaient cette posture attentiste, se distinguaient par cette envie de défendre les choix de leur patient, parfois même à des stades avancés de la maladie. Le diagnostic de démence même si le

trouble est léger est synonyme de perte de droits pour les patients. Cela peut concerter par exemple les assurances, ou leur permis de conduire. Le patient peut également se retrouver stigmatisé socialement, le terme de "démence" ayant une connotation très péjorative, ramenant à la folie (25). Le médecin est donc confronté à un conflit éthique de rechercher ou non, une pathologie chez un patient parfois bien portant, et qui lui serait préjudiciable sur le plan civique et social.

Le choix du patient atteint de MAMA se présente parfois par un refus des propositions médicales. Certains médecins décident donc de respecter ces décisions et d'observer la dégradation progressive du patient. Ce point est d'ailleurs très intéressant car les troubles débutants ne sont par définition, pas assez prononcés pour ne pas rendre pertinent l'avis du malade (6). Il était d'ailleurs évoqué par des praticiens interrogés, la relation que le médecin peut avoir avec son patient. Il peut exister dans une certaine mesure, un déni du professionnel qui refuse de voir son patient se dégrader et aussi une difficulté plus importante à s'opposer à ses volontés (22). L'attitude du professionnel est parfois motivée par une peur du conflit.

La sémantique du conflit était d'ailleurs retrouvée lors de nombreux interrogatoires. Les médecins expliquaient s'exprimer différemment aux patients souffrant de troubles cognitifs. Il est primordial de ne pas perdre la confiance du sujet. Cela est également vrai pour l'entourage qui va progressivement pallier les déficiences de leur proche. Leur adhésion au projet thérapeutique est également très importante. Les praticiens rapportaient des contacts plutôt positifs avec les familles à qui ils apportent un soulagement, et une aide. La réaction des proches à l'annonce d'un diagnostic peut cependant être négative. Cet antagonisme potentiel avec une famille en déni est une autre forme de conflit, que certains médecins choisissent d'éviter en conservant une approche attentiste.

Pour finir, cette thèse met en avant le fait que les médecins généralistes sont mal à l'aise vis-à-vis du secret médical, notamment avant le diagnostic de troubles cognitifs. La communication avec un entourage demandeur de prise en charge est clivante si le patient est en refus de soin. Quand quelques médecins brisent rapidement le secret pour une gestion anticipée des problèmes ; d'autres en revanche respectent le choix du patient quitte à laisser la situation se dégrader.

CONCLUSION

Les recommandations actuelles préconisent aux praticiens de réaliser un bilan exhaustif et des tests multiples pour venir étayer un diagnostic de troubles cognitifs. Ce bilan comporte d'abord un versant clinique,

plus ou moins bien connu des médecins généralistes, ainsi que des examens biologiques et d'imagerie cérébrale. Il est ensuite recommandé de poursuivre avec un bilan gériatrique et neuropsychologique. L'approche actuelle est de diagnostiquer précocement pour anticiper.

Cette thèse montre que ces recommandations entrent en conflit avec l'organisation du médecin généraliste. Une prise en charge chronophage est mal perçue par ces praticiens qui courrent sans cesse après le temps. Il est notamment décrit une difficulté à répéter des tests cognitifs. De plus, la seule cotation relative au sujet est jugée inadaptée, car demande des évaluations cognitives très difficilement réalisables. Cependant l'organisation des médecins évolue et l'arrivée des auxiliaires médicaux semble proposer une option viable pour dégager du temps aux praticiens. Ce travail vient donc supporter les nouveaux modes d'organisation (MSP, Pôle de santé etc..) utilisant ces auxiliaires, mais propose également d'aller au-delà. Il faut en effet réfléchir à l'offre de soin paramédicale, et discuter l'intérêt du développement de bilans neuropsychologiques et ergothérapeutiques accessibles en ville.

Les troubles cognitifs demeurent des pathologies sous diagnostiquées et les symptômes passent longtemps inaperçus. Pour ces raisons, les politiques publiques doivent développer la communication sur le sujet pour le faire connaître du grand public, et sensibiliser les médecins sur l'intérêt du diagnostic précoce. Un intérêt remis en question par l'absence de traitement curatif mais largement plébiscité dans la littérature. Il permet la mise en place de prise en charge de support, et améliore ainsi la qualité de vie des patients. Les médecins craignent de nuire à leur patient en lui imposant un diagnostic violent. Et cela est d'autant plus vrai s'ils pensent ne rien pouvoir lui proposer par la suite. Il semble donc judicieux de mieux informer les médecins au sujet des démences.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - Helmer C, Grasset L, Pérès K, Dartigues JF. Évolution temporelle des démences : état des lieux en France et à l'international. *Bull Epidémiol Hebd.* 2016
- 2 - Bérard A et al. Combien coûte la maladie d'Alzheimer ? Rapport d'étude n°9. Paris : Fondation Médéric Alzheimer. 2015.
- 3 - HAS. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge. Recommandations. 2011.
- 4 - HAS. Guide parcours de soins des patients présentant un trouble neurocognitif associé à la maladie d'Alzheimer ou à une maladie apparentée. 2018
- 5 - L. Letrilliart. Maladie d'Alzheimer : rôle de repérage, d'évaluation initiale et d'orientation du médecin généraliste. Université de Lyon, Université Claude-Bernard Lyon 1, Collège universitaire de médecine générale & Laboratoire HESPER. 2020
- 6 - Léger, Jean, Gabriel Ouango. Dépistage précoce de la démence : annonce du diagnostic et dimensions éthiques. Fondation Nationale de Gérontologie. 2001
- 7 - Blanchard, François, et al. « L'annonce du diagnostic de la maladie d'Alzheimer. Quelques aspects éthiques », *Gérontologie et société*, vol. 32/128-129, no. 1-2, 2009, pp. 163-175.
- 8 - Pascale Rocher, Benoît Lavallart. République française. Plan Alzheimer 2008 - 2012. 2009
- 9 - Lobo A, Launer LJ, Fratiglioni L, Andersen K, Di Carlo A, Breteler MM, et al. Prevalence of dementia and major subtypes in Europe : A collaborative study of population-based cohorts. *Neurology*. 2000
- 10 - Maladie d'Alzheimer Prise en charge des patients à domicile par le médecin généraliste Enquête RS2004-5 novembre 2004 – février 2005
- 11 - Cantegreil-Kallen I, Lieberherr D, Garcia A, et al. La détection de la maladie d'Alzheimer par le médecin généraliste : résultats d'une enquête préliminaire auprès des médecins du réseau Sentinelles. *Rev Médecine Interne*. août 2004;25(8):548-55.
- 12 - Global action plan on the public health response to dementia 2017 - 2025. World health organization. 2017
- 13 - Les traitements de la maladie d'Alzheimer. Hopital Broca, APHP, Université René Descartes, Paris-V. 2008.
- 14 - Les nouveaux traitements de la maladie d'Alzheimer. Académie nationale de médecine, France, université Toulouse III, Gérontopôle. 2020
- 15 - Défontaines B, Denolle S, Menot M, Gnassounou R, Bisot E, Slama P, et al. Évaluation de l'ensemble des dépenses liées à la maladie d'Alzheimer par type de patient, de situation et de financeur.
- 16 - Maladie d'Alzheimer: enjeux scientifiques, médicaux et sociétaux. Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM)
- 17 - Diagnostic de la maladie d'Alzheimer : géographie de l'offre de soins actuelle, modélisation et projection des flux en 2030. *Neurologie Libérale*. avril 2017
- 18 - Fondation Médéric Alzheimer. Quelle formation initiale sur les maladies d'Alzheimer pour les médecins généralistes?
- 19 - Prévention de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées (MAMA). HCSP. Haut Conseil de la Santé Publique; 2017 déc p. 121

- 20 - François M. Le recours aux soins dans la démence : la surmédicalisation en question. Exploitation des données de l'échantillon généraliste des bénéficiaires.
- 21 - Laval François, *Détection de la démence en médecine générale : l'enquête GPCog*, thèse d'exercice, Limoges, Université de Limoges, 2007.
- 22 - Engberink AO, Pimouquet C, Amouyal M, Gerassimo O, Bourrel G, Berr C. Déterminants de la prise en charge des patients déments dépistés dans une cohorte populationnelle : approche qualitative auprès de leurs médecins généralistes.
- 23 - William B, Dalziel MD. Dépistage ciblé de la démence. Rev Can Mal Alzheimer Autres Démences. 2009;8-12.
- 24 - Michel J-M. Intérêts du diagnostic précoce des maladies de la mémoire. In Colmar; 2004 [cité 13 juin 2017].
- 25 - Dartigues JF, Helmer C. Comment expliquer le retard au diagnostic de maladie d'Alzheimer en France ? Gérontologie Société. 2009
- 26 - P. Porte, K. Lahmi, J.-M. Auque, Y Carnet, A. galliou, P.-M. Preux, M. Labourdette, P. Zawieja, P. Métais, Dépistage précoce des démences en SSR, Avril 2011
- 27 - Chopard G, Bereau M, Mauny F, Baudier F, Griesmann J-L, Vandel P, et al. Diagnostic précoce de la maladie d'Alzheimer : l'arbre qui cache la forêt ? Presse Médicale
- 28 - Gremaud Brulhart F, Decrey H, Démonet J, Von Gunten A, Büla C. Trouble de la mémoire chez la personne âgée : Que faire au cabinet ? Rev Med Suisse. 6 nov 2013
- 29 - Comparaison des coûts du parcours diagnostique de la maladie d'Alzheimer en ambulatoire et à l'hôpital. Neurologie Libérale. déc 2014
- 30 - Yann Bourgueil, Anna Marek, Julien Mousquès. Trois modèles types d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande. Avril 2009

LISTE DES FIGURES

Figure 1	58
Figure 2	60

Liste des tableaux

Tableau 1 Caractéristiques de l'échantillon.....	5
--	---

Table des matières

LISTE DES ABREVIATIONS	VI
INTRODUCTION	2
MÉTHODES	4
RÉSULTATS.....	6
1. Caractéristiques de la population	6
2. Démarche initiale	7
2.1. Instigateur.....	7
2.1.1. Le patient	7
2.1.2. La famille.....	7
2.1.3. Le médecin lui-même.....	7
2.1.4. Les autres acteurs paramédicaux.....	8
2.2. Patient ciblé.....	8
2.2.1. Chez tout le monde	8
2.2.2. Si facteurs de fragilité.....	9
3. Quels signes amènent le médecin à repérer.....	10
3.1. Connaissance du patient.....	10
3.1.1. Rupture avec l'état antérieur.....	10
3.1.2. Consultation pour de l'aigu.....	10
3.2. Atteinte de l'autonomie.....	10
3.2.1. Visites à domicile.....	10
3.2.2. Perte d'autonomie.....	11
3.3. Atteinte des fonctions exécutives et visuo-spatiales.....	11
3.4. Atteinte des cognitions sociales et familiales.....	12
3.4.1. Anosognosie.....	12
3.4.2. Tensions familiales.....	12
3.5. Signes neuropsychologiques.....	12
3.5.1. Troubles phasiques et difficultés de raisonnement.....	12
3.5.2. Troubles mnésiques	13
3.5.3. Troubles thymiques	13
3.5.4. Troubles moteurs et atteintes des praxies.....	14
4. Prise en charge diagnostique du médecin généraliste	14
4.1. Lors d'une consultation dédiée.....	14
4.2. Interrogatoire	14
4.2.1. Éliminer une cause secondaire ou un facteur aggravant	15
4.2.2. Mode de vie	15
4.3. Examen clinique	15
4.4. Tests	16
4.5. Bilan biologique	16
4.6. Imagerie	17
5. Place du médecin généraliste dans le repérage	17
5.1. Accompagner	17
5.1.1. Le patient	17
5.1.2. La famille	18
5.2. Porte d'entrée du système de soin	18
5.3. Coordonner : Être au centre de la prise en charge	19
5.4. Orienter	19
5.4.1. Vers le spécialiste en neuro-gériatrie	19
5.4.2. Vers le neuropsychologue	20
5.4.3. Vers le psychiatre	20
5.4.4. En hospitalisation	20
5.5. Annoncer le diagnostic	20
5.5.1. Par le neurologue ou le gériatre	21
5.5.2. Par le médecin généraliste lui-même	21
6. Facilités structurelles du repérage	22
6.1. Au cabinet de médical	22

6.1.1. Outils diagnostiques	22
6.1.2. Cotations valorisantes	22
6.1.3. Les auxiliaires médicaux et le dispositif ASALEE	23
6.2. Organisation pluriprofessionnelle	23
6.2.1. Lien avec les acteurs paramédicaux.....	23
6.2.2. Financements en structure	23
6.2.3. Réunions pluriprofessionnelles	24
6.3. Au niveau local et territorial	24
6.3.1. Plateformes territoriales d'appui	24
6.3.2. Associations locales et structures de décharges des aidants	24
7. Freins structurels	25
7.1. Contraintes sociétales.....	25
7.1.1. Démographie humaine et professionnelle	25
7.1.2. Ressources structurelles et accès au soin	25
7.1.3. Ressources techniques	25
7.1.4. Financement	26
7.1.5. Fréquence des consultations	26
7.2. Contraintes professionnelles et organisationnelles	27
7.2.1. Contraintes temporelles	27
7.2.2. Contraintes liées à la perception du médecin	28
7.3. Contraintes liées au patient et à la maladie	29
7.3.1. Freins liés à la pathologie	29
7.3.2. Freins liés au profil du patient	29
8. Approche pratique et éthique du diagnostic par le médecin généraliste	30
8.1. Avantages pour le patient et ses proches	30
8.1.1. Surveiller l'évolution	30
8.1.2. Anticiper	31
8.1.3. Mieux accompagner	31
8.1.4. Protéger	32
8.2. Avantages pour le médecin	33
8.2.1. Ne pas rester avec ses doutes	33
8.2.2. Déléguer	33
8.2.3. Respecter l'AMM	33
8.2.4. Se protéger légalement	33
8.3. Inconvénients pour le patient et son entourage	33
8.3.1. Impacts sur le patient	34
8.3.2. Impacts sur l'entourage	35
8.4. Impacts négatifs sur le médecin	35
8.4.1. Sentiment d'impuissance et médecins désabusés	35
8.4.2. Pathologie secondaire	36
8.4.3. Éviter le conflit	36
9. Pistes d'amélioration	37
9.1. S'organiser différemment	37
9.1.1. Consacrer un temps adapté	37
9.1.2. Faire des visites à domicile	37
9.1.3. Faire du dépistage systématique	38
9.2. S'investir davantage	38
9.2.1. Se former	38
9.2.2. S'autonomiser.....	38
9.3. Améliorer les financements	38
9.4. Campagnes de communication publique	39
9.5. Améliorer la coopération entre professionnels	39
9.5.1. Communication interprofessionnelle	39
9.5.2. Dispositif ASALEE et assistants médicaux	39
DISCUSSION ET CONCLUSION	40
BIBLIOGRAPHIE	53
LISTE DES FIGURES	55

LISTE DES TABLEAUX	56
TABLE DES MATIERES	57
ANNEXES	I

ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'entretien semi-dirigé

- Pouvez-vous me raconter la dernière fois que vous avez repéré un trouble cognitif chez un patient ?
 - Vous souvenez-vous de ce que vous avez fait ?
 - Êtiez-vous l'initiateur de la démarche diagnostique ? La famille ? Le patient lui-même ?
 - Êtes-vous plus attentif à rechercher ce type de trouble chez certains patients ? Si oui pouvez-vous les caractériser ?
- Quelle est votre définition d'un trouble cognitif et comment le repérez-vous lorsqu'il est débutant ?
 - Utilisez-vous des tests de repérage dans ces cas-là ?
 - Vous arrive-t-il de vous fier uniquement à la clinique, sans faire de tests ?
 - Sur quels arguments vous basez-vous ?
 - Pensez-vous que l'expérience permet de se passer des tests de repérage ?
- Quelle est selon vous la place du médecin généraliste dans le processus diagnostique ?
 - Orientez-vous vers un spécialiste ?
 - Poursuivez-vous la prise en charge par vous-même ?
 - Quels autres acteurs impliquez-vous dans la prise en charge diagnostique ?
 - Travaillez-vous en relation avec des structures de soins ? (Autres acteurs/ou structures)
 - Quelle est selon vous la place du médecin généraliste dans le processus diagnostique ?
 - Évoquez-vous le diagnostic de trouble cognitif avec le patient ? avec la famille ?
- Que pensez-vous du diagnostic précoce des troubles cognitifs ?
- Quelles sont les limites du repérage des troubles cognitifs au cabinet ?
 - Vous jugez-vous compétent pour réaliser un diagnostic de trouble cognitif ?
 - Certains tests vous paraissent-ils plus faciles à utiliser en consultation ?
 - Sont-ils selon vous réalisables au cabinet ?
 - Jugez-vous utile de réaliser un diagnostic de trouble cognitif ?
 - Ce type de consultation est-il fréquent ?
 - Avez-vous des pistes d'amélioration à proposer quant au repérage des troubles cognitifs ?
- Que savez-vous de l'indemnisation du temps consacré à ce diagnostic et ce repérage ?
- Connaissez-vous le plan Alzheimer ? Que vous évoque-t-il ?
- Pouvez-vous nous parler de la relation du médecin généraliste avec la famille des patients souffrant de troubles cognitifs ?

GODEY Thibaut et MOULIN Anne-Judith

Stratégies de repérage des troubles cognitifs chez le patient de plus de 65 ans au cabinet médical : Entretiens avec des médecins généralistes en Mayenne et Ille-et-Vilaine.

Introduction :

Les maladies d'Alzheimer et apparentées constituent un enjeu de santé publique. L'HAS préconise aux médecins généralistes une conduite à tenir pour améliorer le diagnostic précoce de ces maladies. Dans ce contexte, nous avons voulu interroger les médecins sur leurs pratiques dans le repérage des troubles cognitifs chez les patients de plus de 65 ans.

Matériels et Méthodes :

Cette étude qualitative basée sur des entretiens individuels semi-dirigés a été réalisée auprès de 15 médecins généralistes de Mayenne et d'Ille-et-Vilaine entre Mai 2022 et Octobre 2024.

Résultats :

Peu de médecins sont au clair sur les recommandations de l'HAS. Ils sont nombreux à vouloir mieux intégrer ce repérage dans leur pratique, malgré de nombreux freins : manque de temps, cotations mal valorisées, évaluations cognitives difficilement réalisables en consultation, difficile accès aux soins secondaires. Cependant, de nouveaux modes d'organisation pluriprofessionnels permettent aux médecins de mieux coordonner l'offre de soin. Ils insistent aussi sur leur rôle de médecin de confiance, qui leur permet de recueillir les plaintes et accompagner les malades et leurs proches dans la démarche diagnostique.

Conclusion :

De nombreux efforts doivent encore être faits par les politiques publiques pour sensibiliser la population et les médecins sur le diagnostic précoce. En l'absence de traitement curatif, l'accent est mis sur la gestion des facteurs de risques et le maintien de l'autonomie du patient. Proposer aux médecins généralistes des outils pour améliorer la qualité de vie des malades leur permettrait de mieux accompagner ces derniers et leurs proches, une fois le diagnostic posé.

Mots-clés : **Alzheimer, démence, médecins généralistes, trouble cognitif, repérage, diagnostic précoce**

Strategies for identifying cognitive disorders in patients over 65 years old at the medical office: interviews with general practitioners in Mayenne and Ille-et-Vilaine.

Introduction :

Alzheimer's disease and related disorders represent a major public health challenge. The HAS recommends a specific approach for general practitioners to improve the early diagnosis of these diseases. In this context, we aimed to assess physicians' practices in detecting cognitive disorders in patients over the age of 65.

Materials and Methods :

This qualitative study, based on semi-structured individual interviews, was conducted with 15 general practitioners in Mayenne and Ille-et-Vilaine between May 2022 and October 2024.

Results :

Few physicians are well-informed about the HAS recommendations. Nevertheless, many express a willingness to better integrate cognitive screening into their practice, despite numerous obstacles: lack of time, inadequate financial compensation, difficulties in conducting cognitive assessments during consultations, and limited access to specialized care. However, new local and regional multidisciplinary organizational models allow doctors to better coordinate healthcare services. They also emphasize their role as trusted physicians, enabling them to collect patient concerns and support both patients and their families in the diagnostic process.

Conclusion :

Significant efforts are still needed from public health authorities to raise awareness among both the general population and physicians regarding early diagnosis. In the absence of a curative treatment, emphasis is placed on managing risk factors and maintaining patient autonomy. Providing general practitioners with tools to improve patients' quality of life allows them to better support both patients and their families after the diagnosis has been made.

Keywords : **Alzheimer's disease, dementia, general practitioners, cognitive disorder, detection, early diagnosis**