

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
2020

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Quelles sont les pratiques des médecins généralistes afin de dépister les troubles cognitifs chez les sujets âgés, leurs stratégies de diagnostic des troubles cognitifs, leurs motivations et leurs prises en charge des troubles cognitifs ?

Présentée et soutenue publiquement le 15 octobre 2020 à 18h
au Pôle Formation
par **Anne-Catherine LEBEL**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur François PUISIEUX

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT

Monsieur le Professeur Denis DELEPLANQUE

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Gilles ROESCH

I. CONTEXTE p7

II. MATERIEL ET METHODE p7

III. LES RESULTATS p8

A) Les caractéristiques de la population et des entretiens p8

B) L'analyse des résultats p8

1) Les circonstances témoignant d'un trouble cognitif p8

- a) Les signes holistiques relevés par le médecin traitant p8
- b) Les signes holistiques relevés pendant une visite à domicile par le médecin traitant p11
- c) Les signes relevés par un tiers p12
- d) Les symptômes spécifiques relevés témoignant d'un trouble cognitif p14
- e) Les circonstances de découverte des troubles cognitifs p18

2) Les stratégies d'évaluation des troubles cognitifs par le médecin généraliste. p20

- a) La nécessité d'un tiers pour l'évaluation cognitive p20
- b) L'utilisation de tests spécifiques ou de débrouillages pour le dépistage des troubles cognitifs p21
- c) L'inutilisation de tests spécifiques ou de débrouillages p23

3) Les conditions d'évaluation p23

- a) Les critères d'utilisation des tests spécifiques p23
- b) Les inconvénients des tests cognitifs p27
- c) Les caractéristiques de l'évaluation cognitive p27
- d) Les caractéristiques de la consultation de dépistage p28

- 4) **La fréquence de réalisation des dépistages** p31
- 5) **Le bilan organisé suite à la découverte de troubles cognitifs** p31
- 6) **L'existence de freins au dépistage** p35
- 7) **Les facteurs facilitant l'évaluation cognitive** p41
- 8) **Les motivations au dépistage** p41
 - a) **L'inutilité du dépistage sans objectif** p41
 - b) **La découverte fortuite suite à la réalisation de tests dans le cadre de démarches administratives** p43
 - c) **L'importance du dépistage pour introduction du traitement selon l'étiologie de la démence** p43
 - d) **Le dépistage des troubles cognitifs s'il y a une plainte** p43
 - e) **La proximité avec les structures de soins spécialisées** p43
- 9) **Quelle personne demande le dépistage ?** p44
 - 10) **Les inconvénients du dépistage lors d'une plainte** p45
 - 11) **Les ressentis** p46
 - a) **Ceux des médecins** p46
 - b) **Ceux des patients** p46
 - 12) **La prise en charge des troubles mnésiques par le médecin traitant** p47
 - 13) **Les conséquences du diagnostic des troubles cognitifs** p51
 - 14) **Le coût de la consultation** p52

IV. DISCUSSION p53

A) **Les forces et les faiblesses de l'étude** p53

B)) **Les apports de l'étude** p54

1) **Comment détecter les troubles cognitifs ?** p54

a) Le tiers est un acteur du dépistage des troubles cognitifs p54

b) La consultation de dépistage p55

2) **Le bilan réalisé si les troubles cognitifs sont confirmés** p57

3) **Les freins à la réalisation du dépistage** p57

a) De manière générale p57

b) Chez les médecins p57

c) Chez le patient et sa famille p58

d) Concernant la prise en charge p58

4) **Les ressentis** p59

a) Ceux du médecin p59

b) Ceux des patients p59

5) **La prise en charge** p59

III. CONCLUSION ET LES PERSPECTIVES DE L'ÉTUDE p60

IV. BIBLIOGRAPHIE p61

V. ANNEXES p63

VI. GLOSSAIRE

I. CONTEXTE

Selon les recommandations en vigueur en cas de plainte de troubles cognitifs du patient, l'évaluation initiale doit comporter une évaluation cognitive globale avec un mini-mental state examination (MMSE) dans la version GRECO (1)(2).

Cependant il existe de nombreux faux positifs et faux négatifs avec le MMSE (3)(4)(5)(6)(7). Peu de médecins généralistes utilisent ce test (8).

En effet la médecine générale se base sur une approche holistique du patient. Cette approche permet de répondre aux problèmes de santé dans une dimension physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle. Afin de correspondre à ce modèle, la nécessité de la communication et de l'analyse du patient dans son système est primordiale (9).

Enfin une tendance au sous diagnostic dans les pays occidentaux se présente (10).

Dans ce contexte nous avons tenté de recueillir les pratiques des médecins généralistes afin de dépister les troubles cognitifs chez les sujets âgés, leurs stratégies de diagnostic des troubles cognitifs, leurs motivations et leurs prises en charge des troubles cognitifs ?

II. MATERIEL ET METHODE.

Etude qualitative par entretien semi-dirigé soit individuel, soit en focus-group de médecins généralistes.

L'étude s'est déroulée de mai 2018 à mars 2019.

Un échantillon raisonné a été recruté parmi des médecins généralistes du Nord Pas de Calais selon leur âge, leur statut (installé ou non), selon qu'ils soient thésés ou non, leur genre, leurs années d'expérience ou leur situation géographique (rurale ou urbaine).

Le recrutement a été réalisé par téléphone grâce à l'annuaire téléphonique via internet parmi les médecins généralistes du Nord Pas de Calais ou par bouche à oreille. Quinze médecins généralistes ont accepté de participer à l'étude. Parmi les refus un médecin acceptant le rendez vous n'a pas souhaité être enregistré, ni signer le consentement et 2 médecins ne m'ont pas recontactée.

Un guide d'entretien a été utilisé. Celui ci a évolué au cours de l'étude.

Un consentement a été signé par tous les participants de l'étude.

Les entretiens enregistrés sur dictaphone ont été retranscrits en intégralité, anonymisés, puis codés par le chercheur principal de l'étude. Le codage a été discuté avec un deuxième chercheur.

L'analyse des données a été réalisée en phénoménologie interprétative.

Etude en conformité au regard de la loi informatique et liberté après dépôt en commission d'éthique.

III. RESULTATS

A) Les caractéristiques de la population et des entretiens :

Quinze médecins généralistes ont accepté de participer à l'étude sur 18 contactés. Parmi les refus un médecin acceptant le rendez vous n'a finalement pas souhaité être enregistré, ni signer le consentement et 2 médecins ne m'ont pas recontactée. Les médecins généralistes se répartissent en 7 femmes et 9 hommes ; 11 installés et 5 remplaçants.

Les entretiens ont été conduits de mai 2018 à août 2019.

La durée moyenne des entretiens est de 23 minutes. L'entretien le plus long étant le focus groupe d'une durée de 75 minutes et le plus court d'une durée d'une dizaine de minutes.

B) L'analyse des résultats

1) les circonstances témoignant d'un trouble cognitif.

a) Les signes holistiques relevés par le médecin traitant :

Les médecins citent plusieurs signes évocateurs relevés au cours d'une consultation de « routine ». Les signes relevés sont :

- la recherche de la carte vitale

P.8	« il y a le comportement... la façon même dont ils cherchent leur carte vitale ... il y a des indices. »
------------	---

- un changement de comportement ou un trouble du comportement
- des hésitations lors de l'interrogatoire : par exemple lors de renouvellements de traitement.

Pfg.b	« ou par des troubles du comportement du patient qui sont insidieux, ils oublient les rendez vous, ils nous répètent ... Il y a une modification de leur comportement(...) » (...) « Après il y a pour les renouvellements de traitement, ils sont hésitants sur les posologies, ou quand on demande leur avis, s'ils ont vu leur cardiologue ?... ils répondent ah non... alors qu'ils l'ont vu y'a pas longtemps ... »
--------------	---

- des incohérences dans la discussion ou des répétitions dans la discussion

Pfg.b	« ou par des troubles du comportement du patient qui sont insidieux , ils oublient les rendez vous, ils nous répètent ... Il y a une modification de leur comportement (...) » (...) « Après il y a pour les renouvellements de traitement, ils sont hésitants sur les posologies, ou quand on demande leur avis , s'ils ont vu leur cardiologue ?... ils répondent ah non... alors qu'ils l'ont vu y'a pas longtemps ... »
P.9	« En cabinet de médecine générale, souvent c'est en discutant avec les patients, quelque fois au niveau de la discussion ça ne tourne pas très rond, ou quand leurs réponses sont un peu redondantes.(...)Ou bien même lors des remplacements, quand je les rencontre 2...3 fois et qu'ils arrivent toujours pas à me remettre, je commence à penser qu'il y a un petit trouble cognitif et du coup, j'me dis la prochaine fois que je les vois je ferai un MMS.

- des renouvellements de traitement trop précoces,

P.9	(...)« Effectivement au niveau des médicaments : c'est prévu pour trois mois et qu'au final ils ont besoin de le renouveler qu'au bout d'un mois... J'me dis qu'il y a des petits soucis là. »
------------	---

- désorientation temporo-spatiale à l'interrogatoire.

Pfg.a Pfg.e	«Quand on demande la date de la dernière consultation chez le cardiologue... il y a 2 ans et en fait c'était il y a bien plus longtemps... » « Parfois j'ai l'inverse , ils me disent : "ça fait longtemps que je ne l'ai pas vu ! " et en fait ça fait 15j qu'ils l' ont vu... »
------------------------------	--

On retrouve également la nécessité d'une visite à domicile chez quelqu'un capable habituellement de venir au cabinet.

P.9	« ...Oui... effectivement, déjà rien que le fait qu'il pouvait venir en consultation et là d'un coup brutalement sans raison précise, il ne peut plus venir en consultation. »
------------	---

Les médecins reconnaissent également une part de ressenti subjectif au contact du patient. On note l'utilisation du mot « pressenti » dans l'entretien n°1, de l'expression « si je sens » dans l'entretien n°2, de « la puce à l'oreille » dans l'entretien n°3 et dans le focus group par le participant b.

P.8	« Bin.. on ressent les choses quand même des fois (...) »
------------	--

Les signes retrouvés en dehors de la consultation sont :

- une inadaptation du patient par rapport à l'environnement

P.2	« euh... bin si je sens que le patient est un peu à côté de ses pompes... »
------------	--

- des oublis du quotidien comme des oublis de rendez-vous,
- des oublis de réalisation d'examen complémentaires.

Pfg.b	« ou par des troubles du comportement du patient qui sont insidieux, ils oublient les rendez vous , ils nous répètent ... Il y a une modification de leur comportement (...) » (...) « Après il y a pour les renouvellements de traitement, ils sont hésitants sur les posologies, ou quand on demande leur avis, s'ils ont vu leur cardiologue ?... ils répondent ah non... alors qu'ils l'ont vu y'a pas longtemps ... »
Pfg.d	« Changement d'attitude ... oublis de rendez-vous, oublis de prise de sang "ouh !... vous inquiétez pas il n' y a pas longtemps alors que ça fait 2 ans.... »
P.2	« ça c'est une première chose, après euh.... des oublis fréquents de consultations, des gens qui ne sont pas venus à plusieurs reprises »

- des oublis de consultation pour un renouvellement de traitement

Pfg.d	« si ! elle savait qu'elle devait renouveler mais elle ne savait pas qu'il fallait une ordonnance pour renouveler. Donc elle allait à la pharmacie avec une ordonnance de 3 mois. Et le pharmacien l'envoyait chez moi. »
--------------	--

b) Les signes holistiques relevés pendant une visite à domicile par le médecin traitant

Les signes interpellant le médecin au domicile du patient sont :

- les situations de mises en danger manifestées par des problèmes de prise de médicaments, de gaz ouvert.

Pfg.a	<i>En évoquant les problèmes à domicile témoignant de troubles cognitifs</i> « Souvent la prise de médicaments . Quand il y a l' odeur de gaz , faut déjà se méfier »
Pfg.c	« Le coup du croque monsieur tout noir, pendant que tu examines le patient !... »

- l'état du domicile lors d'une visite à domicile notamment de la cuisine.
- un oubli d'une visite à domicile par le patient.

Pfg.c	« Le coup du croque monsieur tout noir , pendant que tu examines le patient !... »
P.5	« Il peut y avoir aussi, euh... l'état du domicile en général... est ce que c'est bien rangé, est ce que c'est propre , voilà, euh... Le fait qu'une visite soit prévue et que le patient me dise : « Qui est-ce qui a demandé que vous veniez ? » Parfois tu arrives et les volets sont encore fermés. Voilà, alors que je suis sensé passer dans la matinée. » (...) Voilà, et il m'arrive aussi de voir un peu la cuisine, jeter un petit coup d'oeil au frigo, voir s'il n'y a pas de plats moisis. »

- une perte de l'autonomie à domicile au cours d'une visite à domicile chez quelqu'un d'autonome auparavant.
- un surplus médicamenteux à domicile

P.5	« (...) « Oui...le fait que le patient ne soit pas capable, qu'il y a forcément toujours besoin de quelqu'un, quand je viens en visite. Qu'il doit toujours être accompagné, en général, le patient qui est lucide, va me dire : "voilà docteur ! Voici ma dernière prise de sang, j'ai besoin de ça, j'ai pas besoin de ça..." euh... Donc il y a des situations s'il n'y a pas un membre de la famille, bin le patient sera incapable de gérer. Alors ça peut être un problème de barrière linguistique , mais quand ce n'est pas un problème de barrière linguistique, bin voilà ça met quand même la puce à l'oreille. »
P.9	« Ou bien même dans leur milieu de vie, quand on voit qu'il y a du désordre alors qu'il paraissait un peu ordonné , et puis c'est aussi à ce moment là que l'on peut voir par rapport aux médicaments ...faire le point sur ce qui reste, le surplus tout ça. »

c) Les signes relevés par un tiers

Les médecins interrogés remarquent que la plainte est souvent émise par la famille, mais également par le voisinage du patient. Le tiers est souvent représenté par la famille du patient ou par l'aidant du patient.

Pfg.b	« Parce qu'il avait le même comportement avec moi en consultation, il a jamais été agressif avec moi en consultation, uniquement avec la famille. Et la demande de dépistage, c'est à la demande de la famille. Du coup ça a été lourd comme diagnostic ... »
P.6	« ...bin c'est sûr ... souvent les... classiquement c'est la patiente âgée que l'on a gardée chez elle, mais qui commence à avoir des troubles...qui oublie sa casserole sur le feu, qui la nuit a des troubles du comportement. Elle se balade dans sa maison ou elle sort. C'est vrai, s'il y a des voisins, ils le signalent, sinon c'est la famille qui est proche qui essaie de garder le patient à domicile. »
P.6	« Donc ce qu'on disait tout à l'heure : la plupart du temps, soit souvent la famille signale des troubles de la mémoire des oublis par le patient , plus rarement le patient qui se plaint. »
P.7	« Bin soit le patient qui se plaint lui même, ou la famille qui se rend compte que ça devient compliqué au domicile,(...) »
P.8	« Non c'est la famille...oui... »

La perturbation de la vie courante est un argument dans le diagnostic des troubles cognitifs. Ceux ci se manifestent par :

- des oublis à répétitions au quotidien,

P.2	« après des fois c'est une plainte du patient ou de la famille qui signale des oublis répétés, des comportements inhabituels. »
P.3	« (...)des oublis... la famille décrit des oublis au fur et à mesure... des oublis de clefs, d'adresse. »
P.5	« (...)le patient perd de plus en plus la mémoire(...) »
P.6	« Souvent ce sont des démences Alzheimer et donc c'est des oublis à mesure. Il va à la cave et il ne sait plus ce qu'il était parti chercher ... » (...)
P.6	« ...ou il ne sait plus quel jour on est. »
P.7	« (...) un tel perd ses choses, il se souvient plus, il est désorienté... »
Pfg.b	« (...)ou d'oublis ou des plaintes que le parent répète beaucoup la même chose ou

	ils sont obligés de faire plusieurs fois les ...enfin redire plusieurs fois les choses, enfin qu'il y a des oublis au quotidien »
--	--

- des situations de mises en danger au domicile relevés par la famille avec parfois des difficultés de maintien à domicile .

Pfg.b	« c'est souvent sur des situations de mises en danger (...) »
Pfg.a	« A partir d'un certain degré , on est déjà sollicité pour des bilans. Parce que le maintien à domicile est difficile quand c'est évolué. Mais parfois même sur des démences pas trop évoluées on retrouve des difficultés de maintien à domicile parce que les patients n'ont pas de famille, veuve ou veuf »

Pour un médecin, les troubles cognitifs légers se manifestent par une sensation de la famille que le parent se répète beaucoup, par un changement de comportement et par des mises en danger.

Pfg.b	<i>En parlant des troubles cognitifs légers</i> « c'est souvent sur des situations de mises en danger ou d'oublis ou des plaintes que le parent répète beaucoup la même chose ou ils sont obligés de faire plusieurs fois les ...enfin redire plusieurs fois les choses , enfin qu'il y a des oublis au quotidien»
Pfg.b	« Et après ce constat de troubles de comportement, on a constaté un trouble cognitif léger , pas avancé. D'ailleurs je n'avais pas remarqué ce trouble du comportement ...Parce qu'il avait le même comportement avec moi en consultation, il a jamais été agressif avec moi en consultation, uniquement avec la famille. Et la demande de dépistage, c'est à la demande de la famille. Du coup ça a été lourd comme diagnostic ... »

Les tiers rapportent également des troubles du comportement, des troubles du sommeil, agressivité rompant avec l'état antérieur, changement de comportement.

P.2	« après des fois c'est une plainte du patient ou de la famille qui signale des oublis répétés, des comportements inhabituels. »
P.3	« c'est le changement... le changement de comportement , des oublis...la famille décrit des oublis au fur et à mesure... des oublis de clefs, d'adresse. »
P.6 C.....	« Oui, éventuellement oui, parfois de l'agressivité...oui ! »
P.6	« Une modification du comportement par rapport à avant. Et c'est plus le patient ? la famille qui se plaint plus de ça ? Ou ? »
P.6	« Souvent la famille. »
P.8	« Bin parfois c'est le sommeil en fait ... les gens sont ... c'est l'aidant, quand ils sont en couple ... ça devient ingérable...il ne dort plus... »

Parfois, la plainte du patient, concernant ses troubles mnésiques, se fait indirectement par le biais de sa famille. Le patient se plaint à sa famille, celle-ci venant rapporter cette plainte au médecin généraliste.

P.5	« Alors les plaintes les plus signalées... et bien les troubles de mémoire, j'ai le cas d'une patiente qui d'ailleurs ne s'est pas plainte spontanément. C'est sa fille qui est venue avec elle, et qui a dit : " Voilà le docteur ! Dis au docteur que tu n'arrêtes pas de te plaindre que ... " et " Ah oui c'est vrai !" (...)
------------	---

d) Les symptômes spécifiques relevés témoignant d'un trouble cognitif.

Dans les entretiens, les symptômes évoquant des troubles cognitifs peuvent être :

- un changement de comportement, un comportement inadapté du patient ou des troubles du comportement, une agressivité rompant avec l'état antérieur, un syndrome confusionnel, des hallucinations.

Pfg.a Pfg.b	« Qui avait demandé le dépistage ?... « Sa femme et sa fille parce qu'elles le trouvaient tout le temps agressif , tout le temps perdu et râleur. » « Oui une agressivité , un changement de comportement. »
P.8	« (...)Il est agressif des fois alors qu'il ne l'était pas du tout avant. On a l'impression que ça s'est passé progressivement, mais qu'il y a une rupture avec l'état antérieur. Et qu'il y a un changement de comportement.(...) et l'agressivité, des fois des personnes qui étaient sensées être gentilles, assez calmes, qui deviennent un peu caractérielles »
P.5	« (...) qu'il commence à avoir des hallucinations, avec le temps parfois il devient agressif avec son épouse voilà(...) »

- un syndrome dépressif de novo,

Pfg.d	« En fait je pense qu'ils se rendent compte qu'ils ont des troubles de la mémoire, des troubles cognitifs, ça crée une certaine dépression associée. Il y a surtout une dépression réactionnelle. »
--------------	--

- une désorientation temporo-spatiale,

P.3	« un patient un peu perdu dans la vie »
P.3	(...) « désorienté ... »

- des difficultés de maintien à domicile sans la présence d'aidant, des problèmes d'alimentation à domicile, une mauvaise observance du traitement médicamenteux, incurie du domicile, des mises en danger. (cf paragraphe III.B.1.c)

Pfg.a Pfg.b	« Ou quand on appelle pour l'INR... » « Oui c'est vrai quand il cafouille dans les dosages... »
P.5	« Bin du fait qu'il y a un problème d'observance il y a probablement un problème... »
P.8	« Bin oui, et puis il y a toujours cette notion, cette idée, peut être même chez les médecins que ça fait partie de la vieillesse, alors que ce n'est pas forcément le cas ... c'est pas normal de... laisser sa voiture ouverte ou le gaz... »
P.6	« (...)qui oublie sa casserole sur le feu, qui la nuit a des troubles du comportement. Elle se balade dans sa maison ou elle sort. C'est vrai, s'il y a des voisins, ils le signalent, sinon c'est la famille qui est proche qui essaie de garder le patient à domicile. »
P.5	« Si on constate qu'il y a de l'incurie ou des choses comme ça, ou que ...au niveau de l'alimentation c'est pas trop ça, donc on met en place un portage des repas, voilà. »

- des déambulations nocturnes, troubles du sommeil, réveils nocturnes, (cf paragraphe III.B.1.c)

P.8	« Oui par rapport au sommeil, parfois ils (<i>les proches</i>) disent ...qu'il (le patient) se lève la nuit. Et qu'il ne sait plus dormir(...) »
------------	---

- des renouvellements de traitement trop en avance ou en retard, des oublis de la consultation précédente, si le patient a besoin de l'aide d'un tiers pour assister à la consultation,

Pfg.a	« ou ils renouvellent plus vite ! ... « bin j'en ai plus » « ... bin je t'en ai mis y'a 10 jours. »
P.5	« Bien sûr que si ! Quand ... euh... ce qui me vient en tête c'est les médicaments , un patient qui consulte et à qui tu renouvelles le traitement pour 2 mois, et qui ne vient que 4 -5 mois après, bah !... pour un traitement qui est sensé être pris régulièrement ... on se dit qu'il y a un souci quoi !... »
P.5	« Oui... le fait que le patient ne soit pas capable, qu'il a forcément toujours besoin de quelqu'un, quand je viens en visite. Qu'il doit toujours être accompagné, en général, le patient qui est lucide, va me dire : "voilà docteur ! Voici ma dernière prise de sang, j'ai besoin de ça, j'ai pas besoin de ça..." euh... Donc il y a des situations s'il n'y a pas un membre de la famille, bin le patient sera incapable de gérer. Alors ça peut être un problème de barrière linguistique , mais quand ce n'est pas un problème de barrière linguistique, bin voilà, ça met quand

	même la puce. »
--	-----------------

- une perte de poids

P.5	« ... Alors, nous ici à (<i>nom du cabinet</i>), il y a quelque temps qu'on nous demande de mettre en place dans (<i>nom du cabinet</i>), le dépistage de la fragilité, en fait c'est un ... comment ça se passe en pratique, en fait, dès...si jamais...un soignant... ça peut être le médecin, ça peut être l'infirmière qui intervient à domicile, ça peut être aussi la secrétaire qui prend l'appel... ou quelqu'un constatant qu'il peut y avoir... ça peut être une infirmière qui constate que le patient a perdu beaucoup de poids en peu de temps , des chutes à répétition à domicile. Bin... toute situation où on peut se dire que le patient est peut être fragile. En fait on a un petit questionnaire de l'autonomie en fonction duquel, si effectivement il est avéré qu'il y a une perte d'autonomie, on fait faire au patient, tout un tas de tests, qui comportent aussi le MMS. »
------------	---

- des chutes à répétition

P.5	« Bin... en fait je me suis rendu compte que la plupart du temps, euh.... dans ... des situations de chutes à répétition , de des problèmes de prise médicamenteuse, de perte d'autonomie... il y avait souvent des problèmes de mémoire. »
P.5	« ... Alors, nous ici à (<i>nom du cabinet</i>), il y a quelque temps qu'on nous demande de mettre en place dans (<i>nom du cabinet</i>) : le dépistage de la fragilité, en fait c'est un ... comment ça se passe en pratique, en fait, dès...si jamais...un soignant... ça peut être le médecin, ça peut être l'infirmière qui intervient à domicile, ça peut être aussi la secrétaire qui prend l'appel... ou quelqu'un constatant qui peut y avoir... ça peut être une infirmière qui constate que le patient a perdu beaucoup de poids en peu de temps, des chutes à répétition à domicile . Bin toutes situations où on peut se dire que le patient est peut être fragile. En fait on a un petit questionnaire de l'autonomie en fonction duquel, si effectivement il est avéré qu'il y a une perte d'autonomie, on fait faire au patient, tout un tas de tests, qui comportent aussi le MMS. »

- Une non-reconnaissance des membres de sa famille,

P.8	« ...oui, ou de ne pas reconnaître son petit fils ...bin enfin il y a des trucs... »
------------	---

- Des situations de passage aux urgences pour agressivité.

P.5	« (...)Nécessitant parfois... quelquefois... des petits passages aux urgences parce
------------	--

qu'il est arrivé qu'il en vienne aux mains, qu'il soit violent, voilà.(...) »

Les médecins ne retrouvent pas de franc trouble dans les activités de la vie quotidienne, les patients mettant en place des parades comme la tenue d'un carnet, la ritualisation du quotidien.

Pfg.a	« j'ai une patiente... c'est quand même extraordinaire !... elle compensait tellement bien , que personne n'a rien vu... et un jour, elle vient à la consultation (...) J'me suis dit là il y a un truc... Et elle avait un MMS à 8.. 8/30, personne ne s'en était aperçu.. Et tout était encore codifié chez elle, elle faisait toujours la même chose, et dès qu'on la sort du truc là c'est épouvantable... Maintenant elle s'est fort dégradée... Mais pendant plusieurs années juste une aide de son fils, elle restait chez elle , « nickel ». »
Pfg.a Pfg.b Pfg.a	« j'avais un patient aussi, il avait tout noté dans un carnet ce qu'il devait faire et il répétait, il se levait le matin. » « il était diagnostiqué ou c'était sa façon de compenser?... « non il n'était pas diagnostiqué, il avait bien réalisé son truc et il avait pris un carnet. "Qu'est ce que je fais le lundi ? Je dois me laver, je dois me raser, je dois me laver les dents..." ... Tout était noté... Et il faisait, il avait compris qu'en notant.. mais à un moment »
P.1 C..... P.1	« parce que, quand on va chez la personne, on va passer 15 minutes chez elle, elle a un p'tit peu sa routine et ça va bien se passer. » « et c'est dès qu'il y a un changement de routine, comme la mort d'un conjoint ... » « tout à fait. Et de pouvoir discuter avec l'entourage, ça permet de synchroniser un peu notre vision du patient. »

Les problèmes cognitifs peuvent aussi se manifester par des problèmes de dépenses inhabituelles, des problèmes de gestion de budget, des problèmes administratifs.

P.3	« Si... s'ils sont âgés , s'ils sont tout seul, si je sais qu'il peut y avoir un souci au niveau argent, un doute sur la gestion, j'ai la démarche d'essayer de voir si ça peut être géré correctement à la maison et faire le point. »
------------	--

Le dépistage peut également être demandé s'il y a une plainte de la famille. (cf. paragraphe III.B.1. c. et paragraphe III.B.9)

Dans une interview un médecin trouve qu'un oubli de date du jour chez une personne retraitée n'est pas un bon marqueur.

Pfg.a	« Après il faut faire attention, parce que parfois la date du jour , quand tu es à la retraite tu la connais moins... mais bon ça peut être aussi un signe »
--------------	---

Et pour un seul médecin interrogé la ritualisation du quotidien est un mauvais marqueur de démence chez le sujet âgé.

P.7	« Euh...oui plus ou moins, après je pense quand on augmente dans l'âge on a plus de rituels, mais oui ça peut. »(...)« Bin tu as des petites manies, tes petites
------------	--

	habitudes. Après différencier les habitudes et ce qui est pathologique ... ça peut être parfois compliqué. »
--	---

Pour un médecin, les troubles cognitifs légers se caractérisent par une autonomie préservée.

Pfg.e	« En visite je vais voir les troubles cognitifs avancés. Les troubles cognitifs légers sont assez autonomes pour venir au cabinet. »
--------------	---

Les troubles du comportement, l'agressivité sont au contraire en faveur d'un trouble cognitif avancé.

P.5	« (...)... On n'est plus dans le cadre de troubles cognitifs légers... (...) D 'emblée, je crois que le motif de la visite c'est justement troubles du comportement, agressivité, voilà. Je suis arrivé au domicile, je l'ai envoyé à l'hôpital direct ! (...) »
------------	---

e) Les circonstances de découverte des troubles cognitifs.

Il existe plusieurs contextes de découverte des troubles cognitifs. Ca peut être lors d'une consultation habituelle, lors de la constitution d'un dossier d'APA, lors d'un certificat médical.

P.2	« je pense qu'on peut discuter un peu des symptômes sur une consultation entre deux , je dirais ... »
------------	--

Pfg.e	« je pense moi ce matin, j'ai fait un formulaire APA et on demande , l'orientation, et c'est pour un monsieur auquel je n'aurais jamais pensé , et donc je lui demande la date du jour , et il a été incapable de me répondre. C'est sa femme qui a répondu à sa place... (...) »
--------------	--

Pfg.c	« Les certificats médicaux c'est toi qui doit les remplir et souvent il y a une question d'orientation temporo-spatiale. »
--------------	---

Le dépistage de la fragilité permet le dépistage des troubles cognitifs de manière concomitante.

P.5	« ... Alors, nous ici à (<i>nom du cabinet</i>), il y a quelque temps qu'on nous demande de mettre en place dans (<i>nom du cabinet</i>), le dépistage de la fragilité, (...) En fait on a un petit questionnaire de l'autonomie en fonction duquel, si effectivement il est avéré qu'il y a une perte d'autonomie, on fait faire au patient, tout un tas de tests, qui comportent aussi le MMS. »
------------	---

Selon un médecin interrogé la consultation n'est pas un temps pour remarquer une démence.

P.7	« Bin eux (<i>les membres de la famille</i>) ils connaissent mieux le patient que nous. Ils vivent avec, dans sa vie quotidienne, donc je pense que c'est plus facile de faire illusion en consultation , que dans la vie de tous les jours. »
------------	---

Les donneurs de signal peuvent être la secrétaire médicale, l'infirmière, le médecin.

P.5	« ... Alors, nous ici à (<i>nom du cabinet</i>), il y a quelque temps qu'on nous demande de mettre en place dans (<i>nom du cabinet</i>), le dépistage de la fragilité, en fait c'est un ... comment ça se passe en pratique, en fait, dès...si jamais...un soignant... ça peut être le médecin, ça peut être l'infirmière qui intervient à domicile, ça peut être aussi la secrétaire qui prend l'appel... ou quelqu'un constatant qui peut y avoir... ça peut être une infirmière qui constate que le patient a perdu beaucoup de poids en peu de temps, des chutes à répétition à domicile. Bin... toute situation où on peut se dire que le patient est peut être fragile. En fait on a un petit questionnaire de l'autonomie en fonction duquel, si effectivement il est avéré qu'il y a une perte d'autonomie, on fait faire au patient, tout un tas de tests, qui comporte aussi le MMS. »
------------	--

Les troubles cognitifs peuvent être démasqués lors d'un éloignement familial ou d'avec le conjoint. En effet un changement d'environnement, décompense les troubles cognitifs.

Pfg.b	« Une fois, j'ai eu un patient comme ça, il était hospitalisé, sa femme menait tout dans le couple, c'est elle qui faisait les courses, les machins, préparer les vêtements tout ça, il était rythmé comme ça. Ce qui faisait qu'on ne s'apercevait pas... Et même la femme ne l'avait pas vu. En fait hospitalisé il a déambulé dans les couloirs... Et puis en fait on s'est aperçu qu'il y avait une démence derrière. En conversation ça allait bien, mais avec le recul je me suis aperçu que ce n'était pas lui qui répondait mais sa femme. Comme elle « drivait » tout on ne voyait rien. »
--------------	--

L'entrée en EHPAD est le moment pour qu'un dépistage systématique des troubles cognitifs soit organisé. Il est réalisé par le médecin coordinateur.

P.6	(<i>le participant est un médecin coordinateur d'EHPAD</i>): « Oui bin... c'est demandé par l'équipe d'animation parce qu'elle a besoin de savoir l'état mnésique du patient pour pouvoir proposer des activités. »
------------	--

Un passage aux urgences pour des troubles du comportement est parfois le moment de découverte d'une démence.(cf paragraphe : III.B. 1.d)

Un maintien à domicile difficile est également une motivation à la réalisation d'un MMSE. (cf paragraphe : III.B.1.d.)

Le contexte de découverte des troubles cognitifs est rarement suite à une plainte du patient.

P.6	« Donc ce qu'on disait tout à l'heure : la plupart du temps, soit souvent la famille signale des troubles de la mémoire des oublis par le patient, plus rarement le patient qui se plaint. »
------------	---

Il est quand même noté par un médecin, la nécessité d'anticiper le dépistage.

Pfg.b	<i>En parlant de l'anticipation du diagnostic « Si ça permet quand même à l'entourage d'adapter pas mal de choses sans être dans l'urgence. Parce que, quand tu réalises un dépistage tardif... autour ... ! C'est la panique. »</i>
--------------	--

2) Les stratégies d'évaluation des troubles cognitifs par le médecin généraliste.

a) La nécessité d'un tiers pour l'évaluation cognitive.

La communication avec la famille ou avec l'entourage du patient paraît être essentielle pour l'évaluation cognitive des patients, notamment pour le dépistage des troubles cognitifs précoces.

Pfg.b	« Maintenant j'ai un exemple précis d'un dépistage précoce que l'on a fait à la demande de la famille, très très bienveillante, très dans le cocon familial. Devant une agressivité, des troubles du comportement, je fais un test pour dépister les troubles de la mémoire sans penser une minute que le diagnostic de maladie d'Alzheimer tomberait, et il est tombé rapidement avec l'IRM et les tests. (...) »
--------------	---

Une consultation longue est plus nécessaire qu'un test mnésique pour rencontrer la famille pour faire la synthèse du mode de vie du patient.

La famille est invitée à participer aux consultations de dépistage.

P.1	« Pour moi non (à la question de la nécessité de réaliser des tests mnésiques), parce qu'avant tout c'est une grande discussion avec la famille, l'entourage, c'est ça qui est le plus important. Parce que le trouble de la mémoire est déjà établi, et on peut le scorer par rapport à ça, mais on voit que dans la vie courante, c'est déjà difficile. Et qu'est ce qu'on en fait après du score ?... »
P.1	« Par contre ça demande du temps avec la famille, d'expliquer, de voir tous les troubles, de voir la nutrition, ce qu'il est encore capable de faire sur le plan locomoteur, c'est tout un ensemble qui fait qu'une consultation longue est plus nécessaire qu'un test qui va valider ce qu'on a déjà pressenti. »
P.8	« Non, moi à chaque fois que j'ai fait un MMS, il y avait toujours l'aidant, le conjoint. De toute façon ils viennent toujours à 2. (...)»
P.9	« Alors souvent ils viennent, c'est monsieur, madame qui viennent ensemble, ou monsieur ou madame tout seul. »

La présence de la famille peut être parfois remplacée par la réalisation d'un test de la mémoire.

P.2	« Un MMS en un quart d'heure ...j pense que c'est suffisant, après ça dépend un peu du profil du patient, <u>s'il vient tout seul ou avec sa famille</u> parce que ça change beaucoup sur le temps de consultation, je pense. »
------------	--

La discussion avec la famille permet aussi d'apprécier le maintien à domicile du patient.

P.1	« par contre ça demande du temps avec la famille, d'expliquer, de voir tous les troubles, de voir la nutrition, ce qu'il est encore capable de faire sur le plan locomoteur, c'est tout un ensemble qui fait qu'une consultation longue est plus nécessaire qu'un test qui va valider ce qu'on a déjà pressenti. »
Pfg.b	« (...) et on va s'aider de l'entourage dans ces cas là, en leur demandant si au domicile il y a quelque chose qui a été aussi remarqué. »

b) L'utilisation de tests spécifiques ou de débrouillages pour dépistage des troubles cognitifs.

Le test le plus utilisé est le MMSE.

P.2	« ... D'emblée, j'utiliserais le MMS (...) »
P.5	« Donc comment je dépiste ?... En pratique, c'est en consultation, jusqu'à présent je n'en ai pas fait au domicile, et les tests que j'utilise sont le MMS, le test de l'horloge. C'est les 2 seuls tests que j'utilise. »

Pour certains médecins généralistes le MMSE semble être adapté pour un exercice en médecine générale car il est rapide, sa durée est d'une quinzaine de minutes ce qui correspond en moyenne à la durée d'une consultation de médecine générale.

P.1	<i>En parlant de la durée d'un MMS</i> « non, pas trop long.. » (...) « en 15 minutes, il est fait, ça va relativement vite . »
------------	---

Pour un médecin le MMSE permettrait de mettre en évidence des troubles cognitifs légers.

C.....	C : « Ok. Et comment tu dépistes les troubles cognitifs légers. Est ce que tu arrives ? ... »
P.7	« Moi, je fais un MMS. »

Un médecin trouve un intérêt à l'utilisation du MMSE de manière successive pour évaluer la dégradation mnésique.

P.7	« Sauf si le MMS est vraiment... mais après si quelqu'un ne sait pas lire ni écrire, le MMS c'est compliqué. Après on peut avoir un niveau bas et être très intelligent. Je pense... alors on peut en faire un et après si le patient se plaint à nouveau, on peut refaire un comparatif pour voir... »
------------	--

Certains n'utilisent que partiellement le MMSE, se révélant plus rapide pour l'exercice de la médecine générale, et n'utilisent que les tests des praxies avec réalisation du test de l'horloge, le calcul mental, la désignation d'objets, le test des 3 mots, le test d'orientation temporo-spatial, en posant quelques questions informelles.

P.3 C.....	« Souvent j'essaie de leur poser les 3 questions, le MMS aussi... » « le MMS,oui.. »
P.3	« mais un MMS plus petit, raccourci pour dépister. »
P.6	« Et le test des 3 mots, et puis après le calcul...C'est vrai ...l'horloge, et les 3 mots , le calcul mental : 100-7. Et le test d'orientation dans l'espace, c'est vrai que ça c'est rapide . Maintenant que tu me le dis, je le fais la plus part du temps . La plupart du temps je fais ces petits tests là, qui vont très vite, mais bon après je m'arrête là. »
P.6	« Le calcul mental, après l'année, le jour de la semaine... D'où vous venez ?...des tests temporo-spatiaux... et puis...(..) Et c'est quoi ça : un stylo ? ... C'est rapide aussi. »

Le support du MMSE peut être sur internet.

P.2	« n'ayant pas le MMS sur moi, j'irai le chercher quelque part (le participant montre l'ordinateur). »
------------	---

Cependant l'utilisation du MMSE reste mitigée. La réalisation du MMSE est parfois théorique, pas ou peu de réalisation en pratique en médecine générale par manque de temps. Pas de test mémoire approfondi, ni de test spécifique utilisés par le médecin traitant.

P.1	« De vrais tests effectivement j'en fais peu(...) »
Pfg.b	« Après c'est vrai que je n'ai pas fait de MMS. »
P.6	« S'il est bon je vais pas plus loin. Bien sûr il y a les tests de la grille MMS, mais pas évident à réaliser en médecine générale...par manque de temps. Donc souvent quand on suspecte une maladie d'Alzheimer, on oriente vers un spécialiste. »
P.7	« Non, pas systématiquement, je lui pose des questions pour savoir ce qu'il en pense, et je l'envoie faire le bilan directement. Le MMS, c'est pas systématique. »

Finalement pour certains médecins les tests cognitifs comme le MMSE permettent d'initier un dialogue et une prise de conscience de la famille par rapport aux troubles cognitifs du patient.

P.1	« (...)Et c'est surtout pour faire prendre conscience de l'état de la personne à l'entourage... »
------------	--

c) L'inutilisation de tests spécifiques ou de débrouillages.

En effet dans certaines situations les médecins généralistes ne trouvent pas de nécessité de tests, comme lors d'un syndrome confusionnel ou lors d'indices de la vie quotidienne forts. En général les médecins ne réalisent pas de test quand les troubles cognitifs semblent être avancés.

<p>P.5</p>	<p>« ... Souvent ... c'est des cas, on n'est plus dans le cadre de troubles cognitifs légers... C'est des patients...d'emblée... Il m'est arrivé une fois, un patient que je voyais pour la première fois en visite à domicile à la demande de sa fille, qui vivait avec lui. D'emblée, je crois que le motif de la visite c'est justement troubles du comportement, agressivité, voilà. Je suis arrivé au domicile, je l'ai envoyé à l'hôpital direct ! Donc là, tu ne te poses pas la question ... de : « On va se revoir pour faire un MMS. »</p> <p>(...)</p> <p>« Oui ... après tout dépend du diagnostic qui est fait après, mais là dans ce cas précis, il a dû passer en gériatrie voilà et ... il savait qu'il avait une démence mixte .. voilà dans ce cas là , je ne revois pas le patient pour faire des tests. »</p>
<p>P.5</p>	<p>« (...) J'ai eu le cas une fois ici pour un patient qui avait vraiment des gros troubles. J'ai reçu ses enfants et son épouse ici pour discuter et savoir, bin... qu'est ce qu'on fait, et en sachant que la présence du patient n'aurait pas forcément changé grand chose. »</p> <p>(...)</p> <p>« Et dans ces cas là, de toute façon , les tests , on ne les fait pas. »</p>

Les soupçons de démence sont un meilleur indice de démence et permettent une demande de bilan neuropsychologique directement sans test de dépistage.

<p>C.....</p> <p>P.7</p> <p>P.7</p>	<p>« Et comment tu organises le dépistage de troubles cognitifs? »</p> <p>« Moi je les envoie faire un bilan neuropsychologique. A l'hôpital. »</p> <p>(...)</p> <p>« (...) Mais quand on a des soupçons, tu vas faire quoi d'un MMS à 15 si le patient n'a jamais été à l'école ? Il sait pas lire, pas écrire... Et un MMS à 23, chez quelqu'un qui est ingénieur, ça m'inquiète plus. »</p>
--	---

3) Les conditions d'évaluation.

a) Les critères d'utilisation des tests spécifiques.

La réalisation du MMSE n'est pas systématique. Il y a la nécessité d'une plainte ou de signe en faveur d'une démence pour entreprendre le dépistage de troubles cognitifs.

<p>Pfg.c</p>	<p>« Moi j'ai dit que j'en faisais pas de façon systématique à mes patients de plus de 60 ans, c'est clair , faut des points d'appels. »</p>
<p>P.5</p>	<p>« Alors avant d'en arriver au dépistage il faut forcément qu'il y ait une plainte donc, soit une plainte du patient , soit un signalement d'un membre de la famille : "</p>

	voilà mon père j'ai l'impression qu'il perd par moment la tête"...Voilà des choses comme ça, soit un signalement qui vient de personnes qui interviennent à domicile ça peut être l'infirmière, une aide soignante, donc voilà. »
C..... P.9	« Oui d'accord, donc ça serait faire les explorations en fonction d'une plainte ?... » « Oui »
C..... P.9	« ..Et pas forcément d'un test qui est fait de façon systématique, c'est ça ? » « oui »

Certains médecins dépistent eux mêmes les troubles cognitifs. Mais parfois les bilans ne sont pas réalisés par le médecin traitant et le MMSE est utilisé uniquement afin d'orienter vers le spécialiste qui se charge du bilan. (cf paragraphe III.B. 5)

L'initiative de la réalisation d'un dépistage est prise par le médecin traitant selon les informations qu'il reçoit.

C..... P.8	« (...) Et du coup qui donne l'initiative de faire le MMS ? C'est toi?ou bien c'est la famille ? » « Non c'est moi. » (...) « Bin... ils (<i>les membres de la famille</i>) me disent : "faut faire quelque chose", "ça devient plus gérable", " là on peut plus ", il y a un point de non retour. Là je fais le MMS, mais je le fais juste pour étayer mon courrier pour le ... »
---------------	--

Si un MMSE est réalisé, il faut le noter dans le dossier.

Pfg.d	« Mais il faut que tout soit noté dans le dossier, que tu as fait un MMS (...). »
-------	--

Même s'il existe une forte présomption l'accord du patient est indispensable pour la réalisation du dépistage. La plupart du temps le dépistage n'est pas réalisé si le patient refuse l'exploration faisant suite au dépistage. Dans l'entretien N° 1 le test est réalisé mais le bilan lui faisant suite est réalisé en accord avec la famille.

P.5	« Et il peut arriver même (...), qu'il y ait des plaintes récurrentes à chaque visite mais que le patient ne souhaite pas faire de test, refus catégorique !... Et pourtant on sent bien qu'il y a probablement quelque chose à creuser, que voilà ... Et autre chose aussi, il m'arrive aussi de ne pas faire d'emblée de test quand le patient me dit, que de toute façon il n'ira pas à l'hôpital. » (...) « A ce moment là, je ne fais pas de dépistage. »
P.6	« Donc les tests de mémoire, éventuellement si la personne veut les faire. Moi je commence par le test de l'horloge. »

Le MMSE est peu adapté si haut niveau culturel.

P.9	« (...) ou bien même quelqu'un qui a des plaintes cognitives et qui a un haut niveau culturel, mais que par derrière le MMS est parfait, donc pas faire d'exploration malgré la plainte du patient... »
-----	--

C..... P.9	« Oui d'accord, donc ça serait faire les explorations en fonction d'une plainte... » « Oui »
C..... P.9	« ..Et pas forcément d'un test qui est fait de façon systématique, c'est ça ? » « oui »

Il a un intérêt plutôt chez les personnes peu âgées et autonomes, vivant à domicile.

P.2	« ... disons que... à des âges intermédiaires, qui sont sensés garder une certaine autonomie, et chez qui on va trouver des troubles cognitifs, et bien on va aller chercher. Une personne qui est déjà vraiment très dépendante et qui commence à avoir des troubles cognitifs... je suis pas sûr.»
-----	---

Les médecins généralistes n'ont pas de critère d'âge pour la réalisation d'une évaluation cognitive de débrouillage.

P.7	<i>Y a t-il des stratégies de dépistage selon des critères notamment celui de l'âge ?</i> « Alors non... je prends toujours en compte le niveau d'étude. Pour quelqu'un qui a un niveau d'étude élevé, il n'aura pas la même base, que quelqu'un qui n'a jamais été à l'école... »
C.....	« Mais par exemple tu le ferais plus à quelqu'un de plus âgé, qu'à quelqu'un de plus jeune.. ? »
P.7	« A part si quelqu'un de jeune se plaint et que voilà, il a l'impression que cognitivement il se sent en déclin, je pense que je le ferais. Il est encore capable de s'en rendre compte et s'il se pose des questions ... il faut au moins investiguer un minimum. »

Certains médecins dépistent en fonction des facteurs de risque cardio-vasculaire du patient.

Pfg.d	« C'est important de connaître le bon diagnostic, parce que si c'est vasculaire il faut traiter le cholestérol, prévenir les risques cardio-vasculaire.... »
Pfg.c	« Il y a plein de maladies d'Alzheimer qui n'en sont pas. Comme ils sont étiquetés Alzheimer, ils ne sont pas traités comme il faudrait. »
Pfg.a	« C'est pour ça que ça serait intéressant de faire du dépistage ciblé en fonction des facteurs de risque. Parce qu'un hypertendu, qui fume, il court un peu de risques. »
Pfg.c	« J'ai envoyé un patient avec une démence Alzheimer étiquetée et le neurologue me dit que c'était vasculaire, et bien sûr le patient s'aggrave parce qu'il n'a pas eu les traitements adaptés. »

Le lieu de réalisation du MMSE a beaucoup d'importance. Le plus souvent les tests se réalisent en cabinet. Parfois en maison de retraite. Il n'y a pas forcément de dépistage en visite à domicile. Le lieu de réalisation des tests dépend des habitudes de consultation.

P.1	« je fais plutôt ici (en désignant le cabinet), parce que je le fais sur un site qui me permet d'évaluer plus facilement. »
P.3	« En cabinet par un examen clinique et certaines questions que l'on va poser. » (...)

	« Au cabinet ou bien à la maison de retraite . »
Pfg.e.....	« je ne vais pas à domicile pour le dépistage. »
Pfg.b.....	« pas pour le diagnostic, mais pour la prise en charge peut être ... »
Pfg.a.....	« c'est pas une obligation. »
Pfg.b.....	« Et puis ça dépend, si pour le diagnostic, je ne vois pas l'intérêt. Mais pour la prise en charge quand la personne est seule, c'est nécessaire. »
Pfg.d.....	« Quand la famille te dit , les plats livrés à la maison il ne les mange pas, les stocks de médicaments ... alors là je pense que ça vaut le coup d'aller voir. »
Pfg.c.....	« A ce niveau là je ne vais pas chez eux , je discute avec la famille. »
Pfg.d.....	« Alors oui je réunis la famille, je leur dis de venir à telle heure chez leurs parents. »
Pfg.c.....	« Oui si c'est vraiment catastrophique , je vais à domicile pour voir de moi même. »
P.6	« Non, à domicile jamais ou rarement. »
P.7	« Le MMS ?... au cabinet, si c'est une personne âgée que tu vois en visite, ça peut être à domicile. »
C.....	« Et pourquoi ? Pour que ce soit plus calme ? »
P.7	« Oui, et aussi pour avoir un endroit en dehors du domicile. Je sais pas si ça peut jouer, et puis aussi en fonction des habitudes. »
P.8	« Bin... ça dépend s'ils sont venus en consultation et que je les re convoque, bin... c'est en consultation. Et je me souviens d'une fois être revenu en visite à domicile, et j'avais pas le temps, j'ai dit : « Je vais revenir pour faire un MMS, et j'ai repris rendez vous dans la semaine ... »

L'essentiel est que ce lieu soit adapté à l'évaluation cognitive. L'hospitalisation est un mauvais temps de dépistage des troubles cognitifs et il ne faut pas faire de MMSE dès l'entrée en EHPAD.

Pfg.a	« Parfois les tests sont faits à l'hôpital, et c'est biaisé. Parfois ils sont faits quand ils rentrent en maison de retraite et après ils s'améliorent , parce qu'ils sont perturbés . »
Pfg.d	« Nous on ne les fait plus à l'entrée (sous entendu dans un EHPAD)!... Parce qu'ils sont désorientés , ils changent de lieu de vie. »
Pfg.b	« Nous, on a eu le biais de cette patiente parkinsonienne qui a été étiquetée avec des troubles cognitifs , sans score en (<i>nom de l'hôpital</i>). Avec un courrier me demandant de réaliser une consultation cardio, avant l'introduction d'EXELON* , pour apparition de troubles mnésiques ... c'est tout. Alors elle avait été évaluée par le neuropsychologue en hospitalisation, qui trouvait des troubles mnésiques. Alors je lui demande ; je fais très peu de gériatrie ; L' EXELON* pour le prescrire... je me demande ce qu'elle a comme MMS ?...On ne lui a pas fait de MMS ... alors on va lui faire un MMS ... bin elle avait 30 !... »
Pfg.a	« Alors elle était tellement stressée, qu'elle ne savait plus l'heure ...quand on leur annonce un test comme ça , les gens sont un peu paniqués... »

b) Les inconvénients des tests cognitifs

Il est difficile de standardiser les tests cognitifs car les résultats des tests sont examinateur-dépendants.

Pfg.d	« et surtout , ce sont des tests qui dépendent de l'examineur .» (...)
Pfg.a	« vous êtes à quel étage ? ... bin je sais pas ...Au (<i>nom de l'hôpital</i>) c'est impossible. Vous êtes où ? Euh... ..C'est peut être ça ... »

L'interprétation du MMSE est à pondérer selon le niveau scolaire.

P.7	« (...) je prends toujours en compte le niveau d'étude. Pour quelqu'un qui a un niveau d' étude élevé, il aura pas la même base, que quelqu'un qui n'a jamais été à l'école... »
------------	---

Le MMSE ne suffit pas pour dépister des troubles cognitifs.

C.....	« Tu fais pas des MMS dans ton cabinet ?.. »
P.7	« Bin si, mais le MMS c'est pas ça qui va être ...sûr... avec un MMS seul tu peux pas dire : « Celui là il a des troubles cognitifs qui débutent. ». C'est léger. Je trouve. »
C.....	« Tu l'envoies direct en bilan de troubles cognitifs. »
P.7	« Bin... vraiment si ça inquiète, s'il y a vraiment des arguments, oui je l'envoie. Je trouve qu'un MMS c'est vraiment léger. »

c) Les caractéristiques de l'évaluation cognitive.

Les évaluations plurielles sont longues, étalées dans le temps pour adapter la prise en charge à l'évolution de la maladie au fil du temps. Il est nécessaire d'avoir recours à des consultations régulières.

P.1	« ...c'est très difficile d'évaluer et puis d'avancer... Effectivement, on fait des constats au fur et à mesure et on adapte l'environnement en fonction de l'état du patient »
------------	--

Il est important d'extraire le patient de sa routine pour démasquer les troubles cognitifs et de rencontrer la famille pour instaurer le dialogue et démasquer les troubles cognitifs.

P.1	« Parce que, quand on va chez la personne, on va passer 15 minutes chez elle, elle a un p'tit peu sa routine et ça va bien se passer. »
C.....	« et c'est dès qu'il y a un changement de routine, comme la mort d'un conjoint ... »
P.1	« Tout à fait. Et de pouvoir discuter avec l'entourage, ça permet de synchroniser un peu notre vision du patient. »
P.1	« Et c'est souvent ... effectivement l'entourage . J'essaie souvent de voir les

	personnes âgées avec quelqu'un de la famille. »
Pfg.a	« souvent la famille ! »
Pfg.b	« oui c'est vrai »
Pfg.a	« c'est souvent l'entourage quand même qui commence à s'inquiéter »
Pfg.b	« sur des choses légères : oui ! »

La visite à domicile est réservée uniquement pour des troubles cognitifs avancés.

Pfg.e	« En visite je vais voir les troubles cognitifs avancés, les troubles cognitifs légers sont assez autonomes pour venir au cabinet. »
--------------	---

Il est nécessaire aussi de prendre du recul, de connaître le patient pour réaliser les tests donc à ne pas réaliser en cas d'installation récente, ou lors de remplacement car on ne connaît pas suffisamment son patient. Cette évaluation a besoin d'une relation stable avec son médecin.

P.2	« (...). Après moi je suis pas installé depuis longtemps donc c'est difficile, pas simple d'avoir du recul par rapport à ça »
P.2	« et puis avant j'étais médecin remplaçant, donc c'est vrai que, quand on n'est pas le médecin habituel... c'est pas toujours facile d'évoquer ce genre de chose et puis c'est pas forcément à nous de démarrer ce genre de prise en charge. Sur des remplacements longs ..oui mais sur des remplacements très courts...»

Pour un médecin le dépistage devrait être ciblé en fonction des facteurs de risque cardiovasculaires.

Pfg.a	« C'est pour ça, ça serait intéressant de faire du dépistage ciblé en fonction des facteurs de risque. Parce qu'un hypertendu, qui fume , il court un peu de risques. »
--------------	--

Le diagnostic précoce reste difficile selon les médecins interrogés. (cf paragraphe III.B.4)

d) Les caractéristiques de la consultation de dépistage

Les médecins interrogés ont des avis très différents quant à la situation de l'évaluation cognitive. Certains préfèrent évaluer les troubles cognitifs pendant une consultation de « routine » et d'autres lors d'une consultation dédiée. Pour ceux réalisant une consultation dédiée, les patients sont re convoqués par le médecin traitant.

P.2	« cela dit si on a un doute et qu'il faut aller un peu plus loin, il faut une consultation dédiée... »
P.3	<i>En parlant de consultation dédiée</i> « bin de toute façon, je viens de vous dire, ça s'organise pas, ça se fait naturellement, c'est des gens que l'on va revoir régulièrement . Quand on a initié un dépistage, la deuxième consultation va un peu plus loin. »
Pfg.a	« ...Oui ! Oui ça se programme. Parce que si les gens n'ont pas des résultats

	bons... après il y a une annonce alors on peut pas les renvoyer comme ça sans annonce ... parce qu'après il faut ... »
Pfg.e	« Ca dépend quand, c'est moi qui m'en aperçois, je leur fait un test de l'horloge et je les re - convoque pour faire un MMS calmement, si c'est à leur demande, on fait une consultation dédiée. Quand je veux leur montrer qu'il y a quelque chose. »
P.5	« Du coup ce que j'ai fait, c'est que j'ai re-convoqué la patiente. Pour la patiente en question ...c'est pas forcément des gros troubles... La patiente était capable de revenir seule pour le renouvellement de son traitement , on a fait des tests qui ont bien confirmé qu'il y avait des soucis et dans ce cas là, (...) »
P.7	« Pour le MMS pas forcément... Ca dépend, si la personne ne vient que pour ça... et qu'elle me dit j'ai l'impression de perdre la mémoire, je le ferai peut être en même temps. Si elle vient pour une autre pathologie, je la re convoque. »
C.....	« Donc tu fais ça en consultation dédiée de ce fait ? »
P.8	« Oui dans l'idéal oui ! »
P.8	« Oui, alors j'me rappelle l'avoir fait plusieurs fois. Comme je suis remplaçant je suis pas sûr, si je le note dans le dossier que ça sera fait la fois suivante. En général je le faisais systématiquement d'emblée mais comme ça demande du temps, parfois je reprogrammait. Ca m'est arrivé 2 fois j'me rappelle pendant une visite à domicile, de reprogrammer une visite, qui était dédiée au MMS. »

Ces consultations dédiées ou non sont organisées si un trouble cognitif est suspecté ou s'il y a une plainte. (paragraphe III.B. 3.a et 9).

Les tests d'évaluation sont longs, et mériteraient une consultation dédiée, ce qui n'est pas toujours fait.

P.8	« Parce que, les fois où je l'ai fait d'emblée...on fait ça... »
C.....	« Vite fait ? »
P.8	« Oui vite fait. »
C.....	« C'est ça. »
P.8	« Et il faut prendre le temps »

Certains médecins préfèrent réaliser la consultation dédiée en présence de la famille et d'autres non.

P.5	« Non je ne peux pas dire souvent parce que sur le temps d'une consultation...Alors déjà je prévois une consultation dédiée, alors s'il y a une plainte, je re - convoque le patient pour une consultation, où je demande à la famille de revenir à la consultation où on ne va faire que ça, parce que ça va prendre une dizaine de minutes quand même. »
C.....	« Faire un MMS, donc tu re convoques les gens. Et tu les re convoques, avec leur famille ou tout seuls ? »
P.9	« Alors souvent ils viennent, c'est monsieur, madame qui viennent ensemble. Ou monsieur ou madame tout seul. »
C.....	« (...) quand tu re convoques les gens pour un test un MMS, du coup comment tu

P.9	organises ça ? (...) »
C.....	« Bin souvent c'est sans la famille. »
P.9	« D'accord. » « Et en cabinet. »

Parfois une consultation des proches sans le patient lors de gros troubles mnésiques est préférée.

C.....	« D'accord ! Et tu reçois les familles sans le patient, pourquoi en fait ?... »
P.5	« Ca c'est au cas par cas, ça peut être simplement parce que c'est compliqué de déplacer le patient . J'ai eu le cas une fois ici pour un patient qui avait vraiment des gros troubles J'ai reçu ses enfants et son épouse ici pour discuter et savoir, bin... qu'est ce qu'on fait, et en sachant que la présence du patient n'aurait pas forcément changé grand chose. »

Parfois la présence d'un tiers peut poser problème pour la réalisation des tests.

Pfg.e	« Alors j'ai marqué qu'il y avait un léger trouble, parce que tu as plusieurs choses. Et je me suis dit la prochaine fois qu'il aurait droit à son test de l'horloge « en briefant » son épouse qu'elle n'aurait pas le droit de l'aider. »
--------------	---

Il est assez souvent important de rencontrer la famille pour instaurer le dialogue.

P.1	« oui, je pense que ça s'installe si on ne parle pas assez avec la famille. Je reçois toujours, enfin.... j'essaie d'organiser toujours un rendez vous avec un membre de la famille, parce que je me suis fait avoir plusieurs fois. »
------------	--

La durée est variable selon le médecin ou la situation. Elle peut être d'une dizaine de minutes, voir plus longue environ 30 minutes si la famille participe à la consultation. Le temps de réalisation du MMSE est le même que le temps d'une consultation standard donc celle ci varie selon le temps de consultation du médecin. En général chez les médecins interrogés 15 minutes sont suffisantes pour réaliser un MMSE. Cependant pour d'autres ils ont besoin de plus de temps que lors d'une consultation standard.

P.2	« Un MMS en un quart d'heure ...j'pense que c'est suffisant, après ça dépend un peu du profil du patient, s'il vient tout seul ou avec sa famille parce ça change beaucoup sur le temps de consultation je pense. » (...) « peut être qu'une demi heure se serait plus raisonnable ... »
P.3	« vingt, vingt cinq minutes. »
C.....	« Et du coup quand vous avez une plainte de la famille, est-ce que la consultation dure un peu plus longtemps ? »
P.6	« Oui forcément, un quart d'heure... »
P.7	« Un quart d'heure, 30 minutes tout dépend ... pour parler un peu plus. »

La réalisation des tests semble trop longue pour certains médecins généralistes.

P.3	« mais un MMS plus petit, raccourci pour dépister. »
C.....	C : « Et tu les utilises souvent ? Ou vraiment ?... »
P.5	« Non je ne peux pas dire souvent parce que sur le temps d'une consultation... »

Le plus souvent les tests se réalisent en cabinet. Parfois en maison de retraite. Le lieu de réalisation des tests dépend des habitudes de consultation. (cf paragraphe III.B.3.a)

Cette évaluation cognitive se fait soit s'il y a une plainte ou à la demande du médecin.

P.5	« En fait le dépistage je le fais essentiellement, jusqu'à présent, lorsqu'il y a une plainte, lorsque le patient signale des oublis, voilà. Il faut qu'il y ait une plainte ! Voilà ! (...) »
P.6	« Non !...Je prends les devants, ils ne savent pas ce qui doit être mis en place. »

4) La fréquence de réalisation des dépistages.

Les médecins généralistes interrogés accordent qu'ils réalisent peu de dépistage de troubles cognitifs en ville.

P.2	« déjà je le réalise pas toujours moi même j'avoue.... »
P.5	« Un dépistage j'en fais un tous les 2, 3 mois tu vois . Donc c'est pas non plus ... »

Ils accordent également qu'il n'y a pas assez de dépistages systématiques.

Pfg.b	« (...)Moi je ne suis pas systématique de faire un dépistage sur les choses précoces, Sûrement pas assez....je n'ai pas dans ma démarche de le faire. (...)»
--------------	---

Il y a peu de dépistages précoces, voir un retard au diagnostic.

Pfg.a	« parce qu'en réalité quand on dépiste c'est déjà grave(...) »
P.8	« Souvent ! Dans mon expérience j'ai l'impression que c'est un peu tard. »

5) Le bilan organisé suite à la découverte de trouble cognitif.

Si le test est positif le médecin traitant prescrit une IRM cérébrale avant de l'adresser en consultation spécialisée mémoire.

P.5	« (...)je prescris une IRM cérébrale et je fais un courrier pour que le patient prenne rendez vous en consultation mémoire. »
------------	--

Lorsque des troubles cognitifs sont présents la plupart des médecins généralistes

entreprennent un bilan :

- pour éliminer une cause organique aux troubles cognitifs
- pour évaluer le retentissement des troubles cognitifs sur la vie quotidienne
- ou pour rechercher un diagnostic différentiel curable ou non

Le bilan organisé comporte :

- un bilan sanguin

Pfg.d	« Si ! une IRM, une biologie pour dépister les diagnostics différentiels. En bilan biologique je demande , un iono, une calcémie , une fonction rénale, TSH. » »
P.8	« C'est une bonne question... bin ... non ... bin en fait comme j'adresse au spécialiste j'me dis que s'il y a un bilan plus complet ça sera lui qui le fera, après je fais systématiquement une prise de sang avec le cholestérol, la glycémie ... » »

- Un bilan de carence et de dénutrition.

P.6	« En consultation, et après .. on fait un bilan sanguin pour voir s'il n'y a pas de carence ... » »
P.6	Bilan sanguin systématique, avec une TSH, l'acide folique, le fer et l'albumine bien sûr. Ca c'est systématique quand même c'est fait dans le bilan. Et après tu parlais d'autres dépistages ?.. »

- une recherche de dysthyroïdies

P.6	« Bilan sanguin systématique, avec une TSH , l'acide folique, le fer et l'albumine bien sûr. Ca c'est systématique quand même c'est fait dans le bilan. Et après tu parlais d'autres dépistages ?.. »
------------	--

- Un bilan d'autonomie, l'évaluation du domicile
- l'existence de troubles du comportement.

P.6	« Après s'il y a des troubles du comportement. La grille Agir d'un côté, pour évaluer la dépendance, et puis après au niveau comportemental. » »
------------	---

- Un bilan vasculaire (recherche d'un tabagisme, de troubles métaboliques)

P.8	« Et parfois on est un peu...et puis moi...dans mon...pour le dépistage, à part le MMS, je n'ai pas trop d'autre ...peut être faire un bilan biologique, une imagerie, parce qu'il n'y a pas qu'Alzheimer, il a aussi des fois bien souvent des troubles vasculaires. Faut voir le terrain... Des gens qui ont fumé, qui ont du cholestérol, tout ça je dépiste. » »
------------	---

- Un bilan cardiologique.

Pfg.d	« holter ECG ? ... si à l'IRM on voit de multiples embolisations , il a pu faire des passages en FA, où il a décollé une plaque, alors là c'est pas le centre mémoire c'est chez le cardiologue ! Ou l'angiologue. »
--------------	--

- Une recherche de troubles glucido-lipidiques.

P.9	« Bin...souvent c'est avec la prise de sang, avec les troubles, les dysthyroidies, aussi les troubles ...glucido-lipidiques , sinon rien d'autre. »
------------	--

- Une évaluation médicale, sociale, psychologique et matérielle.

Pfg.a	« Nous on a la chance d'avoir le réseau (<i>nom du réseau</i>) et l'évaluation est faite par le réseau et après on déclenche un plan de soins. » (...)
	« Ah non ! Pas du tout , on ne fait pas de soin, c'est seulement du diagnostic, on fait un état des lieux . On préconise un plan de soins . Et après il faut le mettre en place , alors ça peut être le kiné , l'apa, l'infirmière, pour la toilette, le passage de repas , etc ...Mais là ce sont des gens un peu évolués, et pour lesquels on ne veut pas les envoyer tout de suite en institution... »
Pfg.d	« Alors c'est un organisme qui a une vision globale des choses, à la fois médicale, sociale, psychologique et matérielle. »
Pfg.a	« C'est pas une hospitalisation , c'est un diagnostic . Et en fonction du diagnostic, on évalue les besoins de la personne afin qu'elle puisse rester à domicile ou pas ...Quand il n'y a pas la famille c'est un peu compliqué quand même. »

- Le dépistage de fragilité (cf paragraphe III.B.1.e)
- Le dépistage des troubles de l'humeur, la recherche de stress.

P.5	« Parce que dans ces batteries de tests, on dépiste aussi la dépression avec le gds, euh... voilà donc oui il arrive que les troubles de l'humeur masquent un problème de mémoire. »
P.9	« Souvent quand la famille me dit qu'il y a des petits soucis , j'essaie de voir et de communiquer pour voir s'il y a pas du stress, qui pourrait évoquer autre chose que des troubles cognitifs... mais c'est vrai que quelquefois ça me fait penser, à faire des explorations un peu plus poussées. »

- un bilan de iatrogénie

Pfg.d	« On regarde aussi la iatrogénie. On va arrêter tous les somnifères, tramadol, stilnox . La patiente a arrêté le stilnox et maintenant elle me dit qu'elle n'a jamais aussi bien dormi (...)... »
--------------	--

P.6	« Et on a oublié de parler de quelque chose d'important c'est la iatrogénie. On fait un bilan de confusion. Et surtout on regarde les médicaments. On retire les médicaments confusioènes. »(...)« Les neuroleptiques en premier, après ça peut être un diurétique ... »
------------	---

- Une recherche de troubles sensoriels

P.6	« Du coup je pense à une de mes patientes que j'ai vue il y a pas longtemps : 86 ans, elle est arrivée en unité Alzheimer. Elle vient d'être opérée de la cataracte et elle s'est améliorée ! Bin oui ! Et elle sourit, elle plaisante. Je pense que l'handicap visuel, l'ouïe, ça doit jouer dans le retrait des gens. »
------------	--

La recherche d'étiologie à la démence est réalisée surtout lorsque la démence est précoce.

C.....	« Par exemple si on trouve des troubles cognitifs chez un patient de 60 ans, euh... est ce que vous avez la même stratégie que chez quelqu'un de 80 ans ? »
P.6	« Non on cherche une cause. »
C.....	« On fait d'autres dépistages. »
P.6	« oui »
C.....	« Alors que chez la patiente de 90 ans, vous vous orienterez plus vers un trouble Alzheimer ? »
P.6	« Oui c'est sûr qu'à 60 ans, on fait au moins un bilan sanguin un scanner ... »

Certains médecins généralistes n'associent pas ce dépistage à un autre dépistage.

C.....	« Et quand vous dépistez les troubles cognitifs, est ce que vous associez d'autres dépistages ?... Dépistage de la dépendance ou des choses comme ça ? »
P.2	« non »

L'évaluation gériatrique peut être réalisée par un réseau gériatrique.

Pfg.a	« Nous on a la chance d'avoir le réseau (nom du réseau) et l'évaluation est faite par le réseau et après on déclenche un plan de soins. »
Pfg.a	(...) « C'est spécifique à ici, oui et non ? Parce qu'il y a des réseaux de prise en charge gériatrique dans tous les secteurs . Ici c'est (nom du réseau) . Ca s' appelle des réseaux de santé gériatrique. Ils font de l'évaluation gériatrique et des soins palliatifs. »

Certains médecins orientent directement vers un spécialiste si le MMSE découvre un trouble cognitif. Pour d'autres s'il y a une suspicion de troubles cognitifs légers un bilan neuropsychologique est organisé. Parfois un bilan neuropsychologique est réalisé systématiquement.

P.2	« (...) je vais plutôt l'envoyer « au spé » pour faire des bilans. Après par moi même j'vais poser quelques questions, pour voir s' il y a réellement des troubles cognitifs ou pas présents »
------------	---

P.7	<i>En parlant de la réalisation d'un MMSE si suspicion de troubles cognitifs légers</i> « Je le fais ou je l'envoie faire un bilan neuropsych. » (...)
C.....	« Tu l'envoies direct en bilan de troubles cognitifs. »
P.7	« Bin... vraiment si ça inquiète, s'il y a vraiment des arguments, oui je l'envoie. Je trouve q'un MMS c'est vraiment léger. »
P.8	« Ah oui ! si j'ai un dépistage positif, je suis obligé de faire un courrier et de l'adresser... »

6) L'existence de freins au dépistage.

Il y a la nécessité d'une relation stable avec son médecin. En effet il y a des difficultés à initier une prise en charge de troubles cognitifs quand le médecin est jeune installé ou remplaçant. Il n'y a pas de dépistage lors de remplacement, car pas assez de recul.

P.2	(...) « Après moi je suis pas installé depuis longtemps donc c'est difficile, pas simple d'avoir du recul par rapport à ça » (...) « et puis avant j'étais médecin remplaçant, donc c'est vrai que, quand on n'est pas le médecin habituel... c'est pas toujours facile d'évoquer ce genre de chose et puis c'est pas forcément à nous de démarrer ce genre de prise en charge. Sur des remplacements longs ..oui mais sur des remplacements très courts... »
P.7	« Après en médecine générale, tu peux aussi toi même t'en rendre compte. Après j'ai pas suivi des patients au long..long terme pour dire un tel il a un déclin cognitif.... »
P.7	« Non, bin... je connais pas assez, c'est que des remplacements alors c'est assez compliqué pour... Je connais pas assez les patients pour... mais je pense que voilà... si je suivais les patients dans le temps... si un jour moi je m'en rends compte je le ferai. »

Ceci peut s'expliquer par le tabou que constitue les troubles cognitifs.

P.2	(...) « les patients sont pas toujours prêts à entendre ce genre de chose de la part du remplaçant et parfois on met une petite note dans le dossier pour que le médecin puisse revoir après tranquillement les choses. »
-----	--

D'autres arguments sont un frein au dépistage des troubles cognitifs :

- Le test MMSE est trop long pour certains médecins interrogés. (cf paragraphe III.B.12.)
- L'absence de traitement médicamenteux spécifique.

Pfg.a	« Sauf la stimulation , mais bon c'est quand même limité. Ca peut faire quand même un peu peur. » (...)
Pfg.a	« Dépister une maladie sur laquelle on n'a pas de traitement , est ce que ça

Pfg.a	vaux le coup ? » (...) « C'est pas sûr. »
Pfg.d Pfg.a Pfg.c	« En plus le placebo qui est déremboursé actuellement. » « c'est une raison pour laquelle on ferme un peu les yeux » « Les patients étaient très inquiets avant quand les médicaments existaient. Maintenant qu'ils sont déremboursés , on va voir les demandes de dépistages diminuer. »
P.6	« Après.. c'est vrai ... que le traitement est tellement pauvre, est ce que ça sert à quelque chose ? »

- L'évolution inéluctable de la maladie.

C..... P.3	« oui c'est difficile... Et pourquoi c'est laborieux ?...» « Parce que, en rapport avec ce que vous avez dit tout à l'heure, le dépistage se fait assez tardivement... Et une fois que le dépistage est fait, la prise en charge ne donne pas des résultats faciles ..On voit pas d'amélioration, ni même la stabilisation..franchement !.. »
Pfg.a Pfg.b Pfg.a Pfg.c	(...)En parlant du dépistage « Le seul problème c'est bien , mais qu'est ce qu'on va en faire ?... » « oui qu'est ce qu'on va en faire ? et le poids que ça peut avoir . » « oui c'est ça ! demain on te diagnostique une démence avec un MMS à 26 ou 25, bin... je vais pouvoir vivre normalement ... à peu près, mais on est en train de se dire ... wha ! Combien de temps ça va durer ? La ça va être terrible quand même ! Parce que maintenant à part la stimulation il n'y a rien d'autre . On va dérembourser tous les traitements le 1 er juillet je crois... Et puis c'est pire qu'un cancer , parce qu'on diagnostique une maladie sur laquelle aujourd'hui l'évolution elle sera « ...inéluctable ».

- La peur des soignants de dépister en l'absence de traitement efficace.

Pfg.a	« (...) tout le monde connaît au moins dans son entourage quelqu'un qui a une maladie d'Alzheimer , qui a des troubles donc ça fait peur. Je pense que ça nous fait peur aussi ... quand on voit comment ils finissent... c'est inquiétant quand même, une dépendance terrible. »
Pfg.b	« personnellement je préférerais pas savoir »
Pfg.e Pfg.b	« c'est pour ça que je dépiste pas. Parce qu'on se retrouve face ... » « ... à nos propres peurs. »
P.7	« Oui voilà ! Il y a autre chose, mais quand même les patients ont dans l'idée d'avoir un traitement et que ça va aller(...)et donc c'est un peu compliqué »
P.8	« Et c'est vrai que nous, on y pense pas forcément dans tout ce qui est dépistage, prévention, on pense à plein de choses, mais on ne pense pas forcément aux troubles cognitifs. Et puis dépister tôt, qu'est ce que ça va impliquer de dépister très

	tôt ?...Peut être que d'aller en hôpital de jour très tôt justement, essayer de stimuler la mémoire, et puis de faire des exercices. Ils font des exercices assez simples avec des mots, des coloriages, etc. Et il paraît ça marche bien ça justement, mais on le fait pas ! Parce que c'est assez violent. Quelqu'un juste qui... bin c'est difficile aussi de faire la part des choses, quelqu'un qui est au tout début des troubles cognitifs, c'est difficile de lui dire : « euh... vous avez ... » lui il va penser Alzheimer et il va dire : "euh... non j'ai pas du tout..." »
--	--

- La peur du patient également. Le tabou d'évoquer un trouble cognitif par le patient, la famille et le médecin.

Pfg.a	« C'est une maladie qui fait peur très certainement . »
Pfg.a	« Donc en réalité ils ne le disent pas... »
Pfg.b	« en plus ça va être anxiogène pour le patient et pour la famille. »
P.8	« La dépendance, la vieillesse dans notre société... il faut être jeune, beau, sportif... (...) Bin ça les angoisse beaucoup je pense. » (...)Vu le moment où on l'annonce... ou le moment où les gens s'en inquiètent, c'est toujours quand ça devient ingérable ...bin je pense oui c'est tabou. »

- Le déremboursement des traitements.

Pfg.a	« (...)Parce que maintenant à part la stimulation il n'y a rien d'autre . On va dérembourser tous les traitements le 1 er juillet je crois... Et puis c'est pire qu'un cancer, parce qu'on diagnostique une maladie sur laquelle aujourd'hui l'évolution elle sera »
--------------	--

- Une prise en charge difficile.

P.3	« bin ... en fait c'est difficile à trouver une motivation, parce que je trouve que la prise en charge est difficile. Donc la motivation n'est pas très, très évidente. » (...)En parlant du traitement « oui, les traitements non médicamenteux ...oui, on essaie de mettre en place de l'orthophonie, du kiné ...mais ça reste laborieux. »
------------	--

- Des délais longs pour obtenir une IRM.

P.8	« Et puis parfois quand même une imagerie, et parfois l'imagerie ils ne l'ont pas avant le rendez vous... »
------------	--

- Le manque de temps en consultation.

Pfg.c	« il est très clair si on avait le temps et l'organisation suffisante et le temps surtout , on pourrait faire un dépistage simple et rapide en quelques minutes à tous nos patients de plus de 60 ans. »
--------------	---

- Le prix élevé de la cotation du dépistage :

P.1	« oui, moi je pratique du tiers payant... mais entre ...un tiers payant sur ... 25 € qui fait 7 €50 et ...69€. »
------------	---

- Le déni du trouble cognitif à la fois par le patient, par la famille et le personnel soignant.

Pfg.c	« Souvent au début la famille se voile la face. »
P.8	« Bin ils pensent toujours Alzheimer, ils en ont peur j'ai l'impression. (...) Donc ils... soit ils surcompensent, ou l'aidant, enfin qui n'est pas encore l'aidant, voilà... minimise. J'ai un peu l'impression qu'ils retardent un peu l'échéance du diagnostic . »

- La compensation des troubles par le conjoint aidant retardant le dépistage des troubles.

Pfg.d	« c'était un trouble démentiel qui était aidé par le mari, qui en fait s'occupait de sa femme , et c'est quand le mari est décédé que je l'ai vue revenir pour les ordonnances pour 3 mois à la demande du pharmacien. »
Pfg.b	« Une fois, j'ai eu un patient comme ça, il était hospitalisé, sa femme menait tout dans le couple, c'est elle qui faisait les courses, les machins , préparer les vêtements : tout ça. Il était rythmé comme ça . Ce qui fait qu' on ne s'apercevait pas. Et même la femme ne l'avait pas vu. En fait hospitalisé il a déambulé dans les couloirs... Et puis en fait on s'est aperçu qu'il y avait une démence derrière. En conversation ça allait bien, mais avec le recul je me suis aperçu que ce n'était pas lui qui répondait mais sa femme. Comme elle « drivait » tout on ne voyait rien. »
P.8	« Bin... ils pensent toujours Alzheimer, ils en ont peur j'ai l'impression. (...) Donc ils... soit ils surcompensent, ou l'aidant, enfin qui n'est pas encore l'aidant, voilà... minimise. J'ai un peu l'impression qu'ils retardent un peu l'échéance du diagnostic . »

- La prise en charge de la dépendance, masquant les troubles cognitifs.

Pfg.c	« on installe une routine et donc on dépiste moins, on le voit moins . Parce que la dépendance est plus prise en charge aujourd'hui. On met en place des choses quand les personnes vieillissent, ce qui masque les troubles de la mémoire. »
Pfg.b	« ou on ralentit l'évolution ?... »
Pfg.a	« peut être aussi. »
Pfg.b	« En ritualisant leur quotidien. »
Pfg.a	« Ca revient à la stimulation. Une toilette le matin , une toilette le soir, le kiné, l'infirmière. Peut être effectivement, je n'y avais jamais pensé... C'est peut être une des solutions qui font qu'ils se dégradent moins vite . »
Pfg.b	« Et c'est peut être pour ça que l'on dépiste moins. »

- Le patient ne se plaint pas ou se plaint peu en cas de troubles cognitifs même légers.

Pfg.a	« c'est rare, enfin j'ai rarement vu une personne Alzheimer qui soit venue en disant : " voilà docteur, il y a des choses que j'oublie"...c'est quand même très rare. Et qui vient consulter directement. »
--------------	---

- L'adaptation du patient et de son entourage à son trouble cognitif.

Pfg.d	« Les gens chez eux ils se créent des cadres , pour pas être confronté à l'échec. »
--------------	---

- Les médecins traitants sont peu sensibilisés aux troubles cognitifs secondaires aux facteurs de risque cardiovasculaire.

Pfg.a	« oui, faudrait être peut être plus systématique après un certain âge et sur les antécédents vasculaires, ou dans la famille s'il y a eu des déments, on devrait dire , comme on fait la glycémie ou la créatinine... » (brouhaha) « le seul problème c'est bien , mais qu'est ce qu'on va en faire ?... »
P.8	<i>Au sujet des troubles cognitifs secondaires aux facteurs de risque cardiovasculaire.</i> « Et c'est vrai que nous, on y pense pas forcément dans tout ce qui est dépistage, prévention, on pense à plein de choses, mais on ne pense pas forcément aux troubles cognitifs. Et puis dépister tôt, qu'est ce que ça va impliquer de dépister très tôt ?... »
P.8	« C'est vrai que, chez le patient vasculaire, on va penser à plein de choses, à l'AOMI...On va penser « trouble coronarien », on va penser à l'impuissance mais c'est vrai que les troubles cognitifs suite aux leucopathies, on n'y pense pas en dépistage, en tout cas moi j'y pense pas.

- La méconnaissance de la cotation du MMSE.

P.8	« Et c'est dommage enfin je crois, il n'y a pas de cotation pour le MMS, c'est pas valorisé pour le médecin généraliste... (...) Ah si ! Il y a une cotation !? »
------------	---

- Les troubles cognitifs sont une pathologie mystérieuse pour les patients et leur famille.

P.8	« Bin ça les angoisse beaucoup je pense . (...)Alzheimer ça fait vraiment peur, et puis on a pas d'explication, même nous, on ne sait même pas expliquer clairement. (...) On sait pas le traiter, on entend des explications que ça pourrait être héréditaire, et puis après ils ont parlé d'un champignon, le prion... quelque chose comme ça On entend toujours des choses différentes. »
------------	---

- Le manque de signes visibles en dehors de la vie quotidienne.

P.8	« Non mais c'est ce que me racontaient, les familles, ils me disaient : je vous assure il a l'air bien là, mais à la maison on voit bien qu'il y a des moments où ça ne va pas du tout... »
------------	---

- Le manque de signes visibles en consultation.

Pfg.b	« bin je pense ... enfin pour ma part je vais dépister quelques troubles de démence débutants et demander l'avis au neuro...mais c'est vrai je pense que c'est difficile quand c'est des choses débutantes en consultation, parce qu' on les voit rarement pour ça, on les voit pour d'autres choses. Et c'est vrai quand c'est débutant les gens viennent pour un motif, ils savent pourquoi ils sont là...et s'il n'y a pas de petite alerte, comme répondre correctement sur une date précise ou des choses comme ça ou si le conjoint n'alerte pas , c'est vrai que je fais pas forcément le diagnostic de manière précoce. Je pense au moment ou je m'en aperçoit en consultation, si c'est pas du dépistage, je pense que les troubles sont déjà... Je pense que pour que ça se voit en consultation il faut quand même déjà des troubles installés. »
Pfg.b	« Et après ce constat de troubles de comportement, on a constaté un trouble cognitif léger, pas avancé. D'ailleurs je n'avais pas remarqué ce trouble du comportement ...Parce qu'il avait le même comportement avec moi en consultation, il a jamais été agressif avec moi en consultation, uniquement avec la famille. Et la demande de dépistage, c'est à la demande de la famille. Du coup ça a été lourd comme diagnostic ... »

- Le dépistage de démence est rarement un motif de consultation.

Pfg.b	« (...)parce qu' on les voit rarement pour ça, on les voit pour d'autres choses. Et c'est vrai quand c'est débutant les gens viennent pour un motif, ils savent pourquoi ils sont là(...) »
--------------	--

- La nécessité d'un suivi au long cours pour dépister un déclin cognitif.

P.7	« Non, bin je connais pas assez, c'est que des remplacements alors c'est assez compliqué pour.. Je connais pas assez les patients pour... mais je pense que voilà... si je suivais les patients dans le temps... si un jour moi je m'en rends compte je le ferai. »
------------	--

- Un délai long de prise en charge à l'hôpital ou en CMP .
- Une disparité d'accessibilité selon les zones géographiques, avec une difficulté d'accessibilité dans les déserts médicaux(cf paragraphe III.B.7).

P.3	« Non, c'est juste qu' on a pas assez de centres de prise en charge. ...» (...)
P. 3	« De coordination de la prise en charge des troubles cognitifs. Y'a pas assez de lieux.»
P.6	« (...) On est loin de tout ici. Il y avait un gériatre(...) on peut lui adresser, mais il est débordé.»

7) Les facteurs facilitant l'évaluation cognitive.

Pour certains médecins :

- les sites internet facilitent la réalisation des tests.

P.1	« je fais plutôt ici, parce que je le fais sur un site qui me permet d'évaluer plus facilement. »
-----	--

- Néanmoins les centres de consultation mémoire restent accessibles. (cf paragraphe III.8.e)
- La proximité géographique des consultations mémoires dans certaines zones géographiques.

P.1	« (...)où ça va un peu vite, même si les rendez vous sont un peu longs, il y a le Dr (<i>nom du médecin</i>).....qui est gerontopsychiatre ici juste à côté donc on a des consultations qui sont facilement accessibles. »
-----	---

- L'inquiétude des patients si antécédents de maladie d'ALZHEIMER.

P.7	« A moins que la personne vienne en disant j'ai l'impression de perdre un peu la mémoire ...voilà, ou des gens qui ont de la famille qui ont Alzheimer et eux ils s'inquiètent quand ils se rendent compte qu'ils perdent un peu la mémoire. »
-----	---

- Un suivi au long cours du patient par le même médecin. (cf paragraphe III.B.6)
- La famille est un moteur au dépistage des troubles cognitifs.

P.7	<i>En parlant de la famille des patients</i> « Moi je trouve que c'est un moteur. »
-----	--

- Les thérapeutiques médicamenteuses sont rassurantes pour le patient.

P.7	<i>En parlant des traitement</i> « Oui voilà ! Il y a autre chose, mais quand même les patients ont dans l'idée d'avoir un traitement et que ça va aller... » (...) « ... et donc c'est un peu compliqué »
-----	---

8) Les motivations au dépistage.

a) L'inutilité du dépistage sans objectif.

Pour la plupart des médecins interrogés, il est nécessaire d'avoir un objectif au dépistage avant sa réalisation.

P.1	« parce que... effectivement ... qu'est ce qui va en découler après... c'est la prise en charge. Qu' elle prise en charge, on peut faire des troubles cognitifs ? C'est à dire
-----	---

	<p>dépister oui...mais est ce qu'on va faire du dépistage pour trouver quelque chose que l'on va prendre en charge mais pas forcément traiter. » (...) « parce qu'ils vont revenir avec quoi?...de tous ces examens qui ont été fait à l'hôpital ? »</p>
--	--

Le test peut être motivé pour prise en charge sociale du patient. Pour adapter le lieu de vie ou la structure de soin par rapport aux troubles du patient pour une prise en charge globale du patient.

P.1	« Un moment donné on peut faire une évaluation pour une maison de retraite, un placement. »
P.7	<i>En parlant des motivations aux dépistages</i> « Moi ça serait un placement, si les trucs sont importants, après c'est surtout si on veut mettre en place un accompagnement, voir si on peut mettre des aides en places, euh...un placement pourquoi pas, mais après au moins avoir un suivi pour le jour ou il y a un déclin vraiment important, que l'on puisse réagir rapidement. »

Le dépistage cognitif est utilisé pour orienter le patient de manière adaptée. Les tests peuvent être réalisés pour argumenter un placement ou l'organisation d'un accompagnement ou d'une aide.

P.1	« ou le médecin coordinateur peut demander... effectivement... un test d'évaluation des troubles de la mémoire pour l'orienter si ... effectivement ... on va l'orienter dans une unité ALZHEIMER ou vers une maison de retraite. »
------------	--

Les évaluations peuvent être réalisées en prévention d'une dégradation future.

P.7	« Moi ça serait un placement, si les trucs sont importants, après c'est surtout si on veut mettre en place un accompagnement, voir si on peut mettre des aides en place, euh...un placement pourquoi pas, mais après au moins avoir un suivi pour le jour ou il y a un déclin vraiment important, que l'on puisse réagir rapidement. »
C.....	« Donc c'est plus dans la prévention, si jamais il y a un déclin dans un second temps. »
P.7	« Oui c'est ça. »

Cependant quelques médecins trouvent que l'entrée en maison de retraite n'est pas une motivation à la réalisation d'un test de dépistage.

P.3	« c'est pas pour les faire entrer . » (...) <i>En parlant de la réalisation d'un test de dépistage des troubles cognitifs, pour motiver une entrée en maison de retraite .« non ! Non ! »</i>
------------	---

Parfois la motivation de la réalisation du test est de faire prendre conscience à la famille du trouble cognitif. Cf paragraphe III.2.b)

b) La découverte fortuite suite à la réalisation de test dans le cadre de démarches administratives

Lors de problèmes de succession, pour la mise en place de protection financière, lors de démarches administratives.

Pfg.e	« oui mais ce qu'on nous demande, c'est de dépister pour que les gens puissent s'organiser. J'ai des patients venant pour des papiers pour le notaire, et je suis obligé de dire non aux papiers parce que je leur fais le test et ... « non je peux pas signer votre papier parce que vous n'avez pas toutes vos facultés ». Bin ça fait un gros truc. »
--------------	--

c) L'importance du dépistage pour introduction du traitement selon l'étiologie de la démence.

La caractérisation de la démence est essentielle afin d'introduire un traitement adapté.

Pfg.c	« J'ai envoyé un patient avec une démence Alzheimer étiquetée et le neurologue me dit que c'était vasculaire, et bien sûr le patient s'aggrave parce qu'il n'a pas eu les traitements adaptés. »
--------------	--

d) Le dépistage des troubles cognitifs s'il y a une plainte.

Il y a dépistage des troubles cognitifs s'il y a une plainte du patient, de la famille ou s'il y a soupçon du médecin.

P.7	« C'est surtout quand la famille en parle, ça vient surtout de la famille je pense. » (...) « S'il y a une plainte ou quelque chose. »
P.9	« Souvent quand la famille me dit qu'il y a des petits soucis , j'essaie de voir et de communiquer pour voir s'il y a pas du stress, qui pourrait évoquer autre chose que des troubles cognitifs...mais c'est vrai que quelquefois ça me fait penser, à faire des explorations un peu plus poussées.
C.....	« Donc la demande plus de la famille ? »
P.9	« De la famille ou bien même moi, quand je vois que le patient ça va pas. »

e) La proximité avec les structures de soins spécialisées.

Quelques médecins rapportent une facilité de prise en charge grâce à la proximité avec les structures de soins spécialisées.

P.1	« (...)Ici , il y a l'hôpital ... , où ça va un peu vite même si les rendez vous sont un peu longs, il y a le Dr (nom du médecin) qui est géronto-psychiatre ici juste à côté donc on a des consultations qui sont facilement accessibles. »
------------	---

9) Quelle personne demande le dépistage ?

La plainte de la famille, du patient, de l'entourage ou d'un intervenant à domicile initie le dépistage. Le patient se plaint rarement lui-même de troubles cognitifs.

P.1	<i>En parlant du MMSE</i> « (...) Mais souvent c'est eux (les membres de la famille) qui sont déjà demandeurs et c'est eux qui amènent la personne en consultation. »
P.3	<i>(en parlant de la demande de dépistage)</i> « Souvent c'est la famille et l'entourage, et des fois c'est nous »
Pfg.a	« La vraie maladie d' Alzheimer, ça toujours été par l'entourage. »
P.5	« Oui c'est la plainte mnésique de la famille qui vient, soit des patients eux mêmes, soit des membres de la famille(...). »

Parfois c'est l'intuition du médecin qui initie le dépistage des troubles cognitifs. Pas de critère spécifique pour initier le dépistage des troubles cognitifs, cela se fait au ressenti (paragraphe III.B.1.a.). Le dépistage est parfois réalisé si des signes interpellent le médecin. La réalisation des tests peuvent se faire par initiative personnelle du médecin.

Pfg.a	« j'ai une patiente... c'est quand même extraordinaire !... elle compensait tellement bien , que personne n'a rien vu... et un jour, elle vient à la consultation... rien de particulier... je la raccompagne et je vois qu' elle re- rentre dans la salle d'attente... J'me suis dit là il y a un truc... Et elle avait un MMS à 8.. 8/30, personne ne s'en était aperçu... Et tout était encore codifié chez elle, elle faisait toujours la même chose, et dès qu'on la sort du truc là c'est épouvantable... Maintenant elle s'est fort dégradée... Mais pendant plusieurs années juste une aide de son fils, elle restait chez elle , « nickel » . » (...) « Par contre, là , c'est moi qui l'ai vu en disant ! : "Tiens qu'est ce qui se passe aujourd'hui ! " Mais personne ne l'avait vu... pourtant 8 ... c'est pas beaucoup... »
C.....	« quand la famille vous ?.... »
P.3	« non, c'est quand moi j'y pense qu'il y a des troubles cognitifs, je propose. »

La plupart des médecins interrogés ne pratiquent pas de dépistage systématique. Cependant afin de mieux dépister les troubles cognitifs, certains médecins généralistes seraient pour un dépistage systématique afin de dépister les troubles cognitifs légers.

Pfg.b	« Moi je ne suis pas systématique de faire un dépistage sur les choses précoces, Sûrement pas assez....je n'ai pas dans ma démarche de le faire. (...) Mais quelqu'un pour qui ça a l'air de rouler ou j'ai pas de doute, c'est vrai que j'ai pas la démarche d'aller voir ... j'évalue pas les troubles mnésiques.
C.....	« d'accord. »
Pfg.b	« Peut être pas assez, ça c'est clair. »

L'entrée en maison de retraite ou une hospitalisation sont des moments de réalisation systématiques de test de dépistage des troubles cognitifs .

P.5	« Alors souvent quand je les consulte, le médecin coordinateur a déjà son évaluation gériatrique. Il a fait le MMS et tout, il a fait le listing (...) . Bref tout est protocolisé, donc en général, en pratique, je n'ai jamais fait de dépistage en EHPAD. »
P.3	« oui...moi , je m'occupe d'une maison de retraite et on leur a déjà fait le test en arrivant. »

Cependant il existe des difficultés à dépister les troubles cognitifs légers si le dépistage est réalisé seulement en cas de plainte, car il y a peu de plaintes lors de troubles cognitifs légers.

P.5	« Oui, enfin, les stades légers, je dirais que c'est pas forcément le plus évident, parce qu'il faut que le patient en parle. »
------------	---

10) Les inconvénients du dépistage lors d'une plainte.

Pour les médecins interrogés il est difficile de dépister lors d'une consultation courante comme un renouvellement. Les troubles cognitifs sont rarement un motif de consultation.

Pfg.b	« (...)parce qu' on les voit rarement pour ça, on les voit pour d'autres choses. Et c'est vrai quand c'est débutant les gens viennent pour un motif, ils savent pourquoi ils sont là(...) »
--------------	---

Le dépistage est rarement positif s'il fait suite à une plainte du patient.

P.5	« (...) Il m'est arrivé de dépister une patiente qui s'est plainte spontanément. (...) Donc on a fait un test, voilà son MMS est correct, donc ça a permis de la rassurer. Il n'y a pas vraiment de cas de figure ... »
------------	---

Les troubles cognitifs sont déjà avancés quand il y a une plainte. C'est pourquoi selon eux la latence est longue avant le dépistage. Les troubles cognitifs sont de ce fait dépistés tardivement.

P.3	« Parce que, en rapport avec ce que vous avez dit tout à l'heure, le dépistage se fait assez tardivement... »
Pfg.a	« mais c'est quand même assez souvent tardif quand la famille commence vraiment à s'inquiéter. Souvent il y a quand même des troubles installés»

Il y a selon eux peu d'évaluations précoces.

Pfg.b	« parce que j'ai l'impression qu'on ne fait pas de dépistage très précoce mais qu'effectivement quand le diagnostic est posé ça évolue sur l'année qui suit.... » (...) « Tout s'enchaîne quand les troubles sont vraiment là, le dépistage très précoce , il
--------------	--

y en a très peu finalement ! »

11) Les ressentis

a) Ceux des médecins

Certains médecins trouvent que les troubles cognitifs se dégradent rapidement. Et qu'ils ont la sensation d'être démunis par rapport à cette maladie.

P.1	« ...c'est très difficile d'évaluer et puis d'avancer... »
P.1	« parce qu'ils vont revenir avec quoi ?...de tous ces examens qui ont été fait à l'hôpital ? » (...) <i>(au sujet d'un traitement)</i> Qui va peut être amener plus d'effets secondaires... Actuellement j'ai une patiente qui a fait tous les tests, et maintenant elle est juste sous RISPERDAL* parce qu' elle n'a que des hallucinations... oui effectivement on agit sur le symptôme et ça permet à peu près de vivre... (..) »
Pfg.a	« parce que ça fait des années que l'on nous parle d'Alzheimer et ... on a eu un espoir avec les médicaments... et qui ne valent rien. Le traitement c'est seulement la stimulation cognitive , de garder ce que tu as . En plus ils se dégradent très vite. J'ai l'impression que les plus jeunes, se dégradent encore plus vite. Quand je dépiste à 75 ans ça va , mais à 65 ans.... » (..)
Pfg.b	« parce que j'ai l'impression qu'on ne fait pas de dépistage très précoce mais qu'effectivement quand le diagnostic est posé ça évolue sur l'année qui suit.... »
C.....	« d'accord, on s'en rend peut être compte en fait quand le dépistage est posé ? »
Pfg.b	« Tout s'enchaîne quand les troubles sont vraiment là, le dépistage très précoce, il y en a très peu finalement ! »
Pfg.a	« Parce qu'en réalité quand on dépiste c'est déjà grave, et forcément l'évolution de la maladie va vers une dégradation. On voit dans les maisons de retraite il rentre avec un MMS à 20 et puis tu le refais un an après il est à 15 ou à 10. C'est pas l' institutionnalisation qui fait qu'il se dégrade, c'est la maladie elle même, souvent c'est comme ça. »
P.8	« Oui c'est ça aussi , c'est scandaleux de ne pas avoir de réponse. »

Ils expriment aussi le fait de se méfier de son « a priori » et de l'intérêt de réaliser des tests objectifs pour ne pas sur- diagnostiquer.

Pfg.a	« J'ai un patient, à chaque fois que je le vois je me dis : "il a des troubles cognitifs " , alors que non.... On a l'impression que dès qu'il y a un parkinson il faut étiqueter des troubles cognitifs...Ils ont pas tous des troubles cognitifs ! »
Pfg.d	« et surtout , ce sont des tests qui dépendent de l'examineur .»
Pfg.a	« bin moi il était dans la confiance dans le bureau tranquille. On lui a collé cette étiquette pour rien. »

b) Ceux du patient.

Selon les médecins le patient et sa famille ressentent de l'angoisse vis à vis de ce diagnostic et une difficulté à vivre avec ce diagnostic. Il y a selon eux une fatalité par rapport à cette maladie.

Pfg.b	« en plus ça va être anxio-gène pour le patient et pour la famille. »
Pfg.b	« Maintenant j'ai un exemple précis d'un dépistage précoce (...) Je fais un test pour dépister les troubles de la mémoire sans penser une minute que le diagnostic de maladie d'Alzheimer tomberait, et il est tombé rapidement avec l'IRM et les tests. C'est un cataclysme, tout le monde pleure, plus personne ne vit dans cette famille. Parce que : "oh mon dieu comment ça va évoluer ?..." " Parce qu'il n'y a pas de trouble. Alors il y en a peut-être mais on ne les voit pas Après c'est vrai que je n'ai pas fait de MMS. Mais tout le monde pleure : la fille, les enfants , la femme. Dès que je les vois en consultation maintenant ils sont en larmes. (...) »
Pfg.a	(...)C'est vrai que c'est violent... EN PLUS C'EST DÉROUTANT ! »
Pfg.e	« n'être plus capable de signer une vente de quelque chose... ça peut être difficile! »

12) La prise en charge des troubles mnésiques par le médecin traitant.

Les médecins généralistes ressentent des difficultés de prise en charge.

P.3	« oui , les traitements non médicamenteux ...oui, on essaie de mettre en place de l'orthophonie, du kiné ... mais ça reste laborieux. »
Pfg.a.	« Sauf la stimulation , mais bon c'est quand même limité. Ca peut faire quand même un peu peur. » (...) « Le traitement c'est seulement la stimulation cognitive , de garder ce que tu as . (...) »

Ils ont besoin d'un score standardisé pour la prise en charge. Selon eux il ne faut pas prendre en charge dans la précipitation.

P.3	« non, je les revois, mais je ne les reconvoque pas, je les revois de toute manière en médecine générale...à quinze jours, un mois... oui. »
Pfg.b	« Nous, on a eu le biais de cette patiente parkinsonienne qui a été étiquetée avec des troubles cognitifs, sans score (nom de l'hôpital). Avec un courrier me demandant de réaliser une consultation cardio, avant l'introduction d'EXELON*, pour apparition de troubles mnésiques ... c'est tout. Alors elle avait été évaluée par le neuropsychologue en hospitalisation, qui trouvait des troubles mnésiques. Alors je me demande ; je fais très peu de gériatrie ; L' EXELON* pour le prescrire... je me demande ce qu'elle a comme MMS ?...On ne lui a pas fait de MMS ... alors on va lui faire un MMS ... bin elle avait 30 !... » (...) « Alors j'ai dit à la patiente que l'on surveillerait, mais qu'on n'avait pas du tout dépisté de troubles cognitifs. »
P.a	«(...) Nan mais on a regardé le dossier, et il n'y a aucun score, il y a juste "troubles mnésiques : EXELON* " »

La plupart des médecins interrogés adressent les patients en consultation mémoire, vers un spécialiste de la mémoire, un centre de gériatrie pour un bilan neuropsychologique spécialisé si le test retrouve des troubles cognitifs ou si soupçon de démence.

P.3	« (...) et souvent je leur proposerais une consultation avec quelqu'un de spécialisé en mémoire.
P.6	« S'il est bon je vais pas plus loin. Bien sûr il y a les tests de la grille MMS, mais pas évident à réaliser en médecine générale...par manque de temps. Donc souvent quand on suspecte une maladie d'Alzheimer, on oriente vers un spécialiste. »
P.8	« (...)... bin en fait comme j'adresse au spécialiste j'me dis que s'il y a un bilan plus complet ça sera lui qui le fera(...)»

La plupart du temps il est privilégié une structure avec un hôpital de jour ou en CMP pour la prise en charge.

P.1	« (...)Ici , il y a l' hôpital ... , où ça va un peu vite même si les rendez vous sont un peu longs, il y a le Dr (<i>nom du médecin travaillant au CMP</i>) qui est gerontopsychiatre ici juste à côté donc on a des consultations qui sont facilement accessibles. » (...) « non, c'est le CMP de (<i>nom de la ville</i>) (...) »
------------	---

Un médecin a recours à une évaluation en consultation spécialisée à partir d'un test MMSE inférieur à 20/30.

P.5	« Alors souvent quand je les consulte, le médecin coordinateur a déjà son évaluation gériatrique. Il a fait le MMS et tout, il a fait le listing, si le MMS est à 20, il me met un mot : "prévoir une consultation de géronto" ou "une consultation mémoire". (...) »
------------	--

La prise en charge dépend de la plainte familiale, les médecins interrogés ne prennent pas en charge systématiquement en hôpital s'il n'y pas de plainte de la famille.

C.....	« et du coup quand vous avez un MMS en faveur d'un trouble cognitif vous les envoyez en hôpitaux de jour pour bilan mémoire ?... »
P.1	« quand il y a une sollicitation de la famille »

Les bilans complémentaires sont fait par le médecin généraliste avant orientation en centre de mémoire.

Pfg.d	« Moi je l'adresse quand même à un centre mémoire »
Pfg.a	« Sans scanner ?... »
Pfg.d	« Si !..une IRM et une biologie...Dépister les diagnostics différentiels. En bilan biologique je demande , un iono, calcémie , fonction rénale, TSH. »

En cas de troubles du comportement ou de troubles cognitifs avancés une admission directement en EHPAD est organisée ainsi qu'un avis spécialisé.

P.5	« Oui ! donc voilà, euh, d'emblée ça passe par l'hôpital, des bilans, des examens et le patient ressort, dans ce cas précis , le patient n'était même pas rentré au domicile. Il est rentré directement en EHPAD.
------------	--

Elle dépend de l'entourage du patient. Il est important pour la plupart des médecins interrogés de consulter les proches du patient avec ou sans la présence du patient ou de réaliser une visite à domicile. Les aides sont adaptées en partenariat avec l'entourage du patient.

P.5	« Souvent il faut en parler avec la famille, avec les enfants, enfin... ce qui sont les plus proches » (...) « C'est à dire que je peux les revoir ici, sans la présence du patient. Donc voilà pour en parler, et essayer de voir ce qui a lieu de faire. Il y a des choses que l'on met en place d'emblée. »
------------	--

Ceci nécessite une adaptation de l'environnement, du domicile, la mise en place d'aide à domicile. Afin de résoudre les problèmes d'incurie, d'alimentation à domicile, la livraison des repas est organisée.

P.5	« Si on constate qu'il y a de l'incurie ou des choses comme ça, ou que ...au niveau de l'alimentation c'est pas trop ça, donc on met en place un portage des repas, voilà. »
Pfg.c	« En diminuant l'isolement , en mettant des aides à domicile.

La prise en charge est principalement paramédicale : orthophonie, organisme de rééducation à domicile, de la kinésithérapie, incitation à la stimulation cérébrale, le passage d'une infirmière à domicile pour la prise des médicaments. Il n' y a pas de rééducation mise en place si pas de plainte de perte d'autonomie à domicile.

P.6	(...)Si ! après on peut faire de l'orthophonie...ou de la rééducation orthophonique et puis après il y a un service qui s'appelle ... ?.... (nom du service) ?... Tu sais ils viennent au domicile faire des... de la ... de l'entraînement... »
Pfg.b	« (...)Par contre ils ont mis en place des ateliers qui lui plaisent, et il ne marche plus.... »
Pfg.c	« En diminuant l'isolement , en mettant des aides à domicile. Pour d'autres problèmes, des problèmes rhumatologiques, des gens qui se déplacent plus des choses comme ça ... »
Pfg.a	« Ca revient à la stimulation. Une toilette le matin , une toilette le soir, le kiné, l'infirmière. Peut être effectivement, je n'y avais jamais pensé... C'est peut être une des solutions qui font qu'ils se dégradent moins vite . »
P.5	« (...)C'est à dire quand on constate qu'il y a de gros soucis au niveau de l'observance du traitement, sans avoir fait de test ou quoi, d'emblée on met en

	place une infirmière pour mettre en place les médicaments , les piluliers, il y a des choses que l'on met en place d'emblée. »
P.8	« Et c'est vrai que nous, on y pense pas forcément dans tout ce qui est dépistage, prévention, on pense à plein de choses, mais on ne pense pas forcément aux troubles cognitifs. Et puis dépister tôt, qu'est ce que ça va impliquer de dépister très tôt ?... Peut être que d'aller en hôpital de jour très tôt justement, essayer de stimuler la mémoire, et puis de faire des exercices. Ils font des exercices assez simples avec des mots, des coloriages, etc »

La découverte d'une démence est également le temps d'une toilette de l'ordonnance. Pour les médecins interrogés il n'y a pas d'intérêt aux traitements par anti- cholinestérasiques. Il n'existe pas de prise en charge thérapeutique par le médecin traitant.

P.1	« Les médicaments pour les troubles mnésiques elle ne les supporte pas donc... Et c'est un peu controversé.. »
Pfg.d	« On regarde aussi la iatrogénie. On va arrêter tous les somnifères, tramadol, stilnox . La patiente a arrêté le stilnox et maintenant elle me dit qu'elle n'a jamais aussi bien dormi,(...) »
P.6	« A l'hôpital (<i>nom de l'hôpital</i>) on enlève tous les anti- cholestérasiques. Parce que c'est plus référencé, donc on supprime tout. »
P.8	« (...)Mais jamais je mettrais en place par moi même les traitements anti...Et puis il faut le diagnostic etc...De toute façon je crois qu'ils ne sont plus remboursés et puis je pense qu'ils n'ont pas grand intérêt. C'est même peut être de l'effet placebo plus qu'autre chose. »

Dans le focus group les médecins évoquent la prévention du risque routier dans le contexte de démence.

Pfg.a	« (...) Après on a un patient, on ne veut plus qu'il vienne au cabinet, il est dangereux quand il conduit. On a décidé d'aller le voir au domicile. Après il va respecter ce qu'on lui a dit. (...) »
Pfg.b	(...)
Pfg.f	« et pour la conduite ?.... »
Pfg.c	« Faut écrire dans le dossier que tu as dit au patient qu'il ne faut plus qu'il conduise. »
	« Après tu vas au domicile. Quand tu penses qu'il ne peut plus conduire. »

Un autre médecin évoque le soutien de l'aidant dans la prise en charge des troubles cognitifs.

P.8	« Bien pris en charge, ça permet à la fois une prise en charge pour le trouble cognitif de la personne concernée et ça permet de faire une pause dans la semaine, une à 3 fois par semaine pour l'aidant. »
------------	--

13) Les conséquences du diagnostic des troubles cognitifs.

Le diagnostic de démence a des conséquences sur l'avenir de ces patients. Poser le diagnostic entraîne une perte de responsabilité civile et civique du patient. notamment avec la remise en question du permis de conduire (11).

Pfg.e	« sauf pour la personne qui peut prendre effectivement à mon avis des dispositions. Parce qu'une fois que tu es diagnostiqué, c'est tout quoi !... les enfants...l'épouse ne peuvent plus rien faire »
Pfg.c Pfg.e	« c'est ça » « n'être plus capable de signer une vente de quelque chose... ça peut être difficile ! »
Pfg.a	« En plus quand on vous dépiste un trouble cognitif débutant , ça se rapporte à beaucoup de choses : la conduite automobile, c'est un problème , les prêts...ça commence à être compliqué. »

Une hospitalisation est systématique devant des troubles du comportement ou agressivité ou devant une démence avancée.

P.5	« ... Souvent ... c'est des cas ... On n'est plus dans le cadre de troubles cognitifs légers... (...) D'emblée, je crois que le motif de la visite c'est justement troubles du comportement, agressivité, voilà. Je suis arrivé au domicile, je l'ai envoyé à l'hôpital direct ! Donc là, tu ne te poses pas la question ... de. .. on va se revoir pour faire un MMS... »
------------	---

Nécessité de consultations plus fréquentes du médecin généraliste si présence de troubles cognitifs d'apparition progressive.

P.5	« (...)Alors après il y a des situations où les choses s'installent de manière progressive, où au fil du temps , on voit bien que le patient perd de plus en plus la mémoire, qu'il devient ... (qu'il commence à avoir des hallucinations,) (avec le temps parfois il devient agressif avec son épouse voilà) ...Nécessitant parfois, quelque fois des petits passages aux urgences parce qu'il est arrivé qu'il en vienne aux mains, qu'il soit violent, voilà . Bon dans c'est cas là je suis obligé de revoir le patient de façon plus fréquente déjà. »
------------	--

Parfois un placement en EHPAD est inéluctable dans les troubles cognitifs avancés. (cf paragraphe III.B 12)

14) Le coût de la consultation .

Les médecins généralistes connaissent souvent la cotation spécifique pour une évaluation mémoire. Pour eux, le MMSE est le seul cotable, la cotation est de 69,12 euros (12). Pourtant la plupart des médecins généralistes cotent cette consultation comme une consultation classique.

P.2	« je la cote comme une consultation. »
P.3	« j'ai jamais pensé coter de manière adaptée. Mais je devrais m'y mettre»
P.6	« Pas de cotation spécifique, mais c'est un tort. »

Certains médecins ignorent la cotation du dépistage pour le MMSE.

Pfg.b A plusieurs Pfg.e	« Moi je cote normalement. » « Ca se cote un MMS ? » « Oui ça se cote pas spécifiquement mais ça se cote . C'est : " Dépistage des troubles de la mémoire " . »
P.8	« Et c'est dommage enfin je crois, il n'y a pas de cotation pour le MMS, c'est pas valorisé pour le médecin généraliste ... »

IV. DISCUSSION

A) Les forces et faiblesses de l'étude

Nous avons opté pour une étude qualitative, pour apprécier les méthodes de travail des médecins généralistes dans une approche holistique.

Cette étude ne tente pas d'évaluer les connaissances des praticiens mais plutôt d'explorer leurs expériences, leurs croyances dans le domaine du dépistage des troubles cognitifs.

Une des premières faiblesses de l'étude est l'inexpérience de l'investigateur dans le domaine de la conduite d'entretiens qualitatifs. De plus la qualité de l'entretien est liée aux facultés relationnelles de l'enquêteur et à sa manière de conduire l'entretien. Ceci constituant le premier biais d'investigation. Certaines questions posées par l'investigateur ont pu dévier le médecin d'un thème qu'il aurait souhaité aborder, entraînant une perte de données.

De plus l'interrogatoire est biaisé par l'orientation subjective de l'enquêteur, ce qui n'est pas en faveur d'une parfaite neutralité des entretiens. Ce biais fait partie de la nature de l'étude qualitative. Cependant l'expérience acquise au cours des entretiens et l'utilisation d'un guide d'entretien permettent de limiter ces biais.

La population étudiée est un échantillon raisonné recruté de proche en proche ou par téléphone par conséquent certaines personnes interrogées connaissaient l'investigateur ou avaient une connaissance commune. Ceci implique un biais de « pensées communes ». En effet certains sujets faisant partie d'un groupe peuvent avoir une pensée commune par rapport à un sujet. : biais de recrutement.

La capacité à s'exprimer, la timidité peuvent représenter une limite au recueil de données. De plus l'investigateur étant lui-même médecin, la peur du jugement a poussé probablement certains médecins à ne pas se livrer complètement. Ceci représente un biais d'investigation.

Mon travail est le fruit d'entretiens semi-dirigés soit individuels, soit en focus groupe. Les interactions d'un groupe peuvent permettre de s'exprimer sur des thèmes qui n'auraient pas été abordés en entretien individuel. Elles peuvent également faire émerger des opinions et des expériences. Cependant la peur du jugement peut influencer les réponses de chacun par peur du jugement de l'autre.

S'agissant d'une étude qualitative, l'échantillon n'a pas pour but d'être représentatif de la population générale des médecins généralistes mais reflète au mieux sa diversité avec une sélection selon des critères d'âge ou géographique (rural, urbain, départemental). En essayant de retenir une plus grande variabilité des profils.

La saturation des données a été obtenue après 9 entretiens. L'objet de l'étude était souvent déclaré aux participants, ce qui représente un biais de préparation. Des entretiens semi-directifs individuels ont été retenus pour faciliter l'expression des participants. On peut retrouver un biais lié à l'enregistrement, entraînant une certaine retenue.

L'utilisation de la méthode de la table longue a été utilisée pour l'analyse des données récoltées au travers des entretiens. Des logiciels existent mais sont coûteux et le chercheur n'a pas de formation sur l'utilisation de ceux-ci. Un double codage a été réalisé avec Mme Aurélie VALZY interne en médecine générale à la faculté de médecine de LILLE 2. Ceci a permis une triangulation des données afin de limiter le biais d'interprétation inhérent à la recherche qualitative.

Lors de l'analyse des premiers résultats, nous avons abandonné la question du mini-cog

pour mieux nous centrer sur la pratique réelle des médecins. Ceux ci utilisent spontanément des tests rapides. L'utilisation de test n'étant pas en phase avec leur activité. Nous nous sommes concentrées sur l'évaluation des pratiques de manières holistiques des médecins généralistes.

La vérification de la cohérence des données recueillies avec les données préexistantes de la littérature n'a pas pu être réalisée car il n' existe pas d'études concernant l'attitude des médecins généralistes face aux dépistages de manière holistique.

B)) Les apports de l'étude.

1) Comment détecter les troubles cognitifs ?

L'objectif principal de cette étude est de comprendre comment les médecins généralistes dépistent les troubles cognitifs.

L'anosognosie faisant partie du trouble cognitif (13). Notre étude montre que le patient est rarement à l'origine de sa plainte mnésique et que les motifs de consultations sont rarement des plaintes mnésiques.

Les médecins ou les tiers entourant le patient sont des acteurs privilégiés pour détecter les troubles cognitifs.

a) Le tiers est un acteur du dépistage des troubles cognitifs

Nous avons observé que les médecins captent certains signes évocateurs de troubles cognitifs en consultation ou en visite à domicile. En consultation ils décrivent un patient semblant perdu, cherchant sa carte vitale, oubliant sa consultation...ou devant être accompagné d'un tiers.

On remarque également que la demande de visite à domicile peut être en elle même un signe, pour un sujet venant habituellement en consultation. A domicile, le médecin peut noter des mises en danger (ex : gaz ouvert), l'état du domicile, des surplus médicamenteux, une perte d'autonomie à domicile.

Connaissant le patient, les médecins généralistes sont les mieux placés pour détecter les troubles cognitifs. Ils peuvent remarquer et analyser des modifications dans la vie quotidienne ou dans le comportement du patient.

Ce système de détection nécessite que le médecin soit à l'affût des signes « parasites » de la consultation. Cette approche du dépistage est plutôt en accord avec les recommandations canadiennes (14). Les recommandations HAS n'abordent pas cet aspect d'observation de la part du médecin (1).

Certains médecins comptent sur leur intuition pour initier le dépistage. Ils n'ont pas de critère spécifique. La connaissance du patient est donc essentielle pour la découverte des troubles cognitifs comme le confirme les recommandations canadiennes(14). A leur façon les médecins généralistes retrouvent des items de l'échelle d'activité instrumentale de la vie quotidienne (IADL).
(3)

Notre étude montre que la famille est le lanceur d'alerte majeur. Parfois le voisinage ou les aidants principaux s'y substituent. Ils témoignent de situation de mise en danger au domicile, des difficultés de maintien à domicile, une perte d'autonomie (des problèmes d'alimentation, une incurie, des déambulations nocturnes, une perte de poids, des chutes à répétition, des problèmes de

dépenses inhabituelles, des problèmes de gestion de budget, des problèmes administratifs, le besoin d'un tiers pour assister à la consultation), des troubles mnésiques (des oublis à répétition dans la vie quotidienne, la non reconnaissance d'un membre de la famille), des troubles du comportement (des hallucinations, des syndromes confusionnels, un syndrome dépressif de novo). Ceci est en accord avec la démarche diagnostic recommandée par HAS (1) et avec les recommandations du collège des enseignants de neurologie(2).

Dans notre étude lorsqu'un trouble cognitif est suspecté les médecins généralistes ne réalisent pas de test formel. En effet ceux ci préfèrent utiliser des extraits de test ou des signes dans la vie quotidienne du patient.

On voit également que des parades mises en place par le patient peuvent également aiguiller vers un trouble cognitif, comme l'utilisation d'un carnet que le patient utilise comme un aide mémoire.

Les médecins de notre étude sont orientés vers un trouble cognitif léger lorsque la famille se plaint d'un parent se répétant beaucoup mais dont l'autonomie est préservée. Le patient lui-même se plaint peu à ce moment précoce.

Les troubles de la mémoire, du sommeil, l'agressivité sont eux en faveur de troubles cognitifs plus avancés. Les troubles du comportement ne permettent pas de caractériser la sévérité du trouble cognitif. Sans utiliser de tests codifiés les médecins généralistes sont en cohérence dans leur pratique avec le collège des enseignants de neurologie.(13)

Parfois les tests cognitifs sont nécessaires notamment lors des démarches administratives ou de demande de prise en charge sociale (la constitution d'un dossier APA, lors de réalisation de certificats médicaux, lors d'un changement d'environnement, d'éloignements familiaux, lors d'un problème de succession, pour la mise en place de protection financière). Certains dossiers nécessitent la réalisation de tests cognitifs afin d'orienter le patient de manière adaptée soit vers un placement ou un accompagnement à domicile.

Parfois c'est l'entrée en EHPAD ou une hospitalisation qui démasque les troubles cognitifs. Les médecins interrogés rappellent toutefois que l'hospitalisation ou une entrée en EHPAD est un mauvais endroit pour la réalisation d'un MMSE. Un lieu inhabituel ou inadapté est un facteur de confusion.

b) la consultation de dépistage :

Dans notre étude, certains médecins relèvent qu'il serait préférable d'anticiper le dépistage afin de mettre en évidence plus tôt les troubles cognitifs. C'est en opposition cependant en l'état actuel des connaissances des recommandations actuelles de dépistage en population générale(15).

On voit dans notre étude que la réalisation du MMSE n'est pas systématique. Une plainte est nécessaire afin de réaliser un dépistage. Le dépistage est réalisé avec l'accord du patient, même s'il existe une forte présomption de troubles cognitifs par le médecin ou la famille. Il est nécessaire d'avoir un objectif au dépistage avant sa réalisation (placement en EHPAD, mise en place d'aide, la demande de la famille...).

On remarque également que l'entourage du patient est essentiel pour la découverte des troubles cognitifs. La famille est souvent conviée à la consultation de dépistage. Toutefois quelques médecins préfèrent la réalisation de tests à la présence de la famille. Les recommandations HAS centrent le dépistage des troubles cognitifs sur une plainte, soit celle du patient, soit celle de l'entourage mais pas sur des symptômes relevés par le médecin traitant(15).

Parfois le MMSE est utilisé pour initier un dialogue avec la famille concernant les troubles cognitifs qu'aurait détecté le médecin.

Si un MMSE est réalisé, il est réservé aux sujets autonomes vivant à domicile. En effet si les troubles sont avancés les recommandations HAS privilégient le test « SIB courte » pour objectiver les capacités mnésiques restantes.(1)(16)

Pour certains médecins de notre étude, il semblerait que le MMSE permettrait de mettre en évidence des troubles cognitifs légers. Ce qui n'est pas corroboré par une synthèse méthodique d'article de 2015 (17) qui ne montre pas d'intérêt d'un test MMSE unique réalisé chez des patients présentant un déficit cognitif léger pour prédire une évolution vers une démence. Les patients atteints de troubles cognitifs légers n'expriment que très rarement de plaintes mnésiques ce qui rend le diagnostic de troubles cognitifs difficile (13)(18).

Pour la plupart des médecins interrogés, le MMSE seul ne suffit pas pour dépister les troubles cognitifs. L'évaluation doit être plurielle et étalée dans le temps. Effectivement une synthèse méthodique d'article de 2015 ne montre pas d'intérêt d'un test MMSE unique chez un patient présentant un trouble cognitif léger dans la prédiction d'une démence (17). La systématisation d'un test MMSE unique chez tous les patients sans plainte ne semble pas être une bonne méthode. La démence serait mieux prédite par une évolution du test MMSE dans le temps que par un test unique.

Les médecins généralistes mettent aussi en avant les biais du MMSE qui est dépendant du niveau culturel (19).

Le MMSE n'est cependant pas toujours utilisé par manque de temps. Le MMSE semble inadapté à la pratique quotidienne des médecins généralistes comme le confirme une enquête de 2011 auprès de médecins généralistes de Meurthe- et -Moselle (18). Mais si un test de dépistage est utilisé c'est le MMSE qui est utilisé soit entièrement soit partiellement.

Néanmoins afin de mieux dépister les troubles cognitifs et d'éviter les diagnostics tardifs certains médecins seraient en accord avec une systématisation du dépistage des troubles cognitifs. Se pose alors la question de la méthode de dépistage adaptée à l'exercice de la médecine générale.

L'organisation d'une consultation dédiée ne fait pas l'unanimité parmi les médecins, certains dépistent les troubles cognitifs lors d'une consultation « standard ». Comme nous l'avons abordé c'est la multiplicité des évaluations par le médecin traitant qui permet le dépistage et non pas une consultation unique. Si une consultation est organisée celle-ci dure entre 10 et 30 minutes, ce qui est très variable.

2) Le bilan réalisé si les troubles cognitifs sont confirmés.

Le médecin généraliste est en première ligne pour la détection des troubles mnésiques. Sa connaissance du patient lui permet de capter des signes témoignant de démence pendant une consultation. Souvent le médecin généraliste est « un médecin de famille », de ce fait il est en contact avec l'environnement matériel et humain (famille, proche) du patient. Le médecin généraliste saisit les signes de troubles cognitifs dans une démarche holiste. Il est alors un pivot de l'évaluation cognitive qu'il réalise les examens complémentaires seul ou en collaboration avec les spécialistes.

Dans notre étude les facteurs de risque cardio-vasculaire ne sont pas une motivation au dépistage des troubles cognitifs. Il n'existe aucune recommandation sur l'intérêt de la réalisation de bilan spécifique des troubles mnésiques chez les patients en présentant. Alors que certaines démences ont une origine vasculaire. (2)(13)

Les médecins généralistes entreprennent des explorations afin d'éliminer une cause organique ou curable à la démence. La recherche d'étiologie est surtout réalisée si la démence est précoce. Cette exploration est globalement celle recommandée par l'HAS.(3)

3) Les freins à la réalisation du dépistage.

Il y a 3 entités pouvant représenter un frein au dépistage : le patient, le médecin et la prise en charge en elle même.

a) De manière générale.

Que ce soit du côté des médecins, des patients et de sa famille, les troubles cognitifs font peur. Ils sont un tabou. En effet l'évolution est inéluctable, il n'existe pas de traitement médicamenteux.

Le soignant peut avoir peur de causer un stress émotionnel au patient lors de l'annonce du diagnostic (20). L'annonce de ce diagnostic est effectivement un bouleversement augmentant le risque suicidaire chez les sujets âgés (21).

On retrouve également un déni des symptômes de la part des soignants et des patients. La famille peut mettre les symptômes sur le compte du vieillissement (22). Il y a donc peu de plaintes pour troubles mnésiques.

Cette pathologie est mystérieuse, sans explication sur son origine comme le suggère le participant N°8. L'étiologie de la maladie est de mieux en mieux connue mais il persiste des parts d'ombres quant à son origine (23). Ceci pourrait peut être renforcer le déni du patient et de sa famille.

Il semble avoir une disparité de répartition géographique des centres de la mémoire. Le médecin N°6 évoque un éloignement important des structures spécialisées d'évaluation cognitive. Ce que ne relève pas les autres médecins interrogés.

b) Chez les médecins.

Du côté des médecins, le MMSE est jugé trop long. Bien que le MMSE soit recommandé par l'HAS celui-ci ne semble pas adapté à l'exercice libéral de la médecine. Dans une thèse réalisée en Meurthe- et – Moselle seul 48% des 84 médecins généralistes interrogés utilisent le MMSE. Parmi les freins évoqués dans cette thèse, on retrouve l'aspect chronophage, le manque de formation. Il est également évoqué la crainte d'une altération de leur relation médecin/patient si le sujet des troubles mnésiques est abordé (18). La systématisation des dépistages ne semble pas réalisable car chronophage.

La prise en charge difficile et l'absence de traitement efficace font redouter au soignant le diagnostic de troubles cognitifs.

Les médecins traitants sont peu sensibilisés sur les risques cognitifs liés aux facteurs de risque cardio-vasculaire. (20)(23)

Certains médecins ne connaissent pas la cotation du MMSE. Certains n'osent pas l'utiliser car très onéreuse pour le patient. Un test d'évaluation d'un déficit cognitif coûte 69,12€(24)

De plus les troubles cognitifs sont rarement un motif de consultation et peu de signes sont visibles en consultation (18). La famille étant un moteur à l'initiation du dépistage pour les médecins interrogés. Dans ce cas ne serait-il pas préférable d'organiser une consultation de famille régulièrement afin de recueillir des plaintes concernant les troubles cognitifs ?

Les consultations mémoires sont bien connues des médecins généralistes.

c) Chez le patient et sa famille.

Du côté des patients, cette pathologie est mystérieuse, sans explication. Ceci pourrait peut être renforcer le déni du patient et de sa famille.

De plus spontanément la famille et le patient adaptent leur mode de vie aux troubles cognitifs ce qui retarde la prise en charge des troubles.

Le patient exprime souvent peu de plaintes mnésiques et consulte rarement pour ce motif. Quand il y a une plainte, les troubles cognitifs sont souvent avancés et donc la prise en charge est tardive.

Il existe un élément favorisant le dépistage tel-que l'inquiétude des patients ayant des antécédents familiaux de maladie d'Alzheimer. La famille est un moteur à l'initiation du dépistage.

d) De la prise en charge.

Enfin les freins viennent également de la prise en charge elle même. En effet on retrouve des traitements déremboursés (25), un délai long de prise en charge par l'hôpital ou les CMP, un délai long pour réaliser une IRM, un prix élevé des cotations de dépistages.

La prise en charge de la dépendance peut masquer les troubles cognitifs. Les patients atteints de troubles cognitifs présentent souvent une anosognosie, de ce fait le patient ne se plaint pas de ses troubles cognitifs. La perte d'autonomie peut également faire partie des signes de troubles cognitifs comme nous l'avons vu. Des aides sont mises en place régulièrement chez les sujets âgés et permettent une ritualisation du quotidien. Dans notre étude, il est évoqué que la ritualisation du

quotidien peut retarder la découverte des troubles cognitifs.

Néanmoins les centres mémoires restent accessibles et géographiquement proche selon une partie des médecins interrogés.

Cette pathologie modifie la vie sociale des patients avec une perte de responsabilité civile et civique notamment avec la remise en question du permis de conduire. Cela peut rebuter les patients à rechercher un diagnostic qu'ils jugent stigmatisant (11).

4) Les ressentis

a) Ceux du médecin :

Les médecins interrogés accordent qu'ils réalisent peu de dépistages de troubles cognitifs, par contre ils reconnaissent qu'organiser des dépistages systématiques pourrait éviter les retards de diagnostic.

Les soignants ont souvent peur de dépister les troubles cognitifs. La prise en charge est très difficile car il y a peu de traitement efficace selon eux. Ils se sentent démunis face à la pathologie devant des patients qui se dégradent rapidement selon eux. Ces propos sont également retrouvés dans d'autres travaux par entretien. (26)

b) Ceux des patients :

Selon les médecins interrogés, l'angoisse est présente vis à vis du diagnostic chez les patients à l'idée de vivre avec cette pathologie. Il existe une sorte de fatalisme.

5) La prise en charge

Pour les médecins généralistes, la prise en charge doit être globale et personnalisée. Elle dépend de l'entourage du patient ; Elle se fait en accord avec le patient et sa famille. Elle nécessite une adaptation de l'environnement, la mise en place d'aide.

Les médecins généralistes rappellent que la prise en charge est pluri- professionnelle intégrant des séances d'orthophonie, de rééducation à domicile et de la stimulation cérébrale.

Pour les médecins interrogés il n'y a pas d'intérêt aux traitements par anti-cholinestérasiques. Cependant les recommandations HAS de 2011 recommandent leurs utilisations, la prescription n'étant pas du ressort du médecin généraliste (15).

Une évaluation du risque routier est également à proposer au patient.

V. CONCLUSION ET PERSPECTIVES DE L'ÉTUDE.

Dans notre étude, les médecins relèvent qu'il serait préférable d'anticiper le dépistage afin de dépister tôt les troubles cognitifs.

La problématique première est d'évoquer le diagnostic de troubles cognitifs. La médecine générale étant au contact régulier des patients, elle a la capacité de détecter au quotidien les troubles cognitifs. Cependant les mesures de diagnostic ne semblent pas adaptées à la pratique quotidienne des médecins généralistes qui sont le mieux placés pour repérer les sujets atteints de troubles cognitifs. Une démarche plus proche de leur pratique aurait peut être un intérêt.

Selon les données recueillies dans notre étude le MMSE ne semble pas être adapté à la pratique quotidienne des médecins interrogés. On ressent une ambivalence quant à l'utilisation du MMSE. Bien qu'il permette de quantifier les troubles mnésiques, le test MMSE ne semble pas adapté à la pratique des médecins généralistes.

Notre étude met en avant la préférence par les médecins généralistes d'une approche holistique pour le dépistage des troubles cognitifs. Le médecin généraliste se base sur les informations holistiques pour détecter les troubles cognitifs. Aucun test formel n'existe concernant cette manière de diagnostiquer ces troubles. Cependant ce manque de test adapté semble créer un manque dans la pratique.

Les tests mnésiques ne semblent pas adaptés à la pratique des médecins généralistes. Serait-il plus adapté de codifier la démence selon une démarche holiste? Un projet de création de critères holistiques codifiés pour le dépistage des troubles mnésiques pourrait être une bonne perspective à explorer.

Des freins au dépistage des troubles mnésiques existent également. Notamment le fait que le patient se plaigne de peu de troubles. La famille est un acteur majeur dans la détection des troubles mnésiques. Dans ce cas ne serait-il pas préférable d'organiser une consultation de famille régulièrement afin de recueillir des plaintes concernant les troubles cognitifs ? Ces consultations se substitueraient au test MMSE.

Une évaluation neuropsychologique serait peut être intéressante à mettre en place lors de mise en place d'aide à domicile afin d'évaluer la mémoire.

La prise en charge des troubles mnésiques reste difficile pour les médecins généralistes. Des réseaux existent et sont bien connus des médecins généralistes mais leur accessibilité reste difficile soit du fait d'un éloignement géographique ou d'une attente longue pour les rendez vous.

Le coût élevé des tests est également un frein pour ces patients devant avancer les frais. La non avance des frais pourrait être une réponse à ce problème.

Nous avons choisi d'explorer le point de vue des médecins dans notre étude. Un travail de recherche complémentaire au notre pourrait explorer le point de vue des patients et de leur famille. Il existe peu d'étude sur la représentation de la maladie mnésique chez le patient .

VI. BIBLIOGRAPHIE :

1. K.PETITPREZ, Dr Michel LAURENCE, S. ADIN, C. BACLET-ROUSSEL, Dr P. DEBLOIS, Dr T. BROUCKER, Dr DUMOITIER, Dr P.HAUTIER, Dr A. JAGER, H. KALFAT, B. LABARSOUQUE, Pr J-Y. LE RESTE, Dr A.MALOULI, Dr . MARQUET, M.MICAS, P. PITSAER, Dr J. ROCHE, T.ROUSSEAU, Dr M. VASTENE. « Recommandation de Bonne Pratique de l'HAS : Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge »
2. Collège des enseignants de gériatrie. « GERIATRIE .Collège des enseignants de **gériatrie.**», **21. elsevier elibrary, s. d.**
3. ANAES/ Service des recommandations et références professionnelles/ - Recommandations pratiques pour le diagnostic de la maladie d'Alzheimer, février 2000.
4. Dick **JPR**, Guiloff RJ, Stewart A, Mini-Mental State Examination in neurological patients, J Neurol Neurosurg Psychiatry, 47,496-499, 1984.
5. Folstein MF, Folstein SE, RlcHugh PR, « Mini-Mental State ». A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiat Res, 12, 189-198, 1975.
6. Kukull WA, Larson E, Teri L et al, The MMS examination score and the clinical diagnosis of dementia, J Clin Epidemiol, 47, 9, 1061-1067, 1994.
7. Ramarosan H., Helena C., Barberger-Gateau P., Letenneur L., Dartigues JF., Prevalence of dementia and Alzheimer's disease among subjects aged 75 years or over. Updated results of the P AQUID cohort. Revue Neurologique, 159(4), p.405-411, 2003.
8. Thenot C., Utilisation du Mini Mental State Examination ou Test de Folstein en médecine générale, thèse de médecine générale, UHP Nancy, 2000
9. Dr Justin Allen, Pr Jan Heyrman, Pr Bernard Gay, Dr Paul Ram, Pr Harry Crebolder et Dr Philip Evans « la définition européenne de la médecine générale - médecine de famille de la Wonca Europe 2002 » page 9 et 17.
10. Cantegreil-Kallen I., Lieberherr D., Garcia A., Cadilhac M., Rigaud AS., Flahault A., La détection de la maladie d'Alzheimer par le médecin généraliste : résultats d'une enquête préliminaire auprès des médecins du réseau Sentinelles, La Revue de Médecine Interne, 25 : 548-555,2004.
<https://www-em-premium-com.ressources-electroniques.univlille.fr/showarticlefile/26582/main.pdf>
11. Luc-Henry Choquet, Recherches familiales 2004/1(N°1)La protection juridique des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et le respect de leurs libertés, pages 87 à 94.
<https://www.cairn.info/revue-recherches-familiales-2004-1-page-87.htm>
12. <https://www.ameli.fr/accueil-de-la-ccam/trouver-un-acte/fiche-abregee.php?code=ALQP006>
13. Collège des enseignants de neurologie, les troubles cognitifs du sujet âgé.
<https://www.cen-neurologie.fr/deuxième-cycle/troubles-cognitifs-du-sujet-age>
14. Frank Molnar ; Chris Frank, dépistage cognitif chez les patients plus âgés, revue le médecin de famille canadien volume 66 janvier 2020,page e12-e13.

15. Maladie d'Alzheimer et maladie apparentées diagnostic et prise en charge : recommandation de bonne pratique HAS décembre 2011.
16. Laurence Hugonot-Diener, Marc Verny, Emmanuel Devouche, Judy S a x t o n , Patrizia Mecocci, François Boller, Version abrégée de la *severe impairment battery* (SIB) Volume 1, numéro 4, décembre 2003.
http://www.jle.com.ressources-electroniques.univ-lille.fr/fr/revues/pnv/e-docs/version_abreege_de_la_severe_impairment_battery_sib__261523/article.phtml?tab=texte
17. Arevalo-Rodriguez I, Smailagic N, Ro- qué i Figuls M et al. Mini-Mental State Examination (MMSE) for the detection of Alzheimer's disease and other dementias in people with mild cognitive impairment (MCI). *Cochrane Database Syst Rev* 2015, Issue 3.
18. Emmanuelle BLANCHET. THÈSE FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY 2011 .Utilisation des tests et échelles à visée gériatrique en consultation de médecine générale : intérêts et obstacles enquête auprès de 84 médecins généralistes de Meurthe- et -Moselle.
<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732416/document>
19. C.Derouesné, J.Poitreneau,L.Hugonot,M.Kalifat,B.Dubois, B. Laurent, revue la presse médicale 12 juin 1999, le mini-mental state examination un outil pratique pour l'évaluation de l'état cognitif des patients par le clinicien.
20. Pr JEANMARIE ANNONI a, Dr LEILA CHOUITTER b et Pr JEANFRANCOIS DEMONET c. Troubles cognitifs liés au vieillissement : évolution récente des concepts et stratégies diagnostiques *Rev Med Suisse* 2016;12 :774-9 : page 778.
21. Erlangsen A, Zarit SH, Conwell Y. Hospital-diagnosed dementia and suicide: a longitudinal study using prospective, nationwide register data. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2008 Mar;16(3):220-8.
22. Audrey LERBEY THÈSE UNIVERSITÉ TOULOUSE III Année 2015 le médecin généraliste et les représentations de la maladie d'Alzheimer chez les aidants principaux.
<http://thesesante.ups-tlse.fr/747/1/2015TOU31002.pdf>
23. Maladie d'Alzheimer : une maladie neurodégénérative complexe mais de mieux en mieux comprise. INSERM
<https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/alzheimer-maladie>
24. <https://www.ameli.fr/accueil-de-la-ccam/trouver-un-acte/fiche-abreegee.php> code=ALQP006
25. Haute autorité de santé- médicaments de la maladie d'Alzheimer : communiqué de presse du 21 octobre 2016 site internet de l'HAS : un intérêt médical insuffisant pour justifier leur prise en charge par la solidarité nationale.
26. Ledent C, Patrick D, Université de Nantes , thèse d'exercice, perception par le médecin généraliste de la maladie d'Alzheimer 2013. page 67

VII. ANNEXES

A) guides d'entretien :

- 1 er guide d'entretien :

1. Qu'est ce qui vous amène à évoquer un trouble cognitif chez une personne âgée ?
2. A quel moment réalisez vous le dépistage ?
3. Comment organisez vous un test de dépistage de troubles cognitifs ?
4. Qu'utilisez vous comme test de dépistage ?
5. Connaissez vous le mini-cog ?
6. *Présentation du mini-cog.* Seriez vous intéressé par ce test ? Quels sont d'après vous ses avantages ou ses inconvénients ?

- 2 eme guide d'entretien :

1. Qu'est ce qui vous amène à évoquer un trouble cognitif chez une personne âgée ?
2. A quel moment réalisez vous le dépistage ?
3. A partir de quelle initiative organisez vous un test de dépistage ? Celle de la famille ou la votre ?
4. Avez vous une stratégie de dépistage selon certains critères ? : l'âge ?, la situation maritale ?, le niveau scolaire ?, le changement de vie ?
5. Comment organisez vous un dépistage de troubles cognitifs ?
6. Comment procédez vous pour le dépistage ? A l'intuition ? Avec des tests spécifiques ?
7. Où organisez vous ce test ? Au cabinet ? A domicile ? Pourquoi ?
8. Est ce une consultation dédiée ou non? Une préparation à cette consultation est-elle nécessaire ?
9. Le temps de la consultation dévoué à ce dépistage?
10. Si vous utilisez des tests spécifiques, qu'utilisez vous comme test de dépistage ?
11. Et sur quels outils les utilisez vous ? (ordinateur ? Site internet ? Format papier ?)
12. Associez vous d'autres dépistages (d'autres troubles) aux tests cognitifs ?

13. Comment cotez vous cet acte ?

14. Connaissez vous le mini-cog ? *Présentation du mini-cog*. Seriez vous intéressé par ce test ?

• **3 eme guide d'entretien :**

1. Qu'est ce qui vous amène à évoquer un trouble cognitif chez une personne âgée ? Comment faites vous pour dépister des déficiences cognitives légères ?
2. Qu'est ce qui vous amène à réaliser le dépistage ? Qu'elles sont vos motivations ? (Demande d'aide ? Introduction de traitement ? Prescription d'ergothérapie ou de kinésithérapie ? Prescription de rééducation ?)
3. A partir de quelle initiative organisez vous un test de dépistage ? Celle de la famille ou la votre ?
4. Avez vous une stratégie de dépistage selon certains critères? : l'âge ? , la situation maritale ?, le niveau scolaire ?, un changement de vie ?
5. Comment organisez vous un dépistage de troubles cognitifs ?
6. Comment procédez vous pour le dépistage ? A l'intuition ? Avec des tests spécifiques ?
7. Où organisez vous ce test ? Au cabinet ? A domicile ? Pourquoi ?
8. Est ce une consultation dédiée ou non? Une préparation à cette consultation est-elle nécessaire ?
9. Le temps de la consultation dévoué à ce dépistage?
10. Si vous utilisez des tests spécifiques, qu'utilisez vous comme test de dépistage ?
11. Et sur quels outils les utilisez vous ? (ordinateur ? Site internet ? Format papier ?)
12. Associez vous d'autres dépistages (d'autres troubles) aux tests cognitifs ?
13. Comment cotez vous cet acte ?

• **4 eme guide d'entretien**

1. Comment organisez vous une consultation de dépistage de troubles cognitifs ?
2. Qu'est ce qui vous amène à évoquer un trouble cognitif chez une personne âgée ?
3. A quel moment réalisez vous le dépistage ?
4. A partir de quelle initiative organisez vous un test de dépistage ? Celle de la famille ou la votre ?

5. Avez vous une stratégie de dépistage selon certains critères ? : l'âge ? , la situation maritale ?, le niveau scolaire ?, un changement de vie ?
6. Comment procédez vous pour le dépistage ? A l'intuition ? Avec des tests spécifiques ?
7. Où organisez vous ce test ? Au cabinet ? A domicile ? Pourquoi ?
8. Est ce une consultation dédiée ou non? Une préparation à cette consultation est-elle nécessaire ?
9. Le temps de la consultation dévoué à ce dépistage?
10. Si vous utilisez des tests spécifiques, qu'utilisez vous comme test de dépistage ?
11. Et sur quels outils les utilisez vous ? (ordinateur ? Site internet ? Format papier ?)
12. Associez vous d'autres dépistages (d'autres troubles) aux tests cognitifs ?
13. Comment cotez vous cette acte ?

- **5 eme guide d'entretien :**

1. Qu'est ce qui vous amène à évoquer un trouble cognitif chez une personne âgée ? Comment faites vous pour dépister des déficiences cognitives légères ? La ritualisation est – elle pour vous un signe évocateur ?
2. Qu'est ce qui vous amène à réaliser le dépistage ? Qu'elles sont vos motivations ? (Demande d'aide ? Introduction de traitement ? Prescription d'ergothérapie ou de kinésithérapie ? Prescription de rééducation ?)
3. A partir de quelle initiative organisez vous un test de dépistage ? Celle de la famille ou la votre ?
4. La famille est -elle un frein ou un moteur pour le dépistage des troubles cognitifs ?
5. Avez vous une stratégie de dépistage selon certains critères ? : l'âge ? , la situation maritale ?, le niveau scolaire ?, un changement de vie ?
6. Comment organisez vous un dépistage de troubles cognitifs ?
7. Comment procédez vous pour le dépistage ? A l'intuition ? Avec des tests spécifiques ?
8. Où organisez vous ce test ? Au cabinet ? A domicile ? Pourquoi ?
9. Est ce une consultation dédiée ou non? Une préparation à cette consultation est-elle nécessaire ?
10. Le temps de la consultation dévoué à ce dépistage?

11. Si vous utilisez des tests spécifiques, qu'utilisez vous comme test de dépistage ?
12. Et sur quels outils les utilisez vous ? (ordinateur ? Site internet ? Format papier ?)
13. Associez vous d'autres dépistages (d'autres troubles) aux tests cognitifs ?
14. Une systématisation d'évaluation par le test MMSE vous paraît – elle pertinente ?
15. Pensez vous qu'évoquer les troubles cognitifs soit tabou ? Notamment par l'absence de traitement curatif.

• **6 eme guide d'entretien :**

1. Qu'est ce qui vous amène à évoquer un trouble cognitif chez une personne âgée ? Comment faites vous pour dépister des déficiences cognitives légères ? La ritualisation est – elle pour vous un signe évocateur ?
2. Qu'est ce qui vous amène à réaliser le dépistage ? Qu'elles sont vos motivations ? (Demande d'aide ? Introduction de traitement ? Prescription d'ergothérapie ou de kinésithérapie ? Prescription de rééducation ?)
3. A partir de quelle initiative organisez vous un test de dépistage ? Celle de la famille ou la votre ?
4. La famille est -elle un frein ou un moteur pour le dépistage des troubles cognitifs ?
5. Avez vous une stratégie de dépistage selon certains critères ? : l'âge ? , la situation maritale ?, le niveau scolaire ?, un changement de vie ?
6. Comment organisez vous un dépistage de troubles cognitifs?
7. Comment procédez vous pour le dépistage ? A l'intuition ? Avec des tests spécifiques ?
8. Où organisez vous ce test ? Au cabinet ? A domicile ? Pourquoi ?
9. Est ce une consultation dédiée ou non? Une préparation à cette consultation est-elle nécessaire ?
10. Le temps de la consultation dévoué à ce dépistage?
11. Si vous utilisez des tests spécifiques, qu'utilisez vous comme test de dépistage ?
12. Et sur quels outils les utilisez vous ? (ordinateur ? Site internet ? Format papier ?)
13. Associez vous d'autres dépistages (d'autres troubles) aux tests cognitifs ?
14. Une systématisation d'évaluation par le test MMSE vous paraît – elle pertinente ?
15. Pensez vous qu'évoquer les troubles cognitifs soit tabou ? Notamment par l'absence de traitement curatif.

B) Le MINI COG :

rappel libre différé des 3 mots et test de l'horloge.
Indépendant du niveau d'étude.

SCORE : sur 5 points

- clé : 1
- citron : 1
- ballon:1
- test de l'horloge : 2

INTERPRETATION :

0<score < 2 : forte probabilité de troubles cognitifs
3<ou=score<5 probabilité faible de troubles cognitifs

C) Définition d'un modèle holistique selon la WONCA EUROPE :

Utiliser un modèle bio- psychosocial qui prenne en considération les dimensions culturelles et existentielles.

VIII. GLOSSAIRE

un mini-mental state examination	:	MMSE
groupe de recherche et d'évaluation des outils cognitifs	:	GRECO
Société Européenne de médecine générale - médecine de famille	:	WONCA EUROPE
sib severe impairment battery	:	SIB courte
Haute autorité de santé	:	HAS
Centre Médicaux-psychologique	:	CMP
Allocation personnalisée d'autonomie	:	APA
P.	:	participant
Pfg.	:	participant du focus group
C.	:	chercheur

AUTEUR : LEBEL

Anne-Catherine

Date de soutenance : 15 octobre 2020

Titre de la thèse : Quelles sont les pratiques des médecins généralistes afin de dépister les troubles cognitifs chez les sujets âgés, leurs stratégies de diagnostic des troubles cognitifs, leurs motivations et leurs prises en charge des troubles cognitifs ?

Thèse - Médecine - Lille 2020

Cadre de classement : médecine générale

DES + spécialité : médecine générale

Mots-clés : MEDECINE GENERALE / MMSE / HOLISME / TROUBLE COGNITIF

INTRODUCTION : Selon les recommandations HAS en cas de plainte de trouble cognitif, l'évaluation cognitive doit comporter un mini-mental state examination. Cependant peu de médecins généralistes utilisent ce test. Quelles sont leurs pratiques afin de dépister les troubles cognitifs chez les sujets âgés, leurs stratégies de diagnostic, leurs motivations et leurs prises en charge. **METHODE** : Etude qualitative se déroulant de mai 2018 à mars 2019, réalisée auprès de 15 médecins généralistes du Nord Pas de Calais recrutés par échantillonnage raisonné. Les données ont été recueillies par entretien semi dirigé. **RESULTATS** : Une relation médecin-patient durable est un facteur positif dans la détection de signes évocateurs de troubles cognitifs présents en consultation. La famille est le lanceur d'alerte majeur. La réalisation de document administratif permet de démasquer de manière fortuite un trouble cognitif. Lorsqu'un trouble cognitif est suspecté les médecins généralistes ne réalisent pas de test formel. Ils utilisent des extraits de test ou des signes dans la vie quotidienne du patient. Le patient exprime souvent peu de plaintes mnésiques et consulte rarement pour ce motif. Quand il y a une plainte, les troubles cognitifs sont souvent avancés. Un objectif au dépistage est nécessaire avant sa réalisation. Celui ci peut être la prise en charge sociale du patient, une adaptation du lieu de vie ou parfois de faire prendre conscience à la famille du trouble cognitif. S'ils sont confirmés, les médecins généralistes tentent d'éliminer une cause organique ou curable. La prise en charge est pluri-professionnelle (orthophonie, rééducation à domicile, stimulation cérébrale...). Elle est globale et personnalisée. Elle se fait en accord avec le patient et sa famille. Elle nécessite une adaptation de l'environnement de vie. Il n'y a pas d'intérêt aux traitements par anti-cholinestérasiques selon eux. **CONCLUSION** : Pour évoquer le diagnostic de trouble cognitif, le médecin généraliste se base sur les informations qu'il capte par sa propre pratique ou sur le récit de la famille. Le tiers est un acteur majeur du dépistage des troubles cognitifs. Aucun test formel n'existe afin d'évaluer la gravité des troubles cognitifs de manière holiste. Ceci crée un manque dans la pratique.

Composition du Jury :

Président :

Monsieur le Professeur François PUISIEUX

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT

Monsieur le Professeur Denis DELEPLANQUE

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Gilles ROESCH

