

UNIVERSITÉ de BREST - BRETAGNE OCCIDENTALE

Faculté de médecine et des Sciences de la Santé

ANNÉE 2017

THÈSE D'EXERCICE

Pour le

DOCTORAT DE MÉDECINE

DE SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Par

Mlle Le Du Coline

Née le 31 Mai 1989, à Rennes (Ile et Vilaine)

**Le processus diagnostique et la prise en charge de la maladie d'Alzheimer
en médecine générale dans le Finistère.**

Présentée et soutenue publiquement le 16 novembre 2017

Président de jury :

Pr LE RESTE Jean-Yves

Membres du Jury :

Pr GENTRIC Armelle

M. FERNANDEZ Guillaume

Dr NABBE Patrice

Dr NICOLAS Anne-Catherine

UNIVERSITE DE BRETAGNE OCCIDENTALE FACULTE DE MEDECINE ET DES SCIENCES DE LA SANTE DE BREST

Doyens honoraires

Professeur **FLOCH** Hervé
 Professeur **LE MENN** Gabriel (†)
 Professeur **SENECAIL** Bernard
 Professeur **BOLES** Jean-Michel
 Professeur **BIZAIS** Yves (†)
 Professeur **DE BRAEKELEER** Marc (†)

Doyen

Professeur **BERTHOU** Christian

Professeurs émérites

CENAC Arnaud	Médecine interne
COLLET Michel	Gynécologie obstétrique
LEHN Pierre	Biologie cellulaire
YOUINOU Pierre	Immunologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers en surnombre

LEFEVRE Christian	Anatomie
MOTTIER Dominique	Thérapeutique
RICHE Christian	Pharmacologie fondamentale

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers de Classe Exceptionnelle

BOLES Jean-Michel	Réanimation
COCHENER-LAMARD Béatrice	Ophtalmologie
DEWITTE Jean-Dominique	Médecine et santé au travail
FEREC Claude	Génétique
GILARD Martine	Cardiologie
JOUQUAN Jean	Médecine interne
OZIER Yves	Anesthésiologie-réanimation
ROBASZKIEWICZ Michel	Gastroentérologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers de 1^{ère} Classe

BAIL Jean-Pierre	Chirurgie digestive
BERTHOU Christian	Hématologie
BLONDEL Marc	Biologie cellulaire
BOTBOL Michel	Pédopsychiatrie
BRESSOLLETTE Luc	Chirurgie vasculaire
CARRE Jean-Luc	Biochimie et biologie moléculaire
DE PARSCAU DU PLESSIX Loïc	Pédiatrie
DELARUE Jacques	Nutrition

DEVAUCHELLE-PENSEC Valérie
DUBRANA Frédéric
FENOLL Bertrand
FOURNIER Georges
GENTRIC Armelle
GOUNY Pierre
HU Weiguo
KERLAN Véronique
LACUT Karine
LE MEUR Yannick
LE NEN Dominique
LEROYER Christophe
LOZAC'H Patrick
MANSOURATI Jacques
MARIANOWSKI Rémi
MERVIEL Philippe
MISERY Laurent
NEVEZ Gilles
NONENT Michel
PAYAN Christopher
REMY-NERIS Olivier
SALAUN Pierre-Yves
SARAUX Alain
SIZUN Jacques
STINDEL Éric

TIMSIT Serge
VALERI Antoine
WALTER Michel

Rhumatologie
 Chirurgie orthopédique et traumatologique
 Chirurgie infantile
 Urologie
 Gériatrie et biologie du vieillissement
 Chirurgie vasculaire
 Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
 Thérapeutique
 Néphrologie
 Chirurgie orthopédique et traumatologique
 Pneumologie
 Chirurgie digestive
 Cardiologie
 Oto-rhino-laryngologie
 Gynécologie obstétrique
 Dermato-vénérologie
 Parasitologie et mycologie
 Radiologie et imagerie médicale
 Bactériologie-virologie
 Médecine physique et réadaptation
 Biophysique et médecine nucléaire
 Rhumatologie
 Pédiatrie
 Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
 Neurologie
 Urologie
 Psychiatrie d'adultes

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers de 2^{ème} Classe

ANSART Séverine
AUBRON Cécile
BEN SALEM Douraied
BERNARD-MARCORELLES Pascale
BEZON Eric
BROCHARD Sylvain
COUTURAUD Francis
DAM HIEU Phong
DELLUC Aurélien
GIROUX-METGES Marie-Agnès
HERY-ARNAUD Geneviève
HUET Olivier
LE MARECHAL Cédric
LE ROUX Pierre-Yves
L'HER Erwan
LIPPERT Éric
MONTIER Tristan
NOUSBAUM Jean-Baptiste
PRADIER Olivier

Maladies infectieuses
 Réanimation
 Radiologie et imagerie médicale
 Anatomie et cytologie pathologiques
 Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
 Médecine physique et réadaptation
 Pneumologie
 Neurochirurgie
 Médecine interne
 Physiologie
 Bactériologie-virologie
 Anesthésiologie-réanimation
 Génétique
 Biophysique et médecine nucléaire
 Réanimation
 Hématologie
 Biologie cellulaire
 Gastroentérologie
 Cancérologie

RENAUDINEAU Yves Immunologie
SEIZEUR Romuald Anatomie

Professeurs des Universités de Médecine Générale

LE RESTE Jean-Yves
LE FLOC'H Bernard

Professeur Associé des Universités de Médecine Générale (à mi-temps)

BARRAINE Pierre

Professeur des Universités contrat LRU

BORDRON Anne Biologie cellulaire

Maîtres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers Hors Classe

JAMIN Christophe Immunologie
MOREL Frédéric Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PERSON Hervé Anatomie

Maîtres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers de 1^{ère} Classe

ABGRAL Ronan Biophysique et médecine nucléaire
CORNEC Divi Rhumatologie
DE VRIES Philine Chirurgie infantile
DOUET-GUILBERT Nathalie Génétique
HILLION Sophie Immunologie
LE BERRE Rozenn Maladies infectieuses
LE GAC Gérald Génétique
LE GAL Solène Parasitologie et mycologie
LODDE Brice Médecine et santé au travail
MIALON Philippe Physiologie
PLEE-GAUTIER Emmanuelle Biochimie et biologie moléculaire
QUERELLOU Solène Biophysique et médecine nucléaire
TALAGAS Matthieu Histologie, embryologie et cytogénétique
VALLET Sophie Bactériologie-virologie

Maîtres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers de 2^{ème} Classe

BRENAUT Emilie Dermato-vénérologie
CORNEC-LE GALL Emilie Néphrologie
LE VEN Florent Cardiologie
MAGRO Elsa Neurochirurgie
PERRIN Aurore Biologie et médecine du développement et de la reproduction
SALIOU Philippe Epidémiologie,   conomie de la santé et prévention
SCHICK Ulrike Cancérologie
UGUEN Arnaud Anatomie et cytologie pathologiques

Maîtres de Conférences de Médecine Générale

NABBE Patrice

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale (à mi-temps)

BARAIS Marie

CHIRON Benoît

DERRIENNIC Jérémy

Maîtres de Conférences des Universités de Classe Normale

BERNARD Delphine

Biochimie et biologie moléculaire

DERBEZ Benjamin

Sociologie démographie

KARCHER Brigitte

Psychologie clinique

LANCIEN Frédéric

Physiologie

LE CORRE Rozenn

Biologie cellulaire

MIGNEN Olivier

Physiologie

MORIN Vincent

Electronique et informatique

Maître de Conférences Associé des Universités (à temps complet)

MERCADIE Lolita

Rhumatologie

Professeurs certifiés / agrégés du second degré

MONOT Alain

Français

RIOU Morgan

Anglais

REMERCIEMENTS :

➤ **A Monsieur le Professeur LE RESTE Jean-Yves :**

Vous me faites l'honneur de présider cette thèse. Merci d'avoir accepté de codiriger ce travail de thèse. Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect.

➤ **A Madame le Professeur GENTRIC Armelle :**

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à ce jury. Veuillez trouver l'expression de ma sincère gratitude.

➤ **A Monsieur FERNANDEZ Guillaume :**

Je vous remercie d'avoir accepté de diriger ce travail. Vos conseils et votre aide m'ont été précieux.

➤ **A Monsieur le Docteur NABBE Patrice :**

Merci d'avoir accepté de juger ce travail. Veuillez croire en l'expression de ma sincère considération.

➤ **A Madame le Docteur NICOLAS Anne-Catherine :**

Je te remercie d'avoir accepté de participer à ce jury. Ton accompagnement dans mon dernier stage m'a été précieux et me permet de finir sereinement ces années d'études.

➤ **Aux médecins généralistes interrogés :**

Je vous remercie d'avoir pris le temps de vous prêter à l'exercice de l'interview avec honnêteté et enthousiasme.

➤ **A mes anciens maîtres de stage,** merci pour votre implication dans ma formation.

➤ **A ma famille,** en particulier mes parents, et mon frère. Merci de m'avoir soutenue pendant ces longues années.

➤ **A mes amis,** rencontrés avant et pendant mes études, merci de votre soutien.

➤ **A toi Tiph,** avec qui j'ai partagé toutes ces années d'études. Que notre chemin soit long et enrichi de voyages.

Table des matières

REMERCIEMENTS :	6
ABREVIATIONS.....	10
I-INTRODUCTION :	11
II- METHODES.....	16
A- Le choix de la méthode qualitative	16
B- La population étudiée	16
C- Le Guide d’entretien.....	17
D- Recueil des données.....	18
1- Déroulement des entretiens :	18
2- Enregistrement des entretiens :	18
3- Nombre d’entretiens nécessaires :	19
E- Méthode d’analyse des données :	19
1- Retranscription des données :	19
2- Méthode d’analyse des données :	19
III- RESULTATS :	21
A- Caractéristiques des médecins interrogés :	21
B- Qui suspecte les troubles ?	22
1- La famille :	22
2- Le regard du médecin :	23
3- Le patient : paradoxalement une crainte souvent non fondée	23
4- Selon le stade de la maladie :	24
C- Les difficultés ressenties par le médecin généraliste pour avancer dans le processus diagnostic de la maladie d’Alzheimer :	24
1- Le déni du patient :	24
2- Le déni de la famille :	25
3- Autres difficultés:	25
D- Le retard diagnostic :	26
1- Les causes du retard diagnostic :	26
2- Les enjeux du diagnostic précoce :	27

E-	Le bilan clinique et para-clinique réalisé lors de la suspicion de troubles cognitifs : ...	28
1-	Les tests neuropsychologiques :	28
2-	Le Bilan biologique :	30
3-	L'imagerie cérébrale :	30
4-	La rapidité du bilan selon qui suspecte les troubles :	30
F-	Les coopérations avec les spécialistes : gériatre ou neurologue ?	31
1-	Gériatre ou Neurologue ?	31
2-	Ville ou Hôpital ?	32
G-	Les traitements de la maladie d'Alzheimer :	33
1-	Les traitements médicamenteux :	33
2-	Les traitements non médicamenteux :	35
H-	La prise en charge globale de la maladie d'Alzheimer vue par les généralistes :	37
1-	Les rôles des médecins généralistes :	37
2-	Les améliorations souhaitées pour la prise en charge :	38
3-	Les difficultés de prise en charge :	39
I-	L'évolution du métier de médecin généraliste :	39
IV-DISCUSSION :		42
A-	Résultats principaux :	42
1-	Une situation inhabituelle :	42
2-	Les difficultés du diagnostic :	43
3-	Le retard diagnostic : une réalité. Quel enjeu ?	44
4-	L'utilisation des tests neuropsychologiques :	45
5-	Quelle orientation pour les patients présentant des troubles cognitifs ?	47
6-	Quelle attitude face aux traitements médicamenteux de la maladie d'Alzheimer ?	47
7-	Les thérapeutiques non médicamenteuses : l'essentiel de la prise en charge :	48
8-	Rôles des généralistes dans la prise en charge d'un patient Alzheimer :	48
9-	Le métier de médecin généraliste vu par eux-mêmes :	49
B-	Biais de l'étude :	49
1-	Biais de sélection :	49
2-	Biais d'information :	50
3-	Biais d'interprétation :	50
CONCLUSION :		51
BIBLIOGRAPHIE :		53

Annexe 1 : Guide d'entretien.....	56
Annexe 2 : Entretiens.....	58
SERMENT D’HIPPOCRATE :	59

ABREVIATIONS

HAS : Haute Autorité de Santé

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendante

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

CLIC : Centres Locaux d'Information et de Coordination

MMSE : Mini-Mentale State Examination

SEP : Sclérose en Plaques

MAIA : Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer

CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux

INR : International Normalized Ratio

MA : Maladie d'Alzheimer

AVK : Anti-Vitamine K

PNMD : Plan National sur les Maladies neuroDégénératives

I-INTRODUCTION :

La maladie d'Alzheimer est une pathologie neurodégénérative. Elle est la principale cause de dépendance lourde du sujet âgé. Cette maladie commence bien avant le stade démentiel par l'apparition de troubles cognitifs divers et éventuellement de troubles du comportement ou de la personnalité. L'évolution se fait sur plusieurs années avec l'apparition d'une dépendance progressive avec retentissement sur les activités de la vie quotidienne (toilette, habillage, alimentation, déplacement) comme sur l'entourage. Elle appartient donc au champ des maladies chroniques. La maladie d'Alzheimer est une pathologie connue du grand public, mais elle reste perçue encore aujourd'hui comme une des façons les plus angoissantes et les plus effrayantes de vieillir et de mourir.(1)

Le nom de maladie d'Alzheimer provient de l'allemand Alois Alzheimer qui en 1907 après la mort de sa patiente et autopsie de son cerveau découvre des lésions particulières jusqu'alors jamais retrouvées.

La maladie d'Alzheimer a d'abord été jusqu'au début des années 80 associée à une invalidité, prise en charge par le secteur psychiatrique, puis par la suite les gériatres se sont intéressés à cette pathologie et ont introduit la notion de « dépendance psychique ». Enfin à partir des années 90-2000, est apparue la notion de Maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées(1). C'est à partir de cette date que 3 plans Alzheimer se sont succédés montrant l'intérêt des pouvoirs publics face à cette maladie. Actuellement un plan national sur les maladies neurodégénératives (PNMD) 2014-2019(2) est en cours. Ses thèmes principaux sont :

- Soigner et accompagner tout au long de la vie et sur l'ensemble du territoire
- Favoriser l'adaptation de la société aux enjeux des maladies neurodégénératives et atténuer leurs conséquences personnelles et sociales sur la vie quotidienne
- Développer et coordonner la recherche sur les maladies neurodégénératives

- Faire de la gouvernance du PMND un véritable outil d'innovation, de pilotage des politiques publiques et de démocratie en santé

Comme en témoignent les différents plans Alzheimer mis en place par les pouvoirs politiques, la maladie d'Alzheimer est un enjeu de santé publique en relation avec le vieillissement de la population en France. Selon une étude de l'INSEE datant de 2002, une personne sur 3 en France sera âgée de plus de 60 ans en 2050 contre une sur 5 en 2005. La population française devrait alors compter 70 millions d'habitants(3). D'après le rapport Alzheimer de 2015, les troubles neurocognitifs touchent 46,8 millions de sujets dans le monde avec une incidence de 9,9 millions, soit 1 cas diagnostiqué toutes les 3,2 secondes(4). Les chiffres sur les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en France restent très flous et varient du simple au double (estimation de 850 000 cas en France en 2014 (2)). Cette variation traduit la complexité de son diagnostic à des stades peu avancés.

Le seul critère objectif pour définir avec certitude la maladie d'Alzheimer est un critère histologique par le biais d'une biopsie cérébrale permettant d'identifier des plaques séniles et des dégénérescences neurofibrillaires. Compte tenu des risques importants lors de la réalisation de la biopsie cérébrale, celle-ci n'est quasiment possible qu'en post-mortem, ce qui explique en partie la complexité du diagnostic de la maladie d'Alzheimer. Pour en faciliter le diagnostic, il existe des classifications. La classification la plus connue est le DSM IV(5) (*Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, fourth edition*) ; l'autre classification possible est la classification NINCDS-ADRDA. Depuis quelques années, la classification DSM V remplace le DSM IV. Les différences que l'on peut noter entre ces deux classifications sont l'introduction d'un nouveau diagnostic de trouble neurocognitif léger et une distinction entre deux niveaux de la maladie : atteinte sévère ou légère.

La Haute Autorité de santé (HAS) a publié en 2011(6) des recommandations pour le diagnostic de la maladie d'Alzheimer adressées aux médecins généralistes. Elle rappelait que le

dépistage de la maladie d'Alzheimer ou apparentée n'était pas recommandé pour l'ensemble de la population. Il ne s'agissait donc pas d'un dépistage de masse mais d'un dépistage individuel. Par ces recommandations, elle mettait le médecin généraliste au centre du processus diagnostique de la maladie d'Alzheimer puisqu'il était à l'initiative de la démarche diagnostique. Néanmoins, l'annonce diagnostique et l'introduction d'une thérapeutique dépendaient d'un médecin spécialiste (gériatre, neurologue ou psychiatre)(7).

Lors de la ou des consultations, la HAS recommandait au médecin généraliste de réaliser :

- un entretien avec le patient et si possible un accompagnant pour retracer les plaintes et les antécédents du patient
- un examen clinique avec un poids, un examen neurologique (normal, si anormalité cela devait faire rechercher une autre pathologie ou une comorbidité)
- une évaluation fonctionnelle pouvant être appréciée à l'aide de l'échelle IADL (Instrumental activities of daily living)
- une évaluation cognitive globale de manière standardisée à l'aide du Mini-Mental State Examination (MMSE) de type GRECO
- des examens paracliniques :
 - Biologique TSH, un hémogramme, une CRP, une natrémie, une calcémie, une glycémie, une albuminémie et un bilan rénal (créatinine et sa clairance)
 - IRM cérébrale ou à défaut un scanner cérébral afin d'éliminer une autre étiologie.

Après cette première évaluation qui peut se faire sur une ou plusieurs consultations, deux cas de figure sont possibles : soit il n'est pas retrouvé de troubles des fonctions cognitives et on pourra alors proposer une nouvelle évaluation cognitive dans un délai de 6 à 12 mois, soit on constate des troubles cognitifs et il faut alors adresser le patient vers un spécialiste qui réalisera un diagnostic précis. Dans ce dernier cas, des mesures d'urgence d'aide au quotidien doivent être mises en place par le médecin généraliste.

Des polémiques existent concernant la prise en charge thérapeutique médicamenteuse du patient diagnostiqué maladie d'Alzheimer. Il existe aujourd'hui 4 molécules destinées aux patients atteints de la maladie d'Alzheimer : donépézil, galantamine, rivastigmine, mémantine. Le service médical rendu de ces médicaments a été abaissé à un niveau faible par la Haute Autorité de Santé en 2011. Puis en octobre 2016, la commission de transparence des médicaments de la Haute Autorité de Santé a précisé que ces médicaments avaient un intérêt médical insuffisant pour justifier de leur prise en charge par la solidarité nationale(8). Malgré un rapport clair de la transparence des médicaments, l'Etat a choisi de poursuivre son remboursement en lien avec les réactions controversées des associations de malades telle que France Alzheimer qui redoute un désintérêt pour le diagnostic précoce en l'absence de thérapeutique médicamenteuse proposée.(9)

Or pour les spécialistes et les associations de malades, le diagnostic précoce de la maladie d'Alzheimer est un enjeu majeur. D'après l'étude *Facing Dementia Survey*, réalisée en Europe en 2005, regroupant 6 pays (France, Allemagne, Italie, Pologne, Espagne, et Grande-Bretagne), les familles avaient évalué que le délai entre l'apparition des symptômes et le diagnostic posé était environ de 20 mois. Ce délai, se divisait en deux parties : environ 10 mois pour que le patient se décide à en parler au médecin généraliste puis environ 10 mois entre la consultation du généraliste et le diagnostic. La moyenne en France, était de 24 mois, soit un peu plus que la moyenne européenne. Le délai le plus court était en Allemagne avec 10 mois, et le plus long était en Grande-Bretagne où il était de 32 mois.(10)

Une autre raison de faire ces diagnostics précocement est la possibilité de mettre en œuvre des soins dits de réhabilitation, développés dans le plan Alzheimer 2008-2012 en particulier sous la forme des équipes spécialisées dans la maladie d'Alzheimer. Mais ces démarches n'ont pas non plus complètement prouvé leur efficacité.

Le médecin généraliste étant le médecin de premier recours, il est au centre du processus du diagnostic de la maladie d'Alzheimer et autres pathologies. D'après les recommandations de la Haute

Autorité de Santé de 2011, le médecin généraliste est même cité comme étant « le pivot de l'organisation des soins centrés sur le patient atteint de la maladie d'Alzheimer ». Ces dernières années, les pouvoirs publics ont placé le médecin généraliste au cœur du système de soins. D'abord avec l'apparition de la notion de médecin traitant en 2004 (bien qu'il puisse être un spécialiste), puis en promouvant les maisons de santé.

L'objectif principal de cette étude était d'étudier les déterminants du processus diagnostique et de la prise en charge de la maladie d'Alzheimer en médecine générale dans ce contexte complexe qui articule des attentes fortes du côté des politiques publiques, une maladie difficile à diagnostiquer et des outils thérapeutiques peu consensuels. Quelles attitudes développent les médecins généralistes ? Utilisent-ils les outils diagnostique recommandés par la HAS ? Quelles en sont les raisons ? Quelles sont les difficultés rencontrées pour suspecter des troubles cognitifs ?

II- METHODES

A- Le choix de la méthode qualitative

Cette méthode était initialement utilisée en sciences humaines et sociales mais depuis les années 1990, les chercheurs en santé s'y intéressent de plus en plus.(11)

Elle permet de recueillir des données verbales, des ressentis permettant une démarche interprétative et ainsi faciliter une meilleure compréhension des attitudes et des démarches en médecine générale.(11)

Il a donc été choisi pour cette étude une méthode qualitative avec des entretiens semi-structurés. Ce type d'entretien se réalise à l'aide d'un guide d'entretien préalablement réalisé. Il permet d'avoir une liste de thèmes prédéfinis à aborder via des questions ouvertes.(12)

B- La population étudiée

Les médecins étaient contactés via un appel téléphonique, après leur accord un rendez-vous était fixé à leur cabinet. Le choix de l'échantillon des médecins à interroger s'appuyait sur le principe de variation maximale.(12) Ceci permettait d'apporter la plus grande diversité possible à l'échantillon.

Les médecins ont été choisis de sorte à avoir des profils variés selon les critères suivants :

- Sexe
- Age
- Lieu d'installation : rural / urbain /semi-rural
- Mode d'exercice : seul ou en groupe
- Maître de stage pour les internes ou non

Critères d'inclusion :

- Etre médecin généraliste installé en cabinet
- Exercer dans le Finistère
- Avoir des cas de patients atteints de la maladie d'Alzheimer
- Accepter de participer à l'étude

Critères d'exclusion :

- Refuser l'entretien
- Médecin hors Finistère
- Toute autre spécialité que la médecine générale

C- Le Guide d'entretien

Le guide d'entretien (joint en annexe 1) a été réalisé préalablement aux entretiens, il permettait d'aborder plusieurs grands thèmes. Celui-ci a été modifié au cours des recueils de données compte tenu de la modification du niveau de service médical rendu des médicaments contre la maladie d'Alzheimer définie par la commission de transparence des médicaments de la Haute Autorité de Santé.

Tous les thèmes abordés concernaient la maladie d'Alzheimer, hormis le dernier qui concernait le médecin généraliste dans sa globalité.

Les grands thèmes abordés étaient :

- La proportion approximative de patients suivis atteints de la maladie d'Alzheimer
- Les éléments rapportés faisant suspecter une démence
- Les outils utilisés pour s'orienter vers le diagnostic de maladie d'Alzheimer
- Les raisons et enjeux du retard diagnostic

- Les difficultés à suspecter une démence
- La thérapeutique médicamenteuse et non médicamenteuse
- Les rôles du médecin généraliste concernant cette pathologie
- L'évolution de la place du médecin généraliste dans les soins de premiers recours

D- Recueil des données

1- Déroulement des entretiens :

Les entretiens se sont déroulés sur le lieu d'exercice des médecins. Ceux-ci étaient individuels, le médecin pouvait parler sans être interrompu selon sa pensée. Néanmoins, le guide d'entretien servait à réorienter l'entretien si le médecin s'éloignait trop du thème initial ou à aborder des thèmes qui n'étaient pas spontanément évoqués par le médecin.

Tous les entretiens ont été réalisés par un interne de médecine générale qui effectuait pour la première fois des entretiens ; ils se sont déroulés de la période de mars 2016 à février 2017.

Les entretiens ont duré en moyenne 27 minutes.

Quelques données quantitatives étaient demandées en début d'entretien : âge, sexe, mode d'exercice, maître de stage ou non.

2- Enregistrement des entretiens :

Après accord oral du médecin interviewé, les entretiens ont été enregistrés à l'aide de deux Smartphones, pour éviter la perte accidentelle de données.

3- Nombre d'entretiens nécessaires :

Il n'a pas été convenu d'un nombre fixe de médecins à interviewer en amont du recueil de données. Les entretiens ont été poursuivis jusqu'à saturation des données définie comme l'absence d'information additionnelle en rapport avec le sujet étudié avec comme référence la saturation des codages axiaux.

E- Méthode d'analyse des données :

1- Retranscription des données :

Tous les entretiens ont été retranscrits intégralement au mot près en incluant les expressions, les périphrases, les erreurs linguistiques. La retranscription a été réalisée par l'interne ayant réalisé les entretiens en utilisant l'outil informatique de type Google Docs.

Pour permettre l'anonymat des différents entretiens, les médecins ont été référencés sous les noms de Médecin 1 à 10 dans la retranscription des entretiens.

Les différents entretiens retranscrits ont permis d'accéder à des données appelées Verbatim.

Ces entretiens sont disponibles en annexe 2.

2- Méthode d'analyse des données :

La méthode thématique a été choisie pour analyser les différentes données retranscrites lors des entretiens. (13) Le codage du Verbatim (propos rapportés par les médecins) a été réalisé à l'aide d'un tableur EXCEL disponible en annexe 2. La sélection du verbatim à coder a bénéficié d'une double lecture par une personne extérieure à l'enquête. Puis le reste du codage a été réalisé par l'enquêteur.

Les différentes données ont été classées selon trois niveaux de codages :

- Codage ouvert
- Codage axial
- Codage sélectif incluant le Verbatim

III- RESULTATS :

A- Caractéristiques des médecins interrogés :

Médecins	Sexe	Age	Lieu d'installation	Mode d'exercice	Maitre de stage
Médecin 1	Homme	58 ans	Urbain	Seul	Non
Médecin 2	Homme	32 ans	Semi-rural	En groupe	Oui
Médecin 3	Homme	59 ans	Semi-rural	En groupe	Oui
Médecin 4	Homme	50 ans	Urbain	Seul	Non
Médecin 5	Femme	59 ans	Semi-rural	Seule	Non
Médecin 6	Femme	36 ans	Semi-rural	En groupe	Non
Médecin 7	Homme	46 ans	Urbain	En groupe	Oui
Médecin 8	Homme	68 ans	Urbain	Seul	Non
Médecin 9	Femme	29 ans	Urbain	En groupe	Non
Médecin 10	Homme	30 ans	Urbain	En groupe	Non

Dix médecins généralistes ont été interviewés dans cette étude. Les médecins étaient âgés de 29 ans à 68 ans, la moyenne d'âge était de 46,7 ans. Il y avait 3 femmes pour 7 hommes, 3 médecins sur 10 étaient des maîtres de stage, seulement 4 exerçaient seuls.

Nombre de patients atteints de la maladie d'Alzheimer dans leurs patientelles

Médecins	Atteint de la maladie d'Alzheimer	En institution	A domicile	Soupçonnés mais dont le diagnostic n'est pas posé
Médecin 1	15	0	15	3-4
Médecin 2	30	2/3	1/3	10
Médecin 3	25	15	10	5
Médecin 4	4	1	3	1
Médecin 5	10	1/3	2/3	0
Médecin 6	3-4	2	1	1
Médecin 7	dizaine	5	5	Quelques uns
Médecin 8	40	1/3	2/3	??
Médecin 9	5	0	5	1
Médecin 10	15-20	0	15-20	5-6

Tous les médecins généralistes interrogés suivaient des patients atteints de la maladie d'Alzheimer, seulement 3 en suivaient moins de 5, les autres en suivaient plus de 10. Par conséquent, c'est une maladie fréquemment rencontrée en médecine générale. Pour la plupart des médecins interrogés (8 médecins sur 10), un diagnostic de démence était en cours chez un ou plusieurs de leurs patients.

B- Qui suspecte les troubles ?

1- La famille :

Les différents médecins s'accordaient à dire que la plupart du temps les troubles sont remarqués par l'entourage (*« c'est souvent la famille qui remarque les troubles » E8, L13*) et quelques médecins précisait que c'est souvent la femme qui remarque les troubles (*« la famille, je vais dire l'épouse car c'est le plus souvent le mari » E3, L16*). Néanmoins, le médecin 8, ligne 46 a rapporté *« c'est quelquefois pas le proche entourage (...) mais les enfants voire les amis qui viennent discrètement vous dire que Jean ne va pas bien »*.

La famille rapportait les troubles au médecin soit en aparté *« Des familles qui viennent sans le patient pour me dire qu'à la maison cela commence à déconner, à se perdre » (E7, L14)* , soit en venant en consultation avec le patient alors qu'habituellement le patient venait seul *« C'est arrivé que des patients d'habitude consultent seuls et là un jour ils débarquent avec leur conjoint et qu'il demande à assister à la consultation pour (...) me dire qu'il trouve que ça ne va pas. » (E7, L12)*

Les principaux troubles rapportés par l'entourage étaient des troubles de la mémoire, une répétition des gestes, une inversion du rythme nyctéméral. Le patient pouvait en consultation ne pas présenter de troubles ou du moins ils n'étaient pas constatés par le médecin. *« en consultation, il n'a même pas de désorientation » (E6, L17)*

2- Le regard du médecin :

Plusieurs médecins ont constaté parfois des modifications de comportement au fur et à mesure des consultations avec des oublis de rendez-vous, une mauvaise observance thérapeutique jusqu'à alors non présente. Les oublis de rendez-vous qui pouvaient paraître anodins, étaient un élément rapporté par de nombreux médecins qui tiraient la sonnette d'alarme.

« C'est par un changement de comportement, quelqu'un qui d'habitude tu le voyais tous les trois mois et puis les consultations se passaient bien, et puis là tu te rends compte qu'une ou deux fois il a loupé son rendez-vous, ou tu lui dis deux trois fois les mêmes choses, et tu as l'impression qu'il percute moins bien. ». (E2, L16)

Un trouble généralement remarqué par les médecins était la mauvaise observance thérapeutique, elle pouvait se remarquer via un déséquilibre de l'INR jusqu'à alors très bien équilibré. *« Une chose qui m'alerte également c'est un déséquilibre de l'INR très fréquent chez une personne très bien équilibrée auparavant, là je me dis qu'il y a peut-être des soucis d'observance, et une des raisons possibles c'est l'apparition de troubles cognitifs. » (E9, L19)*

3- Le patient : paradoxalement une crainte souvent non fondée

Le patient constatait rarement ses troubles, c'est le principe même de la maladie puisqu'il oublie au fur et à mesure. Le plus souvent, quand le patient s'inquiétait de troubles de la mémoire c'étaient souvent des troubles liés à l'âge et non en lien avec une maladie d'Alzheimer ou toute autre forme de démence. *« On a souvent des plaintes des patients qui disent « docteur je crois que ma mémoire cela ne va plus, je me demande si je ne commence pas une maladie d'Alzheimer », on interroge un peu, mais on s'aperçoit vite que c'est plus des troubles bénins liés à l'âge. » (E7, L22)*

Lorsque le patient remarquait lui-même ses troubles, sa plainte était alors au sujet de sa mémoire. *« Rares sont les gens, j'en connais deux, un qui est arrivé un jour que je connais bien en me*

disant « j'ai des troubles de la mémoire depuis quelques temps, je ne me souviens plus de ce que j'ai fait hier ou des choses comme cela, il faut que je fasse des tests » » (E8, L13)

4- Selon le stade de la maladie :

Certains médecins ont dit que selon le stade de la maladie, ce n'étaient pas les mêmes personnes qui constataient les troubles. Néanmoins, ils étaient en désaccord sur la personne qui constatait les troubles en fonction du stade de la maladie. Le médecin 1, L13 *« quand ils s'en rendent compte eux-mêmes ce n'est pas le premier stade, ils sont déjà un petit peu évolués. Au début, souvent c'est l'entourage. »*, alors que le médecin 4, L 14 a dit *« la première phase, c'est le patient lui-même qui s'en plaint, et après souvent, c'est l'entourage »*.

On constate une hétérogénéité des expériences des médecins, ce qui contribue peut-être à la difficulté pour eux de stabiliser une attitude globale face à cette maladie.

C- Les difficultés ressenties par le médecin généraliste pour avancer dans le processus diagnostique de la maladie d'Alzheimer :

1- Le déni du patient :

Le refus de l'acceptation d'une perte ou d'une pathologie de la mémoire par le patient, et donc de sa prise en charge était souvent un facteur bloquant l'investigation de ce trouble, il refusait alors les tests neuropsychologiques ou tout simplement d'évoquer le sujet. *« Je trouvais que sa mémoire était moins bonne (...). Je lui en ai fait part, en disant que je souhaiterais, que c'est une habitude que je prends facilement même si tout va bien, de faire un bilan à partir de 75 ans, histoire de la rassurer. Et la personne l'a très mal pris, et elle m'a quitté. » (E4, L60)*

Le médecin 8 expliquait ce déni par la non-conscience du patient de ces troubles. *« Il y a le déni du patient, parce qu'ils ne sont pas conscients, à juste titre car c'est la définition de la maladie ».*(E8, L73)

2- Le déni de la famille :

Le déni de la famille (souvent le conjoint) de reconnaître les troubles pouvait ralentir ou même bloquer la prise en charge. En effet, le conjoint pouvait refuser d'évoquer les troubles de la mémoire devant le patient, trouver une excuse à chaque trouble constaté par le médecin, ne pas évoquer les troubles constatés à la maison au médecin, ou parfois même les conjoints ne s'en apercevaient réellement pas. Toutes ces raisons ralentissaient la prise en charge, car comme on le sait, on ne peut prendre en charge un patient atteint de démence sans l'aide du conjoint ou du moins son accompagnement.

« Les gens qui disent : mais non tout va bien, mon mari là il est fatigué ou parce qu'il a eu un rhume la semaine dernière, c'est pour cela que vous le trouvez ralenti, ou c'est l'âge. »(E2, L114)

«A chaque fois qu'elle vient avec son mari, je n'y arrive pas. Son mari est demandeur de plein de chose, il se plaint de plein de choses, son trouble majeur c'est des troubles de la mémoire. Sa femme refuse d'évoquer le problème devant lui. » (E3, L19)

3- Autres difficultés:

D'autres difficultés ont été mises en avant par les médecins, comme un souci logistique de temps ; la plainte était souvent annoncée en fin de consultation, après une consultation déjà bien remplie. La difficulté était de prendre le temps de rebondir sur la plainte évoquée en fin de consultation, tout en sachant qu'il ne fallait pas prendre trop de retard sur les consultations suivantes.

« Le temps car mine de rien quand à la fin de consultation, la femme nous dit «ah au fait il a des troubles de la mémoire », pour moi, c'est la plus grosse difficulté. C'est difficile de leur dire : revenez pour faire ça. » (E10, L54)

Un autre problème logistique a été mis en avant : l'oubli de rendez-vous. En effet, le principe même de cette maladie est le trouble de la mémoire et donc des oublis à mesure. Mais pour faire le diagnostic, encore fallait-il aller aux rendez-vous médicaux pris et si les patients les oubliaient, le bilan ne pouvait-être fait...

« La difficulté la plus importante, c'est qu'ils aillent au rendez-vous (...) ils oublient le rendez-vous. »
(E5, L60)

D- Le retard diagnostic :

Presque tous les médecins interrogés s'accordaient pour dire qu'il existait un retard diagnostic de la maladie d'Alzheimer. Certains pensaient plutôt que c'était un diagnostic réalisé mais non-dit plutôt qu'un réel retard diagnostic, que le diagnostic de maladie d'Alzheimer n'était pas énoncé.

« Probablement qu'il y a un retard diagnostic, après est-ce qu'on peut avancer ce retard, ce n'est pas dit » (E10, L59)

« Cela m'est arrivé de masquer le diagnostic d'autant plus que je ne traite pas (...) Il y a un non-dit mais le diagnostic peut être fait. » (E3, L74)

1- Les causes du retard diagnostic :

Différentes raisons ont été évoquées par les médecins généralistes pour expliquer le retard au diagnostic.

La première raison était liée au fait qu'au début de la maladie les symptômes n'étaient pas visibles en consultation puisque les patients compensaient. *« Déjà les patients ne consultent pas tout de suite (...) ils essaient de compenser par leur intelligence »* (E4, L71)

Une autre raison évoquée était en lien avec le principe même de la médecine générale. La routine de voir le patient tous les mois peut parfois, nous faire passer à côté de choses flagrantes. *« Je pense*

que nous nous sommes responsables, car le principe même de la médecine générale c'est l'habitude. (...) Mais je crois qu'on est coupable parce que c'est l'habitude, il y a des choses qu'on ne voit pas et des fois c'est flagrant » (E8, L95).

Certains médecins ont dit qu'ils n'étaient pas pressés de faire le diagnostic de maladie d'Alzheimer en raison des conséquences pour eux-mêmes de suivre un patient atteint de la maladie d'Alzheimer. *« C'est un frein d'avoir une maladie potentiellement grave pour laquelle on n'a pas de traitement et on devra gérer le patient dans sa dégradation. Il y a le patient, on n'est pas pressé de lui annoncer, mais nous non plus on n'est pas pressé de le faire » (E7, L77).*

D'autres médecins évoquaient les conséquences pour le patient d'être étiqueté « Maladie d'Alzheimer ». Ils considéraient que cette maladie n'offrait aucune perspective et qu'annoncer cette maladie était vécue comme un drame. *« « Monsieur vous avez 70 ans et une maladie d'Alzheimer », coup de massue, la vie s'arrête pour lui ou elle et la famille. Donc cela m'est arrivé de masquer le diagnostic, d'autant plus que je ne traite pas » (E3, L72)*

2- Les enjeux du diagnostic précoce :

Quelques médecins ont dit qu'il n'y avait pas de conséquences au retard diagnostic puisqu'il n'y avait pas de thérapeutique efficace. *« Non, il n'y a pas de conséquences puisqu'il n'y a pas de traitement » (E3, L87)* Les médecins interrogés évoquant cette analyse étaient plutôt les médecins exerçant en milieu semi-rural qu'en milieu urbain.

Un des enjeux du diagnostic précoce rapporté était la mise en place rapide des aides à domicile et des ateliers-mémoire. *« Si c'est quelqu'un d'assez isolé, cela peut changer car on peut mettre des aides ménagères et surtout des ateliers-mémoire » (E1, L64).* D'autres médecins évoquaient l'importance de la prise en charge rapide pour « ralentir » l'évolution. *« plus on prend tôt, plus on arrivera à limiter l'évolution » (E10, L62)*

L'enjeu familial était souvent rapporté par les médecins interrogés. Ils évoquaient le besoin pour la famille d'avoir un nom sur la maladie « *La famille a besoin d'avoir un nom* » (E7, L86). Faire le diagnostic rapidement permettait d'anticiper sur la suite, prévenir les aidants sur l'évolution de la maladie, mettre en place les aides, ... Anticiper l'évolution de la maladie semblait être une priorité pour nombre de médecins.

« Quand la maladie est posée, on va anticiper sur la suite, mettre en place des choses à domicile. Cela sert à ça de faire le diagnostic tôt, et non pas pour mettre un traitement en place. Faire le diagnostic, c'est convoquer tous les aidants autour et puis leur dire : ça devrait se dégrader tranquillement, on va baliser cela, ce chemin en mettant des choses en place progressivement. » (E7, L89)

E- Le bilan clinique et para-clinique réalisé lors de la suspicion de troubles cognitifs :

1- Les tests neuropsychologiques :

Un certain nombre de médecins ont dit qu'ils utilisaient des tests neuropsychologiques pour s'orienter devant des troubles cognitifs. Les tests utilisés étaient le MMS, le test de l'Horloge et les cinq mots de Dubois. « *Avant d'orienter vers un gériatologue, je fais un MMS, le test de l'horloge et les 5 mots de Dubois.* » (E9, L31)

D'autres signalaient qu'ils ne les réalisaient pas pour diverses raisons : chronophage, manque de compétence, manque d'envie, manque de pertinence, besoin d'un regard extérieur, bilan plus exhaustif chez le spécialiste.

« Je n'ai pas le temps, pas spécialement l'envie. J'ai assez de travail, et je ne me sens pas tellement compétent pour faire des bilans comme cela. » (E4, L34)

« J'ai remarqué le manque de pertinence de ces outils. Le MMS je veux bien mais la phrase « pas de mais, pas de et ni de si », je ne vois pas ce que cela vient faire là, c'est peut-être une traduction littérale (...) le patient va perdre un point. » (E7, L46)

« Quand j'ai assisté à des consultations mémoire faites par la neuropsychologue, j'ai été frappé par la batterie de tests et la qualité des tests et des comptes rendus très exhaustifs, et là on pose un diagnostic on affirme ou on infirme. » (E8, L56)

Tous les jeunes médecins interrogés (moins de 40 ans) réalisaient les tests neuropsychologiques : MMSE, tests de l'Horloge et les 5 mots de Dubois au cabinet de médecine générale. Sur les 4 médecins interrogés de plus de 50 ans, seul un médecin réalisait régulièrement les tests. Celui-ci était maître de stage.

Une cotation spécifique adéquate était souvent mise en avant par les médecins pour pallier au fait que les tests étaient chronophages. *« Je convoque les patients sur un rendez-vous dédié (...). Oui cela prend un peu de temps, mais ça ne me choque pas car c'est un acte médical correctement rétribué. » (E3, L47)*

Ces tests étaient parfois utilisés dans le but de rassurer le patient. *« Le patient était anxieux plus qu'autre chose et le bilan était tout à fait normal, donc on s'est dit qu'on n'irait pas forcément plus loin » (E10, L30).* D'autres fois, les tests permettaient de mettre le patient devant le fait accompli *« ils se rendent compte qu'il y a quelque chose qui ne va pas, et du coup ils acceptent plus facilement d'aller voir le spécialiste. » (E2, L127)*

La limite de ces tests souvent évoquée était l'interprétation en fonction du niveau socioculturel. *« Fiable cela va dépendre du niveau culturel du patient, s'il a un niveau d'étude ridicule le MMS va être plus bas et si c'est quelqu'un qui a fait des études supérieures, c'est possible qu'il soit bon mais qu'il y ait quand même des problèmes. » (E9, L37)*

2- Le Bilan biologique :

La plupart des médecins ont dit qu'un bilan biologique était fait de façon systématique chez les patients, qu'ils présentent ou non des troubles cognitifs. Certains réalisaient à nouveau un bilan biologique plus exhaustif avant d'adresser le patient vers le spécialiste. *« J'essaye de faire un bilan sanguin complet (...) mais de toute façon en général, je les suis depuis longtemps et dans leurs bilans, ils ont déjà un bilan sanguin » (E4, L55)*

3- L'imagerie cérébrale :

Certains médecins demandaient une imagerie cérébrale avant d'envoyer le patient chez le spécialiste bien que les délais de rendez-vous puissent être longs puisqu'il n'y avait pas d'urgence dans la prise en charge. *« Il n'y a pas d'urgence donc en général quand je les envoie vers le gériatre, ils ont le scanner et le bilan biologique assez complet » (E1, L49)*

D'autres ne réalisaient pas cette imagerie avant le bilan chez le spécialiste pour plusieurs raisons : délais de rendez-vous trop longs, peu d'intérêt de l'imagerie, décision laissée au spécialiste.

« Je sais qu'il faut faire un scanner cérébral mais moi j'envoie directement et je laisse le gériatre faire ce qu'il veut » (E10, L47)

« L'imagerie, elle n'est pas systématique, cela dépend du délai de rendez-vous » (E7, L58)

Du point de vue de l'imagerie, il n'avait pas été mis en avant un type de prise en charge selon les caractéristiques des médecins interrogés.

4- La rapidité du bilan selon qui suspecte les troubles :

Plusieurs médecins ont dit que leurs prises en charge étaient plus actives lorsque les troubles étaient constatés par la famille, ils adressaient aussi plus vite vers le spécialiste à la demande de la famille.

« J'ai l'impression que quand c'est la famille qui rapporte ce genre d'éléments, c'est un signal très fort et j'y attache donc beaucoup d'importance et cela va m'inciter à aller plus vite dans la démarche. Il y a une attente de quelqu'un d'autre et on se dit que s'ils sont alarmés ce n'est pas pour rien, s'ils viennent à 3 dans le bureau pour m'annoncer que ça ne va pas, j'ai le devoir d'agir vite » (E7, L28)

« Dans la demande du patient ou de la famille, il y a beaucoup plus de demandes spécialisées, d'interventions de gériatres » (E3, L32)

Lorsque c'étaient les médecins qui remarquaient les troubles, ils avaient tendance à prendre davantage leur temps afin de faire accepter aux patients les troubles et de rassembler les éléments.

« Parce qu'il faut que les gens puissent accepter, parce que si c'est moi qui trouve des éléments, une fois que je décide d'en faire quelque chose, faut que le patient soit prêt à le faire aussi, donc on prend plus son temps, de gants, on essaie d'avoir plus d'éléments. » (E7, L36)

D'autres médecins, au contraire, trouvaient que leurs prises en charge étaient identiques. *« Parce que de toute façon, on a une conduite univoque, on essaye de faire voir aux neurologues » (E8, L44)*

Les médecins qui évoquaient une conduite univoque exerçaient tous seuls dans notre étude.

F- Les coopérations avec les spécialistes : gériatre ou neurologue ?

1- Gériatre ou Neurologue ?

Un des médecins interrogés a dit qu'un des critères pour orienter le patient vers le neurologue était son âge. En effet, selon lui, les patients jeunes et n'étant pas prêts au diagnostic étaient plus facilement dirigés vers les neurologues. *« Les jeunes entre guillemets, j'aurais tendance à les adresser plus vers les neurologues, et les gens qui ne sont pas prêts aussi, car cela passe mieux d'adresser les gens aux neurologues. » (E7, L64)*

Un autre élément mis en avant pour choisir l'interlocuteur était l'habitude. Quelques-uns disaient adresser le patient vers un neurologue par habitude, par connaissance de promotion. « *Habitude (...) le neurologue il y a une secrétaire, je les connais très bien, c'est des gens de ma promo.* » (E4, L45)

Plusieurs médecins adressaient les patients vers l'hôpital de jour de gériatrie par commodité : tout le bilan est fait en un jour, ce qui permet une meilleure compliance. « *L'hôpital de jour de gériatrie, même s'ils sont un peu réticents, tu leur expliques voilà vous allez être pris à 9h du matin, on va vous ramener à 17h (...) parce que parfois la compliance elle est difficile à avoir. Ils me disent une fois je veux bien mais pas plus. Souvent ils sont en plus un peu dans le déni, donc au moins tu as fait tout le bilan.* » (E2, L83)

Le délai des consultations moins long semblait être un argument pour adresser les patients vers les gériatres. « *Gérontologue (...), le neurologue, il n'y aura pas de place donc c'est le plus rapide* » (E9, L50)

Un des médecins interrogés évoquait l'absence de légitimité du gériatre vs le médecin généraliste contrairement au neurologue. « *Je trouve que c'est plus le rôle du neurologue de faire le diagnostic de maladie d'Alzheimer plutôt que le gériatre. Le gériatre il va faire comme nous, même s'il est plus spécialisé dans la personne âgée. Pour moi, c'est un spécialiste de la personne âgée, mais il est quand même au même niveau que nous* » (E5, L39)

2- Ville ou Hôpital ?

Certains adressaient davantage les patients vers le neurologue en libéral car selon eux, la maladie d'Alzheimer n'était pas une priorité, elle intéressait peu. « *Je pense que ce n'est pas une pathologie qui intéresse beaucoup, je pense qu'une SEP chez les jeunes les concerne plus. On sent que c'est une pathologie secondaire en hospitalier* » (E4, L51)

Un des critères pouvait être le délai pour avoir un rendez-vous. « *Après, en ville ou à l'hôpital, je n'ai pas de préférence, c'est souvent les délais* » (E7, L69)

Les médecins qui adressaient leurs patients vers le gériatre ne se posaient pas la question puisqu'il n'existait pas de gériatre libéral pour eux. « *Les gériatres n'existent pas en libéral* » (E9, L51)

G- Les traitements de la maladie d'Alzheimer :

1- Les traitements médicamenteux :

Un certain nombre de médecins interrogés ont remarqué que le traitement médicamenteux était prescrit de façon moins systématique qu'auparavant. « *J'ai constaté qu'ils ne mettent plus le traitement systématiquement comme ils le mettaient avant* » (E1, L79). Mais d'autres trouvaient que le traitement médicamenteux était encore systématiquement prescrit « *ils sortent tous, tous, tous avec de l'EBIXA.* » (E2, L142)

a. Renouvellement du traitement :

Certains médecins ne souhaitaient pas renouveler le traitement médicamenteux prescrit par le spécialiste mais cela était difficile car ils avaient moins de crédit que le spécialiste. « *Après c'est compliqué à partir du moment où tu adresses à un spécialiste et ils sortent avec de l'EBIXA, et que toi tu dises non mais ça sert à rien. On va te dire c'est quand même lui le spécialiste.* » (E2, L143) Dans ces cas là, les médecins disaient qu'ils expliquaient à la famille mais n'allaient pas contre leur accord. « *Si la famille te dit : dans le doute, on voudrait le continuer car le gériatre a dit que peut-être chez certaines personnes ça pourrait... Là, tu ne te bats pas, tu le laisses.* » (E2, L150)

Différents critères faisaient stopper le renouvellement de cette thérapeutique par les médecins généralistes : une maladie évoluée avec entrée en institution, des effets secondaires, une famille en accord avec la prise en charge. « *On va l'arrêter dès que les patients sont placés en institution et dès*

que la famille n'attend pas monts et merveilles de ce traitement-là quand tu leur expliques. » (E2, L148)

Plusieurs médecins renouvelaient le traitement de façon systématique car ils se fiaient à l'avis du spécialiste. « *Éventuellement je le change ou je l'adapte s'il y a des effets secondaires. Je ne joue pas aux apprentis sorciers, je me dis que je me fie au spécialiste. » (E4, L95)*

b. Efficacité et effets secondaires :

De nombreux médecins trouvaient que les traitements médicamenteux contre la maladie d'Alzheimer étaient inefficaces. « *Il n'y a pas d'avantage scientifiquement démontré sur le bénéfice de ces traitements. » (E2, L114)*

D'autres remarquaient un bénéfice sur les troubles du comportement plus que sur l'évolution de la maladie. « *Sur certains troubles du comportement ça a marché, notamment sur l'agressivité, en particulier EBIXA, ça a l'air de marcher » (E1, L86)*

Quelques médecins rapportaient non pas une guérison mais un ralentissement supposé de la maladie via cette thérapeutique. « *Je pense que cela ralentit la maladie » (E4, L90)*. Mais un médecin rapportait que ce ralentissement de la maladie pouvait être un poids pour la famille. « *Est-ce qu'il vaut mieux ralentir la maladie et que cela dure plus longtemps pour les proches, je ne suis pas très sûre que cela soit très bien. Alors c'est peut-être mieux pour eux, mais pour la famille quel poids... » (E5, L82)*

De nombreux effets secondaires étaient rapportés par les médecins comme des troubles digestifs. « *Les troubles digestifs sont quand même très fréquents » (E7, L117)*

c. Raisons de la poursuite du traitement :

Des médecins avaient rapporté prescrire ce traitement par défaut *« on a entendu que ces médicaments n'étaient pas super géniaux mais après je me dis que si on n'a pas d'autres moyens, ce n'est pas des médicaments très très lourds donc pourquoi pas. »* (E10, L65)

Certains médecins associaient le renouvellement de cette thérapeutique à une culpabilité du médecin ou à un besoin d'agir. *« Je n'ose pas le retirer (...) peut-être presque plus pour moi que pour la patiente, sinon je me dis mince, je ne fais rien pour elle. C'est un petit espoir quand même. »* (E6, L90)

Un médecin a raconté qu'un de ses patients diagnostiqué très tôt poursuivait le traitement malgré les doutes qu'il avait trouvés sur Internet par espoir *« le monsieur (...) me disait qu'il avait regardé sur Internet, s'était renseigné et me disait : pas sûr que cela me fasse quelque chose mais qui le prend quand même »* (E1, L91)

2- Les traitements non médicamenteux :

Certains médecins rapportaient que le traitement le plus important était le traitement non médicamenteux, l'accompagnement au quotidien. *« Ce qui est urgent, c'est de les accompagner et d'accompagner la famille dans les difficultés (...). Le plus gros traitement, c'est d'accompagner dans le quotidien. »* (E5, L71, L78)

a. Les aides à domicile :

Nombre de médecins insistaient sur l'importance des aides paramédicales telles que le passage infirmier pour la distribution des médicaments, l'aide à la toilette, des aides ménagères, la conservation de l'autonomie par la kinésithérapie, l'orthophonie, ...

« la mise en place des aides sur le plan pratique : infirmières, aides à domicile » (E1, L121)

b. Les ateliers-mémoire / accueils de jour :

Les ateliers-mémoire étaient reconnus par les médecins comme un élément essentiel de la prise en charge pour stimuler les patients mais aussi faire souffler les conjoints. « *Tous les ateliers mémoire, toute la capacité à éveiller l'attention des gens dans des automatismes qu'ils ont que ce soit jouer aux petits chevaux, (...). C'est dans ces ateliers de travail qu'il faut permettre et aider ces gens qui s'isolent progressivement et non pas trop les cacher* » (E8, L133, L136)

Néanmoins un certain nombre évoquait des difficultés pour leur mise en place. Les difficultés soulignées étaient la réticence du patient ou du conjoint qui pour ce dernier est en lien avec une culpabilité d'abandon. « *Il est inscrit depuis 1 an et demi en accueil de jour, il n'y est jamais allé parce que sa femme dit qu'il ne voudra jamais y aller, on va le perturber, cela va casser sa routine s'il y va tous les mardis. Elle n'a jamais pris la peine d'appeler le taxi le mardi pour essayer, je le vois tous les mois avec sa femme et tous les mois on répète la même chose.* » (E2, L193) « *Quand même docteur, je ne vais pas l'abandonner, ça fait 60 ans qu'on est mariés* » (E2, L203)

Une autre difficulté qui était rapportée était l'attente pour avoir une place en accueil de jour. « *Ils ont un travail de qualité qui ne peut être un travail de masse et donc l'attente est quelquefois pénalisante* » (E8, L140)

c. Les hébergements temporaires :

Des médecins signalaient qu'ils proposaient très facilement des hébergements temporaires afin d'organiser « un séjour de répit » pour l'aidant. « *Je propose assez facilement les hébergements temporaires (...) j'appelle cela un séjour de répit pour les aidants* » (E7, L139)

d. Autres mesures :

D'autres mesures étaient évoquées dès le diagnostic de maladie d'Alzheimer comme proposer la téléalarme, garde de week-end. Certains médecins donnaient les contacts d'associations de patients ou d'aidants, des numéros à appeler pour la famille. Des mesures de précaution étaient rapidement évoquées également comme la conduite automobile, une inscription en EHPAD de précaution.

« En fait diagnostic égal anticipation sur les choses à faire à la maison, et les inscriptions en institution éventuellement. Je donne aussi très vite le numéro du CLIC, la famille les appelle très souvent » (E7, L101)

H- La prise en charge globale de la maladie d'Alzheimer vue par les généralistes :

1- Les rôles des médecins généralistes :

Un des principaux rôles des médecins généralistes dans la prise en charge de la maladie d'Alzheimer consistait à suspecter la maladie pour pouvoir ensuite adresser le patient vers un spécialiste pour qu'il fasse le diagnostic. *« La suspicion de la maladie, puis d'orienter le patient pour avoir des tests plus précis pour pouvoir affirmer la maladie » (E1, L129)*

Plusieurs médecins évoquaient le rôle de mise en place des aides à domicile. *« Les aides à domicile à mettre rapidement en place, notamment pour pas qu'il y ait de gag dans les traitements (E6, L101).* Par la suite, un rôle d'encadrement et d'accompagnement de la famille, du patient et des aides à domicile. *« C'est un chef d'orchestre de toutes les aides possibles et imaginables. » (E5, L103*

Prévenir et anticiper l'avenir étaient des rôles mis en avant par les médecins interrogés. Selon eux, il fallait prévenir l'épuisement des aidants en anticipant les aides. *« Prévenir l'épuisement de la famille, les déculpabiliser de ne pas tout prendre sur leur épaule, de demander de l'aide. Et les faire accepter*

qu'ils ne pourront pas tout faire, et qu'il ne faut pas tout faire. » (E6, L102) Des numéros d'associations pouvaient être donnés pour conseiller les aidants « des conseils pour les aidants avec des numéros de téléphone d'associations de patients d'aidants » (E7, L132)

2- Les améliorations souhaitées pour la prise en charge :

Un certain nombre de médecins évoquaient une augmentation du nombre de structures pour accueillir les patients atteints de la maladie d'Alzheimer tels que les maisons de retraite, les accueils de jour. Selon eux, ce manque de place était délétère pour les patients. *« Il n'y a pas encore assez de place dans les ateliers, il faudrait agrandir ça. Et puis quand le maintien est devenu impossible, il n'y a pas assez de structures adaptées » (E1, L140).*

Plusieurs médecins regrettaient avoir eux-mêmes un manque de connaissance des différentes mesures sociales et d'accompagnement possibles. *« C'est vrai que je ne connais pas très bien les aides non médicamenteuses qu'il y a autour. Je m'occupe des infirmières, des aides ménagères mais je ne connais pas bien les accueils de jour, c'est le gériatre qui gère. J'aimerais avoir plus d'informations sur les associations, aides possibles. » (E10, L87)*

Davantage de formation auprès des aidants personnels comme professionnels était mise en avant. *« toujours informer (...) peut être une aide sur les proches pour qu'ils anticipent mieux les choses » (E2, L219) « Plus de formation pour le personnel soignant dans les structures » (E4, L130).* Même si un médecin reconnaissait que de gros progrès avaient été faits. *« il y a une sensibilisation qui a été faite qui est quand même remarquable » (E8, L116)*

Un médecin évoquait la présence d'un traitement efficace. *« Un traitement efficace » (E1, L140)*

3- Les difficultés de prise en charge :

Quelques médecins évoquaient qu'une des difficultés était le caractère chronophage de cette maladie en dehors des consultations. *« Tu passes du temps en dehors de la consultation pour prévenir toute la famille, les gériatres, faire les dossiers qui sont souvent mis à la poubelle. » (E2, L213)*

L'évaluation cognitive puis le diagnostic de la maladie d'Alzheimer semblaient être une difficulté pour les médecins interrogés *« A part le refus de certaines personnes à bien vouloir se faire évaluer quand elles sont au stade débutant » (E4, L125)*

Un médecin évoquait des difficultés pour la mise en place des aides à domicile pour des raisons de refus du patient, des aidants ou des motifs financiers. *« La difficulté c'est toujours la mise en place des aides, difficultés financières. Là j'en ai une elle ne veut pas d'aides et le mari non plus donc c'est compliqué. » (E5, L116)*

I- L'évolution du métier de médecin généraliste :

Un certain nombre de médecins évoquaient l'augmentation de la « paperasserie », des tâches administratives au fil des années. *« Ce qui a changé et ce qui nous embête le plus, c'est la paperasserie » (E1, L143).* D'un autre côté, un médecin disait que l'instauration des paiements forfaitaires avait permis de mieux accepter la paperasserie. *« Il y a eu les paiements un peu forfaitaires, les 40 euros par an et par patient en ALD, à un moment ça permet aussi d'accepter davantage de faire ce travail de paperasse, avant c'était quelque chose qui m'insupportait vraiment et maintenant que je suis payé pour le faire j'accepte, cela fait partie de mon travail. » (E7, L161)*

Plusieurs médecins avaient mis en avant l'amélioration de la qualité de vie avec réduction du temps de travail, gardes... *« On nous a enlevé énormément de contraintes, contrainte de garde, contrainte*

d'horaire démesuré, on a éduqué un peu aussi les patients, ils ne t'appellent plus à n'importe quelle heure, ils ne viennent plus sonner chez nous » (E2, L226). Néanmoins, il semblait exister un conflit générationnel avec pour certains (les plus anciens) un regret de l'évolution du métier.

« Je ne peux pas imaginer mais après c'est une question de génération et une question d'envie de faire de la médecine en salarié et finir à 18h30. Je n'ai pas cette dynamique de pensée et je pense que les jeunes ils n'ont plus cela (...) vous n'avez pas l'esprit de chef d'entreprise et cela c'est dommage (...) cette déresponsabilisation et la féminisation, cela a entraîné petit à petit des gens qui n'ont pas envie de prendre des risques, pas envie de se lancer dans un cabinet privé avec la paperasse. » (E4, L145-149-155)

Certains regrettaient une réduction du champ d'activités du médecin généraliste *« On n'est plus comme avant à enlever des grains de beauté pour suspicion de cancer, faire des infiltrations, donc c'est un peu limité. » (E2, L229)* Alors que d'autres médecins au contraire trouvaient qu'on pouvait faire la médecine que l'on désirait *« Soit on fait de l'abattage et on fait de l'aiguilleur et on envoie au spécialiste, soit on fait plein de choses soi-même. On se fait un peu sa clientèle, chacun fait comme il veut. » (E1, L151)*

Plusieurs médecins (surtout les plus âgés) évoquaient avec regret le fait que la médecine était plus technique auparavant. *« Je ne trouve pas qu'il aille dans le bon sens. On devient plus des techniciens qu'autre chose. » (E5, L144).*

Quelques médecins trouvaient que le comportement des patients avait changé : plus exigeants, manque de reconnaissance, ... *« On est de moins en moins reconnus, nous sommes un service comme un autre, j'ai acheté mon pain ce matin, j'ai été acheter un poulet chez le crémier et je vais chez le médecin. Je me demande s'il y a une hiérarchie dans la problématique. » (E8, L178)*

L'instauration du médecin traitant n'avait pour la plupart pas modifié la prise en charge des patients. Quelques-uns reconnaissaient tout de même une limitation du nomadisme médical et ce dispositif leur permettait de refuser de prendre en charge de nouveaux patients. *« Cela a changé quelque chose dans le sens où vous pouvez refuser des patients donc cela c'est bien, car avant on ne pouvait*

pas. Bon ça reste difficile mais c'est tout de même plus facile qu'avant. C'est peut-être un petit mieux pour la sécu, il y a moins de nomadisation avec ce système là. » (E4, L168)

La plupart des jeunes médecins interrogés étaient tout de même satisfaits de leur installation et de leur qualité de vie. « *Nous ça se passe très bien, on est jeune, dynamique, moderne avec une secrétaire donc on n'a pas de problème. On a une bonne qualité de vie. » (E9, L90)*

IV-DISCUSSION :

A- Résultats principaux :

1- Une situation inhabituelle :

Les médecins interrogés semblaient remarquer que les troubles étaient le plus souvent constatés par un tiers. Une étude de 2004 retrouve ce constat puisque 77% des plaintes provenaient de l'entourage.(14)

C'est une situation plutôt inhabituelle puisque d'ordinaire le patient constate une anomalie et consulte pour obtenir une réponse de son médecin, ou alors le médecin découvre une pathologie en examinant son patient. Ici, les symptômes semblent se manifester en dehors du cadre habituel de travail des médecins en faisant intervenir le point de vue d'un tiers sur le patient. On entre donc dans un dialogue triangulaire.

A contrario, lorsque les patients se plaignent de troubles de la mémoire, il existe peu souvent des troubles cognitifs. Une étude réalisée en 2007 montrait que le diagnostic de démence n'avait été établi que chez 3% des patients qui se plaignaient de troubles mnésiques.(15) Il faut rappeler que le vieillissement cognitif était encore perçu jusqu'à très récemment comme physiologique et il reste d'ailleurs perçu dans certaines sociétés comme un corollaire normal du vieillissement.(16) La difficulté consiste bien à distinguer le niveau normal et le niveau pathologique des troubles, ce que les patients eux-mêmes ou les personnes de leur entourage peuvent avoir du mal à faire.

Dans notre étude, les troubles constatés par le médecin étaient souvent des oublis de rendez-vous. Mais lorsque ces éléments sont constatés, on peut penser que nous ne sommes plus dans un diagnostic précoce, mais déjà dans une pathologie avancée.

Certains médecins interrogés constataient qu'un déséquilibre d'INR pouvait indiquer un défaut d'observance et mettre en alerte le médecin. Cet élément était jusqu'alors peu représenté dans la littérature.

2- Les difficultés du diagnostic :

Les médecins interrogés dans cette étude ont décrit plusieurs difficultés pour avancer dans le processus diagnostique de la maladie d'Alzheimer.

La première décrite était le déni du patient. C'est une maladie encore assez mal perçue socialement, qui peut être très déqualifiante et les patients préfèrent parfois ne pas courir le risque de se voir diagnostiquer « Alzheimer ». Bien que les représentations médiatiques et sociales de cette maladie aient évolué, la maladie d'Alzheimer reste encore associée à l'idée de dépendance, d'incurabilité, au stéréotype de retombée en enfance, ...(16)

La seconde était le déni de la famille. Une sociologue, Emmanuelle Soun, a évoqué le principe « d'incubation sociale de la maladie d'Alzheimer » pour qualifier cette période où les troubles sont présents à bas bruit et ne sont pas associés à une pathologie. L'incubation est la période pendant laquelle le patient présente des signes qui pourraient donner l'alerte mais dont le sens est expliqué d'une autre manière que celle de la pathologie. (17)

A-contrario, lorsque les patients consultaient, la maladie n'était pas systématiquement diagnostiquée (comme nous l'avons démontré plus haut), ce qui laisse entendre que parfois les inquiétudes n'étaient pas justifiées. Les patients peuvent donc retarder la consultation dans une logique de déni mais ils peuvent aussi parfois s'inquiéter trop vite et consulter pour des troubles normaux. Il y a bien là une difficulté spécifique à cette maladie.

Une troisième raison évoquée par les médecins interrogés consistait en des soucis logistiques. La plainte des troubles de la mémoire pouvait être une plainte de fin de consultation. Ici c'est

l'organisation du travail d'un médecin généraliste et la logique du paiement à l'acte qui peut être un frein au diagnostic. Une thèse de 2006 avait évalué les demandes de fin de consultation de médecine générale. Dans cette étude, 40% des médecins généralistes avaient une attitude négative face à cette demande, dans 60% des cas cette demande avait rallongé la consultation. Les médecins estimaient que dans 16.8% des cas cette demande était faite en fin de consultation car le patient n'avait pas osé aborder le sujet plus rapidement.(18) Une autre thèse de 2011 montrait que la qualité de l'écoute pour un motif donné en fin de consultation était de 4,7 sur 10 selon les médecins généralistes au lieu de 6,3 sur 10 s'il n'y avait pas de demande en fin de consultation.(19) Ces chiffres montrent une prise en charge de moins bonne qualité lorsque les plaintes mnésiques sont évoquées en fin de consultation en lien avec l'organisation du travail du médecin généraliste.

3- Le retard diagnostic : une réalité. Quel enjeu ?

Le retard diagnostic est, pour presque tous les médecins interrogés, une réalité. L'étude *Facing Dementia Survey de 2005, comme cité précédemment*, estimait le retard diagnostic en France à 22 mois.(10)

Les causes du retard sont multiples. Tout d'abord, les médecins interrogés expliquaient ce retard par le fait que c'est une maladie dont le diagnostic de certitude est difficile à poser. Il existe souvent une confusion entre le vieillissement et la démence débutante. L'étude *Facing Dementia Survey*, indiquait que 86 % des aidants, 93 % des médecins et 81 % des sujets de la population générale considéraient que c'était la cause principale de retard au diagnostic.(20) La maladie d'Alzheimer étant le plus souvent une maladie de la personne âgée, se surajoutent les pathologies multiples déjà présentes chez le patient avec des troubles neurosensoriels compliquant le diagnostic de la maladie d'Alzheimer.(21)

Certains médecins interrogés expliquaient ce retard par des conséquences trop dramatiques pour le patient d'être étiqueté « maladie d'Alzheimer ». Par crainte de choquer leurs patients ou par crainte

d'une stigmatisation de leurs patients par les structures de soins et d'aide, ils préféraient cacher le diagnostic ou bien ne pas le chercher.(21) 40 % des personnes aux prises avec des troubles de la mémoire ont souligné avoir été rejetées ou traitées différemment après l'annonce de leur maladie selon une étude réalisée par Alzheimer Monde.(22) Ceci est majoré par l'absence de traitement jugé efficace par les médecins, puisque dans l'étude *Facing Dementia Survey* seulement 41% des médecins considéraient qu'il existait un traitement médicamenteux ou non efficace.(23)

A ces causes, se surajoutent les difficultés précédemment citées pour avancer dans le processus diagnostic de la maladie d'Alzheimer.

Quelques médecins pensaient que le diagnostic précoce était un enjeu. Les raisons invoquées n'étaient non pas la thérapeutique médicamenteuse controversée mais de pouvoir faire bénéficier le patient d'aides spécifiques. Toutes les mesures pouvant accompagner, faciliter le quotidien du patient, ainsi que de lui assurer une certaine sécurité. Ces mesures passent par des aides paramédicales ou techniques, l'évocation de l'avenir, des souhaits du patient, de la famille...(24)

La Société Alzheimer du Canada a repris une publication dans laquelle des personnes malades donnent des conseils aux médecins pour l'annonce du diagnostic. Connaître le diagnostic permettrait à la personne atteinte et à sa famille de comprendre les raisons des changements de sa vie, l'évolution de la maladie et la nécessité de planifier l'avenir.(25)

4- L'utilisation des tests neuropsychologiques :

Selon les médecins interrogés, les attitudes étaient variables quant à l'utilisation des tests neuropsychologiques alors que les recommandations de la HAS de 2011 préconisent d'effectuer une évaluation cognitive globale de manière standardisée à l'aide du *Mini-Mental State Examination* (MMSE) dans sa version consensuelle établie par le groupe de recherche et d'évaluation des outils cognitifs (GRECO).(6)

Certains les utilisaient car ils les trouvaient plutôt fiables et chronophages mais la cotation adaptée était suffisamment rétributive. La cotation spécifique en médecine générale pour la réalisation de tests neurocognitifs est présente sous le nom de « Test d'évaluation d'un déficit cognitif » avec comme code de cotation CCAM (Classification commune des actes médicaux) ALQP006, soit 69, 12€ depuis 2005.(26)

D'autres médecins trouvaient ce test peu adapté et présentant de nombreuses limites. Les limites souvent décrites étaient les difficultés d'interprétation selon le niveau socioculturel : un test pouvait-être faussement bon chez une personne à haut niveau socioculturel et vice versa. (27) De plus, le test ne présumait d'aucune étiologie. Ces remarques sont toutefois bien signalées sur les recommandations de la HAS.

Une autre limite évoquée était le manque de pertinence des questions du MMSE. Le point souvent remis en question était la phrase « Pas de mais, de si, ni de et ». Cette phrase est tirée d'une traduction littérale d'un proverbe américain bien connu (« No ifs, ands or buts ») mais qui n'a aucune signification en français. (28) Cette question, entraînait presque à coup sûr la perte d'un point puisque ne faisant pas appel à la mémoire des patients.

Une étude de 2013 avait analysé les obstacles à la réalisation de tests gériatriques en médecine générale. Les obstacles allégués à leur utilisation sont le temps excessif nécessaire (76,2 %), le manque de formation et de pratique quant à leur usage (28,6 %), l'absence de cotation CCAM (13,1 %), le risque d'altération de leur relation médecin/patient et de rupture de confiance (10,7 %), le rôle croissant du médecin spécialiste au détriment de celui du médecin traitant (22,6 %), voire leur manque d'intérêt (9,5 %) cité plus fréquemment par les médecins généralistes non formés à ces outils (p = 0,05). Seuls 9,5 % des médecins interrogés ne voient aucun obstacle à leur usage. Dans cette étude, le MMSE est utilisé par 48 % des médecins enquêtés. (29) L'évolution de la formation à la réalisation des tests neuropsychologiques explique probablement le fait que dans notre étude, les jeunes médecins interrogés utilisaient tous ces tests contrairement aux médecins plus âgés.

5- Quelle orientation pour les patients présentant des troubles cognitifs ?

La plupart des médecins interrogés orientaient leurs patients vers un spécialiste. Cela rejoint l'estimation INPES de 2009, puisque huit médecins généralistes sur dix déclaraient les envoyer systématiquement vers un spécialiste.(30)

D'après l'étude du réseau Sentinelle de 2004, 68 % des médecins généralistes adressaient leurs patients chez le neurologue, 23 % en consultation mémoire, 17 % chez le gériatre et 6 % chez le psychiatre.(14) Néanmoins, une thèse de 2014 retrouve une proportion différente, puisqu'alors 45.5% des médecins adressaient les patients en consultation mémoire, alors que seulement 26.2 % les adressaient vers un neurologue. (31) Dans notre étude, il semblerait que les médecins plus âgés adressent leurs patients davantage vers les neurologues par habitude alors que les plus jeunes adressent davantage leurs patients vers les gériatres en consultation mémoire ou en hôpital de jour. Cette différence peut, sans doute, être expliquée par l'accroissement progressif des plages de consultations mémoire et d'hôpitaux de jour qui sont assez récentes.

6- Quelle attitude face aux traitements médicamenteux de la maladie d'Alzheimer ?

Les médecins interrogés étaient globalement plutôt dubitatifs quant à l'efficacité des traitements médicamenteux dans la maladie d'Alzheimer. La revue *Prescrire*(32), et la commission de transparence des médicaments de la Haute Autorité de Santé sont univoques sur l'intérêt très limité de ces thérapeutiques(8). Paradoxalement, l'attitude quant au renouvellement de cette thérapeutique est variable. Les raisons évoquées par les médecins sont multiples, certaines sont retrouvées dans une étude de 2012 évaluant l'attitude des médecins généralistes dans le renouvellement de cette thérapeutique. Elle montrait que certains médecins généralistes poursuivaient le traitement dans l'espoir d'une efficacité, ou par peur du refus de la famille ou encore faute de mieux.(33)

Les médecins interrogés de notre étude exerçant en milieu urbain avaient davantage tendance à poursuivre les traitements médicamenteux prescrits par les spécialistes. Y a-t-il un lien avec leur proximité vis-à-vis du spécialiste ?

7- Les thérapeutiques non médicamenteuses : l'essentiel de la prise en charge :

Les médecins interrogés pensaient que l'accompagnement via une prise en charge non médicamenteuse était essentiel dans le traitement de la maladie d'Alzheimer. Malgré cet atout essentiel, selon le baromètre INPES de 2009, seulement la moitié des médecins référaient leurs patients vers des services de soins et d'aide et quatre médecins sur dix vers des centres locaux d'information et de coordination gériatrique. Néanmoins, l'accompagnement médico-social s'est amélioré suite au plan Alzheimer 2008-2012. Le nouveau plan des maladies neuro-dégénératives 2014-2019, a de nouveau pour objectif d'améliorer l'accompagnement du patient dans son environnement global. (2) Les médecins soulignaient dans notre étude l'absence de places suffisantes dans des structures adaptées telles que des ateliers mémoire. Le plan 2014-2019 a également pour objectif de développer les centres d'accueil de jour et les hébergements temporaires.

8- Rôles des généralistes dans la prise en charge d'un patient Alzheimer :

La place du généraliste dans la prise en charge des patients atteints de la maladie d'Alzheimer est centrale sur plusieurs points. Tout d'abord, il a un rôle de dépistage important puisque c'est lui qui adresse le patient vers le spécialiste pour qu'il réalise le diagnostic selon les recommandations de la HAS(6) puis il doit organiser le parcours de soin des patients.(34)

Les médecins interrogés dans notre étude évoquaient ces rôles de détection et d'accompagnement du patient et des aidants. Certains médecins souhaiteraient une meilleure connaissance des mesures sociales existantes. D'après l'étude INPES de 2009, seulement 51.8% des médecins s'estimaient suffisamment formés aux traitements non médicamenteux de la maladie d'Alzheimer.(30)

Les médecins interrogés évoquaient également l'importance de la poursuite des formations auprès des aidants personnels et professionnels. D'après France Alzheimer, il y a une augmentation de 23 % du nombre d'aidants formés entre 2012 et 2015.(35) Une étude INPES de 2013, portant sur les professionnels travaillant via des structures types MAIA (Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer), décrivaient leur métier comme « extrêmement impliquant », « usant » et « stressant ». Un bon nombre de professionnels insistaient sur la nécessité d'un encadrement, d'un accompagnement et d'échanges, afin que l'autonomie professionnelle ne soit pas synonyme de solitude. Ils soulignent néanmoins, une amélioration considérable des formations professionnelles. (36)

9- Le métier de médecin généraliste vu par eux-mêmes :

D'après les résultats de notre étude, il semble exister un axe générationnel quant à l'évolution du métier de médecin généraliste. Les jeunes semblaient satisfaits du métier avec l'amélioration des conditions de travail ; quant aux plus âgés, ils trouvaient que le métier n'avait pas évolué dans le bon sens. Une étude de 2008 trouvait que 82% des médecins (jeunes ou plus âgés) avaient une image positive de leur propre profession et aucun, malgré les difficultés rencontrées, ne regrettait d'avoir choisi celle-ci.(37) Toutefois 1 Français sur 2 estimait que l'image des médecins généralistes s'était détériorée depuis 10 ans.

B- Biais de l'étude :

1- Biais de sélection :

Les médecins ont été choisis de façon à obtenir des profils aussi différents que possible. Il y a eu cependant de nombreux refus de participer de la part des médecins contactés ainsi que des difficultés d'agenda. Les raisons évoquées pour le refus étaient un manque de temps, l'absence de

patientèle de personnes âgées, ou un refus sans explication en raison d'un contact uniquement via la secrétaire. Un biais de sélection reste possible de ce fait mais les critères d'exhaustivité de l'échantillon ont été respectés limitant ce biais.

2- Biais d'information :

Le deuxième biais retenu dans cette étude est le biais d'information. Les entretiens étaient réalisés par un interne de médecine générale, les médecins ont pu avoir peur d'être jugés et ainsi se sentir moins libres de s'exprimer. Par ailleurs, à la vision du Smartphone et de l'enregistrement, certains médecins ont voulu être rassurés quant à l'anonymat des propos. Cependant la saturation des données a été obtenue permettant de limiter ce biais.

3- Biais d'interprétation :

L'enquêteur étant la même personne qui analyse les données, un biais d'interprétation est forcément présent. Néanmoins, ce biais est limité par le double codage à travers une personne extérieure à cette étude.

CONCLUSION :

Cette étude a permis de mettre en avant des déterminants dans le processus diagnostique et la prise en charge de la maladie d'Alzheimer. Cette maladie reste atypique pour son diagnostic puisque les troubles sont souvent constatés par un tiers et non par le patient lui-même. L'accompagnement du patient dépend également en partie du tiers. Un des déterminants identifié dans notre étude et non retrouvé dans les autres études était le déséquilibre des INR pouvant nous orienter vers un diagnostic de troubles cognitifs. Ce critère peut être intéressant puisqu'un certain nombre de patients âgés sont sous traitement anti-vitamine K, seulement les causes de déséquilibre sont multiples. Ce critère peut-il être utilisable dans la pratique courante ?

Les difficultés principalement rencontrées étaient le déni du patient et du tiers. Ce déni pouvait être en lien avec une difficulté d'acceptation de cette maladie, car il persiste une image sociale négative de cette pathologie.

Le retard diagnostique était reconnu par les médecins mais leurs positions vis-à-vis de celui-ci étaient variables. L'absence de thérapeutique efficace semblait être un frein au diagnostic ; toutefois malgré une confiance quasiment absente dans les thérapeutiques médicamenteuses, de nombreux médecins les renouvelaient faute de mieux.

Les traitements non médicamenteux comprenant les aides paramédicales, hébergements, ateliers mémoire, ... semblaient être un point clé de la prise en charge du patient Alzheimer. Ces mesures se sont améliorées grâce au plan Alzheimer 2008-2012, mais les formations des aidants familiaux et professionnels sont à poursuivre car certains médecins s'estimaient encore insuffisamment formés dans ce domaine. C'est là l'amélioration principalement souhaitée par les médecins généralistes interrogés.

Les médecins généralistes s'identifiaient dans un rôle de suspicion de la maladie et surtout dans un rôle d'anticipation et d'accompagnement du patient. Ce rôle d'accompagnement était un rôle chronophage peu rétribué via le paiement à l'acte. La nouvelle convention médicale de 2017 met en place un nouveau forfait annuel patientèle/médecin traitant pour les patients âgés de plus ou de moins de 80 ans en ALD.(38) Cette nouvelle rétribution va-t-elle permettre d'améliorer cette prise en charge ?

BIBLIOGRAPHIE :

1. Carbone S. Penser les vieilles. Seli Arslan SA. Paris; 2010. 73-90.
2. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. Plan Maladies Neuro-dégénératives 2014-2019. In 2014. Disponible sur: http://www.cnsa.fr/documentation/plan_maladies_neuro_degeneratives2014.pdf (consultée le 14/03/2017)
3. Brutel C. La population de la France métropolitaine en 2050 : un vieillissement inéluctable. Economie et Statistique. 2002;(355 à 356):57-71.
4. Prince, M, Wimo, A, Guerchet, M, et al. World Alzheimer Report 2015 The Global Impact of Dementia An analysis of prevalence, incidence, cost and trends. In 2015. (Alzheimer's Disease International , London.). Disponible sur: <https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2015.pdf> (consultée le 16/05/2017)
5. Sarazin M, Dubois B. Démarche et circonstances diagnostiques dans la maladie d'Alzheimer. La revue du Praticien. 2005;(55):1879-1890.
6. Haute Autorité de santé. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge. In 2011. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-12/recommandation_maladie_d_alzheimer_et_maladies_apparentees_diagnostic_et_prsie_en_charge.pdf (consultée le 14/06/2016)
7. Haute Autorité de santé. Maladie d'Alzheimer : dispositif d'annonce du diagnostic et d'accompagnement. In 2012. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/s8_dispositif_annonce_du_diagnostic_et_accompagnement_revvg27042012.pdf (consultée le 18/05/2017)
8. Haute autorité de santé. Annexe Commission de la transparence. Rapport d'évaluation des médicaments indiqués dans le traitement symptomatique de la maladie d'Alzheimer. In [cité 15 déc 2017]. p. 53. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-10/annexe_-_rapport_devaluation_des_medicaments.pdf (consultée le 15/12/2016)
9. France Alzheimer et maladies apparentées. Médicaments : France Alzheimer opposée au déremboursement total ! In 2016. Disponible sur: <http://www.francealzheimer.org/sites/default/files/Cp%20-%20de%CC%81remboursement%20des%20me%CC%81dicaments%20Alzheimer.pdf> (consultée le 18/05/2017)
10. Bond J. Stave C. Sganga A. Vincenzino O. O'connell B. Stanley R.L. Inequalities in dementia care across Europe : key findings of the Facing Dementia Survey. International journal of clinical practice. 2005;8-14.
11. Aubin-auger I. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008;19(84):142-145.
12. Frappé P. Initiation à la recherche. Neuilly sur Seine - Paris: GMSanté et CNGE; 2011. 22-171.

13. Oude-Engberink A. La méthode phénoméno-pragmatique : une méthode pertinente pour l'analyse qualitative en santé. *Exercer*. 2013;24(105):4-11.
14. Cantegreil-Kallen I. 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*. Août 2004;25:548-555.
15. Rouch I, Bourg A, Convers JP, Colvez A, et al. Exploration de la plainte cognitive dans une population de consultants de Centres d'exams de santé. *Psychol NeuroPsychiatr Vieil*. 2007;5(2):153-162.
16. Ngatcha-Ribert L. Alzheimer : la construction sociale d'une maladie. Paris: Dunod; 2012. 31-375.
17. Soun E. Des trajectoires de maladie d'Alzheimer. L'Harmattan. Paris; 2004. 8-15.
18. Jouanin S. Fréquence et analyse des demandes en fin de consultation en médecine générale. thèse de médecine. Faculté de médecine. Lyon. 2006.
19. Dareths Fabier S. Evaluation de la qualité d'écoute des médecins généralistes en consultation. Thèse de médecine. Faculté de médecine. Bordeaux. 2011.
20. Rimmer E, Wojciechowska M, Stave C, Sganga A, O'Connell B. Implications of the Facing Dementia Survey for the general population, patients and caregivers across Europe. *International journal of clinical practice*. 2005;17-24.
21. Dartgues J.F., Helmer C. Comment expliquer le retard au diagnostic de maladie d'Alzheimer en France ? *Gérontologie et société*. 2009;(129 à 129):183-193.
22. Batsch N, Mittelman A, Alzheimer's Disease International. World Alzheimer Report 2012 Overcoming the stigma of dementia. In 2012. Disponible sur: <https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2012.pdf> (consultée le 15/05/2017)
23. Wilkinson D, Sganga A, Stave C, O'Connell B. Implications of the Facing Dementia Survey for health care professionals across Europe. *International journal of clinical practice*. 2005;27-31.
24. Brouard F, Huchet L. Parcours pédagogique dans la maladie d'Alzheimer Diagnostic précoce et prise en charge. *La revue du praticien Médecine générale*. 13 oct 2009;(827):569-571.
25. Société Alzheimer du Canada. Sujets délicats. Communiquer le diagnostic. In. Disponible sur: http://www.alzheimer.ca/~media/Files/national/brochures-tough-issues/Tough_Issues_Communicate_Diagnosis_f.pdf (consultée le 19/07/2017)
26. Ameli.fr. CNAMTS - CCAM version 45 applicable au 15 décembre 2016. In 2016. p. 1 à 395. Disponible sur: http://www.fmfpro.org/IMG/pdf/ccam_version43.pdf (consultée le 19/17/2017)
27. St-Hilaire A, Hudon C, Macoir J. Fiche descriptive de test. Examen mental de Folstein (MMSE). In. (Réseau Québécois de Recherche sur le Vieillissement). Disponible sur: [http://www.rqrv.com/fr/document/outils_accueil/Fiche%20descriptive%20du%20MMSE%20Fin al.pdf](http://www.rqrv.com/fr/document/outils_accueil/Fiche%20descriptive%20du%20MMSE%20Final.pdf) (consultée le 19/07/2017)
28. Croisile B. Le Mini-Mental State, un incontournable de la neuropsychologie. *Sciences Sociales et Santé*. Décembre 2014;32(4):71-77.

29. Di Patrizio P., Blanchet E, Perret-Guillaume C., Benetos A. Quelle utilisation les médecins généralistes font-ils des tests et échelles à visée gériatrique ? *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 2013;21-31.
30. Pin Le corre S., Somme D. Baromètre santé médecins généralistes 2009 : L'accompagnement de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en médecine générale. In INPES; 2009. p. 205 à 216. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/Barometres/Barometre-sante-medecins-generalistes-2009/pdf/accompagnement-alzheimer.pdf> (consultée le 14/06/2016)
31. Aliacar L. Dépistage des troubles cognitifs, modalités et freins en médecine générale : étude de pratiques professionnelles en région midi-pyrénées. thèse de médecine. Faculté de médecine. Toulouse. 2014.
32. Guides des interactions médicamenteuses. Patients ayant une maladie d'Alzheimer. La revue prescrire. 2016;383-389.
33. Le Reste JY., Millet C, Chiron B, Barais M, Cadier S, Barraine P, Nabbe P, Le Floch B. Comment les médecins généralistes ressentent-ils la place des médicaments antidémence dans la prise en charge de leurs patients atteints de la maladie d'Alzheimer ? *Exercer*. 2012;23(100):4-10.
34. Fernandez G, Guyomar M, Gentric A, Andro M. Entre contextes socio-familiaux et enjeux professionnels. Le rôle des médecins généralistes dans le diagnostic de la maladie d'Alzheimer. *Retraite et société*. 2014;(69):39-57.
35. France Alzheimer et maladies apparentées. La formation des aidants France Alzheimer 2015. In 2015. Disponible sur: http://www.francealzheimer.org/sites/default/files/Poster_Formation%20des%20aidants_2015.pdf (consultée le 29/07/2017)
36. Leon C, Périsset C, Kreft-Jais C. Perception et satisfaction des aidants professionnels dans le cadre du dispositif MAIA. *Evolutions - INPES*. nov 2013;(28).
37. Académie nationale de médecine. Le rôle et la place du médecin généraliste en France. In 2008. Disponible sur: http://www.bva.fr/data/sondage/sondage_fiche/675/fichier_microsoftpowerpoint-presentationenlignepptlectureseule_839ec.pdf (consultée le 29/07/2017)
38. Assurance maladie. CIRCULAIRE CIR-13/2017. In 2017 [cité 9 nov 2017]. p. 10. Disponible sur: https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/334265/document/circulaire-13-2017_assurance-maladie.pdf (consultée le 29/07/2017)

Annexe 1 : Guide d'entretien

1) Caractéristiques médecin :

- sexe
- rural/ville/ semi-rural
- âge
- mode d'exercice (seul en groupe)?
- maitre de stage ?
- formation en lien avec pathologies démentielles (capacité, DU Gériatrie)

2) Etat des lieux :

- Approximativement, dans votre patientelle, combien de patients sont diagnostiqués atteints de la maladie d'Alzheimer(MA) ? Sont-ils plutôt en institution ou à domicile ?
- Et pour combien de patient soupçonnez-vous le diagnostic sans qu'il soit posé ?

3) Diagnostic :

- Quels sont les éléments le plus souvent rapportés en consultation vous faisant évoquer une MA, démence?
 - >Par qui, ces éléments sont-ils rapportés ? (suite à une plainte du patient ou de la famille) cela change-t-il votre prise en charge, pourquoi ?
 - > Quels sont les éléments le plus souvent constatés par vous, vous faisant évoquer une MA?
 - >La prise en charge est-elle modifiée si c'est vous qui constatez des troubles ? En quoi?
- Quels sont les outils que vous utilisez pour vous orientez vers le diagnostic de MA, démence ? Vous paraissent-ils fiables, et utilisables en pratique libérale, pourquoi ?
- En cas de suspicion de démence, quelle est votre prise en charge concrètement pour vous orienter ?
 - > examens biologiques, Imagerie
 - >instauration d'un traitement
 - > adressé au spécialiste? si oui, lequel? (gériatre, neurologue, libéral, hôpital?)
- Quelles sont les difficultés que vous rencontrez pour suspectez le diagnostic de MA ?
 - >techniques
 - >éthiques
 - >organisationnelle
- On parle souvent du retard du diagnostic. Qu'en pensez-vous ?
 - >Y'en a-t-il réellement un?
 - >Quels sont pour vous les raisons de ce retard ?
 - >Pensez-vous que le retard diagnostic est problématique ? Pourquoi ?
 - >Pouvez-vous estimer le temps de ce retard?
- Concernant le diagnostic précoce de la MA, pensez-vous que c'est un enjeu ?
 - >est-ce réalisable ?
- Qu'est-ce qui, selon vous, pourrait vous aider dans le diagnostic ?

4) Prescription

- Que pensez-vous des traitements concernant la maladie d'Alzheimer ?
 - >efficacité, confiance
 - > primo-prescription ou renouvellement
 - >Cela vous dérange-t-il que la primo-prescription doit en théorie être réalisée par un médecin spécialiste?

5) Rôle plus global du médecin traitant dans la prise en charge de la maladie d'Alzheimer

- Quels sont pour vous les principaux rôles qu'à le médecin traitant dans la prise en charge de la maladie d'Alzheimer ?
 - Quelles sont les difficultés que vous rencontrez en libéral ?
 - Qu'est ce qui selon vous, pourrait améliorer cette prise en charge ?
- De façon plus générale, que pensez-vous de l'évolution de la place, et du rôle du médecin généraliste (des soins de premiers recours)?
 - >va-t-elle dans le bon sens?
 - > Les rôles sont-ils réalisables compte tenu de la pénurie de médecins ?

Annexe 2 : Entretiens

Les entretiens retranscrits intégralement ainsi que le tableau Excel des codages sont disponibles à l'adresse suivante :

<https://drive.google.com/open?id=0B8D65v-im8J1SmtUaE5vNUFILW8>

SERMENT D'HIPPOCRATE :

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me le demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

UNIVERSITE DE BREST - BRETAGNE OCCIDENTALE

Faculté de Médecine

AUTORISATION D'IMPRIMER

Présentée par Monsieur le Professeur LE RESTE Jean Yves

Titre de la thèse

**Le processus diagnostique et la prise en charge de la maladie d'Alzheimer
en médecine générale dans le Finistère.**

ACCORD DU PRESIDENT DU JURY DE THESE SUR L'IMPRESSION DE LA THESE :

OUI

**En foi de quoi la présente autorisation d'imprimer sa thèse est délivrée à Mlle Le Du Coline
Née le 31 Mai 1989, à Rennes (Ile et Vilaine)**

Fait à BREST, le 11 octobre 2017

VISA du Doyen de la faculté

A BREST, le 11-10-17

Le Doyen,



Le Président du Jury de Thèse,



LE DU (Coline) Alzheimer's disease management by general practitioners in Finistère from the diagnosis to the follow-up.

Th. : Méd. : Brest 2017

SUMMARY : Ageing of French population expected in the years to come made Alzheimer's disease a public health issue. The purpose of this qualitative study is to describe the management of a patient suffering from Alzheimer's disease from the diagnosis to the follow-up care. Ten semi-directing interviews from general practitioner in South-Finistère were retained to reach data saturation. Data analysis was done according to the thematic method. Determining factors were found in the diagnosis process and follow-up care regarding Alzheimer's disease. Imbalance of INR is one of the determinants leading to the diagnosis. It may be an interesting criterion since a large fraction of elderly patients are under vitamin K antagonist therapy, however, imbalance of treatment can be due to several causes. Can this criterion be adequate? The main difficulties encountered were denial on the patient and outsiders' part. This denial could be linked to difficulties about accepting the disease, indeed negative projection persist amongst society. The general practitioner variously acknowledged delay in diagnosis. The lack of effective drugs seemed to be a drag on diagnosis though many general practitioners renewed them despite their lack of faith in such drugs. Non-drug treatments including paramedic assistances, accommodation, memory workshops... seemed to be a key element towards follow-up care of Alzheimer's patients. These health measures improved thanks to Alzheimer's plan 2008-2012 although training course of health-care providers should be continued; thus, some practitioners still found having an insufficient training in this area. This is the main improvement wished by the general practitioners interviewed. General practitioners' roles were to suspect the disease, to have a proactive role and a role of guidance towards the patients. This guidance and supporting role was time-consuming and uneconomical due to a fee-for-service system. The new 2017's medical convention sets up a new medical package on behalf of general practitioners for their elderly patients below and under eighty who are in ALD. Will this new compensation enhance the follow-up care of Alzheimer's patients?

KEYWORDS :

ALZHEIMER'S DISEASE
MANAGEMENT
DIAGNOSIS
GENERAL PRACTITIONER

LE DU (Coline) Le processus diagnostique et la prise en charge de la maladie d'Alzheimer en médecine générale dans le Finistère.

Th. : Méd. : Brest 2017

RESUME : Le vieillissement de la population française attendue dans les années à venir fait de la maladie d'Alzheimer un enjeu de santé publique. Cette étude qualitative a pour but d'étudier le processus diagnostique et la prise en charge globale d'un patient atteint de la maladie d'Alzheimer. Dix entretiens auprès de médecins généralistes du Sud-Finistère ont été nécessaires pour atteindre une saturation des données. L'analyse des données s'est faite selon la méthode thématique. Il existait des déterminants dans le processus diagnostique et la prise en charge de la maladie d'Alzheimer. Le déséquilibre des INR est un des déterminants au diagnostic. Ce critère peut être intéressant puisqu'un certain nombre de patients âgés sont sous traitement anti-vitamine K, seulement les causes de déséquilibre sont multiples. Ce critère peut-il être interprétable ?

Les difficultés principalement rencontrées étaient le déni du patient et du tiers. Ce déni pouvait être en lien avec une difficulté d'acceptation de cette maladie en effet, il persiste une image sociale négative de cette pathologie. Le retard diagnostique était reconnu par les médecins mais leurs positions vis-à-vis de celui-ci étaient variables. L'absence de thérapeutique efficace semblait être à frein au diagnostic ; toutefois malgré une confiance quasiment absente dans les thérapeutiques médicamenteuses, de nombreux médecins les renouvelaient faute de mieux. Les traitements non médicamenteux comprenant les aides paramédicales, hébergements, ateliers mémoire, ... semblaient être un point clé de la prise en charge du patient Alzheimer. Ces mesures se sont améliorées grâce au plan Alzheimer 2008-2012, mais les formations des aidants familiaux et professionnels sont à poursuivre car certains médecins s'estimaient encore insuffisamment formés dans ce domaine. C'est là l'amélioration principalement souhaitée par les médecins généralistes interrogés. Les médecins généralistes s'identifiaient dans un rôle de suspicion de la maladie et surtout dans un rôle d'anticipation et d'accompagnement du patient. Ce rôle d'accompagnement était un rôle chronophage peu rétribué via le paiement à l'acte. La nouvelle convention médicale de 2017 met en place un nouveau forfait annuel patientèle/médecin traitant pour les patients âgés de plus ou de moins de 80 ans en ALD. Cette nouvelle rétribution va-t-elle permettre d'améliorer cette prise en charge ?

MOTS CLES :

MALADIE D'ALZHEIMER
DIAGNOSTIC
PRISE EN CHARGE
MEDECIN GENERALISTE

JURY :

Président de jury : Pr Le Reste Jean Yves

Membres du Jury :

Pr GENTRIC Armelle

Mr. FERNANDEZ Guillaume

Dr NABBE Patrice

Dr NICOLAS Anne-Catherine

DATE DE SOUTENANCE :

16 novembre 2017

ADRESSE DE L'AUTEUR :

3 impasse de Carrec Zu 29940 La Forêt Fouesnant

