

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

PRESENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE
13 SEPTEMBRE 2016
PAR Marion LASSARRETTE

**OBSTACLES ET DIFFICULTÉS EN MATIÈRE DE
DIAGNOSTIC PRÉCOCE DE DÉMENCE EN SOINS
PRIMAIRES : ENQUÊTE AUPRÈS DES MÉDECINS
GÉNÉRALISTES DES HAUTES-PYRÉNÉES**

Directeurs de thèse : Professeur Pierre MESTHE
Docteur Thomas CUNIN

JURY

Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC	Président
Madame le Professeur Fati NOURHASHEMI	Assesseur
Monsieur le Professeur Pierre MESTHE	Assesseur
Monsieur le Docteur Bruno CHICOULAA	Assesseur
Monsieur le Docteur Thomas CUNIN	Assesseur

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ADOUE Daniel	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVILLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT David	Neurologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique
M. BUGAT Roland (C.E)	Cancérologie
M. CARRIE Didier	Cardiologie
M. CHAP Hugues (C.E)	Biochimie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie
M. CLANET Michel (C.E)	Neurologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie
M. FRAYSSE Bernard (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique
M. LANG Thierry	Bio-statistique Informatique Médicale
M. LANGIN Dominique	Nutrition
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. MALAUAUD Bernard	Urologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique
M. MONROZIES Xavier	Gynécologie Obstétrique
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
M. MOSCOVICI Jacques	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI Falemeh	Gériatrie
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie
M. PARINAUD Jean	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PAUL Carle	Dermatologie
M. PAYOUX Pierre	Biophysique
M. PERRRET Bertrand (C.E)	Biochimie
M. PRADERE Bernard (C.E)	Chirurgie générale
M. RASCOL Olivier	Pharmacologie
M. RECHER Christian	Hématologie
M. RISCHMANN Pascal (C.E)	Urologie
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie
M. SANS Nicolas	Radiologie
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON Norbert	Médecine Légale
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastro-entérologie

P.U. - P.H.

2ème classe

Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-entéro
M. CALVAS Patrick	Généraliste
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. FOURNIE Pierre	Ophthalmologie
M. GAME Xavier	Urologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
Mme GENESTAL Michèle	Réanimation Médicale
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. PATHAK Atul	Pharmacologie
M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-entérologie
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie

P.U.

M. OUSTRIC Stéphane Médecine Générale

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL
133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

P.U. - P.H.

2ème classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARLET Philippe (C.E)	Médecine Interne
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie
M. BUJAN Louis	Urologie-Andrologie
M. BUSCAIL Louis	Hépatogastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHAMONTIN Bernard (C.E)	Thérapeutique
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie
M. DELABESSE Eric	Hématologie
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologique
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel	Cardiologie
M. GLOCK Yves	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie, Eco. de la Santé et Prévention
M. GROLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LAURENT Guy (C.E)	Hématologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MARTY Nicole	Bactériologie Virologie Hygiène
M. MASSIP Patrice (C.E)	Maladies Infectieuses
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick	Nutrition
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie
M. ROLLAND Yves	Gériatrie
M. ROSTAING Lionel (C.E)	Néphrologie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. SALVAYRE Robert (C.E)	Biochimie
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel	Pharmacologie
M. SERRANO Elle (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
M. VAYSSIÈRE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

M. ACCADBLE Franck	Chirurgie Infantile
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. FRANCHITTO Nicolas	Toxicologie
M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile
M. GARRIDO-STOWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie
M. LAFFOSSE Jean-Michel	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. LEGUEVAQUE Pierre	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. OTAL Philippe	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne
M. TACK Ivan	Physiologie
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie

Professeur Associé de Médecine Générale
Pr VIDAL Marc
Pr STILLMUNKES André
Professeur Associé en O.R.L.
Pr WOISARD Virginie

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN
37, allées Jules Guesde - 31062 Toulouse Cedex

M.C.U. - P.H.

M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
M. BIETH Eric	Génétique
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
Mme CONCINA Dominique	Anesthésie-Réanimation
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme DUGUET Anne-Marie	Médecine Légale
M. DUPUI Philippe	Physiologie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDI Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
M. JALBERT Florian	Stomatologie et Maxillo-Faciale
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
Mme LE TINNIER Anne	Médecine du Travail
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
M. MONTOYA Richard	Physiologie
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PRERE Marie-Françoise	Bactériologie Virologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAGAB Janie	Biochimie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédéric	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
M. TRICOIRE Jean-Louis	Anatomie et Chirurgie Orthopédique
M. VINCENT Christian	Biologie Cellulaire

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE- RANGUEIL
133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE cedex

M.C.U. - P.H.

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
M. BES Jean-Claude	Histologie - Embryologie
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elisabeth	Biochimie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
Mme CLAVE Danielle	Bactériologie Virologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
M. CORRE Jill	Hématologie
M. DEDUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LAHARRAGUE Patrick	Hématologie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
Mme LAPRIE Anna	Cancérologie
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme LEOBON Céline	Cytologie et histologie
M. LEPAGE Benoit	Bio-statistique
Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme PERIQUET Brigitte	Nutrition
Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. TKACZUK Jean	Immunologie
Mme VALLET Marion	Physiologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

M.C.U.

M. BISMUTH Serge	Médecine Générale
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	Médecine Générale
Mme ESCOURROU Brigitte	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr BRILLAC Thierry
Dr ABITTEBOUL Yves
Dr CHICOULAA Bruno
Dr IRI-DELAHAYE Motoko

Dr BISMUTH Michel
Dr BOYER Pierre
Dr ANE Serge

REMERCIEMENTS

Au président du jury, Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC, *Professeur des Universités, Médecin généraliste, Maître de stage, Coordonnateur du DES de médecine générale, Coordonnateur du Département Universitaire de Médecine Générale et de la Recherche en Soins Primaires de Toulouse.*

Vous me faites l'honneur de présider ce jury.

Je tiens à vous remercier pour votre disponibilité et l'attention que vous portez à la formation des futurs médecins généralistes.

Veillez recevoir l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

A Madame le Professeur Fati NOURHASHEMI, *Professeur des universités, Praticien Hospitalier, Chef du pôle gériatrie-gérontologie du CHU de Toulouse.*

Vous me faites l'honneur d'avoir accepté de juger ce travail.

Je tiens à vous exprimer ma gratitude et mes sentiments les plus respectueux

A Monsieur le Professeur Pierre MESTHE, *Professeur des universités, Médecin généraliste, Maître de stage, Responsable universitaire au sein du Département Universitaire de Médecine Générale de Toulouse.*

Votre accompagnement m'a permis de mener à bien ce travail. Je vous remercie d'avoir accepté de diriger et de juger cette thèse.

Je salue votre engagement au sein du DUMG et plus particulièrement sur le territoire Haut-Pyrénéen, si cher à mon cœur.

Je vous remercie de m'avoir reçu en stage et d'avoir partagé avec moi votre connaissance et votre expérience de la médecine générale dans sa globalité et sa complexité.

J'espère que nos chemins se croiseront souvent...

A Monsieur le Docteur Bruno CHICOULAA, *Médecin généraliste, Maître de stage, Responsable du pôle vieillissement et dépendance à domicile au sein du Département Universitaire de Médecine Générale de Toulouse.*

Vous me faites l'honneur d'avoir accepté de juger ce travail.

Je tiens à vous remercier de m'avoir encadré à l'hôpital de jour d'évaluation des fragilités et de prévention de la dépendance.

A Monsieur le Docteur Thomas CUNIN, *médecin généraliste, Maître de stage.*

Tu as su me guider sur les chemins du Magnoac à la découverte de ces paysages magnifiques et de la médecine rurale ; de ces hommes et de ces femmes aux vies si singulières et insoupçonnées. J'ai beaucoup appris de ces rencontres dont je n'oublierai pas la richesse.

Merci pour ton accueil chaleureux et l'amitié née de nos longues discussions. J'ai beaucoup apprécié travailler à tes côtés et serais ravie d'en avoir à nouveau l'occasion...

Je te remercie d'avoir accepté de diriger cette thèse et de m'avoir soutenu dans ce projet.

A Madame le Docteur Pascale SERIS, médecin généraliste, Maître de stage.

Parce qu'au delà de la médecine générale nous partageons les mêmes passions ; que ce soit la couture, la cuisine ou encore la montagne...

Parce que le pays de Trie réserve bien des merveilles ; les visites ont toujours été un moment d'émerveillement...

Je vous remercie pour l'accueil amical que vous m'avez réservé, pour la transmission de votre expérience et de votre savoir.

A Monsieur le Docteur Gilles MASCARON, médecin généraliste, Maître de stage.

Vous avez été le premier à m'ouvrir les portes de la médecine générale en m'ouvrant celle de votre cabinet durant mon externat. Merci de m'avoir fait confiance et de m'avoir accompagné dans ma progression. Votre rigueur et votre humanité resteront pour moi un exemple.

A Monsieur le Docteur Hubert FORGUES, médecin généraliste, Maître de stage,

Merci de m'avoir accompagné durant mon internat et d'avoir été si assidu dans la lecture de mes traces d'apprentissage. Merci pour votre bienveillance et votre disponibilité.

A Monsieur le Docteur Julien CHAINET-VILA, médecin généraliste, Maître de stage.

Le boulonnais n'a plus de secret pour moi... A l'occasion je viendrai me balader sur les chemins de randonnées ...

Je te remercie de m'avoir permis d'exercer dans ton cabinet et de découvrir « *Ces gens-là* »...

A Astrid,

Merci pour ton aide, ton affection, ta gaieté, ton guidage GPS hors pair et tes bons plans « mode/ Gamm-Vert »...

Tes anecdotes et nos éclats de rire resteront de délicieux souvenirs.

A l'équipe des urgences de TARBES,

Vous m'avez accompagné lors de mes premiers pas d'interne. Merci pour la bienveillance dont vous avez fait preuve et qui m'a permis de gagner en confiance et en assurance.

De semestre en semestre le plaisir de vous retrouver est resté intact. Vous formez une très belle équipe, à l'écoute et gaie ; je garderai un souvenir singulier de chacun de vous.

A MCJ, Arnaud, Bastien, Sylvain et Guenièvre,

Les souvenirs sont nombreux, précis et incroyablement agréables. Les premiers regards, curieux mais anxieux autour de cette table un matin de novembre, les premières gardes, le tri qui ne désempli pas, Arnaud qui court dans un couloir, le secteur C que les belles journées de ski ne cessent d'alimenter, le rire de MC qui éclate dans un coin ...

Ce fut un vrai bonheur de commencer l'internat à vos côtés.

A l'équipe de pédiatrie de l'hôpital de TARBES,

Merci pour votre sympathique accueil dans le monde merveilleux mais parfois douloureux de la pédiatrie.

A l'équipe de gériatrie du CHU de TOULOUSE,

C'est dans les murs de Casselardit puis ceux de La Grave qu'a germé l'idée originelle de cette thèse.

A travers les hôpitaux de jour j'ai pu aborder les différentes composantes de la gériatrie.

Merci aux équipes qui y ont contribué.

A Cécile,

Je ne te remercierai jamais assez pour ton soutien, ton écoute et ta présence indéfectible. Évoquer ici nos souvenirs alourdirait considérablement le volume de ma thèse... Alors je me contenterai de regarder vers l'avant et de nous souhaiter ce que nous avons toujours espérer : poursuivre notre route ensemble, jamais très loin l'une de l'autre.

A Christelle, Adrien et Bibi

Le temps passe et les vacances à Capbreton paraissent bien lointaines... Notre amitié reste toutefois intacte. Merci pour tous les délicieux moments passés à vos côtés et tous ceux qu'il nous reste à vivre.

A Maxime,

Bien que la vie ait délacé les liens qui nous unissaient tu as été présent dans les moments douloureux du long parcours qui m'a mené à cette journée. Je te remercie, par ta présence et ton soutien, de m'avoir permis d'en arriver là.

A Pierre, Simon, Emilie, Marine, Anne, Bastien ...

L'externat n'aurait pas eu la même saveur sans votre présence.

Je vous souhaite à tous de très belles aventures tant personnelles que professionnelles.

Qu'elles soient à l'image de chacun de vous, uniques et magnifiques.

A Jean,

Merci pour ton écoute et ton soutien quand mon esprit errant avait perdu le goût de la vie.

Tout au long de ma carrière, je garderai ton empathie pour modèle.

A Mado, Pierrot, Nathalie, Betty et toute la compagnie...

Merci pour l'amour et l'attention que vous me portez depuis toujours. Le plaisir reste intact à l'idée de passer de doux moments à vos côtés, au coin du feu ou sur une plage.

Merci Nathalie pour ta relecture de dernière minute...

A Papi et Mamie,

Merci pour les grandes tablées qui ont émerveillées mon enfance et pour toutes ces vacances où je suis venu ramasser les œufs et promener Paulo dans la carriole. Merci pour votre soutien et l'amour que vous me témoignez.

A Cathy,

Cette soutenance marque la fin d'une série de mail intitulés « thèse », « questionnaires » ou « discussion »... Merci pour votre soutien et votre aide précieuse qui m'ont permis de mener à bien ce travail. Merci par ailleurs pour l'accueil chaleureux que vous nous réservez à Lucas et moi lors de nos nombreux passages à Toulouse.

Que l'avenir nous réserve de très belles randonnées, vacances et autres moments plaisants !

A Mum et Dad et Paulo

Je ne saurais exprimer l'indicible amour que je vous porte.

"Qu'em d'aqueth pais de'us qui nos an aimats". Ces mots révèlent l'inébranlable attraction qui me ramène toujours à vous.

De mes premiers pas à la valse des camions de déménagement vous m'avez accompagné, guidé et soutenu. Merci pour votre amour immuable et les délicieux moments passés à vos côtés.

A Lucas,

« Dance me to the end of love »...

Que jamais la mélodie ne s'arrête et que longtemps nous continuions de tourner ensemble. Merci d'enchanter mon quotidien et de ne jamais baisser les bras...

Je t'aime.

« Guérir parfois, soulager souvent, écouter toujours. »

Louis Pasteur

TABLE DES MATIERES

ABREVIATIONS	2
INTRODUCTION	3
MATERIEL ET METHODES	6
Design de l'étude et collecte des données	6
Questionnaire	6
Analyse statistique des données	7
RESULTATS	9
Flow chart	9
Résultats descriptifs	10
<i>Caractéristiques de la population</i>	10
<i>Le diagnostic précoce de démence</i>	12
<i>Les outils du diagnostic précoce</i>	12
<i>La prise en charge</i>	13
Résultats croisés	16
<i>Impact de la formation complémentaire en gériatrie</i>	16
<i>Désir de formation</i>	16
<i>Utilité du diagnostic précoce de démence</i>	17
DISCUSSION	18
Résultats principaux	18
Population de l'étude	18
Intérêt du diagnostic précoce de démence pour la prise en charge du patient	19
<i>L'avis sur les traitements dits spécifiques de la maladie d'Alzheimer</i>	19
<i>Le diagnostic est utile malgré le peu d'intérêt pour les traitements spécifiques</i>	20
Les obstacles et freins étudiés	21
<i>Le désir de formation</i>	21
<i>La consultation mémoire pour un diagnostic précoce</i>	22
<i>Le manque de temps comme frein principal</i>	23
<i>L'annonce du diagnostic ne représente pas un obstacle</i>	26
<i>La complexité de la prise en charge médico-psycho-sociale ne représente pas un obstacle</i>	27
Forces et limites	28
Perspectives	29
CONCLUSION	31
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	33

ABBREVIATIONS

ALD : Affection de Longue Durée

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

ARS : Agence Régionale de Santé

CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux

CDR : Clinical Dementia Rating

ESA : Equipes Spécialisées Alzheimer

HAS : Haute Autorité de Santé

IADL : Instrumental Activities of Daily Living

MMSE : Mini Mental State Examination

PAERPA : Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie

PAQUID : Personnes Agées Quid

PPS : Plan Personnalisé de Soins

RIAP : Relevé Individuel d'Activité de Santé

INTRODUCTION

« La démence est une marée montante que l'on voit progresser dans le monde entier » a déclaré le Docteur Margaret CHAN, directrice générale de l'Organisation Mondiale de la Santé le 17 mars 2015 à l'occasion de la première conférence ministérielle sur l'action mondiale contre la démence (1).

La prévalence des démences apparaît en permanente augmentation bien qu'aucun registre ne permette un recensement exhaustif et pérenne des cas. La source principale de données françaises portant sur la prévalence des démences est l'étude PAQUID (personnes âgées quid), étude de cohorte menée en population générale depuis 1989 en Gironde et Dordogne chez des sujets âgés de plus de 65 ans (2) (3). Dans cette population, reflet de la population française, la prévalence des démences chez les sujets de plus de 75 ans est estimée à 17,8 %. Au fur et à mesure de l'accélération du vieillissement de la population ce nombre ne devrait cesser de croître.

Les conséquences des démences en terme de perte d'autonomie, d'hospitalisation et d'institutionnalisation expliquent l'enjeu majeur de santé publique que représentent ces pathologies. 38,5 % des patients diagnostiqués déments dans l'étude PAQUID vivent en institution et 71,6 % des patients vivant en institution sont déments (2) (3).

La démographie des Hautes-Pyrénées place le département au cœur des problématiques gériatriques.

Au premier janvier 2012, les Hautes-Pyrénées comptaient 41 563 personnes âgées de plus de 70 ans ce qui représente 18,16 % de la population du département (4). Ce taux est largement supérieur à la moyenne régionale en Midi-Pyrénées (14,72 %) et à la moyenne nationale (12,74 %).

En 2012, l'indice de vieillissement des Hautes-Pyrénées est de 112,3. Ainsi la part des personnes âgées de 65 ans ou plus dépasse celle des jeunes de moins de 20 ans. Cet indicateur est nettement plus élevé que la moyenne nationale (70,9) et situe le département des Hautes-Pyrénées parmi les plus vieux de France (rang 88 sur 96 départements métropolitains).

En 2040, les 75 ans et plus représenteraient près de 20 % de la population du département et les 60-74 ans, 19,4 % (5).

Le dépistage systématique des démences n'est recommandé ni par les sociétés savantes internationales (US Preventive Services Task Force (USPSTF), Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC), National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), American Academy of neurology) ni par la Haute Autorité de Santé (HAS). En effet, tel que défini par l'Organisation Mondiale de la Santé, le dépistage consiste à identifier de manière présomptive les sujets atteints d'une maladie. Le dépistage est justifié lorsqu'un certain nombre de conditions sont réunies, correspondant aux critères définis en 1970 par Wilson et Jungner (6). Parmi ceux là, la maladie dépistée doit constituer une menace grave pour la santé publique et être accessible à un traitement efficace. Le dépistage n'est donc pas approprié dans le cas des démences qui représentent une préoccupation majeure en terme de santé publique mais pour lesquelles il n'existe actuellement aucun traitement curatif.

Cependant les constatations démographiques sus-citées font du diagnostic précoce un enjeu majeur de la prise en charge des démences (7). Tel que recommandé par la HAS, il concerne la détection des démences dès le stade de troubles cognitifs légers (8). En l'absence de traitement curatif il apparaît comme le seul moyen d'améliorer la qualité de vie du patient et de préparer la prise en charge future. Cette position est défendue par de nombreux auteurs (9) (10).

La détection de la démence pour aboutir à un diagnostic précoce ne concernerait donc que certaines situations ciblées (11) : la plainte mnésique spontanée du patient, les modifications de comportement, la perte d'autonomie ou les troubles de la mémoire constatés par la famille ou les proches et la constatation par le médecin généraliste d'un ralentissement psycho-moteur. La plainte mnésique spontanée est un indicateur précoce d'un déclin cognitif qui ne doit pas être négligé (12) (13).

Le médecin généraliste joue un rôle clé dans la détection de la démence (14). Il est le premier médecin que le couple patient-aidant consulte (15) (16).

En France, il existe un sous-diagnostic des démences. Dans l'étude des 3 Cités (3 City study) (17) sur les 201 cas prévalents de démence repérés avec une démarche diagnostique active dans le cadre de l'étude, 61,4 % avaient consulté un médecin pour des troubles cognitifs et 32,9 % avaient vu un spécialiste. Un diagnostic précis a été annoncé au malade ou à sa famille dans 29,6 % des cas. La plainte au médecin généraliste diminue nettement après 80 ans passant de 65,8 % à 55,1 % et le recours au spécialiste s'effondre

après 80 ans, passant de 55 % à 19,7 %.

Ces résultats ne sont pas propres à la France. D'autres études à l'étranger ont montré une proportion élevée de cas non diagnostiqués (18) (19) (20) (21) (22).

Ce sous-diagnostic est particulièrement fréquent au stade précoce de la maladie. En France le délai entre les premiers signes de la maladie et le diagnostic est de 24 mois (23).

A noter toutefois que lorsque les procédures diagnostiques sont initiées, elles le sont de manière satisfaisante, conformément aux recommandations de la HAS (24).

Devant ce constat de sous-diagnostic et compte-tenu de l'enjeu que représente le diagnostic précoce, nous nous sommes interrogés sur les raisons d'un tel sous-diagnostic et plus précisément sur les difficultés rencontrées par les médecins généralistes entravant la détection des démences. L'objectif de cette étude est donc d'identifier les obstacles et difficultés au diagnostic précoce de démence en soins primaires dans le département des Hautes-Pyrénées.

MATERIEL ET METHODE

Design de l'étude et collecte des données

Cette étude observationnelle et descriptive a débuté au mois d'octobre 2015 par l'envoi de 240 questionnaires, par voie postale, à l'ensemble des médecins inscrits à la rubrique « médecins généralistes » de l'annuaire des Hautes-Pyrénées édité au mois de Juin 2015. Le recueil des données a été effectué entre le 19 octobre 2015 et le 22 novembre 2015.

Questionnaire

Le questionnaire (Annexe 1) soumis était accompagné d'une lettre d'introduction (Annexe 2) présentant l'objectif principal de l'étude et le contexte dans lequel ce travail s'inscrivait.

Les praticiens pouvaient, s'ils le souhaitaient, laisser leurs coordonnées afin de recevoir les résultats de l'étude. Que le praticien ait mentionné ou non son identité, le recueil et le traitement des données ont été effectués de façon anonyme.

Le questionnaire comprenait 19 items élaborés à partir de la littérature et des études ayant pour sujet la détection de la démence en médecine générale.

Ce questionnaire était divisé en quatre parties.

La *première partie* avait pour objectif de décrire la population étudiée en terme de données socio-démographiques et de pratiques professionnelles.

La question 7 s'intéressait à la proportion de patients de plus de 70 ans dans la patientèle des médecins généralistes car cette donnée est disponible pour tous les praticiens exerçant depuis au moins un an sur leur relevé individuel d'activité et de prescription (RIAP) délivré annuellement par l'assurance maladie.

La *deuxième partie* du questionnaire abordait les pratiques des médecins généralistes en terme de diagnostic précoce de démence. Comme précisé sur le questionnaire, on entend par stade précoce, les formes légères à modérées des démences pour lesquelles les scores à la Clinical Dementia Rating (CDR) (Annexe 3) sont respectivement de 1 et 2 (7). Cette échelle globale tient compte à la fois des déficits cognitifs et du degré de dégradation des activités de la vie quotidienne. Le Mini Mental

State Examination (MMSE) (Annexe 4) quant à lui est adapté à l'évaluation des fonctions cognitives et mesure la sévérité de l'atteinte. L'atteinte cognitive est dite légère pour un MMSE strictement supérieur à 20 et modérée pour un MMSE compris entre 16 et 20. Le diagnostic précoce concerne donc le début du stade démentiel et non le stade pré-démentiel de la maladie.

A la question 10, le terme « consultation dédiée » a été employé pour définir une consultation sur rendez-vous, d'une durée suffisante, dont le seul objectif est d'explorer les fonctions cognitives et l'autonomie du patient.

Les différentes situations proposées à la question 9 du questionnaire s'appuyaient sur les situations en médecine générale, cibles du processus de détection de la démence. Ces situations ont été identifiées par un groupe d'experts dans le domaine de la gériatrie, de la neurologie et de la médecine générale qui s'est réuni lors du 19ème congrès de l'International Association of Gerontology and Geriatrics en juillet 2009 (11).

La *troisième partie* du questionnaire s'intéressait aux difficultés liées à l'utilisation par les médecins généralistes des outils de détection de la démence et de la perte d'autonomie ainsi qu'au besoin et au désir de formation dans ce domaine.

La *quatrième et dernière partie* abordait la connaissance et l'utilisation des structures de soins dédiées, la prise en charge de la démence et les obstacles au diagnostic précoce.

Analyse statistique des données

Les données émanant de chaque questionnaire ont été saisies dans une grille de codage EXCEL afin d'être analysées.

Les données de la question 4 ont été classées en tranches: moins de 10 années d'exercice de la médecine générale, de 10 à 19 ans et plus de 20 ans.

Les données obtenues à la question 7 ont été divisées en 2 classes : moins de 18 % de patients de plus de 70 ans versus 18 % ou plus de patients de plus de 70 ans. Ce taux de 18% représente la proportion de personnes de plus de 70 ans dans la population totale des Hautes-Pyrénées (Annexe 5).

Les données ont été comparées à l'aide du test statistique du khi-2 afin de tester leur adéquation ou leur indépendance.

Les données qualitatives obtenues à la question 20 ont été saisies et utilisées pour appuyer l'argumentaire.

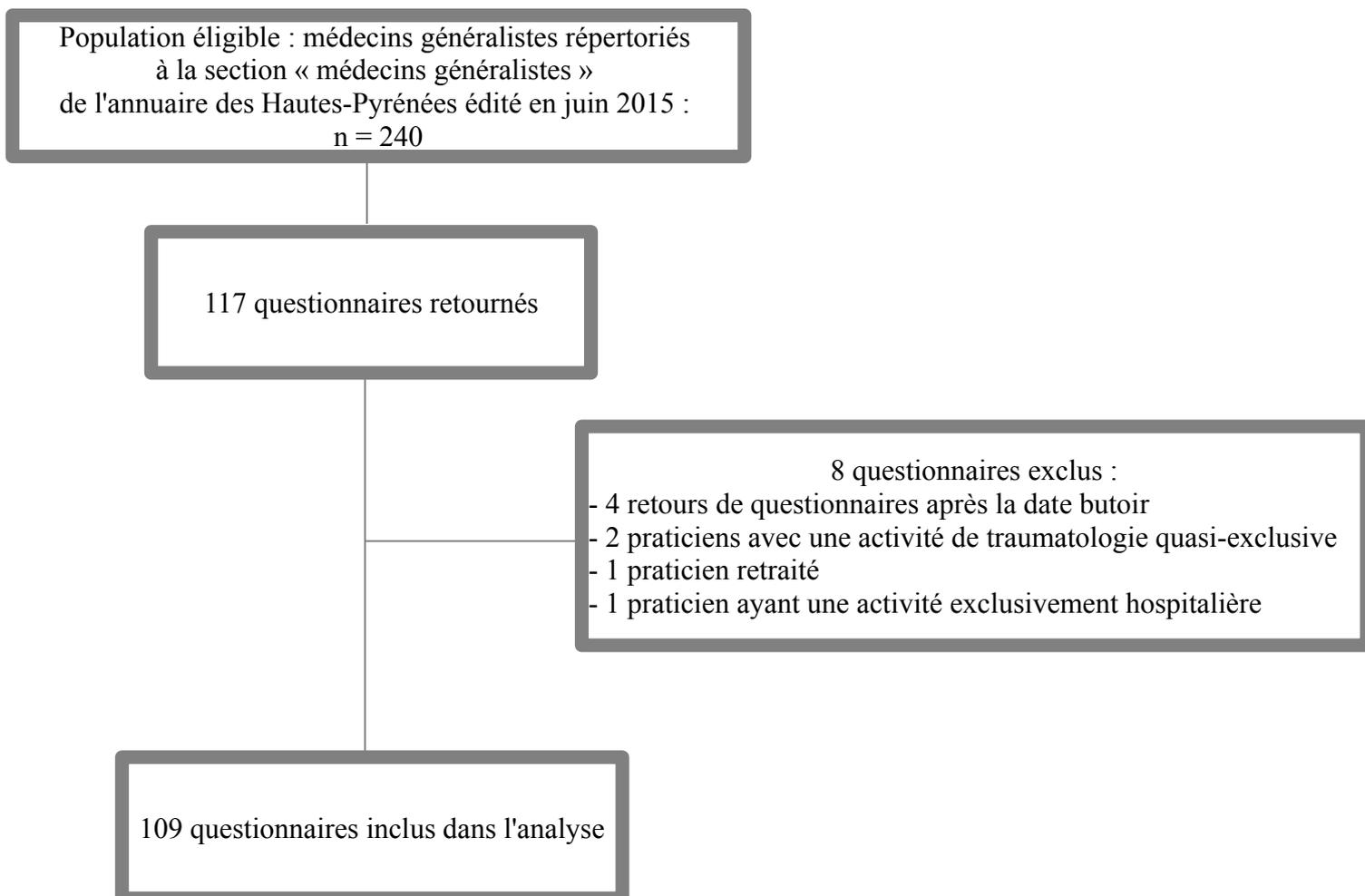
La recherche bibliographique a pris fin le 1er mars 2016.

RESULTATS

Sur l'ensemble des questionnaires envoyés aux médecins généralistes des Hautes-Pyrénées, nous avons obtenu un taux de réponses de 48,75 % (117 questionnaires sur 240 retournés). Parmi les 117 questionnaires retournés, 8 ont été exclus (figure 1):

- 4 car ils ont été reçus après la date butoir de fin de recueil des données ;
- 2 car les praticiens ont mentionné exercer en station de sports d'hiver 4 mois par an et avoir une activité de traumatologie quasi exclusive ;
- 1 car le praticien a signalé être retraité ;
- 1 car le praticien a mentionné qu'il exerçait de façon exclusive en milieu hospitalier.

Figure 1 : Flow chart

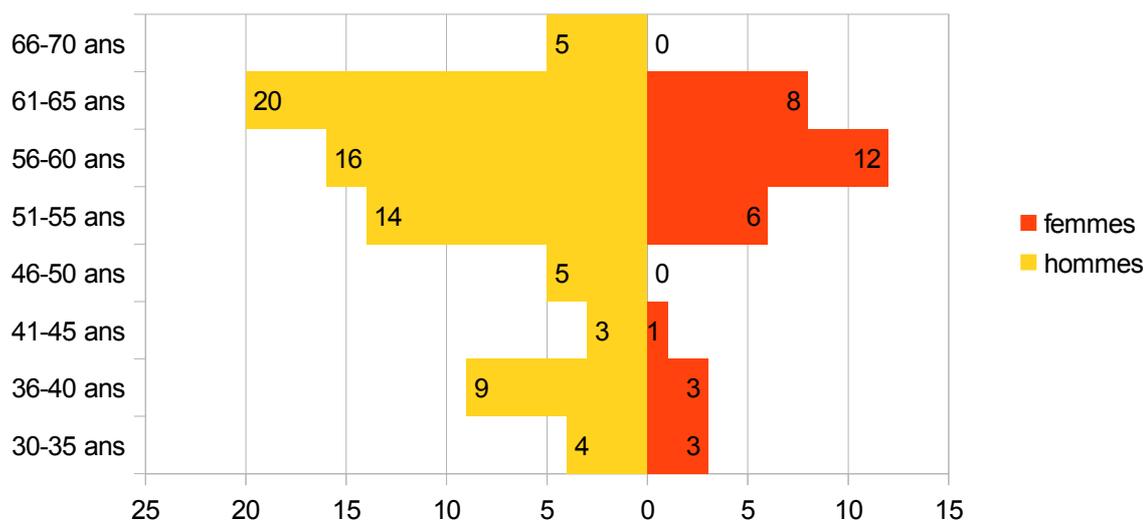


Résultats descriptifs

Caractéristiques de la population

Les hommes représentaient 69,7 % des répondants et les femmes 30,3 %. L'âge moyen était de 54 ans et l'âge médian de 57 ans.

Figure 2: Pyramide des âges des médecins généralistes interrogés.



42,2 % des praticiens exerçaient en milieu semi-rural, 29,4 % en milieu urbain et 28,4 % en milieu rural.

68,8 % des praticiens exerçaient la médecine générale depuis plus de 20 ans, 17,4 % depuis plus de 10 ans mais moins de 20 ans et 12,8 % depuis moins de 10 ans.

57,8 % des praticiens exerçaient dans un cabinet à plusieurs, 31,2 % exerçaient seuls et 11,0 % exerçaient au sein d'une maison de santé pluriprofessionnelle.

25,7 % des praticiens ont déclaré avoir une formation complémentaire en gériatrie.

Les patients âgés de plus de 70 ans représentaient plus de 18 % de la patientèle de 50,5 % des praticiens ; ils représentaient moins de 18 % de la patientèle de 19,3 % des praticiens. 30,3 % des praticiens n'ont pas répondu à cette question.

Tableau 1 : Caractéristiques de la population

		Population totale n = 109 (100 %)
<hr/>		
Sexe		
	Homme	76 (69,7 %)
	Femme	33 (30,3 %)
<hr/>		
Age médian		57
<hr/>		
Milieu d'exercice		
	Rural	31 (28,4 %)
	Semi-rural	46 (42,2 %)
	Urbain	32 (29,4 %)
<hr/>		
Durée d'exercice		
	< 10 ans	14 (12,8 %)
	entre 10 et 20 ans	19 (17,4 %)
	≥ 20 ans	75 (68,8 %)
<hr/>		
Type d'installation		
	seul dans un cabinet	34 (31,2 %)
	à plusieurs dans un cabinet	63 (57,8 %)
	en maison de santé pluriprofessionnelle	12 (11,0 %)
<hr/>		
Formation complémentaire en gériatrie		
	oui	28 (25,7 %)
	non	81 (74,3 %)
<hr/>		
Patients de plus de 70 ans		
	< 18 %	55 (50,5 %)
	≥ 18 %	21 (19,3 %)
<hr/>		

Le diagnostic précoce de démence

Pour 79,8 % des praticiens, le diagnostic de démence était utile pour adapter la prise en charge du patient alors qu'il ne l'était pas pour 11,0 % des praticiens.

95,5 % des praticiens ont déclaré détecter la démence dans au moins une des situations citées ci-dessous :

- 90,8 % des médecins pratiquaient une détection de la démence lorsque la famille avait noté l'apparition de troubles cognitifs ou psychocomportementaux ;
- 88,1 % des médecins pratiquaient une détection de la démence dans un contexte de plainte mnésique émanant du patient lui-même ;
- 68,8 % des médecins pratiquaient une détection de la démence lorsque le patient présentait un ralentissement psycho-moteur ;
- 44,0 % des médecins pratiquaient une détection de la démence dans les suites d'un syndrome confusionnel ;
- 4,6 % des médecins pratiquaient une détection systématique de la démence chez tous les patients de plus de 70 ans.

5,5 % des praticiens ont déclaré ne jamais pratiquer de détection de la démence.

23,8 % des praticiens organisaient au cabinet des consultations dédiées à la détection de la démence.

Pour 77,1 % des praticiens le manque de temps représentait un obstacle à la détection de la démence.

Les outils du diagnostic précoce

45,9 % des praticiens disaient rencontrer des difficultés à l'utilisation des outils de détection de la démence ou de la perte d'autonomie. Parmi ces difficultés :

- le manque de temps représentait un obstacle pour 82,0 % d'entre eux ;
- le manque de compétence ressenti représentait un obstacle pour 36,0 % d'entre-eux ;
- l'inconfort vis à vis du patient représentait un obstacle pour 20,0 % d'entre-eux ;
- l'absence de conviction de l'utilité de ces outils représentait un obstacle pour 16,0 % d'entre-eux.

54,7 % des praticiens pensaient ne pas être suffisamment formés à la détection de la démence et 64,2 % des praticiens auraient assisté à des formations ayant pour sujet « le diagnostic précoce de démence » si elles leur avaient été proposées.

La prise en charge

L'annonce du diagnostic ne représentait pas un obstacle à la détection de la démence pour 91,7 % des praticiens.

La complexité de l'organisation d'une prise en charge médico-psycho-sociale ne représentait pas un obstacle à la détection de la démence pour 78,0 % des praticiens.

91,7 % des praticiens affirmaient connaître l'existence de consultations mémoires et 96 % d'entre-eux étaient capables de nommer et localiser l'une d'entre elles.

62,4 % des praticiens affirmaient connaître l'existence des Equipes Spécialisées Alzheimer (ESA) et 79,4 % d'entre-eux avaient déjà fait appel à elles.

67,0 % des praticiens estimaient que les traitements de la maladie d'Alzheimer n'étaient pas utiles dans la prise en charge des démences.

Parmi les 29,4 % de praticiens jugeant ces traitements utiles, 65,6 % auraient souhaité pouvoir les instaurer.

Tableau 2 : La détection de la démence pour un diagnostic précoce.

		Population totale n = 109 (100 %)
<hr/>		
Utilité du diagnostic précoce de démence		
	oui	87 (79,8 %)
	non	12 (11,0 %)
<hr/>		
Circonstances de détection de la démence		
	jamais	6 (5,5 %)
	tous les patients de plus de 70 ans	5 (4,6 %)
	plainte mnésique spontanée	96 (88,1 %)
	plainte émanant de la famille	99 (90,8 %)
	ralentissement psycho-moteur	75 (68,8 %)
	après un épisode de syndrome confusionnel	48 (44,0 %)
<hr/>		
Organisation de consultations dédiées		
	oui	26 (23,8 %)
	non	83 (76,1 %)
<hr/>		

Tableau 3 : Les obstacles rencontrés par les médecins généralistes en terme de détection de la démence.

		Population totale n = 109 (100 %)
Le manque de temps		
	est un obstacle	84 (77,1 %)
	n'est pas un obstacle	25 (22,9 %)
L'utilisation des outils		
	est un obstacle	50 (45,9 %)
par manque de temps		41 (82,0 %)
par manque de compétences		18 (36,0 %)
par inconfort		10 (20,0 %)
par absence de conviction de leur utilité		8 (16,0 %)
	n'est pas un obstacle	57 (52,3 %)
La formation		
	est suffisante	64 (54,7 %)
	est insuffisante	44 (40,4 %)
L'annonce du diagnostic		
	est un obstacle	9 (8,3 %)
	n'est pas un obstacle	100 (91,7 %)
La complexité de l'organisation médico-psycho-sociale		
	est un obstacle	24 (22,0 %)
	n'est pas un obstacle	85 (78,0 %)
Les consultations mémoires		
	sont connues	100 (91,7 %)
	ne sont pas connues	9 (8,3 %)
Les ESA		
	sont connues	68 (62,4 %)
	ne sont pas connues	39 (35,8 %)
Les traitements dans la prise en charge des démences		
	sont utiles	32 (29,4 %)
	ne sont pas utiles	73 (67,0 %)

Résultats croisés

Impact de la formation complémentaire en gériatrie

Comme vu précédemment, le diagnostic précoce de démence était majoritairement reconnu comme utile par 79,8 % des praticiens. La détention d'une formation complémentaire en gériatrie ne modifiait pas l'avis du praticien quant à l'utilité de ce diagnostic ($p = 0,46$).

En revanche, le fait d'avoir une formation complémentaire en gériatrie avait un impact favorable sur le fait d'organiser des consultations dédiées à la détection de la démence ($p = 0,001$). 23,8 % des praticiens organisaient des consultations dédiées à la détection de la démence ; la moitié d'entre eux détenaient une formation complémentaire en gériatrie.

Les difficultés rencontrées par les praticiens lors de l'utilisation des outils de détection de la démence ou de la perte d'autonomie étaient inversement corrélées à la formation ($p = 0,07$). 25,0 % des praticiens détenant une formation complémentaire en gériatrie déclaraient rencontrer des difficultés alors qu'ils représentaient 53,1 % des praticiens n'ayant pas de formation complémentaire en gériatrie.

La complexité de l'organisation d'une prise en charge médico-psycho-sociale ne représentait pas un obstacle à la détection de la démence pour les praticiens, qu'ils aient ou non une formation complémentaire en gériatrie ($p = 0,53$).

Les praticiens détenant une formation complémentaire en gériatrie représentaient 28,1 % des praticiens estimant que les traitements médicamenteux étaient utiles dans la prise en charge de la maladie d'Alzheimer ; et ce alors même qu'ils ne représentaient que 25 % de l'ensemble des praticiens ($p = 0,00014$).

Désir de formation

La volonté de se former prédominait chez les praticiens affirmant ne pas l'être déjà suffisamment ($p = 0,0075$) ; bien que le désir de formation fût globalement fort (64,2 %).

Utilité du diagnostic précoce de démence

79,8 % des praticiens pensaient que le diagnostic précoce de démence était utile. Parmi ceux là, 64,4 % pensaient que le traitement était utile.

DISCUSSION

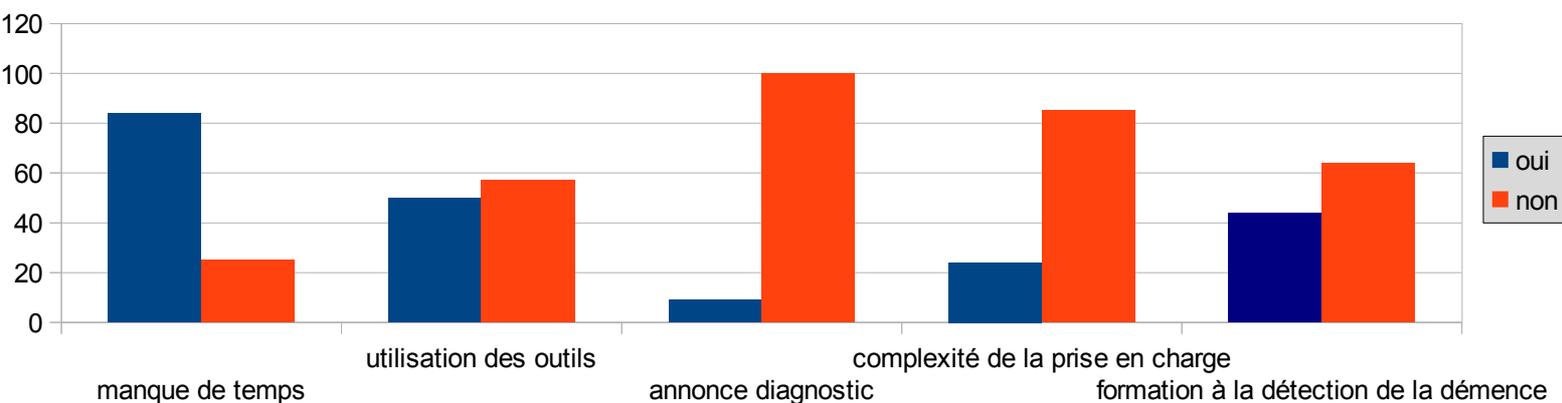
Résultats principaux

Pour une majorité de praticiens de médecine générale le diagnostic de démence était utile pour adapter la prise en charge du patient.

Les principaux obstacles à la détection de la démence identifiés dans cette étude étaient le manque de temps et la difficulté à l'utilisation des outils. En revanche, l'annonce du diagnostic et la complexité de la prise en charge médico-psycho-sociale n'étaient pas identifiés comme des obstacles à la détection de la démence.

Les traitements n'apparaissaient pas comme utiles dans la prise en charge des démences. Le désir de formation était fort.

Figure 3: Obstacles à la détection de la démence



Population de l'étude

Les médecins de l'étude étaient plus âgés que la moyenne nationale. Au premier janvier 2015 les médecins généralistes inscrits en activité régulière au tableau de l'Ordre national des médecins étaient âgés en moyenne de 52 ans alors que l'âge moyen des médecins de notre étude était de 54 ans (25).

La population de notre étude était plus masculine que la population de médecins généralistes français. Les hommes représentaient 69,7 % des médecins ayant répondu à notre questionnaire alors qu'ils représentent 55 % des médecins français. Les femmes étaient donc moins représentées dans notre étude puisqu'elles ne représentaient que 30,3 % des médecins ayant répondu alors que la population de médecins français compte 45 % de femmes.

Intérêt du diagnostic précoce de démence pour la prise en charge du patient

Dans notre étude, le diagnostic précoce de démence était utile pour 79,8 % des praticiens de médecine générale.

Dans la littérature, certains travaux pointent des opinions semblables.

Une étude menée en France auprès des médecins généralistes affiliés au réseau Sentinelles (réseau constitué de médecins généralistes volontaires et bénévoles ayant pour rôle la surveillance de maladies transmissibles fréquentes) a retrouvé que 77 % des médecins généralistes trouvaient le diagnostic précoce de la maladie d'Alzheimer utile (26).

Dans une étude à la fois qualitative par focus-group et quantitative par questionnaires menée aux Pays-Bas, la plupart des médecins généralistes ont jugé le diagnostic de démence important malgré l'absence de traitement. Ils estimaient que le diagnostic permettait dans une certaine mesure d'améliorer la qualité de vie des patients et de leurs aidants. En revanche, ces mêmes médecins n'ont pas jugé important de déterminer le type de démence (27).

De la même façon, une étude menée dans la région centrale d'Ecosse (central Scotland) et la région nord de Londres (North London) a mis en évidence que la grande majorité des médecins généralistes s'accordaient à penser que le fait de poser le diagnostic de démence permettait d'améliorer la qualité de vie des patients (79 % d'entre eux) et de leurs aidants (84 % d'entre eux) (28).

L'avis sur les traitements dits spécifiques de la maladie d'Alzheimer

En médecine, la question du diagnostic est fortement liée à celle de la prise en charge thérapeutique ; l'objectif étant d'identifier une pathologie dans le but d'apporter une prise en charge adéquate et de répondre à la problématique d'un patient donné.

Dans notre étude, 67,0 % des médecins généralistes considéraient que les

traitements spécifiques de la maladie d'Alzheimer n'étaient pas utiles dans la prise en charge de cette maladie.

Ce chiffre va dans le même sens et est même supérieur à celui retrouvé dans une étude menée dans la province d'Östergötland en Suède qui a mis en évidence que 53 % des médecins généralistes considéraient que les traitements spécifiques de la maladie d'Alzheimer n'étaient pas efficaces (29).

Le même scepticisme vis à vis de l'efficacité des traitements spécifiques de la maladie d'Alzheimer est retrouvé dans d'autres articles (30). Une étude menée entre 2010 et 2013 au centre hospitalier de Seclin (département du Nord, France) a mis en évidence que la proportion de patients hospitalisés en service de long séjour de gériatrie, recevant un anti-cholinestérasique ou la mémantine a paru divisée par 3 entre 2010 et 2013 (31). L'intérêt porté à ces traitements y compris par les spécialistes prescripteurs semblait avoir nettement diminué. Ceci est cohérent avec leur évaluation clinique puisque en 2011 la commission de transparence a réévalué les quatre médicaments largement utilisés dans la maladie d'Alzheimer (le donepézil, la rivastigmine, la galantamine soit trois anticholinestérasiques et la mémantine). Elle a reconnu que ces médicaments n'apportaient pas de progrès dans la maladie d'Alzheimer et exposaient à des effets indésirables d'une gravité disproportionnée par rapport à leur efficacité modeste et de pertinence clinique discutable (32).

Le diagnostic est utile malgré le peu d'intérêt pour les traitements spécifiques

Les praticiens interrogés dans notre étude étaient donc majoritairement convaincus que le diagnostic précoce de démence était utile pour la prise en charge et ce dans des proportions plus importantes que dans les études auxquelles nous avons comparé nos résultats.

Dans le même temps, les praticiens que nous avons interrogés étaient majoritairement convaincus que les traitements de la maladie d'Alzheimer n'étaient pas utiles à la prise en charge de cette maladie et ce dans des proportions plus importantes que dans les études auxquelles nous avons comparés nos résultats.

En dépit de l'absence de traitement efficace, les praticiens interrogés étaient donc convaincus de l'utilité du diagnostic précoce pour la prise en charge. Dans ce contexte, on peut faire l'hypothèse qu'ils accordent une importance particulière aux interventions psychosociales, au soutien des aidants et à la prise en charge des troubles

comportementaux perturbateurs comme suggéré par la littérature (33) et recommandé par la HAS (8).

Cette hypothèse est étayée par les remarques de certains praticiens interrogés dans notre étude. L'un d'entre eux précisait : « les traitements sont absolument inutiles voire néfastes et ce surtout chez les patients de plus de 70 ans, le bilan doit être fait dans le but de réaliser une prise en charge psychosociale chez les patients de moins de 80 ans ». Un autre déclarait : « le diagnostic précoce de démence n'a pas toujours d'intérêt, le contexte de vie du patient et les mesures qu'on peut mettre en place influencent cet intérêt ». Un dernier nuancait « pour l'instant le diagnostic précoce n'a d'importance que pour anticiper le devenir social, le maintien à domicile et pour les aidants familiaux ».

Un praticien indiquait que « les traitements marchent 6 mois au plus mais aident à obtenir l'affection longue durée (ALD). La stimulation mnésique est bien plus efficace ». Cette remarque introduit la notion intéressante que dans certains cas l'obtention de l'ALD peut être un obstacle à la prise en charge des démences. Cette hypothèse pourrait être étudiée dans des études ultérieures.

Une étude menée en Angleterre et au Pays de Galles nuance nos résultats. Elle a mis en évidence que seulement 52,3 % des médecins généralistes pensaient que le diagnostic précoce de démence était bénéfique en l'absence de traitement curatif (34).

Cette même étude a toutefois mis en évidence que les médecins généralistes étaient significativement plus convaincus de l'importance du diagnostic précoce de démence lorsque les spécialistes de la santé mentale locaux avaient fait des efforts pour contacter et former les médecins généralistes. La problématique de la formation et de la relation avec les spécialistes sera abordée plus loin.

Les Obstacles et freins étudiés

Le désir de formation

Dans notre étude les médecins généralistes ont exprimé un désir fort de formation, plus important lorsqu'ils ne se sentaient pas déjà suffisamment formés.

Cette donnée est corroborée par une étude menée en Irlande qui a mis en évidence que 83 % des médecins généralistes exprimaient un désir de formation dans le domaine spécifique de la démence (35). Cependant, cette étude retrouvait que 90 % des médecins généralistes n'avait jamais bénéficié de formation sur ce sujet. Dans notre étude les

praticiens jugeant ne pas être suffisamment formés à la détection de la démence ne représentaient que 58,7 % des médecins et ils étaient peu nombreux à juger ne pas être compétent pour l'utilisation des outils de détection de la démence ou de la perte d'autonomie. Les praticiens estimant être suffisamment formés souhaitaient toutefois assister à de nouvelles formations, ce qui pose la question de l'apport de ces formations.

Dans notre étude le fait d'avoir une formation complémentaire de gériatrie (diplôme universitaire, capacité) influençait favorablement le fait d'organiser des consultations dédiées, limitait les difficultés lors de l'utilisation des outils de détection de la démence ou de la perte d'autonomie et augmentait l'avis favorable sur l'utilité des traitements.

Un essai contrôlé, randomisé, mené en France a comparé 2 groupes de médecins généralistes (36) : un groupe contrôle et un groupe intervention. Le groupe intervention recevait une formation sur la maladie d'Alzheimer et les autres formes de démences et s'exerçait à l'utilisation des outils de détection de la démence. Cette étude a mis en évidence que l'intervention menée permettait d'augmenter le nombre de cas de démences détectées par les médecins généralistes ayant reçu la formation. Cependant, cette étude montrait que le nombre de cas de démences diagnostiquées (pour lesquelles un diagnostic précis a été posé par un spécialiste) n'était pas supérieur dans le groupe intervention. Comme l'ont montré Boustani et al. ceci peut être lié au fait que 47,7 % des patients pour qui le diagnostic de démence est suspecté en médecine générale refusent de consulter un spécialiste pour confirmer le diagnostic via une évaluation plus poussée (37). Cette étude ne remet donc pas en cause l'utilité de la formation en terme de détection de la démence mais illustre la difficulté d'aboutir à un diagnostic établi par un spécialiste lorsque la démence est détectée par le médecin généraliste.

Les projets pilotes Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA) dont une expérimentation est menée dans les Hautes-Pyrénées prévoient un dispositif de formation des professionnels engagés dans les expérimentations. Ces formations sont axées sur la maîtrise des méthodes et des outils spécifiques au parcours PAERPA, et sur l'amélioration de la prise en charge de la personne âgée.

La consultation mémoire pour un diagnostic précoce

Une fois la démence détectée par le médecin généraliste, la HAS recommande que le patient soit adressé à un médecin spécialiste (neurologue, gériatre ou psychiatre) afin d'établir le diagnostic étiologique ; l'HAS précise que les évaluations cognitives globales, fonctionnelles, thymiques et comportementales peuvent être réalisées en partie par le

médecin généraliste ou effectuées dans un centre mémoire.

Dans notre étude les médecins généralistes avaient une excellente connaissance des consultations mémoires.

Le diagnostic de démence requiert une bonne coopération entre médecins généralistes et spécialistes dans un processus diagnostique en deux temps (38). Le premier temps, qui peut être conduit par les médecins généralistes, consiste à déterminer si le patient présente des troubles cognitifs. Le deuxième temps consiste à identifier une cause réversible, curable de troubles cognitifs ou à identifier le type de démence en cause. Les médecins généralistes apparaissent moins à même de mener ce deuxième temps diagnostique que les équipes des centres mémoires (39).

La connaissance des équipes à même de réaliser des consultations mémoires est donc un élément positif dans le parcours vers un diagnostic précoce de démence.

Le manque de temps comme frein principal

Notre étude a mis en évidence que le manque de temps était un obstacle majeur à la détection de la démence. Cet obstacle est retrouvé dans un grand nombre d'études.

Dans une étude qualitative menée aux Pays-Bas (où la rémunération des médecins généralistes se fait par paiement à l'acte mais aussi par capitation) la contrainte de temps a été avancée comme obstacle principal à l'évaluation des fonctions cognitives en médecine générale (27).

Il en est de même dans une étude menée en Suisse (où le paiement à l'acte est très majoritaire ce qui en fait un modèle proche du modèle de rémunération des médecins français) qui a mis en évidence que les médecins souhaiteraient avoir plus de temps à consacrer à chaque patient pour améliorer la prise en charge diagnostique et thérapeutique des démences (29).

Dans notre étude, la question du manque de temps concernait au moins deux aspects de la détection de la démence et représentait un obstacle à :

- l'organisation de consultations dédiées à la détection de la démence ;
- l'utilisation des outils de détection de la démence ou de la perte d'autonomie.

Le manque de temps comme frein à l'organisation de consultation dédiées à la détection de la démence

Dans notre étude, la quasi totalité des médecins généralistes détectait la démence dans au moins une des situations identifiées à la question 9 du questionnaire (plainte

mnésique spontanée, patient amené par sa famille qui a noté l'apparition de troubles cognitifs, patient présentant un ralentissement psycho-moteur, après un épisode de syndrome confusionnel) ; or ils n' étaient qu'une petite minorité à organiser des consultations dédiées à la détection de la démence. Ceci suggère qu'ils pratiquent la détection de la démence lors d'une consultation « habituelle ». Le Mini-Mental-State-Examination (MMSE), recommandé par la HAS, est l'outil le mieux évalué pour repérer un ou plusieurs troubles cognitifs en soins de premiers recours (40). Il nécessite à lui seul un temps de passation d'environ 15 minutes chez les sujets âgés (41). En France la durée moyenne d'une consultation étant de 16 minutes, la question de l'application des recommandations de la HAS (8) en terme de détection de démence se pose donc. L'étude menée auprès des médecins du réseau Sentinelles a mis en évidence en 2004 que seulement 16% des médecins généralistes suivaient les recommandations pratiques de l'Anaes et seulement 16% utilisaient à la fois le MMSE et une échelle d'évaluation des activités de la vie quotidienne de type IADL (Instrumental Activities of Daily Living) (26).

Ces résultats sont retrouvés à l'étranger ; en Grande-Bretagne, les médecins généralistes n'ont recours aux tests d'évaluation des fonctions cognitives que pour un cinquième des patients pour lesquels un diagnostic de démence est suspecté (42).

Le manque de temps et le faible taux de consultations dédiées soulèvent la question de la rémunération des médecins généralistes. En France, le paiement à l'acte est le mode de paiement majoritaire. Il incite les médecins à augmenter le nombre de consultations qu'ils donnent dans un temps donné. Les médecins généralistes seraient-ils plus à même d'organiser des consultations dédiées à la détection de la démence, plus longues, (durant lesquelles ils pourraient interroger le patient et les aidants, utiliser les outils de détection de la démence et de la perte d'autonomie, prescrire des examens complémentaires à la recherche de pathologies curables) si ils étaient rémunérés de façon différente (forfait, capitation) ?

De nombreuses études qualitatives ont mis en évidence que le faible taux de rémunération était un obstacle à la détection de la démence avancé par les médecins généralistes (43) et ce en particulier dans les pays où la rémunération des médecins généralistes se fait par paiement à l'acte (44). Une étude quantitative confirme ce fait ; dans l'étude de Turner et al, 46 % des médecins généralistes considéraient le manque de rémunération comme un obstacle au diagnostic précoce et à la prise en charge des patients déments (28).

Les projets pilotes PAERPA (Personnes Âgées En Risque de Perte d'Autonomie) apportent en partie une réponse à cette problématique. Ces projets qui ont pour principal objectif d'optimiser le parcours de santé des personnes âgées de plus de 75 ans dont la santé est susceptible de s'altérer pour des raisons d'ordre médical ou social, prévoit une rémunération au forfait des différents acteurs intervenant dans la rédaction du Plan Personnalisé de Soins (PPS) d'un patient donné. La répartition du forfait attribué entre les différents acteurs relève d'un accord entre l'Agence Régionale de Santé (ARS) et les professionnels de santé.

La classification commune des actes médicaux du spécialiste en médecine générale prévoit quant à elle une revalorisation de la consultation ayant pour objet la réalisation de « tests d'évaluation d'un déficit cognitif ». La rémunération d'un tel acte (coté ALQP006) s'élève à 69,12 euros.

Il serait toutefois intéressant d'étudier l'impact de ces financements sur la détection de la démence en médecine générale.

Le manque de temps comme frein à l'utilisation des outils de détection de la démence ou de la perte d'autonomie

Le manque de temps était la principale cause avancée par les médecins généralistes pour expliquer les difficultés rencontrées pour l'utilisation des outils de détection de la démence ou de la perte d'autonomie.

En Australie, où le paiement à l'acte est majoritaire, une étude a mis en évidence que le manque de temps était un obstacle à la réalisation des tests (MMSE ou autre) (45). Les médecins ont toutefois remarqué que l'accès aisé aux « practice nurse » (ce qui correspond en France aux infirmières de pratiques avancées) facilitait leur travail. Ils s'en remettaient à leurs compétences et leur adressaient les patients lorsqu'ils suspectaient la présence de troubles cognitifs.

Ceci met en évidence que la problématique du manque de temps rencontrée par les médecins généralistes pourrait être contournée grâce à la délégation de tâches à des infirmières de pratique avancées ayant acquis un savoir spécialisé ; par exemple, la passation des tests de détection de la démence et de la perte d'autonomie. Les infirmières en soins primaires sont un premier recours aux soins pour les patients et leurs aidants (46). Le développement des rôles avancés infirmiers pourrait s'appliquer à la détection de la démence (47) (48).

L'annonce du diagnostic ne représente pas un obstacle

Dans notre étude, l'annonce du diagnostic ne représentait pas un obstacle à la détection de la démence en médecine générale et ce pour une très grande proportion de praticiens.

Ceci va à l'encontre de la plupart des études menées sur le sujet.

Deux revues systématiques de la littérature ont mis en évidence que l'annonce du diagnostic de démence était jugée par les médecins généralistes comme l'un des principaux obstacles à la prise en charge des patients déments (44) (49).

L'hypothèse suggérée par la remarque d'un des praticiens pour expliquer cette différence est que les médecins interrogés dans notre étude s'en remettaient aux spécialistes pour ce qui était de l'annonce du diagnostic de démence. Il déclarait : « l'annonce du diagnostic ne représente pas un obstacle car elle est faite par le spécialiste ».

Une autre hypothèse elle aussi inspirée de la remarque d'un praticien interrogé est que l'annonce du diagnostic soit facilitée par l'utilisation d'un vocabulaire indirect : « L'annonce du diagnostic ne représente pas un obstacle mais je n'emploie que rarement le mot « Alzheimer » et jamais celui de « démence » lorsque je m'adresse au patient ». Cette deuxième hypothèse est corroborée par une étude qualitative (27) qui a mis en évidence que les médecins généralistes étaient moins à même d'utiliser une terminologie adéquate lors de l'annonce du diagnostic que leurs confrères psychiatres (49).

L'inadéquation de nos résultats avec ceux de la littérature peut enfin s'expliquer par une imprécision survenue à la question 15 de notre questionnaire. En effet nous parlions d'annonce diagnostique mais ne précisions pas à qui celle-ci s'adressait. Certains praticiens peuvent ne pas rencontrer de difficultés à l'annonce du diagnostic mais ne divulguer ce diagnostic qu'aux aidants et non au patient lui même. La littérature a en effet mis en évidence que les aidants étaient plus fréquemment informés du diagnostic que les patients atteints de démence (49). Toutefois les études ont suggéré que les patients atteints de troubles cognitifs légers (« mild cognitive impairment ») souhaitaient être informés du diagnostic (50).

L'annonce du diagnostic au patient permet de faciliter la prise en charge. Comme énoncé par le National Audit Office, 2007, les patients aux stades légers de la démence sont plus à même d'énoncer leurs préférences et souhaits pour la prise en charge ultérieure (51). Le fait que l'annonce diagnostique n'ait pas représenté un obstacle pour les médecins interrogés est donc un point positif qui permet de placer le patient au centre de sa prise en charge.

Se pose toutefois la question de la stigmatisation du patient dément avancée par certaines études comme un obstacle à l'annonce du diagnostic (44). Cette problématique n'était pas abordée dans notre étude et aucune remarque n'allait dans ce sens.

A noter que seuls quelques praticiens disaient percevoir un inconfort vis à vis du patient lors de la passation des tests.

La complexité de la prise en charge médico-psycho-sociale ne représente pas un obstacle mais...

Pour la majorité des médecins de notre étude, la complexité de la prise en charge médico-psycho-sociale ne représentait pas un obstacle tel qu'ils aient déjà renoncé à détecter la démence.

Toutefois seulement la moitié des praticiens avait déjà fait appel aux Equipes Spécialisées Alzheimer (ESA) présentes sur l'ensemble du territoire des Hautes-Pyrénées (Annexe 5).

Ces équipes composées de professionnels formés à la réadaptation, à la stimulation et à l'accompagnement des malades et de leur entourage, interviennent au domicile des patients, à des stades précoces de la maladie, afin de les aider à maintenir et améliorer les capacités résiduelles pour permettre le maintien au domicile. Elles ont été mises en place avec le plan Alzheimer 2008-2012 (52). Leur utilisation semble toutefois insuffisante. Le rapport d'évaluation du plan Alzheimer 2008-2012 a révélé que les médecins généralistes reconnaissent, pour certains, ne pas avoir réellement bien compris les conditions de prescription du dispositif ; d'autres s'interrogeaient par ailleurs sur l'efficacité même d'une telle action (53). Cette donnée est illustrée par la remarque d'un praticien interrogé dans notre étude qui mentionnait rencontrer des « problèmes d'information sur l'accessibilité aux ESA ».

Le baromètre santé médecins généralistes 2009 a mis en évidence que la coordination des soins et des aides autour du patient atteint de la maladie d'Alzheimer ne semblait pas poser de problèmes pour les médecins généralistes. En revanche, seulement la moitié des médecins référait les patients vers des services de soins et d'aide (54). Ces résultats corroborent donc ceux de notre étude.

Forces et limites

La limite principale est l'effectif restreint et le petit nombre de questionnaires analysés (109 questionnaires). Toutefois, l'objectif de cette étude n'était pas d'extrapoler les résultats à l'ensemble de la population des médecins généralistes français. Avec un taux de réponse de 48,75%, les résultats restent représentatifs de la population étudiée. De plus, les données de 2013 de l'ARS (55) précisent que les médecins généralistes des Hautes-Pyrénées sont représentés à 64 % par des hommes et 36 % par des femmes avec un âge moyen de 53 ans. Les répondants à notre étude sont représentatifs de cette population avec 69,7 % d'hommes, 30,3% de femmes et un âge moyen de 54 ans. Cette étude apporte une image relativement précise des obstacles rencontrés par les médecins généralistes en terme de détection des démences dans les Hautes-Pyrénées. Il n'en reste pas moins que les médecins répondants sont probablement les praticiens les plus concernés et intéressés par les problématiques gériatriques.

La deuxième limite concerne la sélection des praticiens à qui le questionnaire a été envoyé. En effet en choisissant d'utiliser l'annuaire des Hautes-Pyrénées comme « base de données », nous avons introduit une marge d'erreur. L'annuaire répertorie à la rubrique « médecins généralistes » des médecins retraités, des médecins dit « à exercice particulier » (défini par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie comme tout médecin ayant un diagnostic et/ou une thérapeutique différent des médecins généralistes « traditionnels ») et des médecins à exercice hospitalier ou salarié. Certains médecins ont précisé leurs caractéristiques ce qui nous a permis de ne pas les inclure dans l'étude. On peut imaginer que d'autres ont répondu au questionnaire sans mentionner leur état et n'ont donc pu être exclus. Ceci biaise l'étude puisque ces praticiens n'exercent pas dans des conditions « classiques » de médecine générale.

La troisième limite est inhérente à la méthodologie choisie. En effet les données collectées sont déclaratives. Les médecins répondants ont pu répondre en fonction de leurs connaissances théoriques (recommandations HAS, guides de bonne pratique clinique...) et non en fonction de leurs attitudes réelles en consultation.

Nous avons essayé de nous affranchir de ce biais d'abord en précisant le caractère anonyme du questionnaire puis à la question 17 en demandant de nommer et de localiser la consultation mémoire si le médecin avait déclaré connaître son existence. Une réponse affirmative à la connaissance des consultations mémoires suivie de l'absence de nomination de l'une d'entre-elles a été analysée comme une réponse négative.

Enfin il existe des limites liées au questionnaire lui-même. La question 10 a pu induire une certaine confusion car le terme de « consultations dédiées » n'était pas défini et a pu être interprété différemment selon les praticiens. Ce terme recouvrait, pour nous, des consultations sur rendez-vous, d'une durée suffisante, organisées afin d'évaluer l'état cognitif et l'autonomie du patient, notamment à l'aide de tests validés.

Comme vu précédemment la question 15 ne permet de faire la différence entre les praticiens qui annoncent le diagnostic au patient et ceux qui l'annoncent à sa famille.

Par ailleurs, à la question 19 bis, certains praticiens ont mentionné pouvoir d'ores et déjà instaurer le traitement du fait d'une formation complémentaire le leur permettant. Le questionnaire ne laissait pas la place à une telle réponse.

Perspectives

Suite à l'identification de ces obstacles, l'enjeu reste de pallier à ces difficultés.

Comme mentionné plus haut le manque de temps représente un des obstacles majeurs. La question de la rémunération qui en découle n'a été abordée dans notre étude qu'à travers la bibliographie. Comme évoqué plus haut, la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) et les projets PAERPA prévoient des systèmes de rémunération en vue de favoriser la détection de la démence. Leur connaissance par les médecins généralistes et leur impact sur la détection des démences pourraient être évalués dans une étude à venir.

Le manque de temps renvoie aussi à des problématiques plus générales de démographie médicale, au cœur des préoccupations actuelles. Un nombre accru de médecins généralistes permettrait-il à ces derniers d'organiser des consultations dédiées à la détection de la démence ? Une question liée à la précédente concerne la délégation de tâche et le rôle d'infirmières de soins avancés à qui les médecins généralistes pourraient adresser les patients en vue d'une détection de la démence. Les maisons de santé pluriprofessionnelles apparaissent être un lieu idéal pour développer ce type de pratique.

Le désir important de formation pose la question de la connaissance par les médecins généralistes des moyens de formation existant (à travers le projet PAERPA entre autre) et de leur efficacité. Cette problématique pourrait, elle aussi, être étudiée.

Une meilleure connaissance des Equipes Spécialisées Alzheimer (ESA) serait améliorée par l'organisation de rencontres entre ces équipes et les médecins généralistes. Les intervenants des ESA pourraient à travers quelques cas concrets présenter la réalité de

leur action au quotidien et ainsi favoriser la compréhension de leur rôle par les médecins généralistes.

CONCLUSION

La prévalence des démences apparaît en constante augmentation. Les conséquences en terme de perte d'autonomie, d'hospitalisation et d'institutionnalisation en font un enjeu majeur de santé publique.

En l'absence de traitement curatif, le diagnostic précoce de ces pathologies apparaît comme le seul moyen d'améliorer la qualité de vie du patient et de préparer la prise en charge future.

Il ressort de ce travail qu'en dépit de l'absence de traitement spécifiques jugés utiles, les praticiens interrogés étaient convaincus de l'utilité de poser un diagnostic précoce afin d'adapter la prise en charge. Il apparaît donc qu'ils accordent de l'importance aux interventions psychosociales, au soutien des aidants et à la prise en charge des troubles du comportement. Ils ne considéraient d'ailleurs pas la complexité de la prise en charge des patients atteints de démence comme une difficulté. Toutefois notre étude a mis en évidence une sous-utilisation des services de soins et d'aide à la prise en charge telles les Equipes spécialisées Alzheimer (ESA).

Le manque de temps représentait un obstacle majeur ; tant pour l'organisation de consultations dédiées à la détection des troubles cognitifs qu'à l'utilisation des outils spécifiques de cette détection ou de celle de la perte d'autonomie.

Le désir de formation était important et ce d'autant plus que les médecins ne se sentaient pas déjà suffisamment formés. Il apparaissait par ailleurs que les médecins bénéficiant d'une formation complémentaire de gériatrie étaient plus à même d'organiser des consultations dédiées et rencontraient moins de difficultés lors de l'utilisation des outils de détection de la démence ou de la perte d'autonomie.

L'annonce du diagnostic ne représentait pas un obstacle et la passation des tests de détection n'engendrait pas de gêne pour les médecins généralistes interrogés.

Devant ce constat de manque de temps, nous avons émis l'hypothèse qu'une tarification différente de ces actes modifierait l'attitude des médecins généralistes. Cette hypothèse pourrait faire l'objet d'un travail futur. Nous nous sommes par ailleurs interrogés sur l'intérêt de développer la délégation de tâche, par exemple à des infirmières en soins avancés.

Dans le but d'améliorer la prise en charge des patients atteints de démence, une meilleure connaissance des structures d'aide et de soins semble nécessaire.

Les projets pilotes Personnes Agées En Risque de Perte d' Autonomie (PAERPA) dont une expérimentation est menée dans les Hautes-Pyrénées prévoient un dispositif de formation des professionnels engagés dans les expérimentations. Il serait intéressant d'en évaluer l'efficacité et les répercussions afin de contribuer à l'amélioration de la détection des démences et de leur prise en charge par les médecins généralistes.

Toulouse, le 5 juillet 2016

Le Président du Jury,


Professeur Stéphane OUSTRIC

Toulouse, le 8 juillet 2016

Vu, permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
De Médecine de Purpan
D. CARRIÉ



REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Lindmeier C, chargé de communication de l'Organisation mondiale de la santé. Les gouvernements s'engagent à faire avancer la recherche sur la démence et à améliorer les soins aux patients. Communiqué de presse du 17 mars 2015. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/action-on-dementia/fr/>
2. Ramarosan H, Helmer C, Barberger-Gateau P, Letenneur L, Dartigues J-F, PAQUID. [Prevalence of dementia and Alzheimer's disease among subjects aged 75 years or over: updated results of the PAQUID cohort]. *Rev Neurol (Paris)*. avr 2003;159(4):405-11.
3. Helmer C, Pérès K, Letenneur L, Gutiérrez-Robledo LM, Ramarosan H, Barberger-Gateau P, et al. Dementia in subjects aged 75 years or over within the PAQUID cohort: prevalence and burden by severity. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2006;22(1):87-94.
4. Insee - Département des Hautes-Pyrénées (65) - POP1B - Population par sexe et âge - 2012. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/tableau_local.asp?ref_id=POP1B&millesime=2012&typegeo=DEP&typesearch=territoire&codgeo=Haute-s-Pyr%20n%20es+%2865%29&territoire=OK
5. Conseil général des Hautes-Pyrénées. Schéma gérontologique 2012-2016. Disponible sur: http://www.cg65.fr/UploadFiles/publications/2367/Schema_gerontologique.pdf.V4.aspx
6. Wilson JMG, Jungner G. Principles and practice of screening for disease. World Health Organization. Public Health Paper n°34, 1968. Disponible sur: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/37650/1/WHO_PHP_34.pdf
7. Delrieu J, Voisin T. Diagnostic précoce de la maladie d'Alzheimer. *Cah Année Gérontologique*. 25 mars 2009;1(1):42-7.
8. Haute Autorité de Santé. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées: diagnostic et prise en charge. HAS,2011.
9. Chopard G, Bereau M, Mauny F, Baudier F, Griesmann J-L, Vandiel P, et al. [Early diagnosis of Alzheimer's disease: are we too close to the trees to see the forest?]. *Presse Médicale Paris Fr* 1983. sept 2014;43(9):886-7.
10. Iliffe S. General practitioners should be conducting targeted screening for dementia in people aged 65 to 74: No. *J Prim Health Care*. 2014;6(3):247-9.
11. Villars H, Oustric S, Andrieu S, Baeyens JP, Bernabei R, Brodaty H, et al. The primary care physician and Alzheimer's disease: an international position paper. *J Nutr Health Aging*. févr 2010;14(2):110-20.
12. Coley N, Ousset PJ, Andrieu S, Matheix Fortunet H, Vellas B. Memory complaints to the general practitioner: data from the GuidAge study. *J Nutr Health Aging*. janv 2008;12(1):66S - 72S.

13. Jacinto AF, Brucki SMD, Porto CS, Arruda Martins M de, Nitrini R. Subjective memory complaints in the elderly: a sign of cognitive impairment? *Clin São Paulo Braz. mars* 2014;69(3):194-7.
14. Robinson L, Vellas B, Knox S, Lins K. Clinical practice patterns of generalists and specialists in Alzheimer's disease: what are the differences, and what difference do they make? *J Nutr Health Aging. août* 2010;14(7):545-52.
15. Van Hout HPJ, Vernooij-Dassen MJ, Stalman WAB. Diagnosing dementia with confidence by GPs. *Fam Pract. déc* 2007;24(6):616-21.
16. Workman B, Dickson F, Green S. Early dementia--optimal management in general practice. *Aust Fam Physician. oct* 2010;39(10):722-6.
17. 3C Study Group. Vascular factors and risk of dementia: design of the Three-City Study and baseline characteristics of the study population. *Neuroepidemiology. déc* 2003;22(6):316-25.
18. Löppönen M, Räihä I, Isoaho R, Vahlberg T, Kivelä S-L. Diagnosing cognitive impairment and dementia in primary health care -- a more active approach is needed. *Age Ageing. nov* 2003;32(6):606-12.
19. Olafsdóttir M, Skoog I, Marcusson J. Detection of dementia in primary care: the Linköping study. *Dement Geriatr Cogn Disord. août* 2000;11(4):223-9.
20. O'Connor DW, Pollitt PA, Hyde JB, Brook CP, Reiss BB, Roth M. Do general practitioners miss dementia in elderly patients? *BMJ. 29 oct* 1988;297(6656):1107-10.
21. Bush C, Kozak J, Elmslie T. Screening for cognitive impairment in the elderly. *Can Fam Physician Médecin Fam Can. oct* 1997;43:1763-8.
22. Callahan CM, Hendrie HC, Tierney WM. Documentation and evaluation of cognitive impairment in elderly primary care patients. *Ann Intern Med. 15 mars* 1995;122(6):422-9.
23. Bond J, Stave C, Sganga A, O'Connell B, Stanley RL. Inequalities in dementia care across Europe: key findings of the Facing Dementia Survey. *Int J Clin Pract Suppl. mars* 2005;(146):8-14.
24. Dartigues JF, Douet C, Rey M, Sencey M, Pigeon M, Sardin F, et al. Prescription des anticholinestérasiques dans la maladie d'Alzheimer en France en 2000-2001 : évaluation du respect des procédures diagnostiques et de suivi. *Neurol* 2005;10:957-62.
25. Conseil national de l'ordre des médecins. Atlas national de la démographie médicale 2015. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_national_de_la_demographie_medicale_2015.pdf
26. Cantegreil-Kallen I, Lieberherr D, Garcia A, Cadilhac M, Rigaud A-S, Flahault A. [Detection of Alzheimer's disease in general medicine: preliminary results of a Sentinelles general practitioner's network survey]. *Rev Médecine Interne Fondée Par Société Natl Française Médecine Interne. août* 2004;25(8):548-55.

27. van Hout H, Vernooij-Dassen M, Bakker K, Blom M, Grol R. General practitioners on dementia: tasks, practices and obstacles. *Patient Educ Couns.* févr 2000;39(2-3):219-25.
28. Turner S, Iliffe S, Downs M, Wilcock J, Bryans M, Levin E, et al. General practitioners' knowledge, confidence and attitudes in the diagnosis and management of dementia. *Age Ageing.* sept 2004;33(5):461-7.
29. Olafsdóttir M, Foldevi M, Marcusson J. Dementia in primary care: why the low detection rate? *Scand J Prim Health Care.* sept 2001;19(3):194-8.
30. Lahjibi-Paulet H, Dauffy Alain A, Minard A, Gaxatte C, Saint-Jean O, Somme D. Attitudes toward Alzheimer's disease: a qualitative study of the role played by social representation on a convenient sample of French general practitioners. *Aging Clin Exp Res.* août 2012;24(4):384-90.
31. Lemtiri-Florek J, Tayech N, Dubus M, Luysaert B, Morel S, Lemaire M, et al. Maladie d'Alzheimer: évaluation de la pertinence de la poursuite des traitements médicamenteux. *Rev Prescrire* 2014;34(370):610.
32. Haute Autorité de Santé. Synthèse d'avis de la commission de la transparence. ARICEPT (donepézil), EXELON (rivastigmine), REMINYL (galantamine), EBIXA (mémantine), médicaments du traitement symptomatique de la maladie d'Alzheimer. Un intérêt thérapeutique faible. HAS, 2011.
33. Robinson L, Iliffe S, Brayne C, Goodman C, Rait G, Manthorpe J, et al. Primary care and dementia: 2. Long-term care at home: psychosocial interventions, information provision, carer support and case management. *Int J Geriatr Psychiatry.* juill 2010;25(7):657-64.
34. Renshaw J, Scurfield P, Cloke L, Orrell M. General practitioners' views on the early diagnosis of dementia. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract.* janv 2001;51(462):37-8.
35. Cahill S, Clark M, Walsh C, O'Connell H, Lawlor B. Dementia in primary care: the first survey of Irish general practitioners. *Int J Geriatr Psychiatry.* avr 2006;21(4):319-24.
36. Rondeau V, Allain H, Bakchine S, Bonet P, Brudon F, Chauplannaz G, et al. General practice-based intervention for suspecting and detecting dementia in France. A cluster randomized controlled trial. *Dementia* 2008;7(4):433-50.
37. Boustani M, Perkins AJ, Fox C, Unverzagt F, Austrom MG, Fultz B, et al. Who refuses the diagnostic assessment for dementia in primary care? *Int J Geriatr Psychiatry.* juin 2006;21(6):556-63.
38. Wilcock J, Iliffe S, Griffin M, Jain P, Thuné-Boyle I, Lefford F, et al. Tailored educational intervention for primary care to improve the management of dementia: the EVIDEM-ED cluster randomized controlled trial. *Trials.* 2013;14:397.
39. Waldemar G, Phung KTT, Burns A, Georges J, Hansen FR, Iliffe S, et al. Access to diagnostic evaluation and treatment for dementia in Europe. *Int J Geriatr Psychiatry.* 1 janv 2007;22(1):47-54.

40. Lin JS, O'Connor E, Rossom RC, Perdue LA, Burda BU, Thompson M, et al. Screening for Cognitive Impairment in Older Adults: An Evidence Update for the U.S. Preventive Services Task Force [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2013 [cité 11 janv 2016]. (U.S. Preventive Services Task Force Evidence Syntheses, formerly Systematic Evidence Reviews). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK174643/>
41. Pariel-Madjlessi S, Opéron C, Péguinot R, Konrat C, Léonardelli S, Belmin J. Syndromes démentiels du sujet âgé: démarches diagnostiques. *Lpm* 2007;36(10-C2):1442-52.
42. Wilcock J, Iliffe S, Turner S, Bryans M, O'Carroll R, Keady J, et al. Concordance with clinical practice guidelines for dementia in general practice. *Aging Ment Health*. mars 2009;13(2):155-61.
43. Hinton L, Franz CE, Reddy G, Flores Y, Kravitz RL, Barker JC. Practice constraints, behavioral problems, and dementia care: primary care physicians' perspectives. *J Gen Intern Med*. nov 2007;22(11):1487-92.
44. Koch T, Iliffe S, EVIDEM-ED project. Rapid appraisal of barriers to the diagnosis and management of patients with dementia in primary care: a systematic review. *BMC Fam Pract*. 2010;11:52.
45. Murphy K, O'Connor DA, Browning CJ, French SD, Michie S, Francis JJ, et al. Understanding diagnosis and management of dementia and guideline implementation in general practice: a qualitative study using the theoretical domains framework. *Implement Sci IS*. 2014;9:31.
46. Leach K, Hicks A. The nurse's role in closing the diagnostic gap for people with dementia. *Br J Community Nurs*. sept 2013;18(9):433-4, 436-40.
47. Delamaire M-L, Lafortune G. Nurses in Advanced Roles [Internet]. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2010 juil [cité 19 janv 2016]. Disponible sur: <http://www.oecd-ilibrary.org/content/workingpaper/5kmbrcfms5g7-en>
48. Ministère des affaires sociales et de la santé. Comité national sur le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie. Projet de cahier des charges des projets pilotes PAERPA. 2013. Disponible sur: http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/cdc_paerpa.pdf
49. Bamford C, Lamont S, Eccles M, Robinson L, May C, Bond J. Disclosing a diagnosis of dementia: a systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry*. févr 2004;19(2):151-69.
50. Iliffe S, Robinson L, Brayne C, Goodman C, Rait G, Manthorpe J, et al. Primary care and dementia: 1. diagnosis, screening and disclosure. *Int J Geriatr Psychiatry*. sept 2009;24(9):895-901.
51. National Audit Office. Improving service and support for people with dementia. Disponible sur: <https://www.nao.org.uk/wp-content/uploads/2007/07/0607604.pdf>
52. Plan Alzheimer 2008 - 2012. Disponible sur: <http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/>

53. Ankri J, Van Broeckhoven C. Evaluation du plan Alzheimer 2008-2012. 2013. Disponible sur: http://cache.media.enseignementsup-recherche.gouv.fr/file/Actus/14/0/rapport_d_evaluation_Alz_259140.pdf
54. INPES. Baromètre santé médecins généralistes 2009 - L'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/Barometres/Barometre-sante-medecins-generalistes-2009/pdf/accompagnement-alzheimer.pdf>
55. Conseil national de l'ordre des médecins. La démographie médicale en région Midi-Pyrénées. Situation en 2013. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/midi_pyrenees_2013.pdf

ANNEXES

ANNEXE 1 : Questionnaire soumis aux médecins généralistes

VOS CARACTERISTIQUES

1- Êtes-vous un homme ? une femme ?

2- Exercez-vous en milieu rural ? Semi-rural ? Urbain ?

3- Quel âge avez-vous ? ____ ans

4- Depuis combien d'années exercez-vous la médecine générale ? ____ années

5- Exercez-vous seul dans un cabinet ?
à plusieurs dans un cabinet (hors maison de santé pluriprofessionnelle) ?
au sein d'une maison de santé pluriprofessionnelle ?

6- Avez-vous une formation complémentaire de gériatrie (DU, capacité) ?

OUI NON

7- Quel pourcentage de votre patientèle représentent les patients âgés de plus de 70 ans ? (vous trouverez cette donnée sur votre « relevé individuel d'activité et de prescriptions ») ... %

LE DIAGNOSTIC PRECOCE DE DEMENCE : Diagnostic au stade léger de la maladie.

La détection de la démence pour un diagnostic précoce requiert un interrogatoire du patient et de son entourage, un examen clinique, la recherche d'une atteinte de la mémoire épisodique et la réalisation d'examens complémentaires.

8- Selon vous le diagnostic précoce de démence est-il utile pour adapter la prise en charge d'un patient ?

OUI NON

9- Dans quelles situations pratiquez-vous une détection de la démence ? (plusieurs réponses possibles)

- jamais
- tous les patients de plus de 70 ans
- plainte mnésique spontanée du patient
- patient amené par sa famille qui a noté l'apparition de troubles cognitifs ou psychocomportementaux
- patient présentant un ralentissement psycho-moteur
- après un épisode de syndrome confusionnel (épisode aiguë)

10- Organisez-vous, au cabinet, des consultations dédiées à la détection de la démence ?

OUI NON

11- Dans votre pratique quotidienne le manque de temps représente-t-il un obstacle à la détection de la démence ?

OUI NON

LES OUTILS DU DIAGNOSTIC PRECOCE

12- Rencontrez-vous des difficultés lors de l'utilisation des outils de détection de la démence (Mini Mental State Examination, test de l'horloge, test des 5 mots de Dubois) ou de la perte d'autonomie (IADL) ?

OUI NON



Si OUI, lesquelles : (plusieurs réponses possibles)

- manque de temps
- inconfort vis à vis du patient
- manque de compétence pour faire passer les tests
- absence de conviction de l'utilité de ces outils

13- Pensez-vous être suffisamment formé (formation initiale et formation continue) à la détection de la démence ?

OUI NON

14- Assisteriez-vous à des formations ayant pour sujet le diagnostic précoce de démence (quand dépister ? Comment ? Dans quel but?) si celles-ci vous étaient proposés ?

OUI NON

LA PRISE EN CHARGE

15- L'annonce du diagnostic représente-t-elle un obstacle tel que vous ayez déjà renoncé à détecter la démence pour cette raison ?

OUI NON

16- La complexité de l'organisation d'une prise en charge médico-psycho-sociale représente-t-elle un obstacle tel que vous ayez déjà renoncé à pratiquer une détection de la démence pour cette raison ?

OUI NON

17- Connaissez-vous l'existence de « consultations mémoires » ?

OUI NON

Si OUI pouvez-vous nommer et localiser l'une d'entre-elles ?

18- Connaissez-vous l'existence des Equipes Spécialisées Alzheimer (ESA) ?

OUI NON

Si OUI avez-vous déjà fait appel à elles ?

OUI NON

19- Pensez-vous que les traitements de la maladie d'Alzheimer (anticholinestérasiques, mémantine) sont utiles dans la prise en charge de cette maladie ?

OUI NON

Si OUI souhaiteriez-vous pouvoir les instaurer ?

OUI NON

20- Avez-vous des remarques ? Vous pouvez si vous le souhaitez noter ici votre adresse mail en vue de recevoir les résultats de cette étude.

Cher Praticien de Médecine Générale,

Actuellement interne en médecine générale en 4ème semestre, je réalise dans le cadre de mon travail de thèse une enquête par questionnaire auprès des médecins généralistes des Hautes-Pyrénées, département dans lequel je souhaite m'installer. Cette recherche est dirigée par le Professeur Mesthé et le Docteur Cunin.

Le but de cette étude est d' **identifier les obstacles et difficultés en matière de diagnostic précoce de démence en soins primaires dans le département des Hautes-Pyrénées.**

Les recommandations de la Haute Autorité de Santé intitulées « Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge » décrivent le médecin généraliste traitant comme le « pivot de l'organisation de soins » qui « réalise l'évaluation initiale ».

Il semble toutefois qu'en pratique courante le médecin traitant rencontre des difficultés pour appliquer ces recommandations.

Le questionnaire ci-joint composé de 20 questions peut-être complété en 6 à 7 minutes et de façon anonyme. Le renvoi sera effectué au moyen de l'enveloppe jointe et déjà affranchie avant le 22 novembre 2015.

Je vous remercie par avance du temps que vous consacrerez à cette enquête. Votre contribution est précieuse pour que ce travail aboutisse.

Marion LASSARRETTE
Interne de médecine générale 4ème semestre.

ANNEXE 3 : Clinical Dementia Rating (CDR)

Table 1 - Classification of the categories evaluated by the Clinical Dementia Rating.

Impairment level	None (0)	Questionable (0.5)	Mild (1)	Moderate (2)	Severe (3)
Memory	No memory loss or slight inconsistent forgetfulness	Consistent forgetfulness, partial recollection of events.	Moderate memory loss; more marked for recent events; defect interferes with daily activities.	Severe memory loss; only highly learned material retained.	Severe memory loss; only fragments remain.
Orientation	Fully oriented.	Fully oriented except with slight difficulties with time relationships.	Moderate difficulty with time relationships, oriented in familiar areas.	Severe difficulty with time relationships, almost always disoriented to place.	Oriented to person only.
Judgement & Problem Solving	Solves everyday problems, such as financial affairs; judgement preserved.	Slight difficulty in solving problems, similarities and differences.	Moderate difficulty on handling problems, similarities and differences, social judgement maintained.	Severely impaired in handling problems, similarities and differences; social judgment impaired.	Unable to make judgements or solve problems.
Community Affairs	Independent function in job, shopping, social groups.	Slight impairment in these activities.	Is not independent in these activities, appears normal to casual inspection.	Is not independent outside home, appears well enough to be taken to events outside the home.	Is not independent outside the home, appears to be too ill to be taken to events outside the home.
Home and Hobbies	Daily life at home, hobbies and intellectual interests well maintained.	Daily life at home, hobbies and intellectual interests slightly impaired.	Slight impairment of tasks at home, more difficult chores, hobbies and interests are abandoned.	Only simple chores are maintained, restricted interests, poorly maintained.	No significant function at home.
Personal Care	Fully capable of self-care.	Fully capable of self-care.	Needs assistance.	Requires assistance in dressing and hygiene.	Requires much help with personal care; frequent incontinence.

Fonte: Bertolucci et al²

Mini Mental State Examination (MMSE) (Version consensuelle du GRECO)

Orientation

/ 10

Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire.

Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez.

Quelle est la date complète d'aujourd'hui ?

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

- | | |
|----------------------------------|--------------------------|
| 1. En quelle année sommes-nous ? | <input type="checkbox"/> |
| 2. En quelle saison ? | <input type="checkbox"/> |
| 3. En quel mois ? | <input type="checkbox"/> |
| 4. Quel jour du mois ? | <input type="checkbox"/> |
| 5. Quel jour de la semaine ? | <input type="checkbox"/> |

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

- | | |
|--|--------------------------|
| 6. Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes ?* | <input type="checkbox"/> |
| 7. Dans quelle ville se trouve-t-il ? | <input type="checkbox"/> |
| 8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ?** | <input type="checkbox"/> |
| 9. Dans quelle province ou région est située ce département ? | <input type="checkbox"/> |
| 10. A quel étage sommes-nous ? | <input type="checkbox"/> |

Apprentissage

/ 3

Je vais vous dire trois mots : je vous voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les redemanderai tout à l'heure.

- | | | | |
|------------|---------------|-----------------|--------------------------|
| 11. Cigare | <i>Citron</i> | <i>Fauteuil</i> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Fleur | <i>Clé</i> | <i>Tulipe</i> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Porte | <i>Ballon</i> | <i>Canard</i> | <input type="checkbox"/> |

Répéter les 3 mots.

Attention et calcul

/ 5

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

- | | |
|--------|--------------------------|
| 14. 93 | <input type="checkbox"/> |
| 15. 86 | <input type="checkbox"/> |
| 16. 79 | <input type="checkbox"/> |
| 17. 72 | <input type="checkbox"/> |
| 18. 65 | <input type="checkbox"/> |

Pour tous les sujets, même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander :

Voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers. ?**

Rappel

/ 3

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

- | | | | |
|------------|---------------|-----------------|--------------------------|
| 11. Cigare | <i>Citron</i> | <i>Fauteuil</i> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Fleur | <i>Clé</i> | <i>Tulipe</i> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Porte | <i>Ballon</i> | <i>Canard</i> | <input type="checkbox"/> |

Langage

/ 8

Montrer un crayon.

22. Quel est le nom de cet objet ?*

Montrer votre montre.

23. Quel est le nom de cet objet ?**

24. Ecoutez bien et répétez après moi : « PAS DE MAIS, DE SI, NI DE ET »***

Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : « Ecoutez bien et faites ce que je vais vous dire :

25. Prenez cette feuille de papier avec votre main droite.

26. Pliez-la en deux,

27. Et jetez-la par terre. »****

Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractère : « FERMEZ LES YEUX » et dire au sujet :

28. « Faites ce qui est écrit ».

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

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

Praxies constructives

/ 1

Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander :

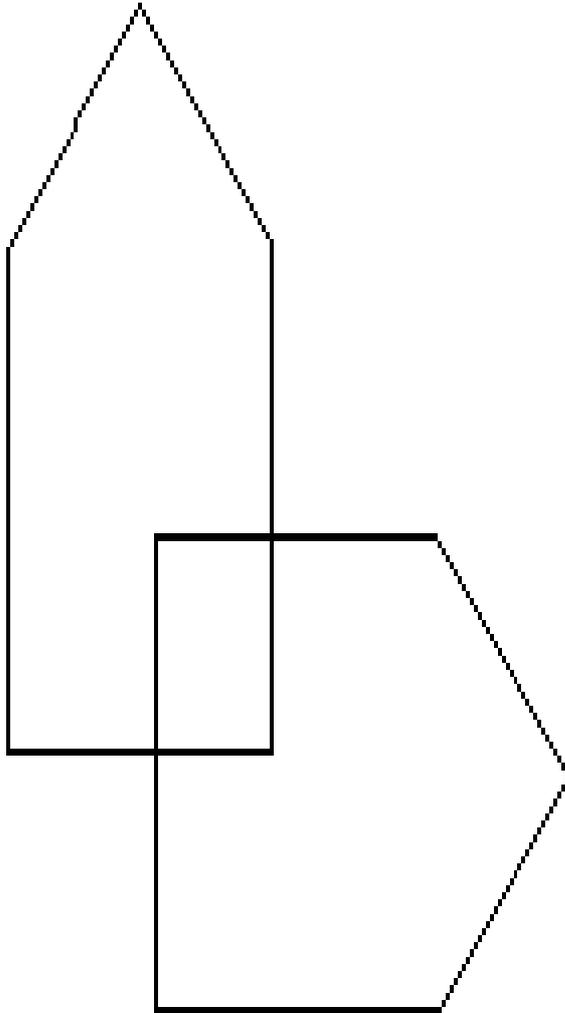
30. « Voulez-vous recopier ce dessin ? »

9°

« FERMEZ LES YEUX »

10° Écrire une phrase

11° Copier le dessin



LES ACTEURS DU PLAN NATIONAL ALZHEIMER DANS LES HAUTES-PYRENEES / LISTE DES ESA

EQUIPES SPECIALISEES ALZHEIMER

L'ESA intervient à domicile, en début de maladie, pour permettre aux malades d'utiliser leurs capacités restantes pour apprendre à faire autrement des actes de la vie quotidienne auxquels ils tiennent particulièrement, le Plan prévoit des équipes mobiles pluridisciplinaires, composées de professionnels formés à la réadaptation, la stimulation et à l'accompagnement des malades et de leur entourage dès le début de la maladie (sur prescription médicale).

Bassin de santé de Lannemezan :

SSIAD Hopitaux de Lannemezan

644 route de Toulouse

65308 LANNEMEZZAN CEDEX

Tél. : 05 62 99 55 55

sec.dir@ch-lannemezan.fr

Bassin de santé de Lourdes et Bagnères :

SSIAD PYRENE PLUS

esa@pyreneplus.com

Argelès-Gazost : 05 62 97 29 86

Bagnères de Bigorre : 05 62 95 12 24

Lourdes : 05 62 94 65 75

Bassin de santé de Tarbes-Vic :

SSIAD Mutualite Francaise Des Hautes-Pyrénées

14 place du Foirail

65000 TARBES

Tél. : 05 62 93 45 05

d.tran@mutualite65.fr

OBSTACLES ET DIFFICULTÉS EN MATIÈRE DE DIAGNOSTIC PRÉCOCE DE DÉMENCE EN SOINS PRIMAIRES : ENQUÊTE AUPRÈS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DES HAUTES-PYRÉNÉES

Résumé : *Introduction* : En France il existe un sous-diagnostic des démences. En l'absence de traitement curatif, le diagnostic précoce apparaît comme le seul moyen d'améliorer la qualité de vie du patient et préparer la prise en charge future. *Objectif* : L'objectif de cette étude était d'identifier les obstacles et difficultés au diagnostic précoce de démence en soin primaire dans le département des Hautes-Pyrénées. *Méthode* : Pour répondre à cette problématique nous avons réalisé une enquête par questionnaires auprès des médecins généralistes des Hautes-Pyrénées. *Résultats* : 109 questionnaires ont été analysés. Pour 79,8 % des praticiens le diagnostic de démence était utile pour adapter la prise en charge du patient. Pour 77,1 % des praticiens le manque de temps représentait un obstacle à la détection de la démence. 45,9 % des praticiens disaient rencontrer des difficultés à l'utilisation des outils de détection de la démence ou de la perte d'autonomie. 54,7 % des praticiens pensaient ne pas être suffisamment formés à la détection de la démence. 67,0 % des praticiens estimaient que les traitement de la maladie d'Alzheimer n'étaient pas utiles dans la prise en charge des démences. L'annonce du diagnostic ne représentait pas un obstacle à la détection de la démence pour 91,7 % des praticiens. La complexité de l'organisation d'une prise en charge médico-psycho-sociale ne représentait pas un obstacle à la détection de la démence pour 78,0 % des praticiens. *Conclusion* : Le diagnostic précoce de démence apparaît comme utile pour la majorité des praticiens de notre étude. Il persiste toutefois des obstacles. Cet article soulève la question des moyens de lutte contre les obstacles identifiés en terme de formation, d'information et de rémunération des médecins généralistes.

Mots clés : démence, détection, diagnostic précoce, obstacle, médecins généralistes, Hautes-Pyrénées

GENERAL PRACTITIONERS' ON EARLY DIAGNOSIS DEMENTIA : OBSTACLES AND DIFFICULTIES. AN HAUTES-PYRENEES' SURVEY.

Abstract : *Introduction* : Dementia appears to be underdiagnosed in France. Early diagnosis is a major issue in the future management of demented patient despite the absence of medical treatment options. *Objective* : The aim of the present study was to identify the Hautes-Pyrénées' general practitioners' obstacles and difficulties in early diagnosing dementia. *Methods* : postal questionnaires were distributed to GPs in the county of Hautes-Pyrénées. *Results* : 109 questionnaires were analyzed. 79,8% of GPs felt that early diagnosis was beneficial to improve the management of patients. Lack of time was a several obstacle for 77,1% of GPs. 45,9 % of GPs indicated to fell embarrassed to use specific tests to evaluate cognitive and functional status. 54,7% of GPs thought not be sufficiently trained to the early detection of dementia. 67,0% of GPs estimated that early diagnosis is pointless because there are no available treatments. Disclosing the diagnosis did not represent a difficulty for 91,7% of GPs. The management of appropriate medical and home care was not seen as an obstacle for 78,0% of GPs. *Conclusion* : Most GPs regarded an early diagnosis of dementia important. Several obstacles prevented this diagnosis. In the future we have to found the tools that may help improving dementia detection in general practice.

Key words : dementia, detection, early diagnosis, obstacle, General Practitioners (GPs), Hautes-Pyrénées