

UNIVERSITÉ TOULOUSE 3 – Paul SABATIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2020

2020 TOU3 1042

2020 TOU3 1043

THÈSE

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

Présentée et soutenue publiquement par

LISAK Maëva et BAZIRIES Flavien

Le 23 Juin 2020

**L'EXAMEN CLINIQUE DES PATIENTS ALZHEIMER AVEC TROUBLES
DU COMPORTEMENT PERTURBATEURS : ÉTUDE QUALITATIVE SUR
LE RESSENTI DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES D'OCCITANIE**

Directeur de thèse : Pr STILLMUNKES André

JURY :

Monsieur le Professeur Pierre MESTHE	Président
Madame le Professeur Maria-Eugénia SOTO-MARTIN	Assesseur
Monsieur le Professeur André STILLMUNKES	Assesseur
Monsieur le Docteur Bruno CHICOULAA	Assesseur



FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie
Mme BURA-RIMERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE Eric	Hématologie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie, Eco. de la Santé et Prévention
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Héliène (C.E)	Endocrinologie
M. HUYGHE Eric	Urologie
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. SERRANO Elie (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
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

Professeur Associé de Médecine Générale

M. STILLMUNKES André

P.U. - P.H.

2ème classe

M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. TACK Ivan	Physiologie
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

P.U. Médecine générale

Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

Professeur Associé de Médecine Générale

M. BOYER Pierre

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

M.C.U. - P.H.

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme PERROT Aurore	Hématologie
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme TRUDEL Stéphanie	Biochimie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M.C.A. Médecine Générale

Mme FREYENS Anne
M. CHICOULAA Bruno
Mme PUECH Marielle

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

M.C.U. - P.H.

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie
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 FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie d'adultes

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel

M.C.A. Médecine Générale

M. BIREBENT Jordan
Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme LATROUS Leila

REMERCIEMENT AU JURY

À Monsieur le Professeur MESTHÉ Pierre,

Merci de nous faire l'honneur de présider notre jury de thèse. Veuillez recevoir, Monsieur le Professeur, l'expression de notre sincère reconnaissance et l'assurance de notre profond respect.

À Monsieur le Professeur STILLMUNKES André,

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter la direction de notre thèse. Nous vous remercions sincèrement d'avoir été aussi présent pour nous, de nous avoir guidé tout au long de ce travail et d'avoir pris le temps de nous conseiller sur ce projet. Veuillez trouver ici nos sincères remerciements et l'expression de notre profonde gratitude.

À Madame le Professeur SOTO-MARTIN Maria-Eugénia,

Nous vous remercions de nous faire l'honneur d'accepter de participer à notre jury de thèse et de l'intérêt que vous portez à notre travail. Veuillez trouver ici nos sincères remerciements.

À Monsieur le Docteur CHICOULAA Bruno,

Nous vous remercions d'avoir accepté de siéger à notre jury de thèse et de juger notre travail. Nous vous prions d'accepter notre sincère reconnaissance.

REMERCIEMENTS DE MAEVA

A Flavien, je te suis reconnaissante de m'avoir permis de réaliser ce travail avec toi. Travailler ensemble a été un réel plaisir et les quelques doutes que nous avons pu avoir parfois ont vite été oubliés grâce à ton soutien ! Je te souhaite tout le bonheur dans ton futur lieu d'exercice, et je suis sûre que tu feras un excellent médecin.

A tous les médecins que j'ai pu rencontrer lors de mon parcours, notamment ceux ayant répondu présents pour participer à nos entretiens. Grosse pensée aussi pour les Dr Tastavy et Dr Descayrac qui ont su confirmer que j'avais fait le bon choix en m'accompagnant dans mes premiers pas d'interne en médecine générale. Leur grande bienveillance restera un exemple à suivre pour moi.

A mes parents, qui m'ont accompagné dans ce parcours long et parfois difficile mais qui ont su comprendre mon choix en me voyant épanouie de jour en jour. Mon amour pour vous dépasse les étoiles.

A Pookie, tu sais que je serai toujours là pour toi ... sauf s'il faut partager la nourriture ! Tu me dois toujours un gnocchi.

A toute ma famille réunie : mes grands-parents, oncles et tantes, cousins et cousines, et mes 3 petits neveux et nièce. Je me rends compte un peu plus chaque jour de la chance de vous avoir tous à mes côtés. Sam, à son mariage, a dit « On ne peut pas choisir sa famille, mais si j'avais pu choisir, c'est vous que j'aurai choisi ». Continuer à partager des moments avec vous est mon plus beau cadeau. Papi, je pense à toi ... continue de veiller sur nous comme tu le fais si bien.

A ma belle-famille, promis un jour, je vous cuisinerai un bon gâteau. Merci pour votre gentillesse et de m'avoir intégré dans votre famille.

A mes copains de liberté, que j'ai appris à connaître depuis 10ans déjà :

- **Marie Chatoune**, merci de m'avoir toujours soutenue malgré les milliers de kilomètres de distance parfois. Ta force et ton indépendance sont des exemples à suivre. « *Who run the world ? Girls !* »
- **Audrey Courgette**, merci de m'avoir accompagnée lors de mes crises d'hypersensibilité. Tu es plus forte que tu ne le penses, ne l'oublie pas. « *Des bateaux j'en ai pris beaucoup, mais le seul qu'ait tenu le coup, qui n'ai jamais viré de bord, mais viré de bord, naviguait en père peinard, sur la grand-mare des canards, et s'app'lait les Copains d'abord, les Copains d'abord* » (j'ai hésité avec Barbara aussi)
- **Agathe Gathou**, merci pour toute la tolérance et la bienveillance dont tu fais preuve. Ton rire, reconnaissable à des kilomètres, je veux l'entendre encore plein d'années « *Imagine all the people (...) You may say I'm a dreamer, but I'm not the only one. I hope some day you'll join us and the world will be as one* » (Groupe 6 anglais, allez c'est cadeau)
- **Clémouch**, pendant longtemps le seul homme à naviguer en terre féminine. Je pense qu'on peut toutes te dire merci pour les galères dont tu nous as sorties. Ami, garde du corps, confident ... beaucoup de casquettes à porter mais tu le fais si bien. « ... *Un bon son électrotechno incompréhensible sans parole ...* » (Dabaï)
- **Lorraine Lolo ou Tata on ne sait plus !** Merci d'avoir toujours su apporter de la légèreté dans nos conversations de médecine ennuyantes. Merci pour ta fraîcheur qui nous a bien aidé dans nos quotidiens, et tes histoires toujours drôles ! « *En r'tard, en r'tard, j'ai rendez-vous que'que part. Je n'ai pas le temps de dire au revoir, je suis en r'tard, en r'tard* » (je te laisse chercher la référence)

A tous les copains d'externat : Guigui, Marion, Maelle, Gomar et Django, Lisa, Morgane, Eva, Emme, Claire, Marie ... Merci d'avoir rendu mon parcours plus doux pendant ces longues années (on oublie le mot douceur pour les soirées d'intégration). Je vous souhaite tout le bonheur du monde au plan professionnel, mais surtout personnel.

Et aux copains d'internat : Merci à la team de Montauban, notre petit groupe m'a accompagné tout au long de l'internat. A tous nos souvenirs dans la région Tarn et Garonnaise. Ps : C'est quand la prochaine soirée piscine ?

Et enfin, à celui qui partage ma vie depuis presque six ans déjà. Merci de m'avoir tant soutenu pendant toutes ces années. Je ne te remercierai jamais assez pour ça. Mon amour pour toi grandit chaque jour un peu plus. A tous nos beaux voyages et projets à venir. **Bebibez** ensemble, pour la vie, minimum.

REMERCIEMENTS DE FLAVIEN

Merci à Sabine, merci de partager ma vie depuis maintenant 9 ans, d'avoir toujours été présente et d'être encore là aujourd'hui pour m'écouter, me rassurer, me soutenir. Je ne dirai jamais assez à quel point je suis heureux et chanceux de t'avoir rencontré, sans toi rien ne serait pareil.

Merci à Maëva de t'être embarqué avec moi dans cette aventure qui aura duré 2 ans. J'ai vraiment eu beaucoup de chance de t'avoir comme co-thésarde. Pour les coups durs comme les bons moments, tu as été un soutien super. Je te souhaite beaucoup de bonheur pour la suite.

Merci à mes parents pour m'avoir toujours soutenu pendant ces 10 années de travail, d'avoir toujours été présents et d'avoir cru en moi. Vous avez été un soutien immense et inébranlable pendant toutes ses années, rien n'aurait été possible sans vous. Je vous embrasse.

Merci à ~~mon frère~~ ma sœur Cyrille, toujours présente pour rigoler. Merci d'être là pour moi. C'est aussi grâce à toi que j'ai pu arriver au bout de ces 10 ans.

Merci à ma famille : Mamie Éliane, Vincent, Michel, Marie, Mélanie et Guillaume. J'ai de la chance de vous avoir tous !

Merci aux copains : Dorian, Yoann, Benjamin, Antoine, Romain, j'ai hâte de vous voir à ma place ! Merci pour toutes ses années de fac, les JDR, toutes ses soirées. Vous êtes des personnes formidables et j'ai eu beaucoup de chance de tous vous rencontrer. Grâce à vous, j'ai passé 10 années de médecine bien plus douces. Bisous à vous tous les potos !

Merci à Nathalie et Denis, pour m'avoir accueilli au sein du cabinet, de m'avoir accompagné et conseillé, d'avoir partagé avec moi votre manière d'exercer depuis 3 ans maintenant. Merci de m'avoir fait aimer encore plus la médecine générale. J'ai vraiment hâte de travailler avec vous.

Bisous à l'équipe des internes de Villefranche Florence, Louise, Lisa, Valentin. Merci pour ces 6 mois Aveyronnais et pour les (très nombreux) apéros ensemble !

Merci à ma belle-famille, Claude, Carole, Thomas, Morgane, Anne, Mathieu, Sophie, Axelle, Romane, Raphaël, Renaud. Je vous embrasse tous.

Bisous à Alice, j'espère que je serai un jour dans les remerciements de ta thèse d'astrophysicienne ;)

Merci à tous les maîtres de stage, les tuteurs, que j'ai rencontré pendant mon cursus. Merci de m'avoir accompagné pendant toutes ces années.

Une pensée pour Mamie Annie et Papi Lucien, qui ne sont plus avec nous aujourd'hui, mais auxquels je pense toujours...aujourd'hui encore plus.

Table des matières

1	INTRODUCTION	9
2	MATERIEL ET METHODES	12
2.1	ÉTUDE ET TYPE D'ENTRETIEN	12
2.2	AUTORISATIONS ÉTHIQUES	12
2.3	RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE	12
2.4	LE GUIDE D'ENTRETIEN	13
2.5	L'ÉCHANTILLONNAGE	14
2.6	LE RECRUTEMENT	14
2.7	RECUEIL DES DONNEES	14
2.8	RETRANSCRIPTION ET ANALYSE DES DONNEES	14
3	RESULTAT	16
3.1	CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION	16
3.2	UN EXAMEN DIFFICILE VOIRE IMPOSSIBLE	16
3.2.1	L'agitation, agressivité ou opposition sont les troubles du comportement perturbateurs les plus gênants	16
3.2.2	La méfiance du médecin	17
3.2.3	Sentiment de mise à mal de la toute-puissance médicale, atteinte à la relation de confiance et du statut de médecin	17
3.2.4	Un examen limité	18
3.2.4.1	<i>Une difficulté à interroger le patient</i>	18
3.2.4.2	<i>Une difficulté à examiner le patient</i>	19
3.2.4.3	<i>Un examen peu utile en cas de TCP</i>	19
3.2.5	Un examen de mauvaise qualité	20
3.2.6	Un examen chronophage	20
3.2.7	L'examen impossible	20
3.2.8	Des conditions d'examen non optimales	21
3.2.8.1	<i>Le médecin seul lors de l'examen</i>	21
3.2.8.2	<i>La mise en condition du patient pour l'examen</i>	21
3.3	MAIS DES SOLUTIONS	22
3.3.1	L'absence d'appréhension ou de difficulté	22
3.3.2	L'expérience et la pratique de la gériatrie	22
3.3.2.1	<i>Gestion de la frustration et de la peur</i>	22
3.3.2.2	<i>L'acceptation du trouble du comportement</i>	22
3.3.2.3	<i>L'acquisition de techniques pour l'examen clinique</i>	23
3.3.3	La nécessité de s'adapter	23

3.3.4	Des éléments ressentis facilitateurs	23
3.3.4.1	<i>Connaître l'histoire de vie du patient</i>	24
3.3.4.2	<i>Savoir respecter le refus du patient et reporter le cas échéant</i>	24
3.3.4.3	<i>La présence de l'aidant</i>	24
3.3.4.4	<i>L'EHPAD</i>	25
3.3.4.5	<i>L'environnement propice à l'examen clinique</i>	26
3.3.4.6	<i>Recherche d'une étiologie organique et examens complémentaires</i>	26
4	DISCUSSION	27
4.1	LE RESSENTI DES MEDECINS GENERALISTES FACE AUX TCP DES PATIENTS ALZHEIMER	27
4.2	LES FREINS ET LEVIERS DECRITS POUR UN MEILLEUR EXAMEN CLINIQUE ET DONC UN MEILLEUR RESSENTI	31
4.3	FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE	35
4.3.1	Les forces	35
4.3.2	Les faiblesses	36
4.4	PERSPECTIVES	36
5	CONCLUSION	38
6	BIBLIOGRAPHIE	39
7	ANNEXES	43
7.1	ANNEXE 1 – FORMULAIRE DE CONSENTEMENT	43
7.2	ANNEXE 2 – GUIDE D'ENTRETIEN	45
7.3	ANNEXE 3 – EXEMPLE DE CONTEXTE D'ENONCIATION	46
7.4	ANNEXE 4 – EXTRAIT DU TABLEAU DE CODAGE	47
7.5	ANNEXE 5 – DONNEES SOCIOLOGIQUES	48

1 INTRODUCTION

En France, la maladie d'Alzheimer est la plus fréquente des maladies neurodégénératives (1). En 2015, la prévalence est de 900 000 personnes atteintes en France. Compte tenu de l'augmentation de l'espérance de vie et du vieillissement de la population, celle-ci devrait être de 1,3 millions de personnes en 2020 (2).

Les troubles du comportement perturbateurs (TCP) sont un enjeu majeur de la prise en charge de cette pathologie. Ils touchent environ 80% des patients atteints d'Alzheimer (3). En 2009, ils ont fait l'objet de recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé (HAS) (4). Dans ces recommandations, les TCP sont définis comme des « comportements, attitudes ou expressions dérangeants, perturbateurs ou dangereux pour la personne ou pour autrui, qui peuvent être observés au cours de la maladie d'Alzheimer et de la plupart des maladies apparentées ». Ils regroupent : opposition, agitation, agressivité, comportements moteurs aberrants, désinhibition, cris, idées délirantes, hallucinations et trouble du rythme veille/sommeil (4). Bien que différents, ces symptômes fréquents ont en commun leur caractère fluctuant et marquent un tournant dans l'évolution de la maladie d'Alzheimer. Les TCP sont responsables d'une altération de la qualité de vie du patient mais ils impactent également la qualité de vie de l'entourage. Ils sont un aussi un facteur de risque d'épuisement professionnel du personnel soignant avec le risque d'une prise en charge qui ne serait plus « bientraitante ». Devant des patients avec TCP, la HAS recommande, en première intention, d'utiliser des techniques de soins appropriées aux TCP. Afin de prévenir ou d'éviter de majorer ces troubles, celle-ci préconise d'adopter des attitudes spécifiques :

- de communication comme, par exemple, établir un contact visuel, éviter les distractions, utiliser des phrases courtes avec un seul message à la fois, laisser le temps de répondre, rester patient, ne pas hausser la voix, ne pas obliger le patient à faire ce qu'il n'a pas envie de faire...
- de soins comme, par exemple, éviter de faire à la place du patient, le laisser faire des choix, simplifier les choix, séparer les tâches complexes en plusieurs étapes, communiquer et rassurer lors des soins, proposer une activité alternative...

Les soins envers les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer avec des TCP peuvent s'avérer complexes. Depuis quinze ans, des études en EHPAD ou en secteur hospitalier ont été menées sur le ressenti des infirmières ou du personnel soignant lors des soins aux personnes atteintes d'Alzheimer. En 2016, une première revue de la littérature « The experience of people with dementia and nurses in hospital: an integrative review » (5) incluant 24 études qualitatives entre 2005 et 2015 a eu pour objectif d'identifier et d'examiner le ressenti des personnes atteintes de démence et des infirmières hospitalières vivant les soins à l'hôpital. En 2018, une autre revue de la littérature « Nurses' experiences providing care for people with dementia: an integrative literature review » (6) incluant 19 études qualitatives entre 2006 et 2016, revient sur les émotions des infirmières lorsqu'elles s'occupent des patients atteints d'Alzheimer. Dans ces deux revues de la littérature, bien que les TCP ne soient pas spécifiquement décrits, les infirmières abordent aussi les aides et les freins à la réalisation de soins « bientraitants » à ces personnes.

Le lien entre ressenti et TCP chez les soignants est spécifiquement étudié dans une thèse de médecine générale « Ressenti du personnel soignant face aux troubles du comportement en EHPAD » de 2018 (7). Ce travail est une étude qualitative réalisée auprès de 4 infirmières, 1 psychologue, 1 aide médico-psychologique (AMP) et 8 aides-soignants. Dans cette étude, le personnel demande notamment une intervention rapide des médecins généralistes en cas de TCP, afin de réaliser une évaluation médicale du patient, mais aussi dans une optique d'échange et de réassurance du personnel de l'EHPAD.

Cette évaluation médicale par le médecin généraliste du patient avec des TCP est le point de départ de notre étude. Le médecin est le premier recours auquel le personnel soignant ou les aidants font appel en cas de TCP. Concernant la maladie d'Alzheimer, des études ont été menées avec comme population cible les médecins généralistes. Elles reviennent sur la difficulté à poser le diagnostic mais aussi sur les difficultés à la prise en charge globale de la maladie, notamment avec l'utilisation controversée des psychotropes. Cependant, aucune étude sur le ressenti des médecins généralistes lors de l'examen clinique des patients atteints d'Alzheimer avec TCP n'a été retrouvée lors de nos recherches. L'examen clinique occupe pourtant une place prépondérante en médecine générale. La démarche clinique fait partie des

compétences acquises par le médecin généraliste. Dans cette démarche, l'examen clinique fait partie intégrante de chaque consultation et aide à la décision médicale.

L'objectif principal de cette étude est donc d'analyser le ressenti des médecins généralistes lors de l'examen clinique des patients atteints de la maladie d'Alzheimer avec des troubles du comportement perturbateurs.

Les objectifs secondaires sont de recueillir les leviers et les freins avancés chez les médecins à la réalisation d'un examen clinique qu'ils jugent satisfaisant.

2 MATERIEL ET METHODES

2.1 ÉTUDE ET TYPE D'ENTRETIEN

L'objectif de cette étude étant axée sur le recueil du ressenti des médecins généralistes lors de l'examen clinique du patient Alzheimer présentant des troubles du comportement perturbateurs, une étude qualitative semblait la plus appropriée (8). Cette étude repose sur le principe de l'analyse thématique et se base sur l'analyse du discours des personnes interrogées concernant leurs ressentis (9).

Cette étude explorant des situations potentiellement difficiles, nous avons retenu la méthode de l'entretien individuel semi-dirigé afin de ne pas limiter l'expression des ressentis les plus complexes par les médecins.

2.2 AUTORISATIONS ÉTHIQUES

Lors du dépôt de notre sujet d'étude, la mise en place de la loi Jardé concernant la protection des personnes dans le cadre de la recherche était encore en phase de moratoire. Il n'y a donc pas eu de demande faite au CPP pour cette étude. Ce sujet de recherche a été validé par la Commission des Thèses de la Faculté de Médecine de Toulouse. Chaque participant a signé un formulaire de consentement avant le recueil des données (annexe 1).

2.3 RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

Nous avons effectué une revue narrative de la littérature sur les bases de données Pubmed, Cochrane, SUDOC avec les mots clés BPSD (Behavioural and psychological symptoms of dementia), clinical examination, physical examination, general practitioner, geriatrician, feeling. Nous n'avons pas trouvé d'études explorant le ressenti des médecins généralistes lors de l'examen clinique des patients Alzheimer présentant des troubles du comportement perturbateurs.

Nous avons trouvé plusieurs études qualitatives explorant le ressenti des paramédicaux lors des manipulations ou des toilettes de la personne âgée avec des troubles du comportement perturbateurs sur ces mêmes bases de données. En réalisant une nouvelle recherche avant la phase de rédaction, nous avons trouvé une thèse de médecine générale abordant le ressenti

du personnel soignant en EHPAD lors des soins envers les patients atteints d'Alzheimer avec des TCP.

Nous nous sommes basés sur les études qualitatives pour créer le guide d'entretien. Cette revue narrative nous a permis de faire une triangulation des données afin de limiter le biais d'interprétation (9).

2.4 LE GUIDE D'ENTRETIEN

Une première partie du guide d'entretien concernait le recueil des données sociologiques. Nous avons exploré l'âge, le sexe, l'année d'installation ainsi que les données pouvant impacter le ressenti des médecins lors de l'examen clinique de la personne âgée présentant des troubles du comportement perturbateurs. Nous avons donc interrogé les médecins sur la réalisation ou non de visites au domicile ou en EHPAD, la qualification de maître de stage universitaire et la présence de compétences en gériatrie (Médecin coordonnateur d'EHPAD, DU ou DIU de gériatrie).

La seconde partie du guide permettait l'exploration du ressenti des médecins généralistes lors de l'examen clinique du patient Alzheimer avec des TCP. Afin de les amener à parler de leur ressenti, nous avons demandé aux médecins de décrire dans un premier temps la réalisation de leur examen clinique chez le patient Alzheimer, puis chez le patient Alzheimer présentant des TCP. À l'issue de cette présentation, nous demandions aux médecins de nous décrire leur ressenti à la suite de cet examen. Nous avons également exploré la possibilité d'un examen clinique impossible et le ressenti des médecins face à cette situation en dernière partie de l'entretien.

Nous avons prévu des relances afin de faire préciser aux médecins les difficultés et les facilités auxquelles ils avaient été confrontés.

Avant d'aborder la partie du questionnaire qui traite des TCP, nous avons rappelé la définition de ces derniers afin de ne pas induire un biais dans le recueil des données par méconnaissance de la définition officielle des TCP.

Ce guide d'entretien n'a pas nécessité de modification au cours de l'étude. Le guide est disponible en annexe 2.

2.5 L'ÉCHANTILLONNAGE

Pour cette étude, nous avons décidé de cibler les médecins généralistes thésés, ayant une activité de médecine générale ambulatoire, sur la région Occitanie. Nous avons essayé d'avoir tous les profils d'âge, d'ancienneté, de mode d'exercice et de compétences. Les médecins remplaçants non installés et les médecins généralistes n'ayant plus d'activité ambulatoire en médecine générale n'ont pas été interrogés car étant soumis à des contraintes différentes en termes de temps, d'environnement et de suivi des patients.

2.6 LE RECRUTEMENT

Le recrutement des médecins généralistes s'est fait par demande téléphonique ou sollicitation orale directe dans les réseaux de nos maîtres de stage et nos tuteurs respectifs, ainsi que par contact téléphonique auprès des cabinets de médecine générale de la région.

Lors du recrutement, les médecins ont été avertis du thème général de l'étude (le patient âgé présentant une démence Alzheimer) sans connaître précisément la question de recherche.

2.7 RECUEIL DES DONNEES

Le recueil des données s'est effectué de juin 2019 à novembre 2019 jusqu'à saturation des données. Les entretiens ont été menés aux cabinets des médecins généralistes, sauf l'entretien 6 qui a eu lieu dans une structure hospitalière et l'entretien 2 qui s'est déroulé au domicile d'un médecin. Chaque interview était réalisé par le chercheur ayant effectué le recrutement. Notre statut d'interne était connu des médecins avant la réalisation des entretiens.

Un rappel des objectifs de l'étude et de l'anonymisation des données a été délivré à chaque participant avant l'étude. Une autorisation concernant l'enregistrement et la participation à l'étude a été signée par chaque participant avant le début de l'entretien. Les entretiens ont été enregistrés via l'application Dictaphone d'un téléphone Samsung® ou avec un dictaphone Olympus®.

2.8 RETRANSCRIPTION ET ANALYSE DES DONNEES

Chaque entretien a été enregistré et retranscrit sur le logiciel Word® dans les 72h. Lors des entretiens, chaque chercheur a réalisé une prise de notes des éléments de ton, d'ambiance,

du langage non verbal (attitudes, signes de nervosité...) et des interruptions susceptibles de modifier l'interprétation. Un exemple de contexte d'énonciation est disponible en annexe 3. Ces éléments ont été notifiés en italique dans les retranscriptions. Chaque entretien a été retranscrit et codé par le chercheur ayant réalisé l'entretien. Le second chercheur a ensuite réalisé sa propre analyse et son propre codage de l'entretien. Dans un second temps et pour chaque entretien, une double lecture et une double analyse thématique ont été réalisées pour extraire les verbatim porteurs de sens. Chaque verbatim a été associé à un code avant une mise en commun et un classement des codages sur un tableur Excel[®]. Un extrait de ce tableur est disponible en annexe 4. Les désaccords entre les investigateurs concernant le codage des verbatim ont fait l'objet d'une discussion avec relecture de l'entretien ainsi qu'une seconde écoute de l'entretien, dans certains cas, pour arriver à un consensus. En l'absence de consensus, l'avis d'une tierce personne était demandé pour définir le codage. Nous avons réalisé 9 entretiens avant saturation des données. Un 10^{ème} entretien a été réalisé pour confirmer cette saturation des données.

3 RESULTAT

3.1 CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION

La population comprenait 6 hommes et 4 femmes. Ils avaient entre 29 et 61 ans avec une moyenne d'âge de 46,4 ans. Les participants s'étaient installés en cabinet de médecine générale entre 1984 et 2018.

Concernant le type d'exercice, 3 participants travaillaient en milieu urbain et tous exerçaient en cabinet de groupe. 4 participants travaillaient en milieu rural, dont 3 en maison de santé et 1 en exercice isolé. 2 participants travaillaient en milieu semi-rural, 1 en cabinet de groupe et 1 en exercice isolé.

Sur les 10 participants, 7 étaient maîtres de stage universitaire.

2 des participants interrogés avaient déjà travaillés en EHPAD. Tous les participants réalisaient des visites en EHPAD ou à domicile. 5 participants avaient eu une formation en relation avec la gériatrie : 2 ont participé à une formation médicale continue, 1 à un DU de gériatrie et 2 à un DU de médecin coordonnateur. 1 participant avait un DU de soins palliatifs.

Les données sociologiques sont détaillées en annexe 5.

3.2 UN EXAMEN DIFFICILE VOIRE IMPOSSIBLE

3.2.1 L'agitation, agressivité ou opposition sont les troubles du comportement perturbateurs les plus gênants

Dans le cas des patients Alzheimer présentant des TCP, la majorité des médecins ont rapporté un examen clinique difficile dans la pratique « c'est difficile » (E7), « Compliqué (rires). Très compliqué (Rires) » (E1), « Euh...ça va être plus dur » (E2). Ce sentiment de difficulté était surtout retrouvé lors des troubles du comportement perturbateurs à type d'agitation « Donc effectivement, l'examen clinique peut être rendu très difficile par le... l'état d'agitation ou d'opposition, tout ça. » (E8), d'opposition et d'agressivité « Quand il y a de l'agressivité, c'est souvent le cas euh...des patients opposants ben pfff... on a...l'examen clinique il est très limité » (E4).

Les médecins ont mentionné des agressions physiques du patient envers eux, les gênant pour examiner correctement le patient « C'est un peu un combat pour éviter les coups et éviter euh... » (E1), « Si c'est quelqu'un en opposition, oui par exemple, en prenant la tension, il vous donne un grand coup de poing dans le ventre. Donc ça, ça arrive aussi...donc euh » (E8).

Un des médecins a évoqué les difficultés de concentration lors de l'examen des patients Alzheimer avec TCP, causées en particulier par les cris et les comportements moteurs aberrants « Si il a un comportement moteur aberrant, ou vraiment des cris importants, même si j'arrive à faire l'examen clinique, je vais pas réussir à me concentrer de la même manière dessus » (E1). Les cris étaient aussi vus comme pourvoyeurs de fatigue psychologique « Après des fois, il peut y avoir un peu euh (...), des ... (...), fin une fatigue euh...psychologique quand il hurle constamment et même si on arrive on est euh... des difficultés de concentration on va dire. » (E1).

3.2.2 La méfiance du médecin

La présence de ces TCP à type d'agressivité lors de l'examen entraînait l'existence d'un sentiment de méfiance vis-à-vis du patient atteint d'Alzheimer avec des TCP, en particulier pour l'agitation, l'agressivité et l'opposition « Et du coup euh...c'est vrai que je suis plus euh...méfiante quoi. Face à ça. Surtout face aux troubles du comportement type agitation, agressivité. » (E2). Les médecins ont souligné une méfiance face au risque d'atteintes physiques « Euh ap...méfiant entre guillemet un petit peu aussi pour euh...ben...pas avoir de...pas recevoir de coup, de choses comme ça » (E9), « on se méfie toujours des coups de dents aussi » (E7). Ce sentiment de méfiance avait un impact sur l'approche du médecin et son interaction avec le patient. L'approche du médecin était décrite plus précautionneuse en fonction du patient et de son comportement « Si je sais qu'il y a une agressivité ou si je sais qu'il y a...y'a des choses qu'il faut pas...dire, parce que je connais les patients. Et ben du coup, je prendrais plus de pincettes pour le dire quoi. » (E2), ou plus prudente avec une anticipation de l'agression physique « En essayant de m'exposer le moins possible » (E7).

3.2.3 Sentiment de mise à mal de la toute-puissance médicale, atteinte à la relation de confiance et du statut de médecin

Des médecins ont rapporté le sentiment de mise à mal de leur toute-puissance médicale face aux patients Alzheimer avec des TCP. Les médecins expliquaient aussi se sentir limités dans

la prise en charge de ces patients « Dans notre toute puissance médicale. Parce que là, on est limités. On ne l'est plus, tout puissant » (E8). Les médecins pouvaient se trouver déstabilisés par la prise de décision en n'ayant pas un recueil optimal des informations cliniques ou de l'anamnèse comme pour un patient "sain". « Quand on est tellement formé à...on va dire l'efficience, à euh aux résultats, euh aux, à la prise de décision basée sur tous les éléments qu'on qu'on peut obtenir » (E10). Ce sentiment d'atteinte de la toute-puissance médicale pouvait amener à ressentir une frustration « Ben bien sûr il y a une frustration, comme toujours. » (E10).

Les médecins ressentaient aussi une altération de la relation médecin-patient. La relation de confiance était altérée avec les patients Alzheimer ayant des TCP « Euh parce que euh...ça peut être euh euh...ça peut interrompre on va dire, le euh le...à la fois pour le patient mais aussi pour l'examineur que je suis, la la relation de confiance en quelque sorte. » (E10). Les médecins ressentaient, également, une forme de désacralisation de leur statut de médecin que certains patients ne reconnaissaient plus « Les gens qui ont un Alzheimer. Parce qu'ils sont pas sensibles du tout. Ils s'en foutent pas mal. L'autre jour, il y a une dame que j'ai croisée à l'EHPAD, qui m'a traité de salaud ! » (E8).

3.2.4 Un examen limité

L'examen clinique du patient Alzheimer avec TCP a été décrit comme limité par plusieurs médecins « Je fais ce que je peux » (E8). Ici, les médecins étaient directement limités par la présence des TCP « Je l'examine de manière moins complète que quelqu'un qui se laisse faire en tout cas » (E7). Plusieurs éléments ont été rapportés par les médecins.

3.2.4.1 Une difficulté à interroger le patient

La difficulté lors de l'interrogatoire des patients Alzheimer avec TCP a été mentionnée par plusieurs médecins. Cette difficulté provenait du manque de fiabilité de l'interrogatoire « On portera moins de crédit aux réponses aux questions qu'on aura posé » (E3) ou de son absence « Parce que les gens quand ils commencent un peu à être à côté de...de leurs têtes, c'est eux qui font remonter les infos hein. » (E5). Cette partie interrogatoire manquait pour orienter l'examen clinique et pouvait entraîner, pour le médecin, le sentiment mal vécu d'exercer une médecine vétérinaire « On a l'impression de faire, euh, euh, on dit on dit de la médecine vétérinaire, » (E4). Les difficultés à obtenir un interrogatoire ou des informations fiables lors de l'examen pouvaient aboutir à un sentiment de frustration « et après quand c'est un patient

qu'on peut examiner, c'est c'est toujours euh...c'est toujours pas très satisfaisant puisque euh ben on a pas le ressenti du patient, quand on va palper, rechercher une douleur euh ben on peut pas se fier à la, au ressenti du patient. Donc c'est toujours assez frustrant » (E4).

3.2.4.2 Une difficulté à examiner le patient

Plusieurs médecins ont décrit une difficulté à examiner physiquement les patients à cause des phénomènes à type d'opposition, d'agressivité, d'agitation « Bein les difficultés du coup déjà pour l'examen clinique. Pour euh...les toucher » (E2), « C'est quand même pas toujours facile quand tu as un patient qui est vraiment opposant » (E5). Il ressortait des entretiens une plus grande complexité à la réalisation de l'examen abdomino-pelvien « Voilà, tout ce qui est examen euh pelvien, examens abdominaux, c'est pas simple bien entendu » (E10). Les examens pulmonaires et neurologiques nécessitant une participation du patient étaient aussi ressentis plus difficiles à effectuer « C'est peut-être le plus délicat l'examen pulmonaire » (E3). L'examen clinique était, donc, souvent limité à l'aspect cardiovasculaire « le rythme cardiaque, est ce qu'au niveau des poumons on entend quelque chose ? » (E7), « on va dire le minimum quoi, la tension, l'auscultation euh...cardiaque et pulmonaire » (E9) qui était ressenti comme plus important. La prise de tension est un élément qui a été mentionné par un médecin comme complexe à réaliser chez ces patients « mais le brassard je trouve que c'est un des éléments notamment qui est souvent considéré comme difficile » (E10).

3.2.4.3 Un examen peu utile en cas de TCP

Certains médecins estimaient que l'examen clinique du patient Alzheimer avec des TCP n'était pas utile et n'apportait pas d'informations utiles ou pertinentes. « Tout ce que j'aurai pu avoir comme données issues de mon examen était inutile quoi. Enfin non fiable ou inutile » (E6). Cela pouvait les amener à ne pas examiner les patients Alzheimer avec des TCP ou à limiter volontairement leur examen aux points vus comme essentiels. « Après est-ce que c'est impératif que je le voie ? Ben euh pas pour tout quoi. Pas tout le temps et pas pour tout. » (E6). Cet examen était ressenti comme une difficulté pour certains médecins qui s'interrogeaient sur leurs utilités et l'apport de leurs examens chez ce type de patient « Les difficultés, c'est-à-dire que, donc la première des choses c'est euh est-ce que je sers vraiment à quelque chose ? » (E7).

3.2.5 Un examen de mauvaise qualité

L'examen d'un patient Alzheimer présentant des TCP a été jugé de mauvaise qualité par les médecins « C'est vrai que euh...là, on va dire...euh...ces troubles du comportement peuvent avoir un effet qui peut altérer la qualité de l'examen. » (E10). Compte tenu de la difficulté, voire l'impossibilité à examiner le patient physiquement, l'examen a été décrit comme moins riche, moins complet sur le plan somatique. « Ben...du coup moins riche quoi. Moins riche en...en somatique. » (E2), « c'est vrai qu'après on fait un peu plus de l'à-peu-près que euh de l'examen clinique vraiment comme il faut. » (E5).

3.2.6 Un examen chronophage

L'examen du patient Alzheimer avec TCP était décrit comme un examen chronophage « Que ce sont des visites et des examens qui prennent du temps » (E3). C'était un élément source de difficulté pour les médecins qui étaient limités par le temps qu'ils pouvaient consacrer au patient « Ce qui n'est pas toujours simple quand (...) on sait qu'on a des visites et que qu'il y a la montre » (E3). Au vu de leur activité libérale, les médecins pouvaient être gênés pour gérer correctement l'ensemble des problèmes soulevés par la prise en charge du patient « En SSR, en post-urgences gériatrie (...) je pense t'as plus le temps qu'en consultation de médecin générale ou en visite » (E4).

3.2.7 L'examen impossible

Dans les cas de TCP à type d'agitation, d'opposition et d'agressivité, de nombreux médecins ont décrit une impossibilité à examiner les patients. « Mais parce qu'on peut pas quoi. Parce qu'on a beau essayer, on n'y arrive pas » (E1), « Parce que y en a certains euh c'est non c'est non hein. » (E5).

Un médecin a exprimé des sentiments particuliers face à la situation où un examen clinique était impossible. Cette situation était vécue comme déstabilisante face à l'imprévu que cette situation entraînait « Déstabilisant dans le sens où ce que t'as prévu de faire tu le fais pas comme t'as prévu de le faire » (E3).

Le sentiment de frustration était ressenti par certains médecins dans cette situation « Frustration ! (*Rires*) Grosse frustration ! » (E1). Ce sentiment avait pour origine la peur d'une erreur diagnostique lorsque l'examen n'était pas réalisable « frustrée (...) de savoir que ben...euh...on va peut-être passer à côté de quelque chose » (E1). La sensation de travail

mal réalisé était aussi une cause de frustration énoncée par les médecins lorsque l'examen n'était pas réalisable « c'est frustrant parce qu'on peut pas bien faire son travail » (E4).

3.2.8 Des conditions d'examen non optimales

3.2.8.1 Le médecin seul lors de l'examen

La réalisation de l'examen du patient Alzheimer avec des TCP sans assistance était également un facteur de difficulté pour les médecins « Là on parlait de manipuler un patient euh grabataire, ben ça, euh si on est tout seul, on peut faire moins de choses. » (E4). En cas de TCP, les médecins seuls devaient utiliser leurs mains pour limiter les mouvements du patient rendant impossible l'examen clinique « Je peux pas à la fois avoir la main sur le stétho et deux mains pour...euh bloquer les bras quoi. » (E1).

3.2.8.2 La mise en condition du patient pour l'examen

La mise en condition correcte du patient pour pouvoir réaliser un examen était aussi un élément complexe dans certains cas. Les médecins ont rapporté des difficultés avec les patients alités « Alors après y'a une fois y'a eu une sévère où elle était complètement alitée, mais je faisais pas grand-chose parce qu'elle était alitée » (E2). Cette position pouvait compliquer l'examen, notamment en EHPAD où les médecins jugeaient les lits non adaptés pour la réalisation d'un examen. « En EHPAD, en tout cas ici, quand on les voit, on les examine pas spécialement allongé parce que le lit est pas adapté. » (E7). Les contentions gênaient également l'examen en EHPAD.

Le déshabillage du patient était un élément qui pouvait compliquer la réalisation de l'examen clinique selon les capacités du patient à se déshabiller ou non « J'essaye autant que possible selon sa carrure et ses capacités physiques de le déshabiller (...) pour correctement examiner les poumons et le coeur. » (E1). Le déshabillage des patients était aussi perçu comme un élément chronophage lors de l'examen « Parce que ça prend du temps de déshabiller quelqu'un. » (E3). Le déshabillage du patient était vu comme important pour éviter l'erreur diagnostique lors de l'examen « Quand même j'essaye de les déshabiller un peu pour pas trop passer à côté de certaines choses. » (E8).

3.3 MAIS DES SOLUTIONS

3.3.1 L'absence d'appréhension ou de difficulté

Certains médecins ne rapportaient pas de difficulté lors de l'examen des patients atteints d'Alzheimer avec des TCP « Moi c'est pas des examens qui me posent euh problème » (E2). Certains ne ressentait aucune appréhension à examiner ces patients. Malgré cela l'examen n'était quand même pas décrit comme étant facile « Mmmmh des facilités, non mais des difficultés non plus » (E6). Les médecins qui ne rapportaient pas de difficultés lors de l'examen étaient coordonnateurs d'EHPAD.

3.3.2 L'expérience et la pratique de la gériatrie

L'expérience du médecin et la pratique de la gériatrie ont permis à des médecins d'avoir moins de difficultés lors de l'examen des patients atteints d'Alzheimer avec des TCP.

3.3.2.1 *Gestion de la frustration et de la peur*

L'expérience du médecin lui permettait de gérer les situations de frustration « Oh non mais moi je ne me sens pas ni frustré ni je me dis j'ai pas fait mon boulot » (E5) Celle-ci lui apprenait « à vivre avec euh ces espèces de renoncement » (E10). Les médecins ont appris avec l'expérience et la pratique de la gériatrie à ne plus craindre les TCP « Et donc du coup peut être aussi que j'ai moins peur parce que euh...j'ai l'habitude des personnes âgées » (E2).

3.3.2.2 *L'acceptation du trouble du comportement*

Les médecins ont appris à accepter les troubles du comportement. Les TCP ont été décrits comme inhérents à la pathologie, et non inhérents à la personnalité du patient « moi je...je comprends l'évolut... c'est la maladie, ça fait partie de la maladie » (E4). Le patient n'était pas fautif s'il avait des comportements aberrants « Parce que c'est pas leur faute » (E1). La gestion des troubles du comportement était rapportée comme faisant partie intégrante des compétences du métier de médecin généraliste « ça fait partie de notre métier d'...d'avoir des gens opposants ou des gens qui... qu'on peut pas examiner » (E4).

Comme énoncé dans le point 3.2.3, l'examen des patients atteints d'Alzheimer avec TCP entraînait une mise à mal de la toute-puissance médicale. Ce ressenti était cependant nuancé par les médecins qui y voyaient une manière de progresser et d'acquérir de nouvelles

compétences en se confrontant aux échecs vécus. « C'est une excellente façon de progresser dans la vie. Et d'être compétent. C'est d'analyser les échecs. Donc avec les Alzheimer, on a des...C'est bien, ça remet les choses à leurs places » (E8). Le fait que le statut de médecin ne soit pas reconnu et respecté par certains patients Alzheimer était également vu comme un moyen positif de rester humble et de se remettre en question « Donc voilà, ils n'ont plus du tout la même relation, ils n'ont pas la relation avec le médecin. On est complètement désacralisé. Ce qui est une très bonne chose » (E8).

3.3.2.3 L'acquisition de techniques pour l'examen clinique

Les médecins ont appris à avoir « ses propres tuyaux » (E3) pour examiner les patients avec des TCP. Ces techniques étaient spécifiques à chaque médecin et tirées de leur expérience personnelle en tant que médecin généraliste. La jeunesse du médecin qui n'aurait pas pu acquérir des techniques d'examen a été rapportée comme étant un frein à l'examen clinique « Donc on peut le vivre très mal quand on est jeune » (E8).

3.3.3 La nécessité de s'adapter

Le patient n'ayant pas les capacités cognitives pour s'adapter au médecin, c'était le rôle du médecin de s'adapter au patient avec des TCP « C'est à nous de nous mettre à son rythme et pas l'inverse » (E3). Le comportement du patient devait être analysé par le médecin avant son examen clinique pour ensuite pouvoir s'adapter plus facilement « ben moi je crois que...là aussi il y a une euh...je les examine en m'adaptant à leur comportement » (E6). En s'adaptant au patient, l'examen clinique du médecin se trouvait donc modifié. Le médecin décidait de lui-même de limiter son examen en se cantonnant aux points jugés "essentiels" pour les médecins « Je vais essayer de faire le moins d'examen, enfin de, de pas trop insister, pour pas l'énerver encore plus » (E1). En limitant l'examen, le médecin a surtout cherché à ne pas majorer l'agressivité ou l'opposition du patient « Bein quand il y a de l'opposition, moi j'essaye de limiter au maximum les examens cliniques quiii où ils veulent pas » (E5).

3.3.4 Des éléments ressentis facilitateurs

Malgré un ressenti difficile, les médecins ont soulevé plusieurs pistes pouvant aider à réaliser un examen clinique dans des conditions apaisées et permettant la bienveillance du patient avec des TCP.

3.3.4.1 Connaître l'histoire de vie du patient

Connaître l'histoire de vie du patient et son passé était vu comme une aide pour les médecins « Après quand ce sont mes patients que je connais bien (...) c'est plus facile » (E3). L'histoire de vie du patient, était notée comme faisant partie intégrante du dossier médical, au même titre que de noter les antécédents et traitements « D'avoir une bonne connaissance des patients, une bonne histoire de vie....écrite ! ça c'est le genre de truc que je trace » (E3). En discutant avec le patient d'un sujet qui l'intéressait, le médecin espérait diminuer les troubles du comportement « dès qu'on commence à entrer en contact avec eux et à leur parler euh de ce qui les intéresse ou de leur vie ils s'arrêtent de crier » (E6).

3.3.4.2 Savoir respecter le refus du patient et reporter le cas échéant

Les médecins ont appris à ne pas insister pour réaliser l'examen clinique en cas de TCP « Donc c'est vrai que toutes les ... toutes les personnes qui sont agitées ou agressives (hésite), idées délirantes (...) ça m'amène à uh...pas à ne pas les examiner » (E2). Le patient était acteur de sa prise en charge et son refus d'examen devait être respecté, malgré la diminution de ses capacités cognitives « le maître mot c'est encore une fois, on peut pas examiner un patient contre sa volonté, même si sa volonté et son raisonnement est perturbé » (E6).

Les médecins avaient conscience que les troubles du comportement étaient passagers « ces comportements ils sont pas quand même euh...permanents » (E9). Le patient n'était donc pas en permanence avec des TCP, ce qui permettait au médecin de pouvoir l'examiner à un moment propice où il était calme « Non ça dépend des fois, on arrive à attraper une fenêtre où ça marche et puis des fois on y arrive pas » (E1).

Dans le cas où les TCP empêcheraient un examen serein, le report a été décrit par les médecins comme la meilleure solution pour pouvoir examiner le patient « il faut que nous on sache faire autre chose et y revenir » (E3). Le médecin espérait ainsi que les TCP ne seraient plus présents « plutôt que de euh se chamailler, on négocie on y arrive ça marche, on y arrive pas et bein on verra la fois prochaine » (E5) « J'essaierai de voir la fois d'après s'il est moins, moins opposant » (E7).

3.3.4.3 La présence de l'aidant

L'aidant était décrit par les médecins généralistes comme une aide pour l'examen clinique chez les patients Alzheimer en cas de TCP « Mais sinon c'est plutôt des aides humaines

finalement qui me permettent...euh... ouais d'accéder...euh... au truc, à la réalité quoi » (E2). Malgré les TCP, le patient pouvait reconnaître l'aidant lors de l'examen et se sentir, ainsi, rassuré « Elles se laissent mieux faire les malades quand elles ont une tête qu'elles voient tous les jours » (E5). L'aidant était d'abord décrit comme un pilier pour l'interrogatoire pouvant permettre de pallier les troubles cognitifs du patient « donc c'est important aussi de prendre le temps pour...au moins avoir la famille au téléphone » (E3). Il était aussi important pour le médecin que l'aidant puisse être là pour l'examen clinique afin de pouvoir l'aider à manipuler le patient « Quand y'a quelqu'un avec moi bein évidemment c'est beaucoup plus facile. Euh, ne serait-ce que pour le manipuler » (E4).

Pour certains médecins, la présence de l'aidant était décrite comme indispensable et était donc systématique lors de l'examen clinique « J'examine toujours le patient du coup Alzheimer avec sa famille, enfin avec le membre de... qui l'accompagne, que ce soit le conjoint ou euh...l'enfant ou voilà » (E2).

3.3.4.4 L'EHPAD

L'approche du médecin lors de l'examen n'était pas la même en fonction de l'environnement où le patient était examiné. L'examen à l'EHPAD ou au domicile modifiait le comportement du médecin « C'est différent quand c'est en EHPAD et quand c'est à la maison » (E5).

L'EHPAD, via les transmissions du personnel, permettait au médecin d'accéder à "l'historique" du patient et à des éventuelles informations relatives à son comportement « Parce que déjà on sait des informations, comment ça s'est passé, si en ce moment c'est une bonne période ou une mauvaise période » (E5). La traçabilité des données était mieux réalisée en EHPAD. Si des éléments organiques (absence de selles, fièvre...) pouvaient expliquer la recrudescence de TCP, ceux-ci étaient notés dans le dossier médical du patient « J'essaye de savoir, alors s'il est en EHPAD c'est plus facile mais pour les dernières selles ... » (E1) « j'essaye au niveau du tableau infirmier si il y a des selles, si il y a une constipation ou autre qui puisse être la cause » (E7).

En EHPAD, le personnel paramédical était aussi présent avec le médecin pour l'aider à examiner le patient avec TCP si nécessaire « En EHPAD, ceux qui sont vraiment agités, sont parfois contentionnés, donc là pour le coup, si je veux examiner la marche ou mettre debout, je demande d'être euh accompagné par l'infirmière ou euh ceux qui sont à côté » (E7). Le personnel était décrit comme un point de repère pour le patient en institution (patient et

personnel se côtoyant quasiment tous les jours) et donc un élément facilitateur pour l'examen « Des fois y'en a certains où je passe avec l'infirmière parce que je sais que c'est là où il sera un peu plus déshabillé ou il sera peut-être plus dans son cocon qu'il a l'habitude » (E2).

3.3.4.5 L'environnement propice à l'examen clinique

Les médecins ressentaient leur examen clinique plus apaisé lorsque le patient était vu dans un environnement connu. « Peut être que c'est mieux même parce que du coup ils sont plus dans leur environnement personnel. » (E2). L'examen dans un milieu connu permettait une réassurance du patient « Après il y a des fois où il vaut mieux les examiner en chambre, parce que c'est là où il reconnaît. » (E7). Le ressenti concernant l'examen clinique était meilleur dans ce cas. « Donc euh si on peut déjà dans un prem....avoir la chance de l'examiner chez lui dans son...dans un milieu qui lui est familier, déjà en général ça se passe mieux » (E6).

3.3.4.6 Recherche d'une étiologie organique et examens complémentaires

Les médecins gardaient quand même à l'esprit que les TCP pouvaient être dus à un problème organique et qu'ils devaient les rechercher en priorité « déjà là je vais chercher les problèmes organiques » (E4). Des notions simples devaient être recherchées par le médecin : fièvre, constipation, déshydratation, douleur, globe vésical...

Quand l'examen clinique était limité, le médecin s'appuyait donc facilement sur les examens complémentaires pour rechercher une étiologie organique aux TCP « mais on le contrebalance par le fait qu'on a des aides techniques » (E3). Les médecins s'appuyaient sur des examens complémentaires facilement réalisables comme une prise de sang, une analyse d'urines... « On pourrait même se dire qu'on a la biologie plus facile » (E7) « euh... si j'ai rien, ça m'arrive de faire une BU » (E1).

La prescription des examens complémentaires était plus facilement réalisée chez les patients atteints d'Alzheimer avec TCP surtout à visée de réassurance, les médecins trouvant souvent l'interrogatoire et l'examen clinique peu contributif « Mais finalement on va demander plus facilement des examens complémentaires et se rassurer avec ça » (E4).

4 DISCUSSION

4.1 LE RESSENTI DES MEDECINS GENERALISTES FACE AUX TCP DES PATIENTS ALZHEIMER

L'examen clinique du patient Alzheimer avec des TCP génère des sentiments négatifs chez les médecins généralistes. Mais des stratégies ont été citées chez la plupart des médecins pour atténuer ce ressenti.

Notre étude soulignait les difficultés des médecins généralistes pour réaliser un examen clinique chez les patients atteints d'Alzheimer présentant des TCP à type d'agitation, d'agressivité physique et d'opposition. Nous avons trouvé peu de données concernant les médecins généralistes dans la littérature et ces données traitent surtout la gestion globale des troubles du comportement. Cependant, les éléments de notre étude semblent être en accord avec les données de la littérature disponibles chez les paramédicaux. Dans plusieurs études observationnelles transversales, l'agitation et l'agressivité font partie des troubles les plus générateurs de détresse chez les infirmiers prenant en charge les patients déments, que ce soit à domicile ou en institution (10–13). Dans notre étude, la présence d'agitation, d'agressivité, d'opposition gênait directement les médecins pour la réalisation d'un examen clinique. Il est possible de retrouver des éléments similaires dans les études qualitatives portant sur les paramédicaux lors des phases de soins et d'hygiène. Les troubles à type d'opposition ainsi que les agressions verbales et/ou physiques sont des éléments souvent rapportés lors des soins (14–17).

Certains médecins ont évoqué avoir un sentiment de méfiance vis-à-vis de la personne âgée démente présentant des troubles du comportement à type d'agitation, d'agressivité. Ce sentiment de méfiance était lié à un risque d'agression physique du patient envers le médecin. On retrouve cette notion de méfiance envers les patients Alzheimer présentant des TCP dans les études qualitatives portant sur le ressenti des paramédicaux de Ostaszkievicz and al (14) et Heaslip and Board (17). Cette méfiance des paramédicaux est liée à l'imprévisibilité des TCP. Les paramédicaux mentionnent des changements soudains et inattendus du comportement du patient, nécessitant une vigilance constante pour se prémunir d'une agression. Dans notre étude, la méfiance des médecins semblait liée à la présence directe de TCP lors de l'examen clinique, pouvant conduire à une atteinte physique. Cette méfiance des médecins semblait également liée à la connaissance du patient et à la notion

d'antécédents de TCP dans l'histoire médicale, amenant les médecins à une forme de méfiance par anticipation. La présence de ce sentiment de méfiance pourrait expliquer les difficultés exprimées par certains médecins concernant la relation médecin-patient avec une altération de la relation de confiance.

L'examen du patient présentant des troubles du comportement était décrit comme complexe et souvent de mauvaise qualité. Notre étude relevait plusieurs raisons à ce sentiment. Premièrement, l'interrogatoire du patient, peu fiable ou absent, ne permettait pas d'orienter l'examen. Le manque de communication avec le patient était un facteur de frustration pour certains médecins. Cette donnée n'est pas apparue dans la littérature concernant les médecins. Secondement, l'examen était souvent décrit comme limité par les TCP du patient. Dans notre étude, les médecins ont mentionné des difficultés pour la réalisation des examens abdominaux, pneumologiques et neurologiques. Ils étaient limités par le manque de participation du patient. L'examen était donc limité à l'examen cardio-vasculaire souvent considéré comme plus important. Dans notre étude, il est important de noter que l'aspect de limitation de l'examen clinique avait 2 origines : soit elle était causée par le patient et ses TCP, soit le médecin choisissait de limiter volontairement son examen pour diminuer ou prévenir les TCP. Dans l'étude d'Ostaszkiwicz et al (14), la connaissance de certains éléments déclencheurs de TCP chez les patients permet aux paramédicaux de structurer leur travail pour éviter l'apparition de TCP. On peut donc comprendre que certains médecins adoptent des stratégies similaires en limitant leurs examens cliniques pour éviter les contacts déclencheurs induisant ou majorant des TCP.

Pour certains médecins, l'examen du patient présentant un TCP n'était pas jugé utile. L'examen était considéré comme trop perturbé par les TCP pour pouvoir obtenir des informations fiables. Parfois, les TCP étaient trop prononcés pour que les médecins puissent examiner le patient. Les médecins restaient néanmoins conscients de la nécessité d'éliminer une cause organique. Dans la littérature, l'étude qualitative de Jennings and al (18) mentionne un manque de confiance des médecins envers leurs diagnostics pour éliminer les causes secondaires. Dans une autre étude quantitative portant sur 106 médecins en Irlande (19), 70 % affirme être en difficulté pour discriminer les TCP des autres troubles du comportement. Ces éléments de la littérature expliquent le sentiment de frustration que certains médecins ont mentionné dans notre étude lorsque l'examen ne pouvait être réalisé. Les médecins craignaient une erreur diagnostique sous-jacente et avaient un sentiment de travail mal réalisé. Ces données de la littérature permettent de comprendre le fait que les

médecins ayant participé à notre étude aient mentionné un recours plus facile aux examens complémentaires à visée de réassurance lorsque l'examen était limité ou impossible.

Certains médecins ont expliqué se sentir limités dans la prise en charge des TCP avec un sentiment de mise à mal de la toute-puissance médicale et un sentiment de frustration associé. Dans notre étude, ce sentiment d'atteinte à la toute-puissance médicale pouvait provenir de la difficulté à proposer une décision thérapeutique éclairée en absence d'argument fiable sur le plan clinique ou sur le plan de l'anamnèse. On retrouve dans la littérature le sentiment de complexité dans la prise en charge des TCP avec une notion de limitation des options thérapeutiques (20,21). En 2016, l'étude de Campana et al (21) s'interrogeait sur la possibilité d'un sous-diagnostic des causes somatiques aux TCP dans un contexte d'examen difficilement réalisable. Notre étude semble aller dans le sens de cette hypothèse et suggère que la difficulté à proposer une option thérapeutique pourrait provenir de la difficulté du médecin à poser un diagnostic fiable de TCP d'origine organique. La limitation de l'examen clinique par le médecin peut être une aide pour éviter ou limiter les TCP, mais elle est à manier avec prudence puisqu'il semble exister un risque de sous diagnostic des causes secondaires lorsque l'examen est limité.

L'examen clinique était décrit comme chronophage pour un médecin généraliste libéral, limité dans le temps qu'il peut consacrer au patient. Cette donnée semble concordante avec plusieurs études qualitatives (18) portant sur la gestion des TCP par les médecins. Cette notion est aussi retrouvée dans l'étude quantitative de Campana et al (21). Les médecins considèrent très chronophage la gestion des TCP et le temps nécessaire à consacrer aux aidants, dans un contexte de rémunération insuffisante de leurs actes (18). Dans une étude qualitative portant sur les médecins généralistes, Hinton et al (22) mentionne des difficultés pour des visites limitées à 15 minutes avec une forte charge administrative et un temps important consacré aux aidants. Dans notre étude limitée à l'examen clinique, les causes retrouvées concernaient majoritairement la mise en condition du patient avec un déshabillage pouvant être chronophage. Dans l'étude sur les généralistes d'Hinton et al (22), l'implication de la famille fait partie des éléments participant à cette dimension chronophage, notamment en cas d'intervenants multiples et de conflits intra-familiaux. Cependant, l'étude d'Hilton et al (22) mentionne l'appui de la famille comme un élément important en tant que source d'information et pour la décision thérapeutique. Cette notion se retrouve dans notre étude où l'interrogatoire de l'aidant est perçu comme une aide par les médecins. Cette notion se

retrouve dans d'autres études portant sur les paramédicaux avec l'appui de la famille dans une visée de réassurance du patient dément ou dans un but de collecte d'informations (5).

Dans notre étude, nous avons constaté que les médecins ayant eu une formation de médecin coordonnateur n'exprimaient pas de difficultés lors de l'examen clinique du patient dément présentant des TCP. Dans plusieurs études qualitatives, les IDE mentionnent un manque de connaissance à l'origine de frustration professionnelle lors des soins et expriment un souhait de formation continue (6,7,23,24). Dans une étude quantitative (25), le manque de compétence est significativement lié à une insatisfaction professionnelle. Les bénéfices de la formation et de l'expérience en gériatrie se retrouvent dans la littérature pour le personnel infirmier (5,24). Concernant les médecins généralistes, on retrouve dans les études qualitatives des difficultés et un manque de connaissance dans le diagnostic, dans la gestion pharmacologique et non-pharmacologique des TCP (18) avec une demande de formation (26). Dans une enquête de l'INPES en 2009 (27) portant sur l'accompagnement des patients Alzheimer en médecine générale en France, on retrouve cette notion d'expérience. Les médecins suivant plus de patients Alzheimer à l'année et les médecins les plus âgés s'estimaient être suffisamment formés dans la prise en charge du patient Alzheimer. Notre étude semble aller dans ce sens puisque les médecins ayant eu une formation et un exercice en EHPAD n'ont pas rapporté de difficultés particulières. Ils étaient aussi plus à l'aise pour la réalisation de l'examen clinique, en utilisant des techniques de soins propres à chacun pour apaiser le patient. Il faut cependant nuancer ces résultats puisque les médecins généralistes ayant reçu d'autres formations en gériatrie (DU ou FMC) ont exprimé des difficultés lors de l'examen clinique.

Certains médecins ont accepté les TCP comme étant inhérents à la pathologie et non pas un acte volontaire du patient envers le médecin. Ostaszkiewicz et al (14) retrouve des notions similaires chez les infirmières avec une stratégie de rationalisation des TCP visant à diminuer leur impact psychologique et permettant de ne pas prendre les TCP comme une agression personnelle, mais comme un moyen de communication. Cependant, dans cette même étude, la mise en place de cette stratégie de rationalisation semble insuffisante car les infirmières ressentent toujours des difficultés, des frustrations. Il est possible de faire le parallèle avec notre étude, puisque les médecins interrogés qui considéraient les TCP comme inhérents à la pathologie ressentaient des difficultés lors de l'examen clinique.

4.2 LES FREINS ET LEVIERS DECRITS POUR UN MEILLEUR EXAMEN CLINIQUE ET DONC UN MEILLEUR RESSENTI

Notre étude révélait tout d'abord un frein « intrinsèque » (liés à la maladie d'Alzheimer elle-même) qui limitait le médecin généraliste lors de son examen clinique, entraînant ainsi un ressenti négatif.

La difficulté à communiquer avec les patients atteints d'Alzheimer était décrite comme un frein à la réalisation de l'examen clinique, car les médecins n'avaient aucune orientation clinique pouvant les aider dans la prise en charge. Ce frein est retrouvé aussi chez le personnel infirmier, chez qui les difficultés de communication avec ces patients entraînent aussi un ressenti négatif (23). Les problèmes liés à la limitation de l'examen clinique en soi que l'on retrouvait dans notre étude n'ont pas été abordés par le personnel infirmier, qui notent cependant une instabilité comportementale chez ces patients (6,14).

Le ressenti négatif des médecins généralistes était aussi lié à des freins « extrinsèques » à la maladie d'Alzheimer (freins organisationnels).

La prise en charge chronophage des patients Alzheimer avec TCP était relatée par de nombreux médecins généralistes. La prise en charge des TCP était décrite comme « prenant du temps », d'autant plus qu'elle s'intégrait dans un protocole de soins beaucoup plus global où le médecin devait aussi gérer l'ensemble des problèmes soulevés par la maladie. Cette notion de prise en charge globale et multidisciplinaire du patient dément avec TCP est aussi retrouvée dans les données de la littérature (18,28). Dans notre étude, les médecins généralistes avaient l'impression de ne pas être totalement disponibles, à l'écoute, et d'être « sous la pression de la montre ». La prise en charge chronophage et le manque de disponibilité des médecins généralistes sont corroborés par plusieurs thèses de médecine générale (29,30). Les médecins généralistes déplorent quant à eux le manque de disponibilité des équipes paramédicales, qui ne sont pas toujours présentes pour les aider. On retrouve aussi cette pression autour d'une prise en charge efficace chez le personnel infirmier dans de nombreuses études (23–25,31). Les infirmiers décrivent être sous pression, se doivent d'être efficaces (en privilégiant le rendement) plutôt que efficients (en privilégiant la qualité des soins). Le manque de personnel et les conditions de management avec le manque de ressources et de temps disponible sont pour eux un frein pour une prise en charge « bienveillante » des patients Alzheimer. Dans notre étude, les médecins généralistes étaient

conscients de cette pression subie par le personnel paramédical et comprenaient cette souffrance.

Un autre frein « extrinsèque » relevé par les médecins portait sur l'environnement dans lequel se trouvait le patient lors de l'examen clinique. L'environnement n'était pas toujours adapté car non sécurisant et non familier pour le patient. Les médecins généralistes avaient conscience qu'un environnement réconfortant pour le patient pouvait diminuer les TCP. L'examen clinique à domicile ou dans sa chambre (si patient en EHPAD) semblait faciliter l'examen. Le patient, malgré les troubles cognitifs, était dans un environnement familier pour lui et gardait quelques points de repère, ce qui diminuait son anxiété. Un médecin a abordé les bénéfices que pourrait apporter une pièce « dédiée » aux patients agités, avec des stimuli neurosensoriels apaisants. Les bienfaits d'un environnement sécurisant pour la diminution des TCP sont décrits dans de nombreuses études portant à la fois sur les médecins généralistes (29) mais aussi chez le personnel infirmier (5,6,14,24). Ce lien entre environnement et TCP est corroboré par la HAS (4) qui décrit que les contraintes environnementales, notamment en institution, représentent un facteur pouvant favoriser la survenue de TCP. Les EHPAD proposent des aménagements spécifiques pour les patients Alzheimer avec des TCP (32). Les « Pôles d'Activités et de Soins Adaptés » (PASA) proposent un accueil de jour pour réaliser des activités individuelles ou collectives en effectif réduit afin de permettre un accompagnement du patient personnalisé permettant de diminuer ses troubles de l'humeur. Depuis le « Plan Alzheimer 2008-2012 », la création d'« Unités d'Hébergement Renforcé » (UHR) (33) au sein de certains EHPAD permet d'améliorer l'accueil et l'accompagnement des résidents souffrant de symptômes psycho-comportementaux sévères consécutifs d'une maladie neurodégénérative. Celles-ci proposent un espace dédié et sécurisé pour ces patients, nuit et jour, avec la présence d'un personnel formé pour accompagner les patients et réduire les TCP. La mesure 27 du « Plan Maladies Neurodégénératives » (34) encourage d'ailleurs à poursuivre et renforcer le déploiement des unités d'hébergement renforcé (UHR) en EHPAD pour permettre une meilleure qualité de vie aux patients atteints de maladies neurodégénératives comme la maladie d'Alzheimer.

La définition d'un environnement idéal applicable à tous les patients avec des TCP semble utopique. Quelques notions simples aident cependant à une meilleure gestion des TCP : création d'un environnement calme, rassurant, stable dans le temps, où les facteurs de stress et de stimuli excessifs doivent être limités.

Dans notre étude, les médecins généralistes ont aussi fait part de leviers permettant la réalisation d'un meilleur examen clinique et donc un meilleur ressenti face aux TCP.

Les bénéfices d'une formation ainsi que l'expérience du terrain ont été décrits précédemment pour permettre un meilleur ressenti face aux TCP. La formation médicale aux maladies neurodégénératives comme la maladie d'Alzheimer est souhaitée et valorisée par des projets gouvernementaux comme le « Plan Alzheimer » (35). Le gouvernement a remarqué que la prise en charge de situation de crise comme les TCP requiert une formation dans le domaine des soins et techniques de soins, mais aussi des connaissances psychologiques et sociales qui peuvent faire encore défaut, notamment sur l'environnement des personnes âgées. La formation apporte donc une meilleure compréhension de la maladie, elle aide à prendre confiance en ses compétences et à réagir de manière adaptée face aux TCP. Elle permet une approche de soins basée sur la personne, en considérant le patient comme un individu à part entière.

Un autre levier permettant un meilleur ressenti était, pour les médecins généralistes, le fait de connaître le patient, son histoire de vie, ses centres d'intérêts. Tous ces éléments pouvaient permettre un examen clinique plus apaisé. La mobilisation des souvenirs du patient permettait un rapprochement et une meilleure compréhension de ses réactions. Le patient n'ayant plus les capacités de s'adapter, c'était au médecin de devoir sans cesse s'adapter, et de respecter les refus d'examen clinique éventuels. Des similitudes sont retrouvées chez les paramédicaux comme dans l'étude qualitative d'Ostaszkiwicz et al (14). Connaître le patient permet aux paramédicaux de structurer leur travail de manière à éviter des éléments déclencheurs de TCP bien identifiés chez certains patients.

Une autre piste décrite par les médecins pour permettre un meilleur ressenti était de profiter du caractère fluctuant des TCP. Les médecins généralistes, de même que le personnel infirmier (23,17,14), sont conscients de la fluctuation des TCP : un patient agité à un instant T ne le sera peut-être plus quelques heures après ... Dans notre étude, le report de l'examen était décrit comme la meilleure solution lorsque les TCP engendraient une impossibilité d'examiner le patient. Le médecin devait être capable de se réorganiser malgré les contraintes de temps pour de nouveau venir examiner le patient dans des conditions plus propices à un examen serein. Cela entraînait donc parfois des visites longues... Deux médecins dans notre étude ont abordé la possibilité de cotation en « visite longue » lorsque

la prise en charge du patient s'avérait chronophage. Depuis février 2019, l'avenant 6 de la convention médicale (36) a étendu les indications de la consultation longue et complexe VL (VL=60euros) et l'a renommée en « consultation très complexe réalisée au domicile du patient ». Cette consultation VL comprend notamment la consultation réalisée au domicile du patient atteint de maladie neurodégénérative par le médecin traitant et peut donc être vue comme un levier pouvant permettre de valoriser « financièrement » le temps passé à la gestion du patient atteint d'Alzheimer. Depuis le 21 février 2020 (37), une valorisation « financière » des visites en EHPAD est aussi permise par la possibilité de réaliser non plus une mais trois cotations "VG + MD". Cette cotation est maintenant permise depuis la modification de l'avenant n° 7 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016. Cette modification concerne la fin de l'article 28.5 (38) et stipule que « Dans le cadre, ils s'accordent pour faire évoluer les modalités de facturation des majorations de déplacement facturables par un médecin généraliste au cours d'un même déplacement (...) ils souhaitent que dans le cadre d'une visite en EHPAD au cours de laquelle le médecin effectue des consultations auprès de plusieurs patients, la majoration de déplacement puisse être facturée dans la limite de 3 majorations, au cours d'un même déplacement. »

Dans notre étude, l'aidant était cité par la majorité des médecins généralistes comme une aide pour la réalisation d'un examen clinique apaisé et donc d'un meilleur ressenti du médecin. Il était vu comme membre actif de la prise en charge du patient atteint d'Alzheimer avec des TCP. Il apportait des informations précieuses à l'interrogatoire et pouvait participer de manière active à l'examen clinique en aidant, parfois, le médecin lors de certaines manipulations. Le rôle primordial de l'aidant dans la pathologie d'Alzheimer est retrouvé dans les données de la littérature chez les médecins (18) et le personnel infirmier (5). La notion de « triad care » (6,31) place l'aidant au sein d'une relation triangulaire entre le médecin-le personnel paramédical/le patient/l'aidant où chaque membre est acteur pour permettre une meilleure qualité de vie possible au patient.

Les médecins généralistes citaient aussi le personnel paramédical comme une aide à la réalisation d'un examen clinique qu'ils jugeaient satisfaisant. Le personnel paramédical était plus largement présent que le médecin avec le patient et pouvait donc donner au médecin des informations importantes pour la suite de la prise en charge. L'accès au personnel paramédical était plus facile dans des structures dédiées comme les EHPAD. Celles-ci étaient vues par les médecins généralistes comme un élément facilitateur pour la prise en

charge des patients atteints d'Alzheimer avec des TCP. Toutes les informations ou évènements intercurrents étaient tracés dans le dossier médical du patient par le personnel. Les soignants étaient aussi présents au besoin pour aider le médecin lorsqu'un examen était difficile à réaliser seul. Dans notre étude, l'impression générale des médecins généralistes était que les patients étaient mieux « cadrés » dans un EHPAD plutôt qu'à domicile où la coordination des soins était parfois plus complexe.

4.3 FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE

4.3.1 Les forces

Cette étude portait sur un sujet non traité dans la littérature scientifique, malgré la problématique fréquente en médecine générale autour de l'examen clinique des personnes atteintes d'Alzheimer avec des TCP. Le choix du sujet apparaît, donc, comme une force dans cette étude du fait de son originalité. Des travaux ont déjà été réalisés sur la relation entre patient Alzheimer avec TCP et médecins généralistes mais ceux-ci portaient sur le parcours difficile du médecin pour le diagnostic et la gestion au sens large de la maladie sans s'intéresser à l'examen clinique en soi qui fait partie de la pratique quotidienne du médecin.

Le choix de la méthode qualitative par la méthode des entretiens individuels semi-dirigés était pertinent pour l'étude de notre problématique. Elle a permis de recueillir des données à la fois sur les pratiques des médecins généralistes mais aussi des données plus intimes sur leur ressenti personnel lors de l'examen clinique des patients avec des TCP. Les entretiens semi-individuels ont permis, dans notre étude, une expression plus libre des médecins, qui ont pu exprimer leurs émotions parfois négatives sans crainte de jugement par les pairs.

La grande diversité des profils des médecins généralistes (en termes d'âge, de durée d'installation, de lieux d'exercice, et de formations complémentaires) est une autre force de notre étude. Nous avons essayé de réunir avec nos 10 entretiens la plus grande variabilité possible des profils.

Lors de la phase d'analyse, la triangulation des données a été obtenue par la retranscription individuelle des entretiens, le codage individuel puis la mise en commun des codages par les chercheurs, voire la consultation de leur directeur de thèse en cas de désaccord. Cela renforce la validité interne de l'étude.

La formation des chercheurs au fur et à mesure de l'avancée de l'étude via la participation à des ateliers portant sur la recherche qualitative apporte de la force à cette étude. Ils se sont aussi formés personnellement via de la lecture scientifique portant sur la réalisation d'une thèse qualitative. Au fur et à mesure de l'avancée des interviews, les chercheurs étaient de plus en plus à l'aise dans leur rôle ce qui leur a permis de plus rebondir sur les déclarations des médecins généralistes et donc de renforcer l'expression de leur ressenti.

Le statut d'internes en médecine générale des chercheurs pouvait induire un biais d'interprétation par rapport à leur représentation sur le sujet et à leur expérience personnelle. Les deux chercheurs ont donc abordé leur travail dans une démarche réflexive en prenant conscience de leur réflexion personnelle sur le sujet tout au long de l'étude.

4.3.2 Les faiblesses

La sélection des médecins s'est faite par le bouche à oreille ainsi que via des médecins que les chercheurs connaissaient déjà de par leur cursus en stage ce qui a pu entraîner un biais de sélection.

Les chercheurs n'avaient initialement aucune formation pour la recherche qualitative. Ce manque d'expérience a pu se ressentir lors des premiers entretiens où les chercheurs n'arrivaient pas à rebondir sur les dires des médecins et se cantonnaient à la lecture stricte du guide d'entretien. Certains entretiens ont donc été assez courts.

Concernant la population étudiée des médecins généralistes, une plus grande diversité des profils aurait pu être obtenue si nous avions interviewé un jeune médecin coordonnateur d'EHPAD ou encore un médecin ne réalisant pas de visites à domicile/en EHPAD.

Les études qualitatives sont soumises à la subjectivité des chercheurs dans l'analyse des résultats ce qui entraîne un biais d'interprétation. Celui-ci a été limité par la triangulation des données décrite plus haut.

4.4 PERSPECTIVES

L'examen du patient Alzheimer présentant des TCP est complexe par plusieurs aspects. Le patient agressif, opposant est lui-même un facteur limitant pour l'examen clinique. Mais d'autres éléments rendent l'examen complexe tel que l'absence d'interrogatoire permettant l'orientation de l'examen, l'absence d'un aidant ou l'absence d'une équipe paramédicale. Les généralistes interrogés nous ont rapporté plusieurs stratégies pour atténuer leur ressenti

négatif : limitation de l'examen, report de l'examen à un moment plus propice, examen réalisé dans un environnement connu, en présence d'un aidant, interrogatoire de l'aidant. Il serait intéressant d'étudier l'évolution du ressenti des généralistes avant et après la mise en place de ces stratégies afin d'évaluer leurs pertinences.

L'expérience du médecin en gériatrie semble être un élément améliorant la réalisation de l'examen clinique. Notre étude ne comportant que peu d'individus dans ce cas et retrouvant des résultats discordant selon les formations suivies, il serait intéressant d'étudier spécifiquement la population de médecin ayant eu une formation en gériatrie afin de confirmer l'absence de difficulté chez les médecins ayant une formation de médecin coordonnateur et de préciser l'impact des différentes formations sur le ressenti (FMC, DU).

5 CONCLUSION

L'examen clinique du patient Alzheimer avec des TCP entraîne des sentiments négatifs chez les médecins généralistes. Mais des stratégies ont été citées chez la plupart des médecins pour atténuer ces sentiments négatifs et permettre donc un meilleur ressenti.

Face à l'examen clinique d'un patient présentant des TCP, la plupart des médecins généralistes ont décrit un examen difficile voire impossible à réaliser. L'examen était rendu difficile par l'absence d'interrogatoire fiable du patient, avec le sentiment d'un examen chronophage et limité par les TCP. Les principaux sentiments à la suite d'un examen clinique avec un patient Alzheimer avec des TCP étaient : méfiance vis à vis du patient, frustration du médecin et mise à mal de la toute-puissance médicale.

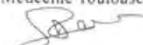
Cependant, certains médecins n'ont pas ressenti de difficulté particulière à examiner les patients Alzheimer présentant des TCP. Dans notre étude, il s'agissait des médecins ayant eu une formation et un exercice de médecin coordonnateur d'EHPAD.

Par ailleurs, malgré l'ensemble des sentiments négatifs mentionnés, la plupart des médecins nous ont rapporté des solutions et des stratégies permettant d'atténuer les sentiments négatifs ressentis. Une connaissance du patient, de son histoire de vie et des éléments pouvant participer à exacerber ou atténuer les TCP est un élément qui a été mentionné par les médecins. L'expérience du médecin et la pratique d'une médecine orientée vers la gériatrie ont été mise en avant, ainsi que l'appui des aidants et du personnel paramédical, l'utilisation des examens complémentaires. Respecter le refus du patient avec un report de l'examen à un moment ultérieur plus propice a été un élément proposé par les médecins pour atténuer l'impact des TCP. L'examen dans un espace connu du patient à visée de réassurance est un élément proposé par les médecins permettant un meilleur déroulé de l'examen clinique.

Une limitation volontaire de l'examen clinique pour atténuer les troubles du comportement a été avancée par certains médecins. Cette solution nous semble être à utiliser avec prudence car les données de la littérature mentionnent un risque de sous-diagnostic des TCP d'origine organique chez les patients Alzheimer.

Vu
Toulouse le 11/05/2020

Le Président du Jury
Professeur Pierre MESTHÉ
Médecine Générale

Toulouse, le 4 juin 2020
Vu, permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté de
Médecine de Toulouse Purpan
Didier CARRIE
Le Doyen de la Faculté
de Médecine Toulouse-Purpan

Didier CARRIÉ

6 BIBLIOGRAPHIE

1. Fondation pour la recherche sur Alzheimer. Définition et chiffres de la maladie d'Alzheimer [Internet]. Fondation pour la Recherche sur Alzheimer. 2015. Disponible sur: <https://alzheimer-recherche.org/la-maladie-alzheimer/quest-maladie-dalzheimer/definition-et-chiffres/>
2. David Blum, Luc Buée, Florence Pasquier. Alzheimer (maladie d') [Internet]. Inserm - La science pour la santé. 2019. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/alzheimer-maladie>
3. HAS. Alerte et Maitrise de la Iatrogénie des Neuroleptiques dans la Maladie d'Alzheimer [Internet]. 2012. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/programme_ami_alzheimer.pdf
4. HAS. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs [Internet]. 2009. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-07/maladie_dalzheimer-troubles_du_comportement_perturbateurs-recommandations.pdf
5. Digby R, Lee S, Williams A. The experience of people with dementia and nurses in hospital: an integrative review. *J Clin Nurs*. mai 2017;26(9-10):1152-71.
6. Monthaisong D. Nurses' Experiences Providing Care for People with Dementia: An Integrative Literature Review. *J Nurs Care* [Internet]. 2018;07(02). Disponible sur: <https://www.omicsonline.org/open-access/nurses-experiences-providing-care-for-people-with-dementia-an-integrative-literature-review-2167-1168-1000453-100816.html>
7. Blanc Géraldine. Ressenti du personnel soignant face aux troubles du comportement en EHPAD [Internet]. Montpellier; 2018. Disponible sur: <http://www.biu-montpellier.fr/florabium/jsp/nomem.jsp?NOMEM=2018MONT1255>
8. Hudelson P. La recherche qualitative en médecine de premier recours. *Rev Médicale Suisse*. 22 sept 2004;0.240011(2497):1818-24.
9. Frappé P, Druais P-L, Petersen W, Association française des jeunes chercheurs en médecine générale (Lyon). *Initiation à la recherche*. 2018.
10. Zwijsen SA, Kabboord A, Eefsting JA, Hertogh CPM, Pot AM, Gerritsen DL, et al. Nurses in distress? An explorative study into the relation between distress and individual neuropsychiatric symptoms of people with dementia in nursing homes. *Int J Geriatr Psychiatry*. avr 2014;29(4):384-91.
11. Tan LL, Wong HB, Allen H. The impact of neuropsychiatric symptoms of dementia on distress in family and professional caregivers in Singapore. *Int Psychogeriatr*. juin 2005;17(2):253-63.

12. Hessler JB, Schäufele M, Hendlmeier I, Junge MN, Leonhardt S, Weber J, et al. Behavioural and psychological symptoms in general hospital patients with dementia, distress for nursing staff and complications in care: results of the General Hospital Study. *Epidemiol Psychiatr Sci.* juin 2018;27(3):278-87.
13. Song J-A, Oh Y. The Association Between the Burden on Formal Caregivers and Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) in Korean Elderly in Nursing Homes. *Arch Psychiatr Nurs.* oct 2015;29(5):346-54.
14. Ostaszkiwicz J, Lakhan P, O'Connell B, Hawkins M. Ongoing challenges responding to behavioural and psychological symptoms of dementia. *Int Nurs Rev.* déc 2015;62(4):506-16.
15. Hynninen N, Saarnio R, Isola A. The care of older people with dementia in surgical wards from the point of view of the nursing staff and physicians. *J Clin Nurs.* janv 2015;24(1-2):192-201.
16. McPherson S, Hiskey S, Alderson Z. Distress in working on dementia wards - A threat to compassionate care: A grounded theory study. *Int J Nurs Stud.* janv 2016;53:95-104.
17. Heaslip V, Board M. Does nurses' vulnerability affect their ability to care? *Br J Nurs.* 7 août 2012;21(15):912-6.
18. Jennings AA, Foley T, Walsh KA, Coffey A, Browne JP, Bradley CP. General practitioners' knowledge, attitudes, and experiences of managing behavioural and psychological symptoms of dementia: A mixed-methods systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry.* sept 2018;33(9):1163-76.
19. Buhagiar K, Afzal N, Cosgrave M. Behavioural and psychological symptoms of dementia in primary care: a survey of general practitioners in Ireland. *Ment Health Fam Med.* déc 2011;8(4):227-34.
20. Jennings AA, Foley T, McHugh S, Browne JP, Bradley CP. 'Working away in that Grey Area...' A qualitative exploration of the challenges general practitioners experience when managing behavioural and psychological symptoms of dementia. *Age Ageing.* 1 mars 2018;47(2):295-303.
21. Campana M, Bonin-Guillaume S, Yagoubi R, Berbis J, Franqui C. Difficulties encountered by general practitioners during acute behavioral disturbances of their dementia patients. *Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Viellissement.* juin 2016;(2):167-174.
22. 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.* 12 oct 2007;22(11):1487-92.
23. Jemon C. Le ressenti soignant lors des difficultés de communication liées à la maladie d'Alzheimer. :91.

24. Clifford C, Doody O. Exploring nursing staff views of responsive behaviours of people with dementia in long-stay facilities. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* févr 2018;25(1):26-36.
25. El-Hneiti M, Shaheen AM, Bani Salameh A, Al-Hussami M, Ahmad M. Predictors of nurses' stress working with older people admitted to acute care setting. *Int J Older People Nurs.* 24 janv 2019;e12222.
26. Foley T, Boyle S, Jennings A, Smithson WH. "We're certainly not in our comfort zone": a qualitative study of GPs' dementia-care educational needs. *BMC Fam Pract.* 22 mai 2017;18(1):66.
27. PIN LE CORRE S, SOMME D. L'accompagnement de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en médecine générale. *Baromètre Santé Médecins Généralistes 2009 - INPES.* 2009;205-17.
28. Cousins JM, Bereznicki LR, Cooling NB, Peterson GM. Prescribing of psychotropic medication for nursing home residents with dementia: a general practitioner survey. *Clin Interv Aging.* 3 oct 2017;12:1573-8.
29. Thorez B. Prise en charge des troubles du comportement perturbateurs des sujets âgés en institution: évaluation des perceptions des médecins généralistes par la méthode du focus group [Thèse d'exercice]. [France]: Université européenne de Bretagne; 2013.
30. Alem D, Druot-Daulny A. Les médecins généralistes et les thérapies non médicamenteuses dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes en Occitanie: freins à leur recours dans les troubles psycho-comportementaux perturbateurs de la démence [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2018 [cité 2 févr 2020]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/2346/>
31. Digby R, Lee S, Williams A. The experience of people with dementia and nurses in hospital: an integrative review. *J Clin Nurs.* mai 2017;26(9-10):1152-71.
32. CNSA M des S et de la S. Alzheimer en EHPAD : quel accompagnement ? | Pour les personnes âgées [Internet]. 2016. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/dossiers/alzheimer-en-ehpad-quel-accompagnement>
33. ANESM. Enquête nationale UHR. 2016;64.
34. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, Conception et réalisation DICOM. Plan Maladies Neuro-Dégénératives. oct 2014;124.
35. Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie. Plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012 [Internet]. 2008. Disponible sur: https://www.cnsa.fr/documentation/plan_alzheimer_2008-2012-2.pdf
36. Élargissement des consultations complexes et très complexes PPN, MPB et VL [Internet]. [cité 3 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/centre-de-sante/actualites/elargissement-des-consultations-complexes-et-tres-complexes-ppn-mpb-et-vl>

37. 3 MD le même jour en EHPAD [Internet]. Nomenclature médecin généraliste. 2020. Disponible sur: <http://nomenclature-medecin-generaliste.fr/md-le-meme-jour-en-ehpad/>
38. Legifrance. Arrêté du 20 octobre 2016 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016 - Article 28.

7 ANNEXES

7.1 ANNEXE 1 – FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Formulaire d'information et de consentement

Formulaire d'information

Merci de porter de l'intérêt et d'accepter de participer à notre travail de recherche concernant les troubles du comportement perturbateurs chez les patients atteints de démence de type Alzheimer. Nous souhaitons trouver des pistes pour améliorer la qualité des soins lors de l'examen clinique des personnes âgées démentes présentant des troubles du comportement perturbateurs et pour cela, nous avons besoin de connaître votre ressenti lorsque vous êtes face à cette situation.

Ce recueil d'informations est anonyme. Nous n'utiliserons pas vos noms ni vos informations personnelles pour cette étude. Votre identité ne sera divulguée à personne. Les réponses que vous donnerez seront utilisées sans mentionner les informations qui pourraient vous identifier.

Votre participation est volontaire, vous êtes libre d'accepter ou de refuser, sans conséquence. Si vous acceptez de participer, vous pouvez décider de quitter la discussion à tout moment, sans conséquence là aussi.

Déroulement : Nous vous poserons des questions et nous écouterons vos réponses et vos expériences. Nous ne jugerons pas vos paroles. Il n'y a pas de bonne ni de mauvaise réponse. Cette séance de discussion dure entre 15 et 60 minutes suivant ce que vous allez nous dire. Si vous ne comprenez pas bien ce que nous vous demandons, n'hésitez pas à nous le dire. Si vous avez des questions sur le sujet, n'hésitez pas à les poser. Nous essaierons d'y répondre, si possible à la fin de l'entretien, pour vous laisser entièrement la parole avant.

La personne présente sera : BAZIRIES Flavien ou LISAK Maëva (chercheurs)

La séance sera enregistrée, nous ne ferons pas écouter ces enregistrements à des personnes extérieures à l'étude. Les enregistrements seront analysés et une partie de vos réponses pourra être publiée sans que votre identité ne soit dévoilée. Vous pouvez refuser l'enregistrement si vous le souhaitez.

Avantages de l'enquête :

- Cette étude se réalise autour de questions que l'on vous pose sur vos ressentis afin de mieux comprendre vos besoins
- Nous pourrons après cette enquête, développer des actions pour améliorer la prise en charge des patients présentant une démence de type Alzheimer avec des troubles du comportement perturbateurs.

Risques liés à l'enquête :

- Nous ne dirons à personne les confidences que vous nous ferez.
- L'enregistrement ne sera divulgué à aucune personne extérieure à l'enquête.
- Votre participation est volontaire et vous avez le droit de quitter la discussion à tout moment sans vous justifier.

Si vous êtes d'accord pour participer, pouvez-vous nous dire que vous avez compris le déroulement et les avantages de l'enquête ?

Pouvez-vous nous dire oralement que vous acceptez de participer à cette enquête ?

La personne qui réalise l'enquête va signer pour garantir l'anonymat de votre identité et confirmer votre accord de participation.

Date, lieu, heure :

Nom et Prénom du chercheur :

Signature :

Formulaire de consentement :

J'accepte de participer à l'étude sur le ressenti des médecins généralistes lors de l'examen clinique des personnes âgées démentes présentant des troubles du comportement perturbateurs.

Date :

Signature :

Déclaration des conflits d'intérêts :

Les chercheurs Flavien BAZIRIES et Maëva LISAK déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt pour ce projet de recherche.

7.2 ANNEXE 2 – GUIDE D'ENTRETIEN

Questionnaire :

Remplissage du talon sociologique et du formulaire de consentement

Entretien individuel : Concernant la réalisation de l'examen clinique :

De manière générale, comment examinez-vous un patient atteint d'Alzheimer quel que soit le stade la maladie et l'environnement ?

-> Relance : Comment vous interagissez avec lui ?

-> Relance : Comment vous le manipulez ?

Avant la seconde question, rappeler la définition des troubles du comportement perturbateurs : il s'agit de comportements jugés comme dangereux, dérangeants ou perturbateurs par le patient ou son entourage. Cela inclut des idées délirantes, hallucinations, agitation, opposition, agressivité, désinhibition, comportements moteurs aberrants, cris, troubles du rythme veille-sommeil.

Comment examinez-vous un patient atteint d'Alzheimer présentant des troubles du comportement perturbateurs ?

Comment avez-vous ressenti la réalisation de cet examen clinique ?

-> Relance : Pouvez-vous développer les difficultés que vous avez rencontrées ?

-> Relance : Pouvez-vous développer les facilités que vous avez rencontrées ?

Avez-vous un jour été confronté à l'impossibilité de réaliser un examen clinique sur ce type de patient ?

-> Relance : Pourquoi ?

-> Relance : Quel a été votre ressenti à ce moment-là ?

Qu'est ce qui pourrait vous aider à améliorer la réalisation d'un examen clinique sur ce type de patient ?

Avez-vous quelque chose à ajouter ?

7.3 ANNEXE 3 – EXEMPLE DE CONTEXTE D'ENONCIATION

CONTEXTE D'ENONCIATION

J'arrive sur les lieux de mon deuxième entretien. Je suis stressée car c'est un entretien avec une médecin que je ne connais pas (j'ai obtenu son contact via mon premier entretien où la médecin m'avait donné ses coordonnées). L'entretien a lieu chez elle ce qui me perturbe aussi car le premier avait lieu dans un cabinet de médecine générale.

Je suis accueillie chez elle et son compagnon et son enfant sont présents. Elle propose de réaliser l'entretien sur sa terrasse et semble à l'aise. Avant de commencer, elle me propose un café. Je commence à me détendre dans cet environnement calme. Je débute alors l'entretien.

La médecin est intéressée par notre sujet car elle a beaucoup de patientèle âgée. Elle n'a pas de formation particulière en gériatrie mais exerce en milieu rural et voit donc beaucoup de personnes âgées. Elle insiste sur le rôle de l'aidant qui est primordial pour elle, tant pour faire remonter les informations que pour l'aider à examiner le patient atteint d'Alzheimer. Étant à l'aise avec les patients Alzheimer, elle essaye de les examiner autant que possible comme des patients « lambda », avec tout de même plus de précautions. Elle utilise des techniques d'examen rassurantes comme le toucher doux, les nombreuses explications sur le déroulé de l'examen etc... Si l'examen est compliqué, elle n'hésite pas à passer outre sur certains points qu'elle juge moins important. Pour faciliter l'examen, savoir prendre le temps est essentiel pour elle, et elle s'appuie beaucoup sur l'aidant. Elle n'a jamais été confrontée à un examen clinique impossible, elle a toujours pu réaliser un examen minimal.

L'entretien se termine. Je la remercie pour l'entretien, je lui dis au revoir ainsi qu'à sa famille et la remercie de m'avoir accueilli chez elle.

7.4 ANNEXE 4 – EXTRAIT DU TABLEAU DE CODAGE

CATEGORIES	SOUS_CATEGORIES	CODAGE	VERBATIM E1	VERBATIM E2
A	EXAMEN CLINIQUE RESSENTI COMME PLUS DIFFICILE SI TROUBLES DU COMPORTEMENT PERTURBATEURS	<p>Res senti plus difficile de l'examen clinique si présence de troubles du comportement perturbateurs</p> <p>le patient empêche de s'écouter l'examen clinique</p> <p>Res senti compliqué de la réalisation de l'examen clinique d'une personne atteinte d'Alzheimer avec des Examens ressentis comme difficile en cas de trouble du comportement perturbateur</p> <p>Pas de facilité en cas de troubles du comportement perturbateurs</p> <p>L'examen clinique du patient opposant/agressif est une difficulté</p> <p>Les difficultés ressenties concernent en particulier l'agitation et l'agressivité du patient</p> <p>Les troubles à type d'opposition sont les plus problématiques des troubles du comportement</p> <p>L'examen est difficile en cas de trouble du comportement à type d'opposition</p>	<p>ils ont quand même de la force donc s'ils ont décidé qu'on les approcherait pas</p> <p>Compliqué (l'ris)</p> <p>Compliqué (l'ris)</p>	<p>J'ai oul. Plus difficile.</p> <p>Euh... Ça peut être plus dur</p> <p>Bein plus difficile.</p>
	AGITATION OPPOSITION ET AGRESSIVITE SONT LES TROUBLES DU COMPORTEMENT POSANT LE PLUS PROBLEME	<p>L'examen clinique est plus difficile en cas d'opposition</p> <p>L'examen est compliqué en cas de troubles du comportement à type d'agitation</p> <p>L'examen est compliqué en cas de trouble du comportement à type d'opposition</p> <p>l'agitation motrice est problématique</p> <p>L'opposition est une difficulté</p> <p>L'examen est compliqué en cas de trouble du comportement à type d'opposition</p> <p>Lutte pour éviter l'agression physique</p> <p>Difficile parce que l'agression physique du patient envers le médecin</p> <p>Si agressivité ou opposition, examen clinique très limité</p> <p>Aggression physique du patient envers le médecin</p> <p>L'examen clinique du patient opposant/agressif est une difficulté</p> <p>Méfiance vis à vis du risque d'agressivité du patient. Abaisser avec TCP</p> <p>Méfiance augmentée vis à vis des troubles du comportement perturbateurs, surtout agressivité et agit</p> <p>Méfiance vis à vis des monvres</p> <p>Méfiance lors de l'examen de la personne avec troubles du comportement perturbateurs</p> <p>Méfiance vis à vis de la personne âgée</p> <p>Procéder avec précaution en fonction des troubles du comportement</p> <p>Si agressivité ou parole taboues, procéder avec précaution pour dire ces choses là</p> <p>Prévention du coup lors de l'examen de la personne avec troubles du comportement perturbateurs</p> <p>Prévention en limitant son exposition au coup lors de l'examen de la personne avec troubles du compo</p> <p>Anticiper le coup lors de l'examen clinique chez les patients avec des trouble du comportement pertur</p> <p>Méfiance vis à vis du patient agressif</p> <p>Méfiance vis à vis du risque de coups</p> <p>Frustration si impossibilité de réaliser l'examen clinique</p> <p>Calité lors de l'examen clinique chez un patient Alzheimer avec TCP</p> <p>Examen clinique des personnes avec des troubles du comportement resenti comme frustrant</p>	<p>Souvent c'est quand même déjà des difficultés euh... Physiques parce que le patient nous empêche de fai</p> <p>c'est un peu un combat pour éviter les coups et éviter euh...</p> <p>Euh... nous pousse, nous tape, bouge tout le temps, voilà, c'est les premiers difficultés</p> <p>C'est... on se prend des coups</p> <p>Euh tape, elle mordu, elle grille</p> <p>Et du coup euh... c'est vrai que je suis plus euh... mé</p> <p>Surf que peut être du coup euh... je prends des pin</p> <p>Frustration (l'ris) Grosse frustration</p> <p>Mais oul euh... principale émotion c'est de la frustration</p> <p>ouailr c'est frustrée de pas être son travail comme on aliment faire</p>	
	SENTIMENTS NEGATIFS			
	MÉFIANCE ET PRÉCAUTIONS VIS À VIS DES TROUBLES DU COMPORTEMENT, SURTOUT AGRESSIVITE ET AGITATION			
	JN EXAMEN			

7.5 ANNEXE 5 – DONNEES SOCIOLOGIQUES

NUMERO ENTRETEN REALISE	ENTRETEN PAR	AGE	SEXE	ANNEE D'INSTALLATION	TYPE D'EXERCICE	VISITE EHPAD/DOMICILE?	MSU?	FORMATION EN GERIATRIE?	AVEZ-VOUS DEJA TRAVAILLE EN EHPAD?SSR?USLD?GERIATRIE?
1	MAEVA	29	F	2018	MAISON DE SANTE / RURAL	OUI	OUI	FMC	NON
2	MAEVA	36	F	2015	EN GROUPE / SEMI RURAL	OUI	OUI	NON	NON
3	FLAVIEN	55	F	1992	MAISON DE SANTE / RURAL	OUI	NON	DU MEDECIN COORDONNATEUR	COORDONNATEUR EN EHPAD 10ANS - FORMATION EN MEDECINE GERIATRIQUE
4	MAEVA	44	H	2012	EN GROUPE / URBAIN	OUI	OUI	NON	NON
5	FLAVIEN	61	H	1984	SEUL / SEMI RURAL	OUI	OUI	DU GERIATRIE	NON
6	FLAVIEN	61	H	1986	SEUL / RURAL	OUI	OUI	DU MEDECIN COORDONNATEUR	EHPAD
7	FLAVIEN	31	H	2015	MAISON DE SANTE / RURAL	OUI	NON	NON	NON
8	FLAVIEN	60	H	1988	EN GROUPE / SEMI RURAL	OUI	OUI	ANIMATEUR FMC PONCTUEL	NON
9	MAEVA	36	F	2014	EN GROUPE / URBAIN	OUI	NON	NON	NON
10	FLAVIEN	51	H	1999	EN GROUPE / URBAIN	OUI	OUI	DU SOIN PALLIATIF	NON

TITRE : L'examen clinique des patients Alzheimer avec troubles du comportement perturbateurs : étude qualitative sur le ressenti des médecins généralistes d'Occitanie

Introduction : En cas de troubles du comportement perturbateur chez le patient atteint d'Alzheimer, le médecin généraliste est le premier recours auquel le personnel paramédical et les aidant font appel. Mais aucune étude n'a exploré leur ressenti lors de l'examen clinique de ces patients. L'objectif principal de cette étude est d'analyser le ressenti des médecins généralistes lors de l'examen clinique des patients atteints de la maladie d'Alzheimer avec des TCP.

Matériel et méthode : Nous avons mené une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés, par analyse thématique, réalisée entre juin et novembre 2019, auprès de dix médecins généralistes dans la région d'Occitanie.

Résultats : L'examen clinique du patient Alzheimer avec des TCP est à l'origine chez le médecin généraliste de plusieurs sentiments négatifs : méfiance, frustration, mise à mal de la toute-puissance médicale ... L'examen est considéré comme chronophage, peu qualitatif voir même parfois impossible. L'appui de l'aidant ou de l'équipe paramédicale, la bonne connaissance du patient, la réorganisation de l'emploi du temps des médecins, ainsi que les bénéfices de l'expérience/d'une formation ont été décrit comme des leviers pour permettre un meilleur ressenti chez les médecins généralistes.

Conclusion : L'examen clinique du patient Alzheimer avec des TCP entraîne des sentiments négatifs chez les médecins généralistes. Mais des stratégies ont été citées chez la plupart des médecins pour atténuer ces sentiments négatifs et donc permettre un meilleur ressenti.

Mots-clés : Troubles perturbateurs du comportement, Alzheimer, Médecins généralistes, Examen Clinique.

TITLE: The clinical examination of Alzheimer patients with behavioral and psychological symptoms of dementia: a qualitative study on the feeling of general practitioners in Occitanie.

Introduction: In case of Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) in Alzheimer's patients, the General Practitioner (GP) is the first recourse that paramedics and caregivers use. But no studies have explored their feelings during the clinical examination of these patients. The main objective of this study is to analyse the feelings of general practitioners during clinical examination of Alzheimer's patients with BPSD.

Material and methods: This is a qualitative study carried out between June and November 2019 by semi-supervised individual interviews, by thematic analysis, with ten general practitioners in Occitanie's region.

Results: The clinical examination of Alzheimer's patient with BPSD is causing in general practitioner several negative feelings: distrust, frustration, damage of the medical omnipotence ... Examination is considered time-consuming, not very qualitative or even sometimes impossible. The support of caregiver or paramedic team, good knowledge of the patient, reorganization of the doctors' schedule, as well as the benefits of experience/medical training were described as ways of improving GP's feeling.

Conclusion: Clinical examination of the Alzheimer's patient with BPSD leads to negative feelings in GP. But strategies have been quoted by most physicians to alleviate these negative feelings and thus allow better feeling.

Keywords: Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD), Alzheimer, General Practitioner (GP), Clinical Examination

Discipline administrative: MÉDECINE GÉNÉRALE

Faculté de Médecine Rangueil – 133 route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cedex 04 - France