

4. Une démarche diagnostique progressive et personnalisée en médecine générale

Un logigramme décrit les étapes diagnostiques d'un trouble cognitif en médecine générale. Ces étapes (de A à L) sont commentées ci-dessous.

A. Les plaintes et troubles mnésiques ne sont pas toujours les premiers signes d'une maladie neurodégénérative ou maladies apparentées. Il faut savoir rechercher des troubles affectant d'autres domaines cognitifs. Les troubles cognitifs sont souvent précédés d'un changement de comportement, de caractère, de personnalité, changement noté par l'entourage, qu'il faut savoir prendre en compte.

B. Le médecin cherche à objectiver les troubles cognitifs, recherche des signes associés : troubles du langage, sévérité des troubles de la mémoire, etc. Le patient peut être distant voire hostile lors de la consultation, surtout si celle-ci a été à l'initiative de la famille et lui a été imposée.

C. La plainte n'est pas inquiétante. Avec l'âge, il est fréquent de rencontrer quelques difficultés pour retrouver rapidement le nom d'une personne, d'un lieu, d'une date ; puis de les retrouver quelques minutes plus tard. Il n'est pas anormal de noter les choses de la vie quotidienne pour ne pas les oublier. Ces oublis n'ont pas de retentissement sur la vie quotidienne ou sur le ressenti de la personne. Il ne s'agit pas d'erreurs graves comme de se perdre sur un itinéraire connu, d'oublier le nom d'un proche, de faire des « bêtises » à domicile. Le patient sera néanmoins régulièrement suivi sur ce point.

D. Examen clinique et paraclinique [HAS 2011].

E. La maladie causale a été identifiée à l'issue de ce premier bilan et le patient est orienté vers une consultation spécialisée (neurologie, psychiatrie, endocrinologie). Si l'hypothèse d'un trouble neurocognitif est retenue par le MG, celui-ci explique les raisons qui le conduisent à recommander cette consultation et recherche l'accord du patient.

F. Le patient peut refuser de poursuivre l'exploration des fonctions cognitives : « Le droit de ne pas savoir, aujourd'hui ». Pour autant, ce patient doit bénéficier d'un suivi médical adapté ; le médecin doit savoir reparler de la démarche étiologique à la lumière de l'évolution des signes.

G. La consultation mémoire est organisée selon les ressources du territoire ; les modalités d'adressage peuvent être discutées entre spécialistes de médecine générale et spécialistes des troubles neurocognitifs.

H. Le bilan de la consultation mémoire confirme le plus souvent l'hypothèse d'un déclin cognitif et la maladie causale. Il arrive que plusieurs consultations mémoire soient nécessaires pour objectiver un TNC et en déterminer la cause. Un diagnostic étiologique précis permet d'optimiser le plan de soins.

I. Les conclusions de la consultation mémoire sur le diagnostic étiologique et les recommandations pour une prise en charge thérapeutique et sociale adaptée sont transmises au médecin traitant. Ce dernier prend de nouveau en charge le retentissement de l'annonce du diagnostic (patient /entourage).

J. Le médecin explique les bénéfices attendus de la prise en charge pluriprofessionnelle, médicale et paramédicale, médico-sociale et sociale adaptée (déclaration ALD 15). La stratégie de soins et d'aides est adaptée à la maladie causale, à son stade de gravité. L'engagement de l'entourage et du patient dans le projet de soins est nécessaire, soutenu et encouragé.

K. Il est important de comprendre les raisons pour lesquelles le patient ou l'entourage refuse aujourd'hui le projet de soins et d'aides.

L. La prise en charge est adaptée à la maladie causale, à la sévérité des troubles ; elle intègre un soutien et un accompagnement de l'aidant organisés et un suivi conjoint par le médecin généraliste et le spécialiste des TNC.

