



Attitude des médecins généralistes face aux prescriptions de médicaments de la maladie d'Alzheimer

Olivier Maigre

► **To cite this version:**

Olivier Maigre. Attitude des médecins généralistes face aux prescriptions de médicaments de la maladie d'Alzheimer. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. dumas-01781390

HAL Id: dumas-01781390

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01781390>

Submitted on 7 Jun 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée par

Olivier MAIGRE

né le 25 décembre 1989 à La Roche sur Yon

**ATTITUDE DES MÉDECINS
GÉNÉRALISTES FACE AUX
PRESCRIPTIONS DE
MÉDICAMENTS DE LA MALADIE
D'ALZHEIMER**

Thèse soutenue à Rennes le 27 mars 2017
devant le jury composé de :

Pr Dominique SOMME

PU-PH Gériatrie, chercheur en Santé Publique –
CHU de Rennes / *Président*

Pr Jacques BOUGET

PU-PH Urgences – CHU Rennes / *Juge*

Pr Françoise TATTEVIN - FABLET

PU Associée Médecine générale / *Juge*

Dr Aline CORVOL

PH Gériatrie – CHU Rennes / *Directeur de thèse*

PROFESSEURS UNIVERSITAIRES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Nom Prénom	Sous-section de CNU
ANNE-GALIBERT Marie Dominique	Biochimie et biologie moléculaire
BELAUD-ROTUREAU Marc-Antoine	Histologie ; embryologie et cytogénétique
BELLISSANT Eric	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
BELLOU Abdelouahab	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
BELOEIL Hélène	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
BENDAVID Claude	Biochimie et biologie moléculaire
BENSALAH Karim	Urologie
BEUCHEE Alain	Pédiatrie
BONAN Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
BONNET Fabrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
BOUDJEMA Karim	Chirurgie générale
BOUGET Jacques Professeur des Universités en surnombre	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
BOUGUEN Guillaume	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BOURGUET Patrick Professeur des Universités Emérite	Biophysique et médecine nucléaire
BRASSIER Gilles	Neurochirurgie
BRETAGNE Jean-François	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BRISSOT Pierre Professeur des Universités en surnombre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
CARRE François	Physiologie
CATROS Véronique	Biologie cellulaire
CATTOIR Vincent	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
CHALES Gérard Professeur des Universités Emérite	Rhumatologie
CORBINEAU Hervé	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
CUGGIA Marc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies
DARNAULT Pierre	Anatomie
DAUBERT Jean-Claude Professeur des Universités Emérite	Cardiologie
DAVID Véronique	Biochimie et biologie moléculaire

N° ordre :

Année 2017

DAYAN Jacques Professeur des Universités associé	Pédopsychiatrie; addictologie
DE CREVOISIER Renaud	Cancérologie; radiothérapie
DECAUX Olivier	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement
DESRUES Benoît	Pneumologie ; addictologie
DEUGNIER Yves Professeur des Universités en surnombre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
DONAL Erwan	Cardiologie
DRAPIER Dominique	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
DUPUY Alain	Dermato-vénéréologie
ECOFFEY Claude	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
EDAN Gilles	Neurologie
FERRE Jean Christophe	Radiologie et imagerie Médecine
FEST Thierry	Hématologie ; transfusion
FLECHER Erwan	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
FREMOND Benjamin	Chirurgie infantile
GANDEMER Virginie	Pédiatrie
GANDON Yves	Radiologie et imagerie Médecine
GANGNEUX Jean-Pierre	Parasitologie et mycologie
GARIN Etienne	Biophysique et médecine nucléaire
GAUVRIT Jean-Yves	Radiologie et imagerie Médecine
GODEY Benoit	Oto-rhino-laryngologie
GUGGENBUHL Pascal	Rhumatologie
GUIGUEN Claude Professeur des Universités Emérite	Parasitologie et mycologie
GUILLÉ François	Urologie
GUYADER Dominique	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
HOUOT Roch	Hématologie ; transfusion
HUGÉ Sandrine Professeur des Universités associé	Médecine générale
HUSSON Jean-Louis Professeur des Universités Emérite	Chirurgie orthopédique et traumatologique
JEGO Patrick	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
JEGOUX Franck	Oto-rhino-laryngologie
JOUNEAU Stéphane	Pneumologie ; addictologie
KAYAL Samer	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

KERBRAT Pierre	Cancérologie ; radiothérapie
LAMY DE LA CHAPELLE Thierry	Hématologie ; transfusion
LAVIOLLE Bruno	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique; addictologie
LAVOUE Vincent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LE BRETON Hervé	Cardiologie
LE GUEUT Mariannick Professeur des Universités en surnombre	Médecine légale et droit de la santé
LE TULZO Yves	Réanimation ; médecine d'urgence
LECLERCQ Christophe	Cardiologie
LEDERLIN Mathieu	Radiologie et imagerie Médecine
LEGUERRIER Alain Professeur des Universités en surnombre	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
LEJEUNE Florence	Biophysique et médecine nucléaire
LEVEQUE Jean	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LIEVRE Astrid	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MABO Philippe	Cardiologie
MENER Eric (Professeur associé des universités de MG)	Médecine générale
MEUNIER Bernard	Chirurgie digestive
MICHELET Christian	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
MOIRAND Romain	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MORANDI Xavier	Anatomie
MOREL Vincent (Professeur associé)	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
MORTEMOUSQUE Bruno	Ophtalmologie
MOSSER Jean	Biochimie et biologie moléculaire
MOURIAUX Frédéric	Ophtalmologie
MYHIE Didier (Professeur associé des universités de MG)	Médecine générale
ODENT Sylvie	Génétique
OGER Emmanuel	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PARIS Christophe	Médecine et santé au travail
PERDRIGER Aleth	Rhumatologie
PLADYS Patrick	Pédiatrie
RAVEL Célia	Histologie ; embryologie et cytogénétique
RIFFAUD Laurent	Neurochirurgie

RIOUX-LECLERCQ Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
ROBERT-GANGNEUX Florence	Parasitologie et mycologie
ROPARS Mickaël	Chirurgie orthopédique et traumatologique
SAINT-JALMES Hervé	Biophysique et médecine nucléaire
SEGUIN Philippe	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
SEMANA Gilbert	Immunologie
SIPROUDHIS Laurent	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
SOMME Dominique	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SULPICE Laurent	Chirurgie générale
TADIÉ Jean Marc	Réanimation ; médecine d'urgence
TARTE Karin	Immunologie
TATTEVIN Pierre	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TATTEVIN-FABLET Françoise (Professeur associé des universités de MG)	Médecine générale
THIBAUT Ronan	Nutrition
THIBAUT Vincent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
THOMAZEAU Hervé	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TORDJMAN Sylvie	Pédopsychiatrie ; addictologie
VERHOYE Jean-Philippe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
VERIN Marc	Neurologie
VIEL Jean-François	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VIGNEAU Cécile	Néphrologie
VIOLAS Philippe	Chirurgie infantile
WATIER Eric	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
WODEY Eric	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Nom Prénom	Sous-section de CNU
ALLORY Emmanuel (MC associé - MG)	Médecine générale
AME-THOMAS Patricia	Immunologie
AMIOT Laurence (Baruch)	Hématologie ; transfusion
BARDOU-JACQUET Edouard	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BEGUE Jean-Marc	Physiologie
BOUSSEMART Lise	Dermato-vénéréologie
CABILLIC Florian	Biologie cellulaire
CAUBET Alain	Médecine et santé au travail
DAMERON Olivier	Informatique
DE TAYRAC Marie	Biochimie et biologie moléculaire
DEGEILH Brigitte	Parasitologie et mycologie
DUBOURG Christèle	Biochimie et biologie moléculaire
DUGAY Frédéric	Histologie ; embryologie et cytogénétique
EDELIN Julien	Cancérologie ; radiothérapie
GALLAND Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques; gynécologie médicale
GARLANTEZEC Ronan	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GOUIN Isabelle épouse THIBAUT	Hématologie ; transfusion
GUILLET Benoit	Hématologie ; transfusion
HAEGELEN Claire	Anatomie
JAILLARD Sylvie	Histologie ; embryologie et cytogénétique
KALADJI Adrien	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
LAVENU Audrey	Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
LE GALL François	Anatomie et cytologie pathologiques
LEMAITRE Florian	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MAHÉ Guillaume	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MARTINS Pedro Raphaël	Cardiologie
MATHIEU-SANQUER Romain	Urologie
MENARD Cédric	Immunologie
MOREAU Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
MOUSSOUNI Fouzia	Informatique

N° ordre :

Année 2017

PANGAULT Céline	Hématologie ; transfusion
RENAUT Pierric (MC associé - MG)	Médecine générale
ROBERT Gabriel	Psychiatrie d'adultes; addictologie
SAULEAU Paul	Physiologie
SCHNELL Frédéric	Physiologie
THEAUDIN Marie épouse SALIOU	Neurologie
TURLIN Bruno	Anatomie et cytologie pathologiques
VERDIER Marie-Clémence (Lorne)	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
ZIELINSKI Agata	

Remerciements

À Monsieur le Professeur Somme,

Vous me faites l'honneur de présider mon jury.

Veillez recevoir l'expression de mon respect et de ma gratitude les plus sincères.

À Madame le Professeur Tattevin-Falbet,

Et à Monsieur le Professeur Bouget,

En dépit de la charge de travail qui vous incombe, vous avez accepté de faire partie du jury et de juger mon travail. Veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude et mon profond respect.

À Madame le Docteur Corvol,

Merci d'avoir accepté la direction de ma thèse et d'y avoir consacré de ton temps. Merci vraiment pour ta disponibilité sans faille, tes conseils et tes encouragements qui m'ont été d'une grande aide.

À tous les médecins généralistes qui ont bien voulu prendre de leur temps pour répondre au questionnaire et ainsi participer au travail de ma thèse. Merci.

À Marie-Françoise, Marion, Jean-François, Ghislaine, Laurence, Pierre, Isabelle, Nicolas, Didier, à tous mes seniors qui m'ont transmis leur savoir et m'ont fait aimé ce métier. J'espère pouvoir à mon tour le transmettre aussi bien que vous l'avez fait. Merci.

À Arnaud et Quentin, pour vos précieux conseils mais aussi pour tout le reste, sans vous je ne serais pas allé aussi loin. Merci aussi à Aurore et un autre Quentin, pour avoir bien voulu tester mon questionnaire et pour vos avis.

À Briec, et à tous mes co-internes que j'ai pu rencontrer pendant mon cursus et avec qui j'ai pu partager la même passion. Merci.

À mon père, qui m'aura malgré tout donné goût à ce métier qu'il a si ardemment pratiqué et à ma mère qui m'aura suivi et encouragé depuis le premier jour de ces longues études. Ma réussite aura été proportionnelle à tout l'amour que vous m'avez donné.

À Marine, qui m'a soutenu, encouragé et supporté de nombreuses fois pour faire avancer mon travail et jusqu'à la dernière lecture. Mais surtout pour notre bonheur actuel et celui à venir, qui s'enrichit chaque jour.

SOMMAIRE

Remerciements.....	8
Introduction.....	11
Méthodologie.....	13
Résultats.....	14
Caractéristiques de l'échantillon.....	14
Avis des médecins généralistes sur les médicaments de la maladie d'Alzheimer.....	14
Attitudes des médecins généralistes face aux prescriptions de médicaments de la maladie d'Alzheimer.....	15
Influence de l'abonnement à la revue Prescrire.....	16
Influence de la confiance dans le suivi par la consultation mémoire.....	16
Attitudes des médecins généralistes face aux autorités sanitaires et aux confrères spécialistes.....	17
Analyse des commentaires libres.....	17
Discussion.....	18
L'importance des déterminants relationnels de la décision médicale.....	18
Le médecin généraliste, pivot de la prise en charge malgré lui.....	18
Confiance et défiance des médecins généralistes.....	20
Forces et faiblesses de l'étude.....	22
Conclusion.....	23
Bibliographie.....	24
Glossaire.....	28
Tableaux.....	29
Tableau 1 : Caractéristiques de l'échantillon.....	29
Tableau 2 : Caractéristiques des 3 groupes selon l'attitude généralement entreprise face aux prescriptions de confrères de médicaments de la maladie d'Alzheimer.....	30
Tableau 3 : Caractéristiques des sous-groupes selon l'antécédent d'abonnement à la revue Prescrire.....	31
Tableau 4 : Caractéristiques des sous-groupes selon l'avis favorable à l'utilité du suivi des malades par la consultation mémoire.....	32
Figures.....	33
Figure 1 : Comparaison des pyramides des âges échantillon/population.....	33
Figure 2 : Évaluation du rapport bénéfices-risques par l'échantillon.....	34
Figure 3 : Répartition du Service Médical Rendu officiel déclaré par rapport au Service Médical Rendu estimé.....	35
Figure 4 : Moyenne du rapport bénéfices-risques selon le Service Médical Rendu estimé	

.....	36
<u>Figure 5 : Moyenne des évaluations du rapport bénéfices – risques selon l’attitude des médecins généralistes.....</u>	<u>37</u>
<u>Figure 6 : Répartition des habitudes de contact entre médecins généralistes et spécialistes en fonction de l’attitude.....</u>	<u>38</u>
<u>Figure 7 : Répartition des attitudes selon l’avis sur l’utilité du suivi (convaincus = confiants ; non convaincus = défiants).....</u>	<u>39</u>
<u>Figure 8 : Répartition de l’avis sur l’utilité des plans Alzheimer selon le milieu d’exercice</u>	<u>40</u>
<u>Figure 9 : Répartition de l’avis sur l’utilité du suivi par la consultation mémoire selon le milieu d’exercice.....</u>	<u>41</u>
<u>Figure 10 : Répartition des avis sur la primo-prescription réservée aux spécialistes selon l’avis sur l’utilité des plans Alzheimer.....</u>	<u>42</u>
<u>Figure 11 : Répartition de la spécialité concernée par les fréquences de désaccord.....</u>	<u>43</u>
<u>Annexes.....</u>	<u>44</u>
<u>Annexe 1 : Questionnaire.....</u>	<u>44</u>
<u>Annexe 2 : Réponses aux commentaires libres sur les plans Alzheimer.....</u>	<u>48</u>
<u>Annexe 3 : Commentaires libres.....</u>	<u>52</u>

Introduction

La décision médicale est un processus complexe quotidien de la pratique médicale, résultant de l'interaction entre divers facteurs liés à la science (recommandations), au patient (croyances, valeurs culturelles...) et aux contraintes (lois, politiques économiques, temps disponible...) (1). Elle aboutit pour chaque patient à une prise de responsabilité du médecin, notamment au travers de la prescription médicamenteuse qui concerne 90 % des consultations de médecine générale, mais également au travers de l'arrêt de prescriptions, moins étudié (2). La Maladie d'Alzheimer (MA) constitue un cadre particulier de la prescription médicale, par la persistance de débats sur le rapport bénéfices-risques (RBR) des traitements médicamenteux d'une part et d'autre part des interactions des médecins généralistes (MG) avec les Médecins Spécialistes (MS) et/ou avec la famille du patient. La MA est une affection cérébrale neurodégénérative progressive responsable d'une diminution de l'autonomie dans la vie quotidienne et à terme pouvant entraîner la décision d'entrée définitive en institution d'hébergement. La MA et les syndromes apparentés toucheraient en France 850 000 personnes en 2014 (6 à 8 % des plus de 65 ans) et il y aurait 225 000 nouveaux malades par an (3). Au travers des différents « plans Alzheimer », les derniers gouvernements en ont fait un « défi pour notre système de santé et la politique de recherche » (3). La maladie est au centre des préoccupations des français, qui la considèrent comme la 3ème maladie la plus grave selon une étude de l'INPES en 2009 (4). Le changement de la représentation sociale de la MA est bien mis en évidence par L. Ngatcha-Ribert : « [La MA] est le résultat d'une façon nouvelle de formuler les problèmes classiques et socialement acceptés qu'étaient la sénilité et les troubles psychiques des personnes âgées. Elle n'a ainsi acquis de visibilité sociale et n'a émergé comme nouvelle question sociale qu'à partir du moment où des groupes d'individus (essentiellement des personnes du monde associatif et des professionnels) et les pouvoirs publics en ont fait un objectif respectivement pour leurs revendications et leurs interventions » (5). Cette prise de conscience et cette nouvelle définition en tant que maladie amènent à impliquer les médecins dans l'accompagnement. Face à cette médicalisation, il n'est pas surprenant que les patients et leurs famille puissent être en attente d'un traitement principalement médicamenteux dans un pays où, culturellement, il est habituel que les consultations se terminent par une ordonnance (6).

Les deux classes de médicaments actuellement autorisées dans cette indication sont considérées comme symptomatiques car elles permettent de pallier le déficit en neurotransmetteurs, conséquence de la perte neuronale, sans endiguer le phénomène dégénératif. Nous ne mentionnerons pas le Ginkgo Biloba qui n'a fait aucune preuve dans la maladie d'Alzheimer (7).

Les inhibiteurs de l'acétylcholine estérase (IACHé) commercialisés depuis la fin des années 90 en France sont le Donépézil (ARICEPT®), la Rivastigmine (EXELON®) et la Galantamine (REMINYL®). Les effets secondaires sont consécutifs de l'activation du système parasymphatique : troubles digestifs, cardio-vasculaires parfois graves (bradycardie, troubles conductifs, syncopes), neurologiques, psychiques, troubles de la thermorégulation, incontinence urinaire, crampes. Les

interactions médicamenteuses se retrouvent avec les médicaments atropiniques, les médicaments bradycardisants et les neuroleptiques. L'autre classe thérapeutique disponible est celle des antagonistes des récepteurs NMDA au Glutamate dont une seule molécule a l'AMM en France pour des formes plus sévères : la Mémantine (EBIXA®). Les effets secondaires sont légèrement différents que ceux rencontrés avec les IChE : troubles neuropsychiques, convulsions, troubles cardiovasculaires, perturbation du bilan hépatique.

Ces traitements ont montré leur efficacité lors de plusieurs essais randomisés en double aveugle contre placebo en améliorant ou en retardant la dégradation des fonctions cognitives (8,9). Au travers des méta-analyses, les médicaments de la MA apparaissent supérieurs au placebo sur les troubles cognitifs, les activités de la vie quotidienne et l'impression clinique globale (10–14). Cependant, plusieurs critiques ont été relevées pour ces essais cliniques. Les périodes d'étude étaient inférieures à 6 mois, les effets constatés étaient seulement modestes (en moyenne un gain de 1,4 points de MMS) et basés sur des tests psychométriques, donc de pertinence clinique discutable. L'âge moyen des patients inclus dans les essais cliniques était de 5,8 ans plus jeune que dans la population de référence, la proportion de femmes était moindre (63,2 % vs 67,8%) et ils souffraient de moins de comorbidités, ce qui interroge sur l'applicabilité externe de ces essais (15). Les données manquantes ont parfois été gérées en considérant la dernière valeur comme la source des dernières données des patients (*Last Observation Carry Forward*), ce qui entraîne un biais systématique pouvant conduire à une surestimation des effets observés (16). Enfin, il n'y a pas de preuves que ces médicaments retardent l'institutionnalisation, améliorent la qualité de vie, impactent sur la charge des aidants, diminuent les troubles du comportement, l'agitation ou même la mortalité (13,14,17–19). L'efficacité est incertaine au-delà d'un an de traitement, l'efficacité et la tolérance sont mal établies pour les stades sévères de la maladie et pour les patients de plus de 85 ans. Les données de tolérance et de sécurité sont maintenant plus fournies grâce au recul que nous avons : les effets indésirables sont fréquents (notamment les troubles digestifs, troubles neurologiques) et parfois graves avec des risques de syncope et de troubles conductifs, pouvant conduire au décès (20–22).

En France, les avis des autorités sanitaires ont évolué dans le temps, ce qui a contribué à une certaine confusion. En 2008, la Commission de Transparence de la Haute Autorité de Santé (HAS) concluait à un Service Médical Rendu (SMR) important et à une Amélioration du Service Médical Rendu (ASMR) mineure. La conclusion soulignait pourtant un « rapport efficacité/effets indésirables modeste », mais qui était compensé par un rôle « structurant » du médicament pour la prise en charge. Ces recommandations ont été suspendues notamment suite aux conflits d'intérêts relevés, il existait également un manque de pluridisciplinarité et une méthodologie insuffisante. *La Revue Prescrire* attribuait à ces recommandations le caractère « à rejeter et à déconseiller » (23). Une réévaluation s'imposait, un nouveau rapport de la commission de transparence a été publiée en 2011 concluant à un SMR faible et ASMR nulle (24). Le remboursement par la sécurité sociale a diminué de 65 à 15 %. Mais ces recommandations ont également été la cible de critiques, malgré un groupe de travail réellement pluridisciplinaire et une publication des conflits d'intérêts : pas de nouvelle recherche documentaire, une validation des recommandations de 2008 et un groupe de lecture identique au

groupe de travail. Enfin, très récemment, la réévaluation d'octobre 2016 de la HAS considère que ces médicaments n'ont plus de place dans la stratégie thérapeutique : « les données nouvelles confirment que l'efficacité des médicaments du traitement symptomatique de la maladie d'Alzheimer est, au mieux, modeste. Elle est établie uniquement à court terme, essentiellement sur les troubles cognitifs, dans des études cliniques versus placebo dont la pertinence clinique et la transposabilité en vie réelle ne sont pas assurées » (25). L'accompagnement doit rester axé sur un suivi social et paramédical, afin de préserver au maximum l'autonomie et une qualité de vie décente du patient et de son entourage. Le SMR est donc dégradé à « insuffisant » pour les trois IACHÉ et la Mémantine, ouvrant la voie au déremboursement de ces médicaments. Mais ces thérapeutiques se retrouvent encore très prescrites, même si leur taux de prescription ont diminué de 16 % entre 2012 et 2015 (20,25).

Ces quatre médicaments sont soumis à des règles de prescription depuis leur mise sur le marché : la prescription initiale est réservée aux MS en neurologie, en psychiatrie, aux MS titulaires du diplôme d'études spécialisées complémentaires de gériatrie ou de la capacité de gérontologie. Le renouvellement peut ensuite être réalisé par le médecin traitant. Cette première prescription peut se faire à l'hôpital ou en ville, lors d'une consultation appelée « consultation mémoire » (CM), qui a pour principales missions de réaliser un diagnostic fiable de syndrome démentiel et du type de démence, d'annoncer la maladie, de prescrire des traitements spécifiques et des séances de réhabilitation au domicile. Les MG, eux, gardent un rôle « essentiel pour le dépistage des malades, le traitement des symptômes et le suivi régulier des patients » (25).

L'intérêt des IACHÉ est donc débattu. Ils continuent à être régulièrement prescrits par les MS exerçant en CM, qui initie la prescription en laissant la charge aux MG de la renouveler(26). Le MG doit alors choisir entre prescrire ou expliquer au patient son désaccord avec le médecin de la CM, au risque de le déstabiliser. Dans ce contexte, alors que le RBR est critiqué, on peut s'interroger sur le caractère « structurant » de ces médicaments, qui justifiait en 2008 l'attribution d'un SMR « important ». L'objet de cette étude est de décrire l'attitude des généralistes face à des thérapeutiques initiées par un confrère spécialisé et d'analyser les conséquences sur les rapports entre généralistes et spécialistes de ces prescriptions.

Méthodologie

Afin de répondre à ces questions, nous avons réalisé une enquête auprès de MG non remplaçants exerçant en région Bretagne au moyen d'un questionnaire anonyme adressé par mail. L'étude a été réalisée de décembre 2016 à février 2017. Les médecins contactés faisaient partie de la *mailing list* de l'Ordre des médecins de l'Ille-et-Vilaine, des Côtes d'Armor et du Morbihan. Pour le département du Finistère, le questionnaire était en libre accès sur le site de l'Ordre Départemental du Finistère. Pour le Morbihan et les Côtes d'Armor le lien du questionnaire a été envoyé par les Ordres Départementaux respectifs. Pour l'Ille-et-Vilaine, la liste des adresses mails nous a été envoyée, le lien du questionnaire a ensuite été transmis à chacun des médecins. Afin d'augmenter le taux de réponses, le questionnaire a été envoyé une seconde fois à 1 mois d'intervalle, sauf pour les Côtes d'Armor, suite

au refus de l'Ordre Départemental.

Le questionnaire a été réalisé grâce au logiciel Limesurvey, hébergé sur la plateforme de l'Université de Rennes 1 (annexe 1). Il comporte 4 parties composées de questions essentiellement fermées et d'un cadre de commentaires libres. Une personne sondée ne pouvait pas répondre une deuxième fois au questionnaire.

Avant d'être validé et envoyé à la population cible, le questionnaire a été testé par 3 médecins et 2 internes en médecine volontaires dans le but d'évaluer le temps nécessaire aux réponses et de vérifier la cohérence des questions. Des commentaires ont été apportés par le Pr Dominique SOMME, PU-PH en gériatrie au CHU de Rennes et le Dr Alis SOPADZHIYAN, sociologue, qui ont permis d'apporter des modifications au questionnaire. Les résultats ont été analysés à l'aide de LibreOffice Calc. Afin de comparer les variables qualitatives entre elles, il a été utilisé les tests de Khi-2 ou de Fischer pour les petits effectifs, avec l'aide du site internet BiostaTGV. Les comparaisons des variables quantitatives ont été réalisées grâce à une analyse de variance (ANOVA) sur LibreOffice Calc.

Résultats

Caractéristiques de l'échantillon

Le nombre de médecins contactés était de 1380 : 405 dans les Côtes d'Armor, 430 dans le Morbihan et 545 pour l'Ille-et-Vilaine. Aucune réponse n'est parvenue de médecins du Finistère, qui ont été exclus des analyses. Le nombre total de réponses était de 283 : 233 réponses complètes et 50 incomplètes, qui ont été exclues de l'analyse. Le taux de réponses correspond alors à 17 % de l'échantillon sondé. Les caractéristiques des répondants sont données dans le tableau 1 et sont comparées avec les données concernant les MG issues de l'Atlas de Démographie Médicale de 2016 émis par l'Ordre National des Médecins (27). La répartition par âge et par sexe est proche de celle de la population générale des MG, avec une légère surreprésentation des femmes jeunes (tableau 1 et figure 1). Les lecteurs Prescrire sont surreprésentés dans notre échantillon : 61 % étaient, ou ont été, abonnés à la revue, alors que les abonnés ne représentaient que 18 % des MG exerçant en France en 2016.

Avis des médecins généralistes sur les médicaments de la maladie d'Alzheimer

L'avis des MG sur les médicaments spécifiques de la MA est très variable, les valeurs de l'appréciation du bénéfice vont de 0 à 85/100, tandis que les valeurs de l'appréciation du risque vont de 0 à 100/100 (figure 2). Le RBR a été calculé mathématiquement en soustrayant l'évaluation du risque à celle des bénéfices. L'appréciation du RBR est négative pour 77 % des répondants, avec néanmoins une dispersion des résultats importante (figure 2).

Cette évaluation contraste avec l'estimation personnelle du SMR. 113 médecins connaissaient la

récente décision de la HAS dégradant le SMR à « insuffisant » (49 %), mais concernant le SMR qu'ils auraient souhaité pour ces médicaments, ils sont nombreux à l'avoir attribué comme « important » (38 %) (figure 3). L'estimation personnelle du SMR est mal corrélée avec l'évaluation du RBR : les médecins ayant évalué le SMR comme « insuffisant », évaluent de façon logique plus négativement le RBR que leurs confrères ($-57 \pm 3,8$; $p < 0,001$), mais ceux ayant évalué le SMR comme « important » évaluent le RBR plus négativement que le sous-groupe SMR « modéré » ($-32,4 \pm 4$ vs $-20,9 \pm 5,7$; $p < 0,001$; figure 4).

Concernant la primo-prescription, ils sont 59 % à trouver logique qu'elle soit réservée au MS. Peu de médecins instaureraient eux-mêmes ces traitements s'ils en avaient la capacité (25%). Parmi les médecins qui ne reconnaissent pas le bien-fondé de la primo-prescription réservée aux MS, ils sont seulement 41 % à être intéressés à ce qu'elle soit étendue aux généralistes.

Attitudes des médecins généralistes face aux prescriptions de médicaments de la maladie d'Alzheimer

Concernant l'attitude des médecins interrogés face aux prescriptions de confrères des médicaments spécifiques, 13 % déclarent conseiller à leurs malades de les arrêter sans délai. La moitié de l'échantillon préfère une attitude de temporisation et d'arrêt en cas d'absence d'efficacité constatée après un certain délai, et 36 % disent poursuivre le traitement laissant au MS le soin de décider (tableau 2). Deux interrogés (1 %) considéraient qu'ils avaient une attitude trop variable pour trancher et ont été exclus des tests statistiques. Les caractéristiques des individus de ces 3 sous-groupes sont décrites dans le tableau 2, ils étaient comparables en terme d'âge, de lieu et de type d'exercice. L'assiduité aux FMC, une formation complémentaire en gériatrie ou une part d'exercice hospitalier ne modifiaient pas l'attitude. Les médecins arrêtants, volontiers masculins, étaient significativement plus nombreux à être ou à avoir été abonnés à la revue Prescrire. Les femmes avaient plus une attitude de poursuite. L'appréciation du RBR était significativement plus négative pour les MG arrêtant (figure 5, tableau 2). Ce même sous-groupe partageait des attitudes similaires de façon significative : un suivi des malades sans recours à la CM et une moindre communication avec le MS en cas de désaccord (figure 6), un avis moins favorable sur l'utilité du suivi par la CM (figure 7) et sur l'apport des plans Alzheimer, un désaccord plus fréquent avec les MS toutes spécialités confondues. Ils étaient moins nombreux à trouver logique que la primo-prescription soit réservée aux MS.

La raison de renouvellement des traitements spécifiques de la MA majoritairement évoquée est l'absence d'autre solution en remplacement pour 59 % de l'échantillon. Derrière, vient l'influence de l'entourage sur la décision pour 39 % des répondants et le souhait de garder de bonnes relations avec le MS pour 14 % d'entre eux. Enfin, en dernier, une balance bénéfices-risques positive intervient dans la décision pour seulement 5 % des médecins. Dans la catégorie « autres » (37 réponses, soit 16% de l'échantillon) 18 médecins précisent ne jamais renouveler ces traitements. Dans les autres réponses, on peut noter le souhait de ne pas décourager le patient et la famille, la crainte de déstabiliser le patient ou la possibilité d'un suivi plus régulier de ce dernier.

La principale raison de ne pas renouveler les médicaments est la balance bénéfices-risques défavorable selon leurs connaissances pour 52 % des médecins et/ou selon leur expérience (36 %). L'entourage est déclaré influent dans 15 % des cas, puis vient le doute sur l'indication retenue par le MS (11 %). L'absence de courrier du spécialiste joue pour 10 % des médecins, une formulation incorrecte du courrier pour seulement un interrogé. Pour 3 % des médecins, la raison déclarée est qu'ils n'avaient pas adressé le patient au MS. Dans la catégorie « autres » (24%), quatre ne se sentent pas concernés par l'arrêt de ces traitements. Sept mentionnent un état trop dégradé du malade, 18 une absence d'efficacité observée et 17 justifient l'arrêt du médicament par des effets indésirables.

Influence de l'abonnement à la revue Prescrire

Les abonnés à la revue Prescrire sont surreprésentés dans l'échantillon (61%) et également dans le sous-groupe arrêt (80%). Les lecteurs Prescrire partagent certaines caractéristiques communes présentées dans le tableau 3. Ils sont plus jeunes, mais le sexe ratio est identique. Connaissant les positions de la revue Prescrire vis-à-vis des IChE et de la Mémantine, ils évaluent effectivement ces médicaments d'autant plus négativement que leurs confrères non lecteurs. Ils sont également plus fréquemment en désaccord avec les MS toutes spécialités confondues et encore plus fréquemment avec les spécialistes de la MA ; ainsi, ils sont plus susceptibles de réaliser le suivi sans recours aux CM. En revanche, le fait d'être ou d'avoir été abonné à la revue Prescrire n'influe pas sur l'utilité estimée des CM dans le suivi, l'utilité des plans Alzheimer, le bien-fondé de la primo-prescription réservée aux MS, et sur la fréquence de la prise de contact avec le MS en cas de désaccord.

Influence de la confiance dans le suivi par la consultation mémoire

Les MG interrogés choisissent un suivi par un gériatre dans 70 % des cas pour un patient exemple de 80 ans. 13 % disent adresser à un neurologue et 12 % disent réaliser le suivi eux-mêmes. Les 5 % restants ayant choisi de répondre « autres » décrivaient majoritairement une attitude variable, aucun n'aurait adressé à un psychiatre. L'avis des médecins sur l'utilité d'un suivi par la CM est très partagé, une petite majorité n'est pas du tout convaincu ou moyennement convaincu. Leurs caractéristiques sont mentionnées dans le tableau 4. Il n'existait pas d'influence de l'âge ou du sexe sur l'avis sur l'utilité du suivi. L'avis sur l'utilité des plans Alzheimer n'avait pas d'influence. La spécialité sollicitée (neurologue ou gériatre) n'avait pas d'influence. Les médecins réalisant le suivi eux-mêmes étaient, comme attendu, moins convaincus par l'utilité de la CM. Les médecins qui étaient moins convaincus de l'utilité du suivi par la CM étaient plus fréquemment en désaccord avec les MS, toutes spécialités confondues et entraient moins souvent en contact avec eux en cas de désaccord. Ils étaient plus nombreux à ne pas accepter la primo-prescription réservée aux MS. Enfin, ils évaluaient le RBR plus négativement que les médecins confiants dans la CM.

Attitudes des médecins généralistes face aux autorités sanitaires et aux confrères spécialistes

Seulement 39 % des médecins interrogés estiment que les plans Alzheimer ont été bénéfiques. Les 61 % restants sont partagés équitablement entre des avis négatifs ou une indécision. 84 médecins ont pu laisser un commentaire illustrant leurs propos (annexe 2), majoritairement positifs, dont certains éléments ressortent : l'aide aux aidants (20 réponses), la meilleure qualité de la prise en charge pluridisciplinaire notamment sur la formation des soignants (27), l'encadrement des structures (17) et une meilleure reconnaissance de la MA (6). En revanche, l'amélioration de l'encadrement au domicile ressort peu, ce qui rejoint la constatation d'un manque de moyens, tant personnel que financier (19). Il est noté également à 7 reprises un repérage excessif amenant à une surenchère thérapeutique et une anxiété des patients indemnes. 11 commentaires sont négatifs accusant ces plans Alzheimer d'être de la « démagogie » ou du « bla-bla électoraliste » ou d'une mauvaise utilisation de l'argent public. Il ressort dans plusieurs commentaires la gravité du manque de moyens dans les milieux ruraux. En analyse statistique, les médecins exerçant en milieu rural semblent avoir les mêmes avis sur les apports des plans Alzheimer ($p = 0,8$) et du suivi par la CM ($p = 0,1$) que les MG exerçant en milieu semi-rural et urbain (figure 8 et 9). Les médecins non convaincus et indécis sur l'utilité des plans Alzheimer sont d'autant plus sceptiques sur la logique de la primo-prescription réservée aux MS ($p = 0,009$; figure 10).

Alors que la grande majorité (84%) se sent rarement en désaccord avec leurs confrères spécialistes (toutes spécialités confondues), cela est moins vrai lorsque sont concernés uniquement les MS de la MA (69% ; figure 11). Lors d'avis contraires avec leurs confrères spécialistes, ils sont 35 % à entrer en contact avec lui. 12 % ne les contactent pas et 50 % ont une attitude variable ; 4 % ont mentionné « autres » avec un commentaire : quatre ne sont jamais en désaccord avec leurs collègues donc cette situation ne s'est jamais présentée à eux, deux demanderaient un deuxième avis.

Analyse des commentaires libres

54 médecins ont laissé un commentaire en fin de questionnaire (annexe 3). Quinze médecins présentent un discours militant pour l'arrêt de la commercialisation de ces thérapeutiques ou pour le déremboursement, accusant l'inactivité du gouvernement. Huit commentaires soulignent la primauté du suivi social et paramédical. La difficulté du positionnement des MG par rapport à ces médicaments est soulignée 6 fois, que ce soit vis-à-vis des familles ou du MS, où certains acceptent le statut « anxiolytique » du médicament : « *Difficile d'arrêter un traitement prescrit par un collègue à qui on a adressé un patient pour une évaluation gériatrique et pas nécessairement pour qu'un médicament au final soit prescrit...difficile à expliquer à la famille. Cela ne tiendrait qu'à moi, je ne prescrirais pas de médicament* ». Deux réponses critiquent les consultations mémoires concernant les délais de consultation quand trois soulignent l'importance de celles-ci pour les moyens humains développés. Trois médecins précisent l'efficacité qu'ils constatent concernant les médicaments de la MA, au niveau de l'agitation, de la qualité de vie et de l'initiation du suivi.

Discussion

L'importance des déterminants relationnels de la décision médicale

À la lecture des résultats, ce sont les ambivalences concernant les médicaments concernés qui interpellent. Le RBR a été évalué de façon négative par une grande majorité des médecins répondeurs, quelque soit l'attitude adoptée vis-à-vis des médicaments (figure 2 et 5, tableau 2). Le SMR officiel déclaré était connu par la moitié des médecins (figure 3). Cependant, 86 % des médecins reconduisent au moins un temps les prescriptions de leurs confrères spécialistes, les plaçant dans leurs options thérapeutiques. Cela se retrouve dans l'attribution personnelle du SMR, jugé « important » pour de nombreux médecins (38%), alors que seulement deux médecins avaient déclaré le SMR officiel comme « important » (figure 3 et 4). Comme l'expliquait Bachimont : « C'est l'interaction entre un médecin et un patient qu'il convient de considérer car elle intervient dans le processus de décision qui va conduire les MG à être des prescripteurs tantôt respectueux des recommandations et tantôt pas » (28). Cela rejoint les raisons données aux renouvellement des médicaments : seulement 5 % avaient considéré un RBR individuel considéré comme favorable.

Les difficultés de la décision médicale en médecine générale tiennent à la transposabilité parfois délicate des recommandations issues de l'*Evidence Based Medicine (EBM)*, en français : la médecine fondée sur les preuves. L'EBM tend à fournir des recommandations fondées sur des preuves validées de la littérature afin d'appuyer les décisions médicales quotidiennes. Malgré l'apport de repères fiables bienvenus pour les cliniciens et la garantie fournie aux patients de soins argumentés, l'EBM montre ses limites dans un accompagnement global où des problèmes multiples et intriqués interagissent fortement, souvent dans un cadre polypathologique ou d'âge avancé, peu abordé dans les études cliniques (15). La formation médicale n'apparaît d'ailleurs que partiellement dans nos résultats dans le processus de décision d'arrêt ou non du médicament : seul l'abonnement actuel ou passé à la revue Prescrire semble être corrélé à une attitude d'arrêt des médicaments. Mais la participation aux FMC ou l'obtention d'une capacité ou d'un DU ne semble pas influencer l'attitude des MG (tableau 2).

L'importance de cette fonction du médecin (nouer une relation utile au malade, rassurante face à sa maladie) peut alors prédominer sur un choix thérapeutique "scientifiquement" rationnel. Pour illustration, on retient ce qu'écrit E. Lucchi, "en choisissant la médecine, les médecins acceptent d'en porter l'inconfort et parfois la part en apparence irrationnelle des décisions" (29). Ainsi, il ressort de notre analyse que l'attitude de poursuite des traitements ne résulterait pas d'une ignorance de la science mais que la décision médicale est le fruit d'une réflexion complexe faisant intervenir, en plus du savoir médical, des paramètres non scientifiques propres à chaque situation, permettant d'entretenir cette relation médecin-patient indissociable de la pratique du métier.

Le médecin généraliste, pivot de la prise en charge malgré lui

Une des caractéristiques du MG est le rôle de pivot qui lui est attribué, prenant source dans la position de professionnel de premier recours, mis en valeur par le rôle du « médecin traitant » depuis 2005.

Dans le contexte de la MA, le rôle de repérage des MG précisé dans les recommandations semble être remis en question par certains médecins de l'échantillon, peu convaincus de la pertinence du repérage de la MA, doutant du statut même de maladie, comme ce médecin de 55 ans qui a écrit en commentaire libre : « *N'avons-nous pas créé une maladie ?* ». Plusieurs autres commentaires de notre étude critiquent ce repérage selon eux excessif et pourvoyeur de surenchère thérapeutique. C'est ce qui ressort de l'étude de l'INPES de 2009 qui a également interrogé des MG, expliquant cette réticence par une crainte : « Les MG interrogés dans le cadre de l'étude qualitative font part également de leur peur à l'égard du diagnostic : peur de poser un mauvais diagnostic, peur de l'annoncer et d'avoir à gérer une maladie contre laquelle ils ont le sentiment de ne pouvoir rien faire » (4). Cette remise en cause de leur rôle de médecin de premier recours contraste avec la place qui leur est accordée dans le rapport d'évaluation de la commission de transparence de la HAS de 2016 (25). La médicalisation de la MA a pourtant été positive pour la reconnaissance et l'acceptation par la population ainsi que pour stimuler la recherche, mais elle a été articulée autour des médicaments spécifiques de la MA, motivant alors ces pratiques de repérage et de diagnostic précoces. Cela semble mettre en défaut les MG, car ils se doivent d'apporter des solutions, attendues par des patients et leur entourage souvent inquiets du diagnostic, comme cela est formulé par L. Ngatcha-Ribert : « le rôle d'expert attribué et légitimé par la famille, la société – et accepté ou encouragé par le médecin lui-même – exige de lui, en quelque sorte, qu'il procure cette solution attendue, même si elle n'est pas la meilleure. » (30). La prescription médicamenteuse peut être une réponse aisée à cette demande. L'explication est multifactorielle, mais il est noté dans certaines études que le manque de temps intervient dans la prescription médicamenteuse, s'opposant alors à l'information, l'éducation du patient, voire simplement l'explication de sa démarche (2,31). Ce processus joue sans doute pour une part importante de nos résultats, avec 59 % des répondants qui déclarent l'absence d'autres solutions à proposer au patient motivant la poursuite de la prescription. Même si les MG de l'échantillon avouent que la prise en charge paramédicale et sociale doit être prépondérante dans la MA, le manque de connaissance à ce sujet peut également les pousser vers la prescription médicamenteuse, ce qui a déjà été retrouvé dans plusieurs études (32–34). Cette donnée a également été expliquée par G. Fernandez : « La pathologie reste au centre de leur champ d'action et constitue un facteur prépondérant de délimitation de leur domaine de compétence » (35).

La place du malade dans la relation thérapeutique a évolué ces dernières années avec l'apparition du concept de décision médicale partagée (36). Or, les situations de perte d'autonomie comme la MA, sont grevées d'une part de l'affaiblissement de la position du patient et d'autre part, et de façon inéluctable, de la coopération nécessaire de la famille, conduisant à restructurer la relation médecin-malade sous la norme d'un « colloque singulier pluriel » (37). Le poids de l'entourage est sans doute important dans notre étude, retrouvé pour 39 % des médecins qui déclarent avoir été influencés, contrebalançant l'évaluation négative des médicaments, et de nombreux commentaires qui soulignent l'importance de la famille et des aidants, déjà mis en évidence dans d'autres études (35). De la même manière, de nombreux médecins répondants, plus ou moins poussés par la famille, déclarent vouloir conserver les traitements afin de maintenir de l'espoir pour leurs patients, raison que chacun pense

valable aux yeux du patient. On retrouve là une attitude paternaliste s'opposant à la décision médicale partagée, c'est à dire qui consiste d'une part à affirmer que le médecin est la personne la plus compétente pour réaliser le bien-être du patient et, d'autre part, que le patient est intrinsèquement dans un état le rendant inapte à prendre des décisions pour lui-même (38). Une bonne illustration de ce processus parfois inconscient est que nous avons omis de proposer l'avis du patient en tant que donnée potentiellement influente dans la décision de renouvellement ou d'arrêt des traitements de la MA. Cela ne nous a pas été suggéré par les différents intervenants qui ont relu le questionnaire, ni d'ailleurs par aucun des médecins interrogés.

En revanche, arrêter ces traitements peut être paradoxal lorsque le médecin a lui-même adressé le malade au MS, étape malgré cela fondamentale dans l'accompagnement des patients déments. Il n'y a pas de dispositions particulières dictées dans le code de déontologie médicale, seul l'article 61 aborde le sujet du désaccord : « Quand les avis du consultant et du médecin traitant diffèrent profondément, à la suite d'une consultation, le malade doit en être informé. Le médecin traitant est libre de cesser ses soins si l'avis du consultant prévaut auprès du malade ou de son entourage » (39). Tout médecin est donc libre de stopper une prescription introduite par son confrère, s'il pense que cette décision peut être bénéfique pour le patient.

Confrontés à une demande de soins exponentielle de la part des patients, et surtout de leur entourage, face à une maladie cristallisant les peurs de la vieillesse et de la dépendance, les MG doivent composer avec un arsenal thérapeutique maigre dont les espoirs d'efficacité s'amenuisent au fil des années, et un catalogue d'intervenants dont ils ne maîtrisent pas tous les rouages. Le renouvellement des traitements peut alors être une réponse rapide et aisée pour les médecins, en oubliant parfois les souhaits du patient.

Confiance et défiance des médecins généralistes

Comme l'expliquait L. Ngatcha-Ribert, la médicalisation de la MA a entre autre été encouragée par les pouvoirs publics dans le cadre des Plans Alzheimer (5). Mais si ces derniers ont reçu un certain écho auprès de la population française, il n'en est pas forcément de même avec les MG. On perçoit alors des avis mitigés sur les prises de position fluctuantes et les décisions des pouvoirs publics à la question recherchant l'avis des médecins sur l'utilité des plans Alzheimer. Cette défiance vis-à-vis des autorités sanitaires semble avoir un impact sur la prise en charge puisqu'elle est associée significativement à une attitude d'arrêt des traitements plus fréquente (tableau 2). Selon l'analyse qualitative des commentaires, les critiques se portent sur le manque de moyens accordés aux mesures sociales contrastant avec la prise en charge onéreuse des médicaments qu'ils jugent inutiles et dangereux (annexe 2). Les médecins indécis ou défiants quant aux plans Alzheimer sont plus nombreux à ne pas trouver logique d'avoir réservé la primo-prescription aux MS. Le recours au MS imposé par la primo-prescription a pu créer un sentiment de mis à l'écart de l'accompagnement chez certains MG, confiant le malade à un médecin jugé plus compétent, ce qui a pu ensuite alimenter de la défiance vis-à-vis des autorités sanitaires rendues responsables de cette décision.

Parallèlement à l'avis sur les actions du gouvernement, on retrouve également une défiance accrue

vis-à-vis des CM attendue chez les médecins ayant une attitude d'arrêt des prescriptions et chez ceux ayant une attitude d'observation (figure 7). Les MG solliciteraient les CM principalement pour un diagnostic positif, étiologique et différentiel ainsi que pour une annonce de la pathologie (40). Mais ces attentes contrastent avec les pratiques des CM comme en atteste une étude réalisée dans les 13 régions de France métropolitaine en 2016, où 94 % des 428 MS répondants exerçant en CM déclarent prescrire régulièrement des IChE et 89 % d'entre eux de la Mémantine (26). Or, les MG de notre étude évaluent négativement le RBR des médicaments, et ce d'autant plus chez les MG défiants vis-à-vis des CM (tableau 4). On retrouve d'ailleurs des situations de désaccord plus fréquentes avec les MS de la MA qu'avec les MS de toutes spécialités confondues (figure 11). On peut supposer que les prescriptions fréquentes de ces médicaments, avec lesquelles ils ne sont pas d'accord, au retour de la CM détériorent l'avis des MG sur les CM. De plus, le crédit accordé aux MS peut pousser les familles à arbitrer des choix en contraignant le généraliste à suivre la stratégie définie par son confrère. Les situations relevant alors d'un exercice sous double contrôle profane et professionnel engendrent une remise en question forte de l'autonomie professionnelle du MG (35). Ce dernier peut de surcroît souffrir d'un manque de prise en compte de son avis, comme en témoigne par exemple l'ouverture tardive du courrier du MG dans le temps d'une consultation spécialiste relatée par certains auteurs (32). Le contact du spécialiste en cas de désaccord est également moins fréquent chez ces MG défiants. Les lecteurs Prescrire n'ont pas un avis plus négatif sur les CM, les analyses de la revue ne semblent pas retentir sur l'appréciation du travail des CM. Le rejet de la primo-prescription réservée aux spécialistes, plus fréquente chez les médecins défiants, ne serait pas expliqué par un désir d'initier les médicaments (tableau 4). Ils rejetteraient plutôt les compétences du MS (qui justifient la primo-prescription) puisque leur consultation aboutit à un traitement qu'ils jugent inefficace et/ou dangereux, ils ont ainsi des habitudes de suivi sans recours à la CM plus fréquentes. Leur expérience rejoint peut-être les résultats d'une étude récente démontrant un risque accru d'institutionnalisation chez les patients fréquentant précocement les CM (risque relatif = 2) (41). Même s'il est difficile de distinguer quelle est la cause et quelle est la conséquence, on peut supposer que ces prescriptions dissuadent certains MG d'avoir recours aux CM, déstructurant ainsi le suivi conseillé pour les malades.

Ces pratiques pour pallier aux situations de conflit sont retrouvées dans les commentaires de A. Sarradon-Eck sur les difficultés à travailler ensemble au sein de la médecine libérale : la plupart des médecins partage la représentation d'une certaine autonomie (liberté d'installation, liberté de prescription, la responsabilité individuelle dans le travail, l'indépendance, le refus des contraintes institutionnelles et des règles établies par les autorités sanitaires et les caisses...), mais au prix d'une contradiction avec l'idéal de travail en équipe, cloisonnant chaque segment professionnel (32). De là peut naître une difficulté à partager le suivi dans le malade. Ces éléments sont retrouvés dans un des commentaires libres du questionnaire, laissé par un médecin décrivant une attitude de poursuite : « *Et que dire encore des médecins qui prescrivent (faute de mieux sans doute) ces produits... une malhonnêteté intellectuelle... allons chers confrères un peu de courage et reconnaissons le manque d'efficacité de ces traitements qui représentent quand même un volume de 5,3 milliards d'euros !!!* »

Que ne pourrait-on faire avec de telles sommes dans l'accueil de jour ou l'aide aux familles et aux aidants... » (femme, 40 ans). La médecine générale, considérée parfois comme une « discipline médicale par défaut », souffre déjà d'un manque de considération, les analyses de plusieurs auteurs pointent vers un défaut de construction historique, de reconnaissance matérielle et symbolique par rapport aux MS ; elle n'a été considérée comme une spécialité qu'en 2004 (42,43). « Une telle histoire a promis des incertitudes majeures quant à la délimitation du champ d'action (infini ou résiduel ?) de la médecine générale, et quant à la valeur de ses pratiques, périphériques voire invisibles pour le cœur de l'institution médicale » (44). M. Bungener et I. Baszenger illustrent ce clivage encore actuel : « La spécialisation confère un prestige supérieur à celui qui l'exerce. Son intervention est créditée d'une efficacité accrue, et le prestige est accentué par une tarification plus élevée des honoraires, négociée dans le cadre des conventions médicales. De ce fait, le processus de spécialisation, qui se développe par approfondissement scientifique ou technique de compétences communes, a installé la médecine générale à une place résiduelle et statutairement dominée dans la hiérarchie du travail médical »(45). Même le statut de « médecin traitant » créé en 2005 qui correspond aux spécificités de la médecine générale, ne leur est pas réservé et a été ouvert aux MS. Ces difficultés relationnelles peuvent influencer la décision de poursuite des médicaments, retrouvées ici dans les 10 % des médecins de l'échantillon qui déclarent arrêter le traitement au moins en partie suite à l'absence de courrier du MS. *A contrario*, les médecins poursuivant les médicaments prescrits par le MS en ont une évaluation moins péjorative et sont alors plus confiants vis-à-vis des MS comme des pouvoirs publics. Leur avis peut différer, mais la relation de confiance qui s'est installée et/ou la demande des familles les poussent à maintenir cependant le traitement qu'ils n'approuvent pas ou peu, et alors source de malaise pour eux-mêmes. C'est 14 % de l'échantillon qui dit renouveler les prescriptions de médicaments spécifiques au moins en partie pour préserver les relations avec le MS. Ceci est retrouvé en analyse qualitative : « *Problème réel en médecine générale que d'être gênée par des prescriptions auxquels on ne croit pas. Que faire ?* » (35 ans, homme) ; « *l'arrêt d'un traitement est souvent mal perçu par la famille car prescrit par un "spécialiste"* » (homme, 34 ans). Un des médecins fait part de sa solidarité envers les MS précisant qu'ils sont probablement soumis aux mêmes difficultés vis-à-vis des familles et de l'espoir placé dans ces médicaments : « *vous sous-entendez notre influence par les spécialistes et peu par l'entourage. En fait lorsque les spécialistes sont consultés il semble qu'ils n'aient d'autres choix que de proposer quelques chose ; donc ils prescrivent ces médicaments* » (homme, 63 ans).

Forces et faiblesses de l'étude

Notre étude comporte plusieurs biais, en premier un biais de recrutement : le questionnaire a été diffusé uniquement par mail, ce qui n'a pas permis de recueillir l'avis de médecins déjà potentiellement défiant, refusant de donner leur adresse mail à l'Ordre des Médecins ou refusant l'informatisation. Ce mode de diffusion a été choisi pour des raisons pratiques et économiques. Il existe également un biais de non-réponses : 1097 non-réponses sur 1380 mails envoyés. Néanmoins, le taux de réponses complètes était de 17 % de l'échantillon total, soit 233 réponses complètes, ce qui a permis des

analyses statistiques performantes et d'avoir un échantillon qui semble représentatif en terme d'âge et de sexe. Il a été observé une proportion de 61 % de MG ayant été ou encore abonnés à la Revue Prescrire, chiffre nettement plus important que celui attendu. La Revue Prescrire a publié de nombreux articles depuis plusieurs années remettant en cause le bien fondé des médicaments spécifiques de la MA. Les lecteurs Prescrire, plus sensibilisés, ont donc pu être plus nombreux à répondre. Cela a pu gonfler les rangs des médecins ayant une attitude d'arrêt ou une cotation plus négative du RBR des médicaments, même s'il n'y a pas d'attitude tranchée avec un nombre de lecteurs Prescrire poursuivant les médicaments supérieur à ceux les arrêtant et l'absence d'influence sur l'estimation de l'utilité des CM. Ces résultats montrent l'importance pour toute étude portant sur la thérapeutique de questionner l'abonnement à la revue Prescrire pour vérifier la représentativité de l'échantillon.

Conclusion

Notre étude montre que l'évaluation des médicaments de la MA par les MG est négative, contrastant fortement avec celle de médecins exerçant en CM (26). Ces médicaments semblent être maintenus sous l'influence de l'entourage, en l'absence d'autres solutions thérapeutiques et afin de préserver un certain équilibre pour le patient et vis-à-vis du MS. Certains médecins sont relativement confiants dans l'avis du MS et sont alors plus à même de maintenir le traitement, avec parfois un sentiment de malaise car ils ne sont pas complètement convaincus de l'intérêt des médicaments. Il en ressort alors une attitude paternaliste dans ces décisions de renouvellement : l'argument avancé est d'épargner de l'anxiété au malade face à sa maladie alors que le caractère négatif ou au moins douteux du RBR, ne semble pas être expliqué au patient. D'ailleurs, son avis n'apparaît pas comme motif de renouvellement. De nombreux généralistes sont plutôt défiant vis-à-vis de la CM et des autorités sanitaires. Ce désaccord semble prendre source dans les prescriptions par les MS de ces médicaments de la MA, qu'ils arrêtent plus volontiers, amenant alors à des attitudes de suivi personnel, dépréciant l'intérêt des CM et avec de moindres contacts avec les MS en cas de désaccord. Ainsi, alors que ces médicaments ont été acceptés en 2008 et maintenus en 2011 pour leur caractère structurant sur le suivi des malades, notre étude montre qu'ils pourraient avoir favorisé une rupture entre MG et MS d'une part et entre médecins et autorités sanitaires d'autre part, du fait du caractère fluctuant des recommandations : on assiste donc plutôt à une déstructuration de l'accompagnement des malades. Les médecins interrogés ayant majoritairement un avis très critique sur ces thérapeutiques, les dernières recommandations de la HAS pourraient aider à une progression des arrêts de prescription, *a fortiori* si ces recommandations sont suivies d'un déremboursement. Mais afin de conserver une attitude cohérente entre tous les acteurs, il semble souhaitable que les pratiques des MG et spécialistes se rapprochent, ce qui permettrait aux MG de retrouver une confiance dans l'activité de la CM et serait à terme profitable aux patients et à leur entourage. Ces derniers doivent cependant être préparés à entendre qu'une maladie peut ne pas avoir de traitement médicamenteux, ce qui nécessite l'implication des associations de patients et des pouvoirs publics.

NOM et Prénom : MAIGRE Olivier _____

TITRE DE LA THESE d'EXERCICE

(Ce document sera à insérer dans les thèses définitives)

Titre :

Attitude des médecins généralistes face aux prescriptions de médicaments de la maladie d'Alzheimer.

Rennes, le


Le Directeur de thèse

Rennes, le

15 03 2017


Le Président de jury

Vu et permis d'imprimer

Rennes, le

17 MARS 2017

Le Président de l'Université
de Rennes1

Bibliographie

1. Mulrow CD, Cook DJ, Davidoff F. Systematic Reviews: Critical Links in the Great Chain of Evidence. *Ann Intern Med.* 1 mars 1997;126(5):389-91.
2. Quien S, Darmon D. Les déterminants de la prescription médicamenteuse en médecine générale. Nice, France: Université de Nice Sophia Antipolis; 2014.
3. Le plan maladies neuro-dégénératives 2014-2019 [Internet]. Gouvernement.fr. [cité 27 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.gouvernement.fr/action/le-plan-maladies-neuro-degeneratives-2014-2019>
4. INPES. Le regard porté sur la maladie d'Alzheimer - Résultats de 3 études pour mieux connaître la maladie [Internet]. 2009 mars [cité 14 janv 2017]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/dp/09/dp090325.pdf>
5. Ngatcha-Ribert L. Préface. In: Alzheimer : la construction sociale d'une maladie [Internet]. 2016 [cité 6 janv 2017]. p. V-VI. Disponible sur: http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=DUNOD_NGATC_2012_01_0000a
6. IPSOS Santé pour la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie. Quel est le rapport des Français et des Européens à l'ordonnance et aux médicaments ? [Internet]. 2005 févr [cité 11 févr 2017]. Disponible sur: http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Le_rapport_des_Francais_et_des_Europeens.pdf
7. Vellas B, Coley N, Ousset P-J, Berrut G, Dartigues J-F, Dubois B, et al. Long-term use of standardised Ginkgo biloba extract for the prevention of Alzheimer's disease (GuidAge): a randomised placebo-controlled trial. *Lancet Neurol.* oct 2012;11(10):851-9.
8. Howard R, McShane R, Lindesay J, Ritchie C, Baldwin A, Barber R, et al. Donepezil and Memantine for Moderate-to-Severe Alzheimer's Disease. *New England Journal of Medicine.* 8 mars 2012;366(10):893-903.
9. Rogers SL, Friedhoff LT. The efficacy and safety of donepezil in patients with Alzheimer's disease: results of a US Multicentre, Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial. The Donepezil Study Group. *Dementia.* déc 1996;7(6):293-303.
10. Birks JS, Chong LY, Grimley Evans J. Rivastigmine for Alzheimer's disease. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2015 [cité 2 janv 2017]. Disponible sur: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001191.pub4/abstract>
11. Birks J, Harvey R. Donepezil for dementia due to Alzheimer's disease. In: *The Cochrane Collaboration, éditeur. Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2003 [cité 3 janv 2017]. Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD001190>
12. Galantamine for dementia due to Alzheimer's disease. In [cité 3 janv 2017]. Disponible sur: <http://onlinelibrary.wiley.com.passerelle.univ-rennes1.fr/doi/10.1002/14651858.CD001747/full>

13. PenTAG. AChEIs & memantine for Alzheimer's disease - donepezil, galantamine, rivastigmine and memantine review assessment report [Internet]. [cité 27 févr 2016]. Disponible sur: <https://www.nice.org.uk/guidance/TA217/documents/alzheimers-disease-donepezil-galantamine-rivastigmine-and-memantine-review-assessment-report-part-12>
14. Buckley JS, Salpeter SR. A Risk-Benefit Assessment of Dementia Medications: Systematic Review of the Evidence. *Drugs & Aging*. juin 2015;32(6):453-67.
15. Leinonen A, Koponen M, Hartikainen S. Systematic Review: Representativeness of Participants in RCTs of Acetylcholinesterase Inhibitors. *PLOS ONE*. 1 mai 2015;10(5):e0124500.
16. Santo D, Gabriella S, Prinelli F, Adorni F, Caltagirone C, Musicco M. A Meta-Analysis of the Efficacy of Donepezil, Rivastigmine, Galantamine, and Memantine in Relation to Severity of Alzheimer's Disease. *Journal of Alzheimer's Disease*. 1 janv 2013;35(2):349-61.
17. AD2000 Collaborative Group. Long-term donepezil treatment in 565 patients with Alzheimer's disease (AD2000): randomised double-blind trial. *The Lancet*. 26 juin 2004;363(9427):2105-15.
18. Howard RJ, Juszczak E, Ballard CG, Bentham P, Brown RG, Bullock R, et al. Donepezil for the Treatment of Agitation in Alzheimer's Disease. *New England Journal of Medicine*. 4 oct 2007;357(14):1382-92.
19. Raina P, Santaguida P, Ismaila A, Patterson C, Cowan D, Levine M, et al. Effectiveness of cholinesterase inhibitors and memantine for treating dementia: evidence review for a clinical practice guideline. *Ann Intern Med*. 4 mars 2008;148(5):379-97.
20. Revue Prescrire. Maladie d'Alzheimer : des patients trop exposés aux anticholinestérasiques et à la mémantine en France. *janv 2014*;34(363):23.
21. Tavassoli N, Sommet A, Lapeyre-Mestre M, Bagheri H, Montrastruc J-L. Drug interactions with cholinesterase inhibitors: an analysis of the French pharmacovigilance database and a comparison of two national drug formularies (Vidal, British National Formulary). *Drug Saf*. 2007;30(11):1063-71.
22. Crépin S, Villeneuve C, Boussaroque A, Centre regional de pharmacovigilance, Limoges. Cardiovascular effects of cholinesterase inhibitors in France. Analysis of data reported from 1998 to 2010. *Fundamental & Clinical Pharmacology*. 1 avr 2012;26:22-3.
23. Revue Prescrire. Maladie d'Alzheimer et autres démences : un guide HAS biaisé, des affirmations hasardeuses. *févr 2009*;29(304):150.
24. HAS. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge. [Internet]. 2011 déc [cité 30 oct 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-12/recommandation_maladie_d_alzheimer_et_maladies_apparentees_diagnostic_et_prsie_en_charge.pdf
25. HAS. Rapport d'évaluation des médicaments indiqués dans le traitement symptomatique de la maladie d'ALZHEIMER [Internet]. 2016 oct [cité 4 janv 2017]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-10/annexe_-_rapport_devaluation_des_medicaments.pdf

26. Hommet C, Novella J-L, Auriacombe S, Vercelletto M, Berrut G, Belliard S, et al. Les traitements symptomatiques dans la maladie d'Alzheimer en 2016 : à partir des Centres mémoire ressources recherche (CMRR) en France. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement*. 1 sept 2016;14(3):274-86.
27. Rault J-F, Le Breton-Lerouillois G. Atlas de la démographie médicale. [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2016 janv [cité 9 janv 2017]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf
28. Bachimont J, Cogneau J, Letourmy A. Pourquoi les médecins généralistes n'observent-ils pas les recommandations de bonnes pratiques cliniques ? L'exemple du diabète de type 2. *Sciences sociales et santé*. 2006;24(2):75.
29. Lucchi E. Les études randomisées cliniques en oncologie médicale [Internet]. [Service d'oncologie médicale de l'hôpital saint Antoine (Paris)]: Laboratoire d'Éthique Médicale de Necker; 1996 [cité 8 févr 2017]. Disponible sur: http://www.ethique.sorbonne-paris-cite.fr/sites/default/files/dea_lucchi_synthese.pdf
30. Ngatcha-Ribert L. Chapitre 4. Le tournant des thérapeutiques. In: *Alzheimer : la construction sociale d'une maladie* [Internet]. 2016 [cité 6 janv 2017]. p. 151-84. Disponible sur: http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=DUNOD_NGATC_2012_01_0151
31. Hennion-Gasrel F, Diblanc-Stamm A. La consultation sans prescription médicamenteuse: quels sont les ressentis du médecin et du patient lors d'une consultation sans prescription médicamenteuse ? [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé;
32. Sarradon-Eck A. « Qui mieux que nous ? » Les ambivalences du « généraliste-pivot » du système de soins [Internet]. Presses de l'EHESP; 2015 [cité 9 janv 2017]. Disponible sur: http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=EHESP_BLOY_2010_01_0253
33. Gilet-Gobin E. Coordination gérontologique et maladie d'Alzheimer: état des lieux sur le pays d'Auray et étude qualitative auprès des médecins généralistes [Thèse d'exercice]. [France]: Université européenne de Bretagne;
34. Bouquet A. Les médecins traitants face aux syndromes démentiels: applicabilité des recommandations de la Haute Autorité de Santé. [Rennes]: Rennes 1; 2014.
35. Fernandez G, Levasseur G. Les médecins généralistes et les personnes âgées. Quelles recompositions de la relation de soins ? [Internet]. Presses de l'EHESP; 2015 [cité 25 févr 2017]. Disponible sur: http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=EHESP_BLOY_2010_01_0221
36. Dodier N. S'en remettre à un spécialiste. Contribution à une histoire politique de la délégation des soins. *Handicap*. 2004;(104):9-20.
37. Pennec S, Fernandez G, Levasseur G, Le Borgne-Uguen F. Médecins généralistes et personnes âgées dépendantes [Internet]. Brest: ARS, Université de Bretagne Occidentale; 2004 [cité 26 févr 2017] p. 499. Disponible sur: <http://recherche-vieillissement.com/spip.php?article34&lang=fr>
38. Jaunait A. Comment peut-on être paternaliste ? Confiance et consentement dans la relation médecin-patient. *Raisons politiques*. 2003;no 11(3):59-79.
39. Ordre National des Médecins. Code de Déontologie Médicale [Internet]. Disponible sur:

<https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf>

40. Thomas Cario. Les consultations mémoire : attentes des médecins généralistes installés en Ille et Vilaine, analyse qualitative en focus group. [Rennes]: Rennes 1; 2015.
41. Pimouguet C, Le-Goff M, Rizzuto D, Berr C, Leffondré K, Pérès K, et al. Effect of Early Referral to Specialist in Dementia on Institutionalization and Functional Decline: Findings from a Population-Based Study. *Journal of Alzheimer's Disease*. 1 janv 2016;49(3):819-28.
42. Baszanger I. Socialisation professionnelle et contrôle social: Le cas des étudiants en médecine futurs généralistes. *Revue française de sociologie*. 1981;22(2):223-45.
43. Arliaud M, Degenne A. Les Médecins. *Revue française de sociologie*. 29 avr 1988;702-4.
44. Bloy G, Schweyer F-X, Herzlich C. Singuliers généralistes [Internet]. Presses de l'EHESP. 2010 [cité 25 févr 2017]. 424 p. (Métiers Santé Social). Disponible sur: <https://www.presses.ehesp.fr/wp-content/uploads/2016/03/9782810900213.pdf>
45. Bungener M, Baszanger I, Paillet A. Médecine Générale, le temps des redéfinitions. In: *Quelle médecine voulons-nous ?* Paris: La Dispute; 2002. (État des lieux).

Glossaire

- AMM : Autorisation de Mise sur le Marché
- ASMR : Amélioration du Service Médical Rendu
- CM : Consultation Mémoire
- DU : Diplôme Universitaire
- EBM : Evidence Based Medicine (Médecine fondée sur les preuves)
- EPPM : Enquête Permanente sur la Prescription Médicale
- FMC : Formation Médicale Continue
- HAS : Haute Autorité en Santé
- IAcHE : Inhibiteurs de l'AcétylCholine Estérase
- MA : Maladie d'Alzheimer
- MG : Médecin(s) Généraliste(s)
- MS : Médecin(s) Spécialiste(s)
- RBR : Rapport Bénéfices-Risques
- SMR : Service Médical Rendu

Tableaux

Tableau 1 : Caractéristiques de l'échantillon

	Échantillon		Population (2016 – France)		
EFFECTIFS	233		88886		
Département d'exercice					
	Côtes d'Amror	48	(21)	737	(24)
	Ille-et-Vilaine	112	(48)	1397	(45)
	Morbihan	73	(31)	1000	(32)
	TOTAL	233		3134	
Âge, moyenne (± DS)					
	< 40 ans	67	(29)	17777	(20)
	40 – 60 ans	119	(51)	49776	(56)
	≥ 60 ans	47	(20)	21333	(24)
	Hommes, moyenne	53		54	
	Femmes, moyenne	44		49	
Sexe					
	Homme	115	(49)	48099	(54)
	Femme	118	(51)	40787	(46)
	Sexe ratio	0,97		1,18	
Milieu d'exercice					
	Urbain	74	(32)		
	Semi-rural	95	(41)		
	Rural	64	(27)		
Type d'exercice					
	Seul	54	(23)		
	Cabinet de groupe	178	(76)		
	autres	1	(0,4)		
Formation complémentaire en gériatrie					
	Non	210	(93)		
	Oui : DU	3	(1)		
	Oui : capacité	12	(5)		
	Oui : autres	0	(0)		
Exercice hospitalier					
		17	(7)		
Participation aux FMC					
	Très rarement	22	(9)		
	Assez souvent	68	(29)		
	Souvent	143	(61)		
Abonnement à la revue Prescrire					
		141	(61)	15862	(18)
Attitude face aux prescriptions d'IACHÉ					
	Arrêt précoce	30	(13)		
	Observation	117	(50)		
	Poursuite avec décision laissée au spécialiste	84	(36)		
	autres	2	(1)		

Les données sont des effectifs (avec pourcentage de l'effectif du sous-groupe) sauf quand cela est précisé. DS : Erreur standard à la moyenne

Tableau 2 : Caractéristiques des 3 groupes selon l'attitude généralement entreprise face aux prescriptions de confrères de médicaments de la maladie d'Alzheimer

Sexe					
	Hommes	23 (77)	64 (55)	26 (31)	0,00002
	Femmes	7 (23)	53 (45)	58 (69)	
	Sexe ratio	3,3	1,2	0,4	
Département d'exercice					
	Côtes d'Armor	9 (30)	20 (17)	19 (23)	0,40
	Ille et Vilaine	14 (47)	55 (47)	42 (50)	
	Morbihan	7 (23)	42 (36)	23 (27)	
Milieu d'exercice					
	Urbain	13 (43)	34 (29)	26 (31)	0,54
	Semi-rural	10 (33)	52 (44)	32 (38)	
	Rural	7 (23)	31 (26)	26 (31)	
Type d'exercice					
	Seul	8 (27)	27 (23)	19 (23)	0,91
	Cabinet de groupe	22 (73)	90 (77)	64 (77)	
Formation complémentaire en gériatrie		5 (17)	13 (11)	5 (6)	0,20
Exercice hospitalier		0 (0)	12 (10)	5 (6)	0,15
Participation aux FMC					
	Très rarement	3 (10)	9 (8)	8 (10)	0,74
	Assez souvent	6 (20)	35 (30)	27 (32)	
	Souvent	21 (70)	73 (62)	49 (58)	
Abonnement à la revue Prescrire		24 (80)	81 (69)	34 (40)	0,00001
Habitudes de suivi					
	Personnel	12 (40)	14 (12)	2 (2)	0,000002
	Spécialisé : gériatre, neurologue	18 (60)	103 (88)	82 (98)	
Avis favorable sur l'utilité du suivi		6 (20)	48 (41)	53 (63)	0,00007
Rarement en désaccord avec les spécialistes		15 (50)	98 (84)	81 (96)	0,0000001
Rarement en désaccord avec les spécialistes de la MA		10 (33)	79 (68)	71 (85)	0,000001
Appréciation du rapport Bénéfices-Risques					
	Bénéfices, moyenne (± DS)	3 (3,48)	19 (1,68)	29 (2,40)	< 0,0001
	Risques, moyenne (± DS)	65 (5,80)	59 (2,31)	51 (2,33)	0,01
	Bénéfices – Risques, moyenne (± DS)	-62 (7,78)	-41 (3,36)	-22 (3,87)	0,0000008
Avis favorable sur l'utilité des plans Alzheimer		5 (17)	53 (45)	31 (37)	0,004
Contact avec le spécialiste en cas de désaccord		19 (63)	102 (87)	74 (88)	0,0001
Avis favorable sur le bien-fondé de la primo-prescription		11 (37)	63 (54)	63 (75)	0,0003

Les données sont des effectifs (avec pourcentage de l'effectif du sous-groupe) sauf quand cela est précisé.

DS : Erreur standard à la moyenne

Tableau 3 : Caractéristiques des sous-groupes selon l'antécédent d'abonnement à la revue Prescrire

	NON LECTEURS	LECTEURS PRESCRIRE	P - value
Effectifs (pourcentage de l'effectif total)	92 (39)	141 (61)	
Âge , moyenne (± DS)	52 (1,08)	47 (0,95)	0,0006
Sexe			
Hommes	47 (51)	68 (48)	0,670
Femmes	45 (49)	73 (52)	
Sexe ratio	1,04	0,93	
Habitudes de suivi			
Personnel	6 (7)	22 (16)	0,037
Spécialisé : gériatre, neurologue	86 (93)	119 (84)	
Avis favorable sur l'utilité du suivi	47 (51)	60 (43)	0,201
Rarement en désaccord avec les spécialistes	84 (91)	112 (79)	0,015
Rarement en désaccord avec les spécialistes de la MA	76 (83)	84 (60)	0,0002
Appréciation du rapport Bénéfices-Risques			
Bénéfices – Risques, moyenne (± DS)	-18 (3,83)	-49 (2,66)	< 0,0001
Avis favorable sur l'utilité des plans Alzheimer	33 (36)	57 (40)	0,774
Contact avec le spécialiste en cas de désaccord	79 (86)	124 (88)	0,6441
Avis favorable sur le bien-fondé de la primo-prescription	53 (58)	85 (60)	0,6846
Prescription s'ils en avaient la capacité	34 (37)	24 (17)	0,001

Les données sont des effectifs (avec pourcentage de l'effectif du sous-groupe) sauf quand cela est précisé.

DS : Erreur standard à la moyenne

Tableau 4 : Caractéristiques des sous-groupes selon l'avis favorable à l'utilité du suivi des malades par la consultation mémoire

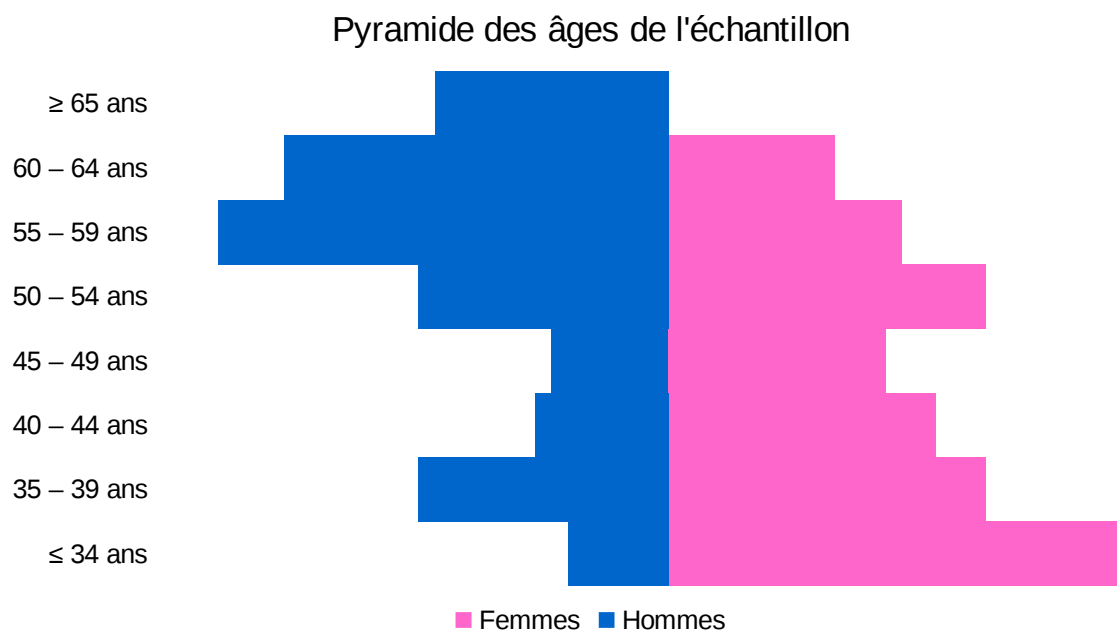
	MOINS CONVAINCUS (défiants)	PLUS CONVAINCUS (confiants)	P - value
Effectifs (pourcentage de l'effectif total)	126 (54)	107 (46)	
Âge , moyenne (± DS)	50 (1,00)	47 (1,06)	0,1128
Sexe			
Hommes	66 (52)	49 (46)	0,316
Femmes	60 (48)	58 (54)	
Sexe ratio	1,1	0,84	
Habitudes de suivi			
Personnel	25 (20)	3 (3)	0,00004
Spécialisé : gériatre, neurologue	101 (80)	104 (97)	
Spécialité concernée			
Neurologue	14 (48)	15 (52)	0,96
Gériatre	80 (49)	84 (51)	
Lecteurs Prescrire	81 (64)	60 (56)	0,201
Rarement en désaccord avec les spécialistes	98 (78)	98 (92)	0,004
Rarement en désaccord avec les spécialistes de la MA	76 (60)	84 (79)	0,003
Appréciation du rapport Bénéfices-Risques			
Bénéfices – Risques, moyenne (± DS)	-42 (3,23)	-30 (3,55)	0,01
Avis favorable sur l'utilité des plans Alzheimer	45 (36)	45 (42)	0,143
Contact avec le spécialiste en cas de désaccord	100 (79)	103 (96)	0,0001
Avis favorable sur le bien-fondé de la primo-prescription	59 (47)	79 (74)	0,00003
Prescription s'ils en avaient la capacité	31 (25)	27 (25)	0,912

Les données sont des effectifs (avec pourcentage de l'effectif du sous-groupe) sauf quand cela est précisé.

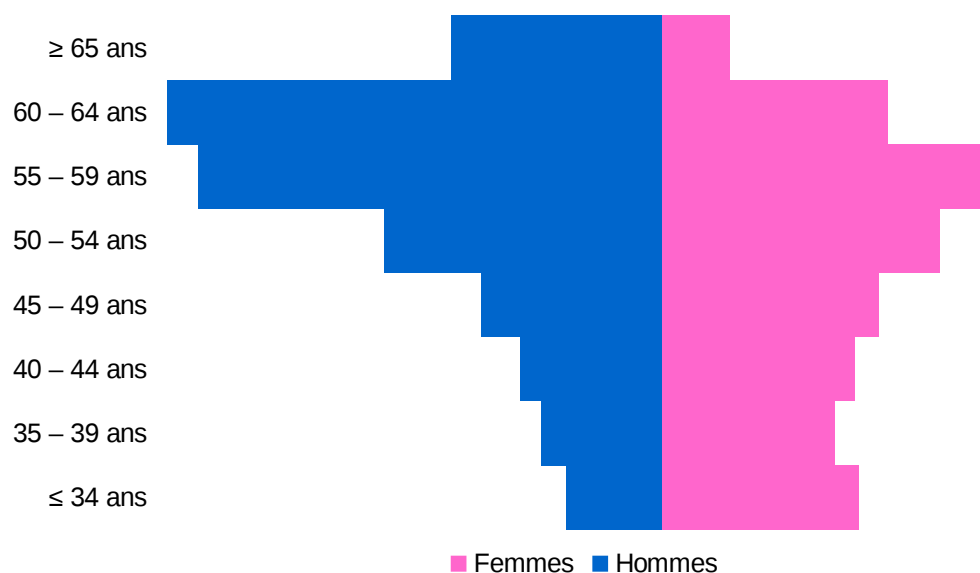
DS : Erreur standard à la moyenne

Figures

Figure 1 : Comparaison des pyramides des âges échantillon/population



Pyramide des âges de la population (médecins généralistes français en 2016)



Source = Atlas de la Démographie Médicale. Situation des médecins généralistes au 1^{er} janvier 2016(27)

Figure 2 : Évaluation du rapport bénéfices-risques par l'échantillon

Les nombres écrits en abscisse sont les moyennes.

Les rectangles sont limités en haut et en bas par les 1^{er} et 3^{ème} quartiles.

Les traits aux extrémités correspondent aux valeurs maximales et minimales.

Les traits à l'intérieur des rectangles correspondent aux valeurs médianes.

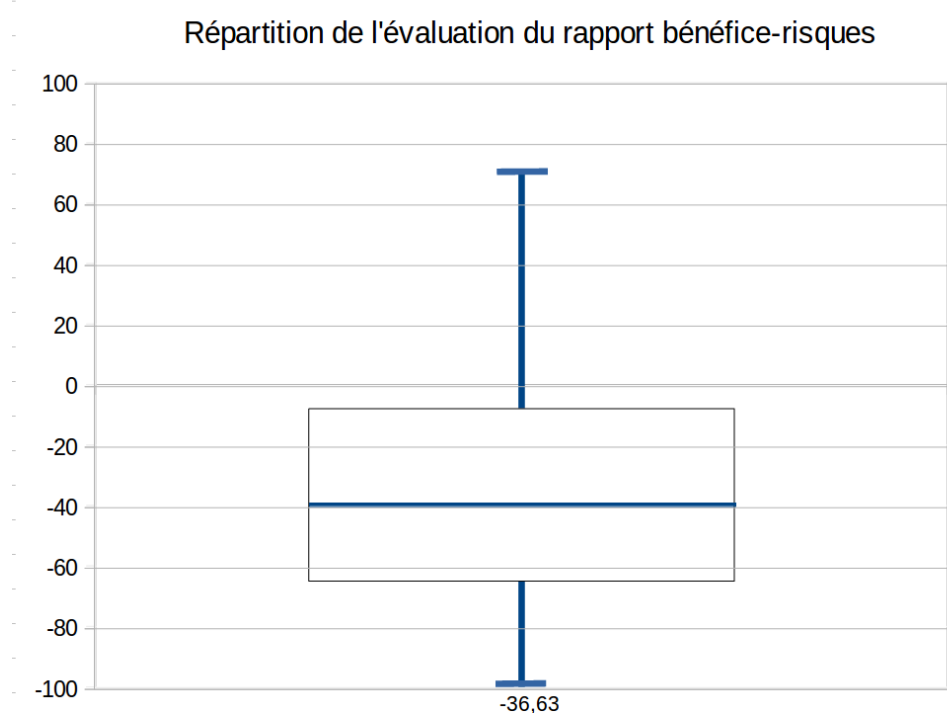
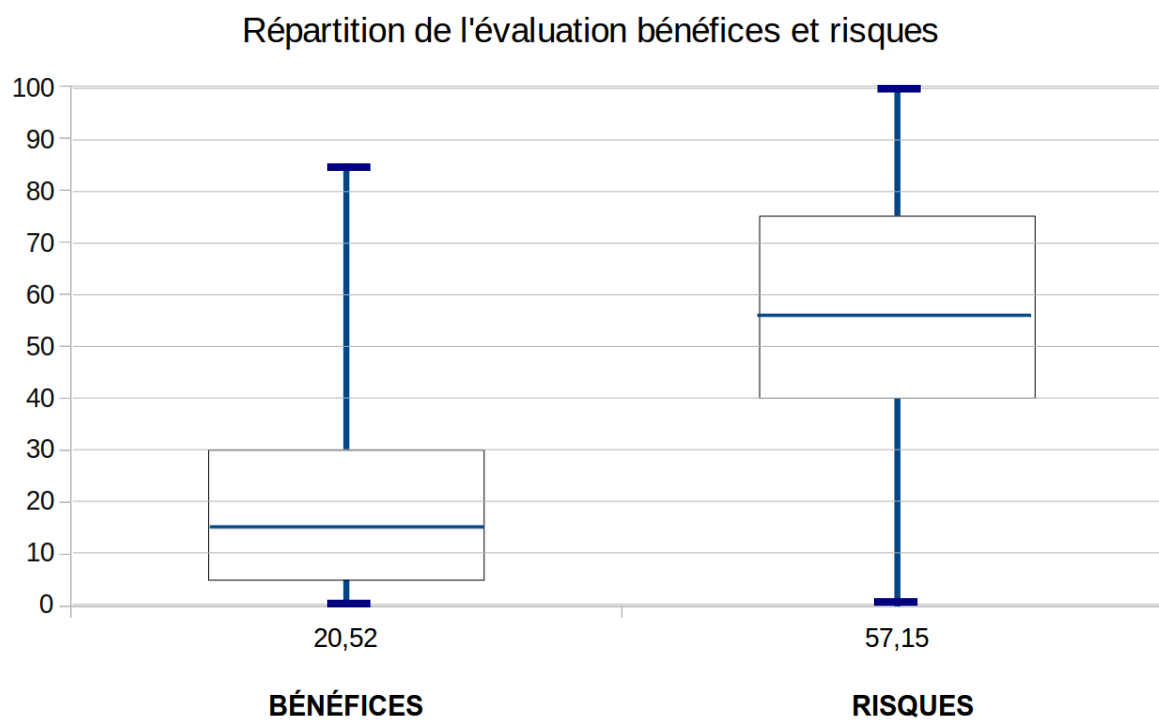


Figure 3 : Répartition du Service Médical Rendu officiel déclaré par rapport au Service Médical Rendu estimé

Les nombres sont des effectifs.

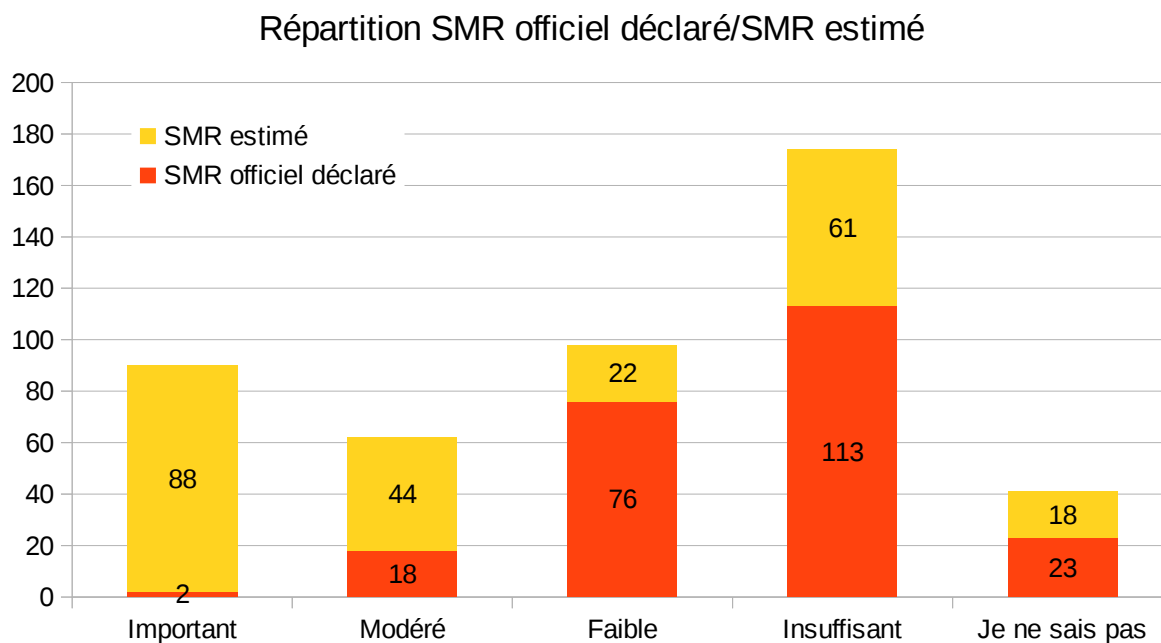


Figure 4 : Moyenne du rapport bénéfices-risques selon le Service Médical Rendu estimé

Les nombres sont des moyennes.

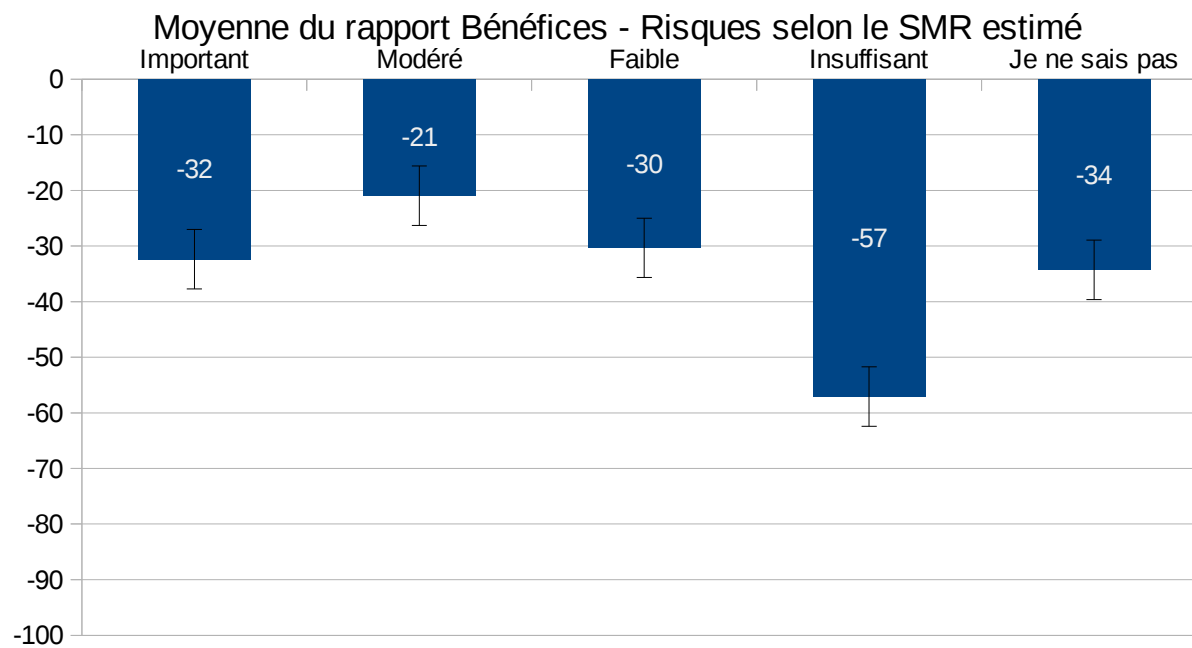


Figure 5 : Moyenne des évaluations du rapport bénéfices – risques selon l'attitude des médecins généralistes

Les nombres sont des moyennes.

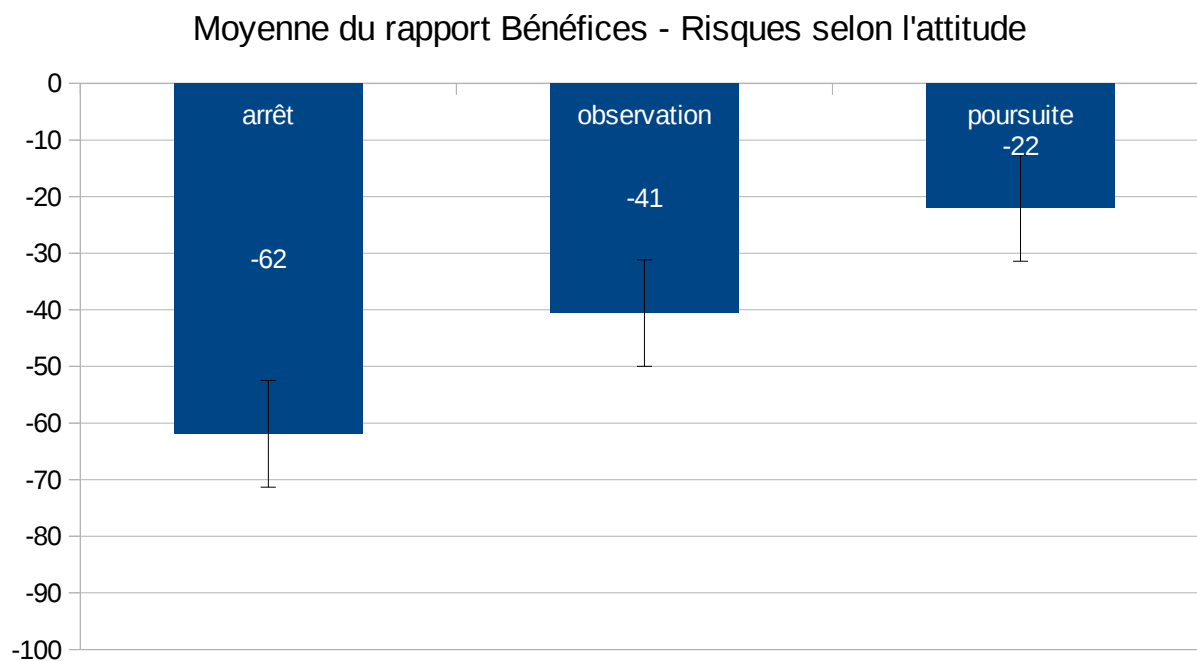


Figure 6 : Répartition des habitudes de contact entre médecins généralistes et spécialistes en fonction de l'attitude

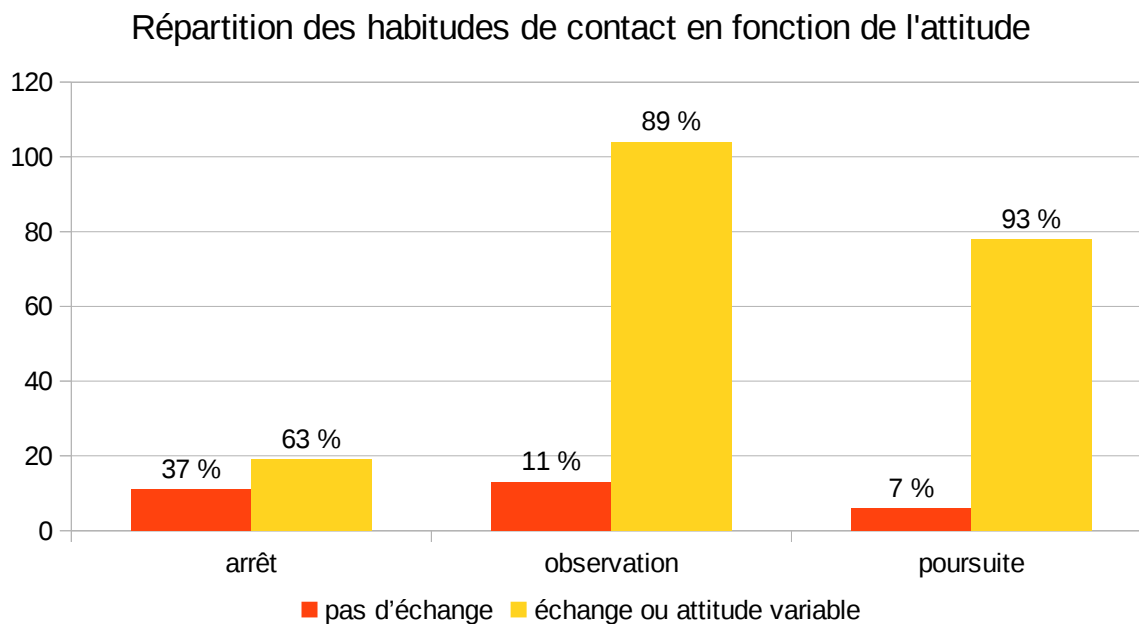


Figure 7 : Répartition des attitudes selon l'avis sur l'utilité du suivi
(convaincus = confiants ; non convaincus = défiants)

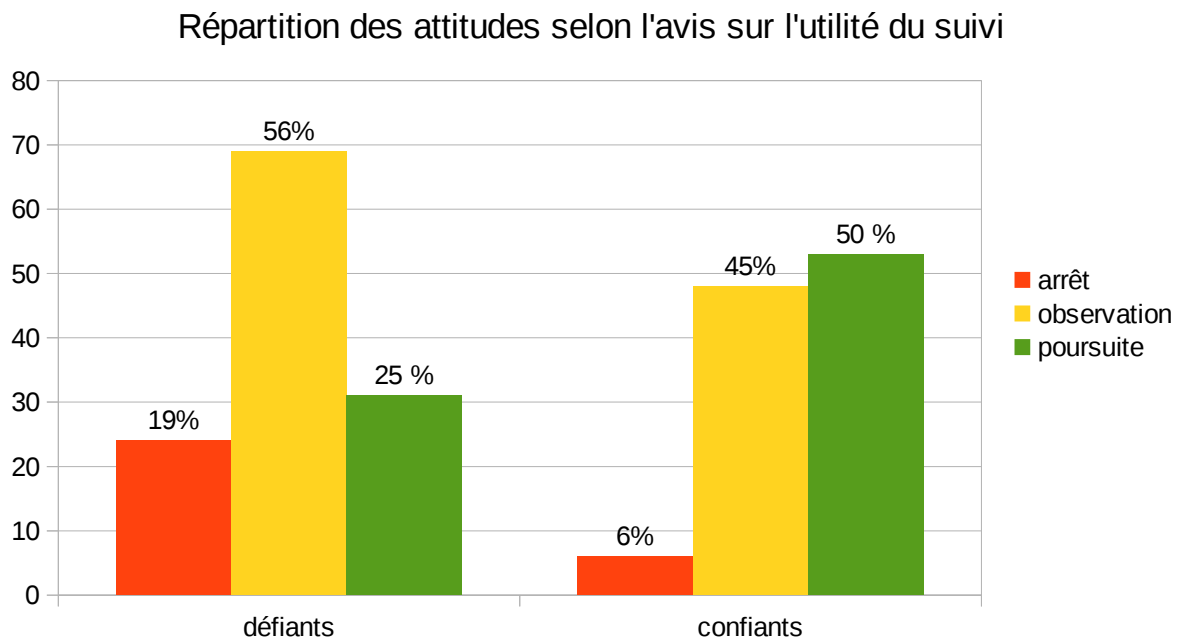


Figure 8 : Répartition de l'avis sur l'utilité des plans Alzheimer selon le milieu d'exercice

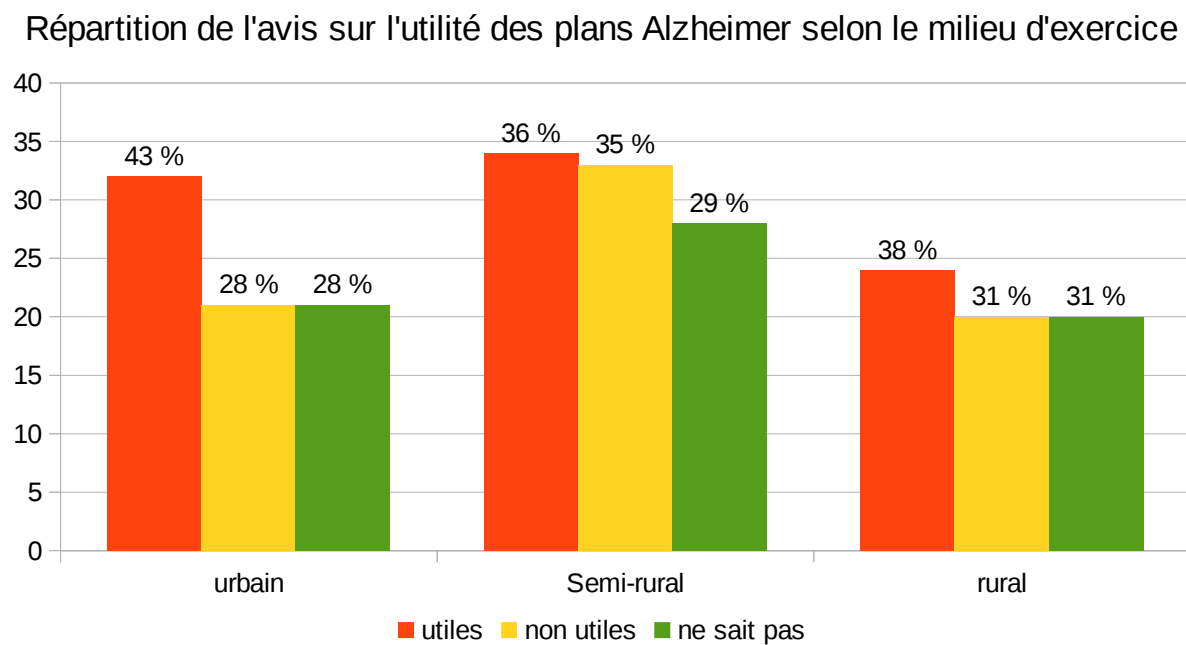


Figure 9 : Répartition de l'avis sur l'utilité du suivi par la consultation mémoire selon le milieu d'exercice

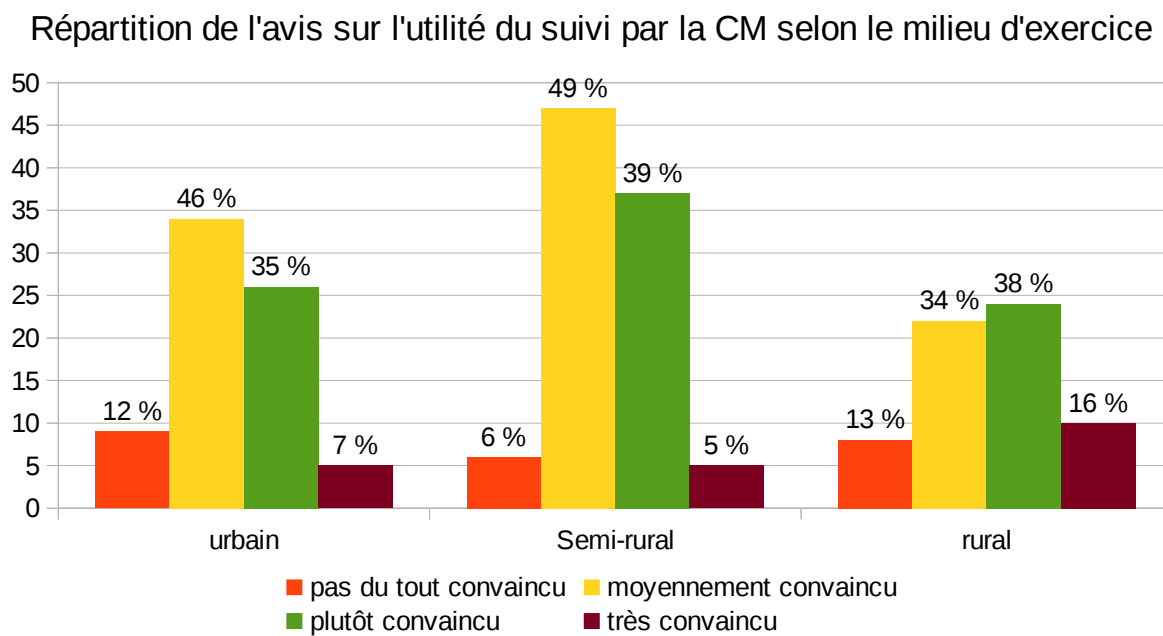


Figure 10 : Répartition des avis sur la primo-prescription réservée aux spécialistes selon l'avis sur l'utilité des plans Alzheimer

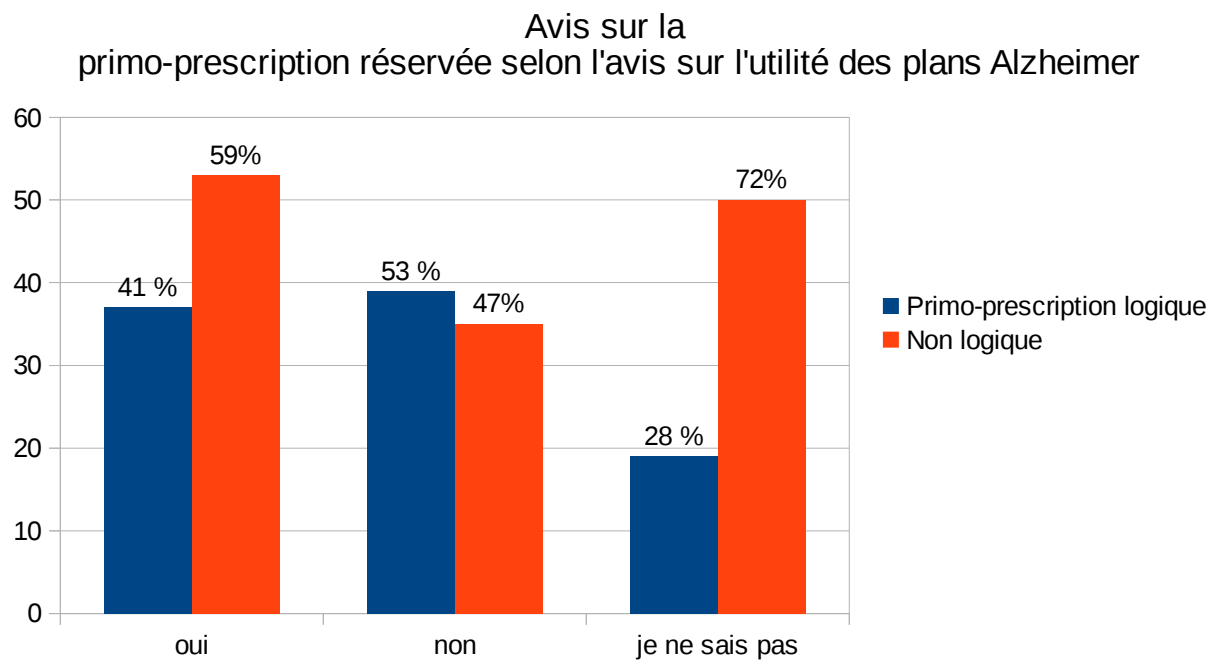
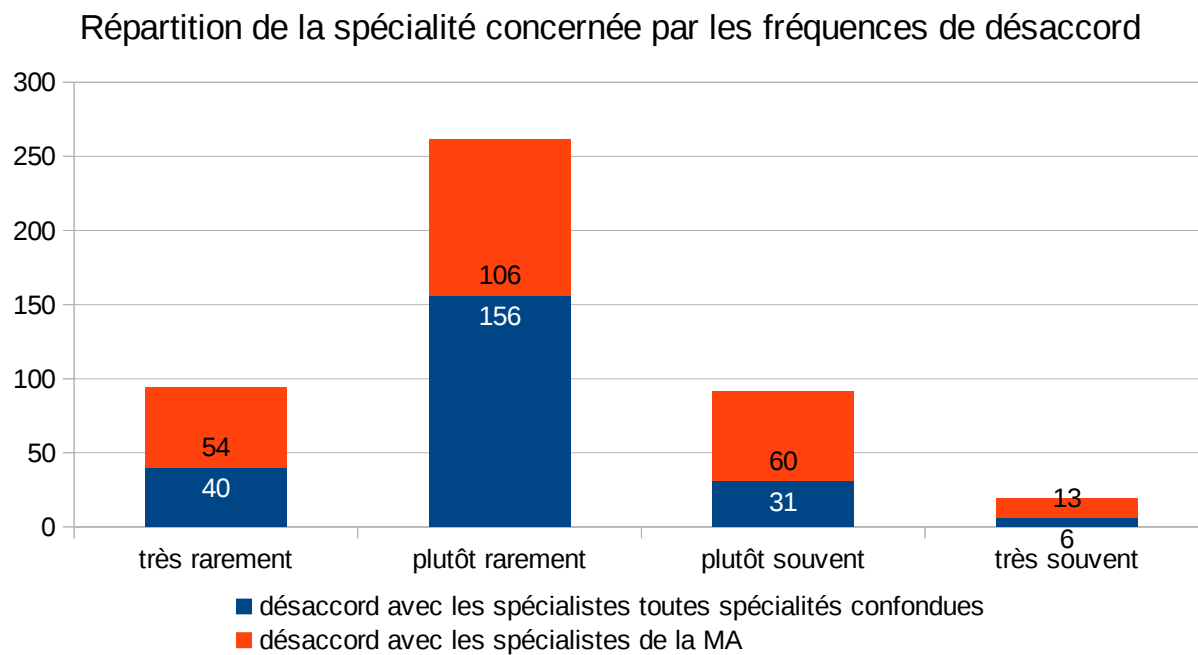


Figure 11 : Répartition de la spécialité concernée par les fréquences de désaccord

Les nombres sont des effectifs.



Annexes

Annexe 1 : Questionnaire

Partie A : À propos des consultations mémoires

1. Lorsque vous suspectez une maladie d'Alzheimer chez un patient de 80 ans, quelle est votre attitude la plus courante pour initier le suivi ?
 - Je l'adresse à un neurologue.
 - Je l'adresse à un gériatre.
 - Je ne l'adresse pas à un spécialiste et je réalise le suivi moi-même.
 - Autre
2. Une fois le diagnostic posé, êtes-vous convaincu(e) de l'utilité du suivi par la consultation mémoire des patients présentant des troubles cognitifs ?
 - Pas du tout convaincu
 - Moyennement convaincu
 - Plutôt convaincu
 - Très convaincu
3. D'une manière générale, à quelle fréquence votre avis thérapeutique diffère-t-il de celui de vos confrères spécialistes (toutes spécialités confondues) pour vos patients ?
 - Très rarement
 - Plutôt rarement
 - Plutôt souvent
 - Très souvent
4. Lorsqu'un de vos patients consulte un spécialiste de la maladie d'Alzheimer, à quelle fréquence votre avis thérapeutique diffère-t-il du sien ?
 - Très rarement
 - Plutôt rarement
 - Plutôt souvent
 - Très souvent

Partie B : À propos des médicaments de la Maladie d'Alzheimer

Médicaments de la maladie d'Alzheimer =

Inhibiteurs de l'Acétylcholine estérase : Donepezil ARICEPT, Rivastigmine EXELON, Galantamine
REMINYL

Inhibiteurs des récepteurs NMDA au Glutamate : Mémantine EBIXA

1. Comment évaluez vous la balance bénéfice-risque des médicaments de la maladie d'Alzheimer ?
 - Bénéfices (0 = bénéfice nul ; 100 = bénéfice total)
 - Risques (0 = aucun risque ; 100 = risques maximums)

N° ordre :

Année 2017

2. Trouvez-vous logique que ces médicaments ne puissent être instaurés que par un spécialiste ?
 - Oui
 - Non
3. Si vous pouviez instaurer ces médicaments, le feriez-vous parfois ?
 - Oui
 - Non
4. Quel est le Service Médical Rendu (SMR) des médicaments de la maladie d'Alzheimer selon la dernière décision de la HAS ?
 - Important
 - Modéré
 - Faible
 - Insuffisant
 - Je ne sais pas.
5. D'après vous, quel devrait être le Service Médical Rendu (SMR) des médicaments de la maladie d'Alzheimer ?
 - Important
 - Modéré
 - Faible
 - Insuffisant
 - Je ne sais pas.
6. D'après vous, les "plans Alzheimer" de ces dernières années ont-ils eu des effets positifs pour les patients ?

Vous pouvez indiquer en commentaire ce que vous avez observé.

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Partie C: À propos des prescriptions de confrère des médicaments de la maladie d'Alzheimer

1. Un de vos patients, suite à un rendez-vous avec un spécialiste de la maladie d'Alzheimer, revient avec une prescription de médicament spécifique. Quelle est votre attitude la plus courante ? (en l'absence d'effets indésirables évidents)
 - Je conseille au patient de l'arrêter.
 - Je prévois de revoir le patient et l'informe que le traitement serait à arrêter en l'absence d'efficacité d'ici quelques semaines à quelques mois.
 - Je conseille au patient de revoir le spécialiste à qui je confie le suivi du traitement et la décision éventuelle d'arrêt ou de poursuite.
 - Autre
2. Lorsque vous renouvelez la prescription d'un médicament de la maladie d'Alzheimer, quelle(s)

N° ordre :

Année 2017

en est(sont) la(les) raison(s) principale(s) ?

- Mon expérience me dit que ces traitements ont une balance bénéfico-risque favorable.
 - Mes connaissances (recommandations, bibliographies) me disent que ces traitements ont une balance bénéfico-risque favorable.
 - Ma décision a été influencée par l'entourage du (de la) patient(e).
 - Je n'ai pas d'autre solution à proposer en remplacement.
 - Je souhaite conserver de bonnes relations avec le spécialiste.
 - Autre
3. Lorsque vous ne renouvelez pas la prescription d'un médicament de la maladie d'Alzheimer, quelle(s) en est(sont) la(les) raison(s) principale(s) ?
- Absence de courrier du spécialiste
 - Formulation du courrier incorrecte
 - Je n'avais pas adressé le(la) patient(e) chez le spécialiste
 - Mon expérience me dit que ces traitements ont une balance bénéfico-risque défavorable
 - Mes connaissances (recommandations, bibliographies) me disent que ces traitements ont une balance bénéfico-risque défavorable
 - Ma décision est influencée par l'entourage du (de la) patient(e)
 - Je doute de l'indication retenue par le spécialiste (diagnostic, stade de la maladie...) et donc de la justification du traitement
 - Autre
4. En cas de désaccord avec la décision d'un collègue spécialiste de mettre en route un traitement spécifique de la maladie d'Alzheimer, quelle est votre attitude la plus courante ?
- Je tente d'avoir un échange avec le spécialiste en question
 - Je n'essaie pas d'avoir un échange avec le spécialiste en question
 - Cela dépend des situations
 - Autre

Partie D: À propos de vous

1. Quel est votre département d'exercice ?
 - Côtes d'Armor (22)
 - Finistère (29)
 - Ille et Vilaine (35)
 - Morbihan (56)
2. Quel âge avez-vous ?
3. Sexe :
 - Féminin
 - Masculin
4. Quel est votre milieu d'exercice ?
 - Urbain

N° ordre :

Année 2017

- Semi-rural
 - Rural
5. Quel est votre type d'exercice ?
- Seul
 - Cabinet de groupe
 - Autre
6. Avez-vous une formation complémentaire en gériatrie ?
- Oui
 - Non
7. Si oui, laquelle ?
- DU
 - Capacité
 - Autre.
8. Avez-vous un exercice hospitalier ?
- Oui
 - Non
9. Participez-vous à des formations médicales continues ?
- Très rarement (moins d'une fois par an)
 - Assez souvent (une fois par an)
 - Souvent (plus d'une fois par an)
10. Êtes-vous abonné(e) (ou avez-vous été abonné(e)) à la revue Prescrire ?
- Oui
 - Non

Partie E: Commentaire libre

Annexe 2 : Réponses aux commentaires libres sur les plans Alzheimer

Partie B : À propos des médicaments de la Maladie d'Alzheimer

7. D'après vous, les "plans Alzheimer" de ces dernières années ont-ils eu des effets positifs pour les patients ? Vous pouvez indiquer en commentaire ce que vous avez observé.
- « moins de réticence à en parler et accepter une consultation mémoire. les traitements devraient en théorie être efficaces or ceux sur le marché ne le sont pas »
 - « meilleure reconnaissance médicale et sociale de la maladie ; prise en compte de la souffrance de l'aidant »
 - « Pour la prise en charge globale et la possible coordination des soins encore peu effective »
 - « Moyens financiers importants au regard de l'intérêt de la prise en charge de cette pathologie // autres pathologies »
 - « PASA UHR UCC ESA »
 - « beaucoup d'effets d'annonce et un parcours du combattant pour la famille ... et le medecin traitant »
 - « une meilleure prise en charge , notamment sur un plan de prise en charge en équipe . Des structures adaptées , du personnel mieux formé et une communication grand public utile à l'entourage et donc positif pour les patients »
 - « Nouvelle thérapeutique type prise en charge orthophonique et Hôpital de jour. »
 - « Car manque de moyens financiers, manque de place dans les structures spécialisées. »
 - « Meilleur encadrement à domicile de l'accompagnant. »
 - « importance du suivi pluridisciplinaire et aide a domicile. »
 - « pour les aidants »
 - « Nombre d'unités adaptées et professionnels formés plus important MAIS encore très insuffisant »
 - « nul... bla bla électoraliste . merci Sarko et suivant. sur le terrain on est réellement dans la merde »
 - « c'est sur la prévention qu'il faut agir (mode de vie à la dérive actuellement); une fois la maladie d'Alzheimer installée, c'est presque trop tard ; aucun médicament n'est efficace à ce jour »
 - « mise en place de réseau d'aide »
 - « meilleur prise en charge de l' accompagnement »
 - « Centrage sur le "dépistage" avec plutôt des surdiagnostics. Absence de projet d'accompagnement non médicamenteux des patients et des aidants »
 - « mise en place de structures de soins à domicile »
 - « Peut-être dans la mise en place de structures mieux adaptées ? »
 - « prise en charge sociale coordonnée, aides pour les familles. MAIS places en institution toujours insuffisantes »
 - « meilleur accompagnement social et para médical »

N° ordre :

Année 2017

- « Ouverture d'accueil de jours mais structurés adaptées encore insuffisantes. »
- « meilleur prise en charge global avec accueil de jour possible ou équipe mobile Alzheimer mais toujours difficile lors du basculement dans la dépendance par rapport au placement en maison de retraite. »
- « En théorie,oui (ouvertures d accueil de jour, équipe mobile , soutien aidants...) .En pratique, peu de places et pas assez de moyen financier !! »
- « Plus de moyens pour l'accueil temporaire ou les secteurs spécialises en EHPAD »
- « Peur des patients »
- « Pour les aidants plutôt que pour les patients »
- « Je n'ai rien vu de significatif dans le quotidien des patients , des familles des aidants de significatif »
- « Prise en charges sociale »
- « Intérêt du bilan initial global (médical et social) et de l'initiation des mesures d'accompagnement par la consultation spécialisée, que je n'ai pas le temps de mettre en place. »
- « positive surtout en ce qui concerne l'accompagnement aux aidants. insuffisante cependant encore »
- « Favoriser accompagnement patients. Plus de structures et plus d'aide pour les soignants »
- « Rareté de clientèle malade »
- « Accompagnement »
- « Soignants mieux formés; création d'unités dédiées »
- « 1/angoisse supplémentaire de la population bien portante. 2/pas assez efficace dans le quotidien des patients »
- « La constitution des MAIA, mise en valeur et soutien des aidants, développement de stimulations cérébrales par différents jeux ou activités. Permettraient de ralentir certaines évolutions »
- « amélioration des structures qui accueillent les patients (PASA) mais au domicile que de difficultés malgré les accueils de jour ... »
- « pas de moyen permettant d'accéder rapidement à une consultation et suivi aléatoire car espacé avec beaucoup de perdus de vue »
- « Je n'avais même pas connaissance de leur existence. Ça existe??! »
- « Pas de modification dans la prise en charge; les plans sont démagogiques »
- « Toujours autant de problèmes concernant le maintien à domicile »
- « Aucune réalisation concrète, pas de moyens financier pour assurer des aides humaines présentes »
- « Aas assez de structures d'accueil »
- « Peut-être plus de places en structure adaptée. »
- « Prise en charge des aidants »
- « Ouverture de structures d'accueil de jour »

- « Plus de neuropsychologie, plus d'ergothérapie à domicile, plus de consultations mémoires, une orientation spécifique gériatrique. »
- « Prise en charge au sein de la structure et accompagnement »
- « Traitement décevant. Stimulation cognitive paraît le plus important ainsi que l'accompagnement/soutien des aidants mais manque d'infrastructures »
- « Bien pour aidants (informations) aides à domicile peu efficaces. Bien par contre accueil de jour, répit pour l'aidant. »
- « Meilleure compréhension de la maladie par l'entourage. »
- « Pas suffisamment d'accompagnement financier: pas assez de temps pour les professionnels autour de ces patients notamment aide ménagère au domicile et aide soignante à EPHAD »
- « Prise en charge plus précoce et plus fréquente »
- « Accueil de jour dans des structures spécialisées »
- « Le bénéfice se voit dans l'aide apportée aux encadrants manque de place pour les placés »
- « Structures spécialisées plus nombreuses »
- « Les médicaments sont plus dangereux qu'utilitaires; il faut donner plus pour aider les aidants (accueil de jour, aides à domicile, accueil temporaire...) »
- « Manque cruel de place en unité Alzheimer. Souffrance de l'entourage »
- « Prise en charge mieux standardisée, mieux réalisée, généraliste moins isolé, mais parfois source de surcoût thérapeutique »
- « Beaucoup de doutes sur les thérapeutiques médicamenteuses »
- « Mise en place de mesures d'accompagnement »
- « Peu d'impact sur les prises en charge en milieu rural »
- « C'est surtout selon moi les mesures humaines non médicamenteuses qui sont efficaces sur l'évolution et la qualité de vie : exemple des ateliers mémoire, de l'orthophonie, des aides et stimulations à domicile, des équipes mobiles Alzheimer... je préfère travailler avec les équipes de gériatrie qui mettent en place cette coordination pluri professionnelle autour des patients. »
- « Dans la région où j'exerce je n'ai vu aucune différence »
- « Développement des consultations mémoire, des ESA et des hôpitaux de jour »
- « Une meilleure prise en charge des aidants... »
- « PEC globale améliorée. Ouverture de structure »
- « Meilleure prise de conscience de la pathologie par les soignants, les services hospitaliers, les aidants, les pouvoirs publics... Il reste un gros travail à faire sur la prise en charge adaptée au sein des EHPAD, et l'importance de favoriser les accueils de jour »
- « Meilleure prise en charge humaine »
- « Toujours autant d'aidants épuisés sauf dans les grandes villes ? Et neuropsychologie hors de prix et non remboursée en ville et surtout suivie à domicile par hôpital trop court!! »
- « Encadrement des aidants +++ (enfin pris en compte). Stimulation mémoire pour les formes frustrées. »

N° ordre :

Année 2017

- « Association de patients. Aide à domicile. Organisation des prises en charge »
- « Reconnaissance des aidants, avec les réunions proposées, risque de sur information biaisée par internet donc plein de questions pas toujours à bon escient et auxquelles nous ne pouvons pas toujours répondre (temps, connaissances). »
- « Bla bla pré électoral . sur le terrain toujours la même problématique : place , moyen humain et financier . absence d'aide et encadrement pour les accompagnants
- Suivi dans les groupes mémoires. »
- « Pour les aidants Oui. »
- « Ça permet d'éviter des dégradations des catastrophiques de l'état général du patient et de soulager la famille. »
- « Perte des deniers publics dans des séquences d'évaluations standardisées des troubles cognitifs de nos patients ..qui n'ont guère d'intérêt si ce n'est de mobiliser des personnels qui seraient plus utiles dans d'autres taches..en l'absence de traitement actuellement ou qui pourraient s'investir dans d'autres fonctions type maintien à domicile... »
- « Effet positif sur les diverses aides sociales et aide aux aidants »
- « Adaptation des structures en moyens (personnel mieux formés locaux adaptés) »
- « Sur la. prise. en. charge en. général. autre. que. médicamenteuse »
- « Beaucoup de réunions, mais pas plus de place en institution (EHPAD...) et un coût à domicile on non souvent insupportable pour les patients et leur famille. Le seul point positif est le document unique partagé entre les établissements du 56 »
- « Le problème porte sur la prise en charge de l'entourage des patients. Proches ne voulant pas entendre le diagnostic et l'évolution de la maladie. Manque de place pour des prises en charge ponctuelles : journée ou semaine. Délais trop longs quand le placement devient obligatoire. »

Annexe 3 : Commentaires libres

- « La démence d'Alzheimer n' a pour l'instant aucun traitement efficace. Les seuls que nous avons comme "efficacité" le fait de retarder l'entrée en institution de 6 mois. Devant l'angoisse des patients et des familles devant cette maladie il nous est difficile de ne pas donner un peu d' espoir par un traitement. Par contre je suis généraliste mais j'ai 40 patients suivis en tant que libéral à la maison de retraite. Pour ces patients je n' ai aucun scrupule à stopper les TTT inutiles ou inefficaces »
- « J'ai peu de patients atteinte de maladie d'Alzheimer, aucun n'a de traitement médicamenteux spécifique. Ces médicaments devraient a mon avis être retiré du marché puisque la balance bénéfice risque n'est pas favorable »
- « Gériatre coordonnateur j'aurai aimé connaître l'avis de mes confrères qui réalisent des prescriptions sujettes à discussion : Doses non thérapeutiques, Absence de réévaluation, Co-prescription anticholinergique... »
- « sur le plan thérapeutiques spécifiques , actuellement, peu de chose. La prise en charge est plus paramédicale + sociale + aide aux aidants, et bien sur ehpad »
- « Bonne chance pour la suite ! Je serais ravie d'avoir un compte rendu de ce travail, bonnes fêtes de fin d'année! »
- « thème intéressant »
- « Développement des équipes mobiles pour assister les accompagnants dans les situations devenant difficiles à gérer avant éventuellement institutionnalisation. »
- « Dans le plan d'accompagnement sont proposées 5 à10 séances d'évaluation pour le suivi à domicile mais ensuite tout s'arrete brusquement sans forcément avoir mis en place de suite et de relais, d'autre part la "ronde" des intervenants à domicile rendent le lien indispensable avec les patients et permettant une meilleure acceptation difficile. Par exemple rupture brutale du lien avec le premier accompagnant ne facilite pas l'adhésion à une autre prise en charge si elle n'est pas accompagnée. Les patient sont laissées seuls avec une liste d'intervenants à contacter et en sont incapables. Parfois annonce brutale du diagnostic sans "ménagement" ni empathie »
- « on est mal parti courage »
- « Sus aux médicaments faits uniquement pour rassurer, rarement voire jamais efficaces sur le long terme et potentiellement dangereux »
- « il est dommage (pour les patients) que des médicaments sans bénéfice clinique pour les patients et avec des effets secondaires, soient encore sur le marché, pour la simple raison que l'état veut protéger les laboratoires (qui ne sont nullement préoccupés par l'état de santé des patients mais uniquement par les bénéfices financiers). Comment les personnes de pouvoir et les celles des laboratoires peuvent elles dormir sur leurs 2 oreilles en sachant qu'elles sont néfastes pour les patients? Tuer des gens ou les rendre malades ne les dérangeant même pas, c'est bien triste.... L'argent est toujours au dessus du bien être des

patients.... La société est en dérive.... »

- « J'essaie d'arrêter progressivement tous les traitements "spécifiques", avec des difficultés parfois avec les familles. Parfois le patient va présenter un ""déséquilibre"" à l'arrêt du traitement : soit un trouble du comportement (agitation agressivité désorientation) soit des phénomènes d'angoisse Qui souvent se normalisent en reprenant le traitement.... »
- "Le problème que je rencontre le plus souvent en pratique est celui du maintien à domicile de personnes âgées dépendantes, avec des familles épuisées, et qu'il faut hospitaliser en urgence en cas de décompensation, faute de lieu de résidence adapté, avec aggravation systématique des troubles cognitifs du fait de ces hospitalisations en urgence. Pour moi, la question de la prise en charge médicamenteuse est secondaire (puisque peu efficace) et que mon réel problème est la prise en charge ""sociale"" de ces patients. De plus, à l'heure actuelle, la tendance est à l'allègement conséquent des ordonnances pour la patients âgés, donc en fait, peu de patients se voient prescrire ces traitements spécifiques. »
- « Arrêt du remboursement des 4 médicaments actuels proposés et utiliser cet argent économisé pour recherche et les structures d'accueil de jour et définitif !!! »
- « N'avons nous pas créé une maladie ? »
- « Le scandale : le remboursement des médicaments proposés dans le traitement de la maladie d'Alzheimer..on trompe les familles , les patients..la collectivité...que ne pourrait on faire avec les sommes englouties dans l'accueil de jour des patients , le relais au quotidien près des aidants et des familles...Un scandale d'état de plus...nos politiques sont des pleutres. ... Amicalement et bon sujet de thèse ! »
- « Flou artistique (commercial?) sur les traitements. Prise en charge de bonne qualité, crée beaucoup d'emplois (au moins un avantage)"
- « Grand intérêt de la consultation mémoire initiale. Les consultations systématiques de suivi sont par contre très discutables. Cela augmente beaucoup les délais de RV pour les nouveaux patients. Les traitements médicamenteux prescrits ne sont pas toujours pertinents, et l'arrêt d'un traitement est souvent mal perçu par la famille car prescrit par un "" spécialiste"". Interêt des traitements "" sociaux"" proposés par ces équipes. Les moyens mis en œuvre n'ont rien à voir avec ceux des généralistes (assistante sociale, ergothérapeute, aide à la personne, etc...) Le coût de ces services n'a rien à voir non plus avec les nôtres! »
- « Seul intérêt que j'ai pu observé de ces traitement : éviter l'agitation des patients en UHR, avec prise en charge adapté par le personnel soignant, et sans pour autant éviter le recourt au neuroleptiques. »
- « Pour cette affection c'est la prise en charge globale du malade qui prime, pas essentiellement thérapeutique médicamenteuse(sauf médicament miraculeux)Il faut regarder les aidants aussi »
- « Je pense que les spécialistes rechignent à arrêter les traitements qu'ils ont mis en place pour des raisons diverses »
- « Je suis l'actualité médicale sur différents thèmes dont ces pathologies dont la prise ne

charge reste une nébuleuse. Abonnée à Médiscoop de longue date, je vois passer des articles des grands médias nationaux parlant occasionnellement des travaux de recherche d'équipes internationales, j'ai ainsi découvert le site santé.log. En ce moment je regarde plusieurs fois par semaine le site ou l'application Sciences et Avenir. Je garde en mémoire : Un article publié en 2011, trouvé en 2014 ou 2015, d'une équipe Espagnole ayant mis en évidence au cours d'une étude post-mortem des traces de mycose (sans identification précise) dans les cerveaux d'Alzheimer, versus cerveaux de personnes comparables non Alzheimer. En 2014, j'ai lu un article de 2013 d'une équipe américaine sur santé. log: "les fruits secs et légumes secs au secours de nos reins". Cet article révélait qu'à notre époque on privilégiait les viandes et céréales au détriment des légumes secs. Sachant que les légumes secs sont plutôt alcalinisant, les mycoses se plaisent plus dans les milieux acides et moins dans les milieux basiques, n'y a t'il pas là quelque chose à approfondir. Ayant une unité "Alzheimer à l'EHPAD adossée au cabinet médicale et une à l'EHPAD où réside mon père, j'ai transmis l'info au médecin coordonnateur d'un côté et à la surveillante de l'autre pour voir à adapter les repas. A noter 2 articles intéressants cette semaine dans Sciences et Avenir sur la Maladie de Parkinson et l'effet bénéfique d'un anti-diabétique oral, un autre article sur la SEP et le bénéfice d'un traitement oral utilisé actuellement pour l'allergie au soleil. Ces articles évoquent des essais sur l'humain et l'élargissement des recherches aux Alzheimer. Par le biais du Crowdfunding, je suis en contact avec une Start-UP qui a eu l'idée de répertorier les jeux en fonction des mémoires qu'ils stimulent.. Société Morning Players, devenue simplement "Morning". Bon courage pour la Thèse »

- « Les consultations spécialisées sont de très bonnes qualités dans mon secteur mais l'accès à la première consultation est très long. De plus, le suivi est espacé avec souvent découragement du patient qui ne souhaite pas retourner faire les tests. Un suivi trimestriel initial me paraîtrait plus efficace. Par ailleurs, la prise en compte de l'aidant dans les courriers ne m'apparaît pas suffisante. Enfin, il y a un problème important de capacité des accueils de jour. La encore, ce sont les moyens qui manquent et non pas la compétence des soignants. Bien cordialement. »
- « Bon courage. Sujet intéressant et débattu en ce moment. »
- « Bonne idée de thèse. Bon courage. Je serai intéressé de recevoir les résultats. »
- « Il semble urgent de savoir utiliser Google et la notion de Parkinson non moteur pour enfin redevenir un médecin physiopathologiste digne de ce nom »
- « Lisant Prescrire , je pense que le traitement est intéressant au début de la maladie mais quand celle ci évolue , il est préférable de compter sur un bon accompagnement du patient et des attitudes positives. Jusqu'à présent les réponses des spécialistes à mes propositions d'arrêt sont le plus souvent négatives. Cependant j'en discute avec les référents donnés par le patient (entourage proche le plus souvent) et la décision se fait en fonction de nos échanges et donc de leurs "peurs" »
- « Le budget dépensé en médicaments et en examens et/ou bilans inutiles serait plus utile

pour ouvrir des structures d'accompagnement et de relais pour les aidants familiaux »

- « Je pense qu'il serait plus pertinent de proposer des prises en charges humaines (psycho, ergo, orthophoniste) que des médicaments inutiles coûteux avec une forte iatrogénie. »
- « les médicaments dits anti-Alzheimer n'ont aucune utilité »
- « Problème réel en MG que d'être gênée par des prescription auxquels on ne croit pas. Que faire? »
- « Difficultés à obtenir des rendez vous mémoire. Difficultés également concernant une prise en charge par un gériatre. »
- « Plutôt qu'êtes vous abonné, demandez, lisez vous la revue prescrire ? »
- « Le syndrome de l'abonnement à la revue prescrire est surement très vivace chez les étudiants. Sans nier une certaine lucidité de cette parution, j'ai arrêté l'abonnement car les ayatollah m'ont toujours un peu énervé. Je trouve personnellement que mixer plusieurs revues (concours médical, revue du praticien, prescrire parfois et séances de formation continue, réseaux de soins sont autrement plus efficaces. Sur ce, bonne année »
- « Les excès c'était les escitalopram, anticholinestérasiques. L'apport des consultations mémoire est important. En gériatrie, il faut toujours réévaluer le traitement, être modeste en acceptant l'avis des autres, famille et spécialiste, argumenter les choix car ils peuvent être imparfaits et modulables. »
- « Questionnaire intéressant dans sa tournure et l'abord des relations interspecialistes. Un sujet majeur et délicat en même temps. Bon courage pour la réalisation de votre thèse. »
- « bon courage »
- « Le traitement n'a pas d'effet positif, il coûte cher compte de l'intérêt, il est très difficile à arrêter par rapport à l'entourage qui espère »
- « Des neuropsych libéraux remboursés par la secu. des amp qui interviennent à domicile 1/semaine quand le diagnostic est récent »
- « Bonjour, vous sous entendez notre influence par les spécialistes et peu par l'entourage. En fait lorsque les spécialistes sont consultés il semble qu'ils n'aient d'autres choix que de proposer quelques chose ; donc ils prescrivent ses médicaments. Cela nous permet de voir, non pas l'efficacité (car à part les formes frustrés j'en attends toujours des preuves d'efficace valable) l'absence d'effets secondaires. Pour moi il faudrait que le marqueur le plus recherché soit le délai avec lequel les familles souhaitent une prise en charge en institution (et non pas la date d'entrée en institution qui est obligatoirement décalée et très variable en fonction des régions et des moyens financiers des familles) et surtout ARRETER le traitement une fois en institution car je ne vois pas l'intérêt de poursuivre de tel traitement TRES CHER quand les patients ont perdus toutes fonctions cognitives compatibles avec un tant soit peu d'échange social. »
- « Aucun effet objectif, instauration toujours trop tard, le coût étant accessoire, car le traitement demande une prise en charge et un bilan en micronutrition, AG erythrocytaire etc, neuromédiateurs, puis instaurer une vraie en charge sur ce terrain toujours déficitaire. Mais

pour cela il faut l'accord du patient (ou son entourage) car cette prise en charge a un cout réel. »

- « dépistage important , mais faible impact sur l'évolution des traitements médicamenteux. Pour le moment évolution de la maladie non contrôlée »
- « difficile d'arrêter un ttt prescrit par un collègue à qui on a adressé un patient pour une évaluation gériatrique et pas nécessairement pour qu'un médicament au final soit prescrit...difficile à expliquer à la famille. Cela ne tiendrait qu'à moi , je ne prescrirais pas de médicament++ »
- « Merci et bon courage. Intéressant. Communication MG- spe »
- « L'exercice quotidien ne permet d'évaluer l'efficacité des anticholinestérasiques ou de la mémantine. Avec ou sans médicaments spécifique l'évolution est inexorable et ces médicaments sont chers. Je plaçait un certain espoir dans ces médicaments il y a une dizaine d'année. Plus maintenant. »
- « Maladies neurodégénératives = catastrophe sanitaire certaine dans les 10 ans a venir. Politiciens et pouvoirs publics a la rue comme d'habitude »
- « Un gâchis des finances publiques , une tromperie pour les malades et leur familles un manque de courage politique de nos ministres..bref un scandale financier et moral... Quand les politiques auront ils du courage? Et que dire encore des médecins qui prescrivent (faute de mieux sans doute) ces produits..une malhonnêteté intellectuelle...allons chers confrères un peu de courage et reconnaissons le manque d'efficacité de ces traitements qui représentent quand même un peu volume de 5,3 Milliard d'€uros !!! que ne pourrait ton faire avec de telles sommes dans l'accueil de jour ou l'aide aux familles et aux aidants... »
- « Bon courage pour la thèse »
- « Il paraîtrait que les dents "repoussent" ... c'est déjà ça ... »
- « Heureusement qu'il y a les vignettes de commentaire libre! je sais qu'il est très difficile de rédiger un questionnaire de thèse, mais les questions sont pas trop orientées pour que vous obteniez autre chose que ce qu'on voulait démontrer a priori. Je serai très intéressé pour connaître les conclusions de ce travail. Bonne thèse et bien cordialement »
- « ??? Malheureusement, aucun commentaire.. »
- « Le traitement médicamenteux de la maladie d'Alzheimer ne révolutionne pas la maladie , mais la prise en charge pour les aidants .; ou le personnel des EHPAD. Il améliore les comportements des patients et permet une amélioration de leur qualité de vie , aussi bien pour eux , que pour leur famille. A un instant donné, ils peuvent avoir un bénéfice. Le problème est surtout autour de la définition de la pathologie : Démences de type Alzheimer .., de l'âge des patients .; et de toutes ces pathologies étiquetées maladie d'Alzheimer .; Il faudrait plus de neurologues , que de gériatres dans notre pays. »
- « Il y a encore beaucoup de travail à faire pour l'accompagnement de cette pathologie. »

**MAIGRE Olivier - ATTITUDE DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES
FACE AUX PRESCRIPTIONS DE MÉDICAMENTS DE LA MALADIE
D'ALZHEIMER****57 feuilles, 0 illustration, 11 graphiques, 4 tableaux, 30 cm.****Thèse : Médecine ; Rennes 1; 2017 ; N°**

Résumé français

L'objet de cette étude est de décrire l'attitude des médecins généralistes (MG) face à des thérapeutiques initiées par un confrère spécialisé, ici les médicaments de la maladie d'Alzheimer (MA), et d'analyser les conséquences sur les rapports MG/spécialistes de ces prescriptions. La méthode a reposé sur un questionnaire adressé par mails aux MG de la région Bretagne entre décembre 2016 et février 2017. **Résultats** : 233 réponses complètes sur 1380 sondés. 13 % ont une attitude d'arrêt sans délai des médicaments, 50 % ont une attitude de temporisation et 36 % une attitude de poursuite. L'évaluation du rapport bénéfices-risques est négative, quelle que soit l'attitude adoptée. **Discussion** : Les déterminants relationnels se sont avérés prédominants dans les processus de décision médicale, avec des attitudes souvent paternalistes. La prescription des médicaments de la MA peut entraîner un sentiment de défiance envers les consultations mémoires, ou un sentiment de malaise chez les MG poursuivant les traitements malgré leur évaluation négative. **Conclusion** : Du fait de divergences d'appréciation sur l'intérêt de ces traitements entre MG et spécialistes, leur autorisation de mise sur le marché avec primo-prescription réservée au spécialiste semble avoir eu des conséquences « déstructurantes » sur l'accompagnement des malades.

Attitude of General Practitioners face to Alzheimer's Diseases's drugs prescriptions

The goal of this study is to describe the attitude of General Practitioners (GP) in front of drugs which are initiated by a consultant, here the Alzheimer disease (AD) drugs, and to analyze the consequences on the relationship between GP and consultants. The method used a survey sent by email to the GP of Brittany between december 2016 and february 2017. **Results** : 233 completes replies out of 1380 respondents. 13 % had a cessation attitude without delay, 50 % temporize and 36 % continue. The evaluation of the benefit-risks ratio was negative regardless of the attitude. **Discussion** : The relational determinants were predominating in the medical decision process, with attitude frequently paternalistic. The prescription of AD drugs can create a mistrust felling to the « memory consulting » or feeling sick among those who continue treatments despite of a negative evaluation. **Conclusion** : Because of divergences between GP and consultants, MA of the AD drugs with the first prescription reserved for consultants seems to cause destructuring consequence on accompanying patients.

Rubrique de classement :

Médecine Générale

Mots-clés :

Maladie d'Alzheimer
Anti-cholinestérasiques
Relation médecin-patient

Mots-clés anglais MeSH :

Alzheimer's Disease
Cholinesterase inhibitors
Doctor-patient relationship

Président :

Monsieur le Professeur Dominique SOMME

JURY :

Assesseurs :

Madame le Docteur Aline CORVOL - Directeur de thèse
Madame le Docteur Françoise TATTEVIN-FABLET
Monsieur le Professeur Jacques BOUGET