



HAL
open science

Évaluation du degré de certitude des médecins généralistes dans leurs connaissances sur la prise en charge médico-sociale des patients atteints de la maladie d'Alzheimer et des démences apparentées

Pauline Sugranes

► To cite this version:

Pauline Sugranes. Évaluation du degré de certitude des médecins généralistes dans leurs connaissances sur la prise en charge médico-sociale des patients atteints de la maladie d'Alzheimer et des démences apparentées. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-02140755

HAL Id: dumas-02140755

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02140755v1>

Submitted on 27 May 2019

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.

N° d'ordre :

ANNÉE 2018



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

Pauline Sugranes

Née le 21 août 1992, à Saint-Germain-en-Laye

Évaluation du degré de certitude des médecins généralistes dans leurs connaissances sur la prise en charge médico-sociale des patients atteints de la maladie d'Alzheimer et des démences apparentées.

Thèse soutenue à Rennes le 15 mai 2018

devant le jury composé de :

Pr Dominique SOMME

PU-PH CHU Rennes / *président de jury*

Pr Didier MYHIE

PA DMG Rennes / *assesseur*

Pr Jacques BOUGET

PU-PH CHU Rennes / *assesseur*

Dr Cezara HANTA

PH CHU Rennes / *assesseur*

Dr Katia FAURE

Pôle gériatrique Rennais (Chantepie)/
directeur de thèse

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

Nom Prénom	Sous-section CNU
ANNE-GALIBERT Marie-Dominique	Biochimie et biologie moléculaire
BARDOU-JACQUET Edouard	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BELAUD-ROTUREAU Marc-Antoine	Histologie; embryologie et cytogénétique
BELLISSANT Eric	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; 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 Émérite	Biophysique et médecine nucléaire
BRASSIER Gilles	Neurochirurgie
BRETAGNE Jean-François Professeur des Universités Émérite	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BRISOT Pierre Professeur des Universités Émérite	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
CARRE François	Physiologie
CATROS Véronique	Biologie cellulaire
CATTOIR Vincent	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
CHALES Gérard Professeur des Universités Émérite	Rhumatologie
CORBINEAU Hervé	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
CUGGIA Marc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
DARNAULT Pierre	Anatomie

DAUBERT Jean-Claude Professeur des Universités Émérite	Cardiologie
DAVID Véronique	Biochimie et biologie moléculaire
DAYAN Jacques	Pédopsychiatrie; addictologie
DE CREVOISIER Renaud	Cancérologie; radiothérapie
DECAUX Olivier	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
DESRUES Benoît	Pneumologie; addictologie
DEUGNIER Yves Professeur des Universités en surnombre + Consultanat	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
DONAL Erwan	Cardiologie
DRAPIER Dominique	Psychiatrie d'adultes; addictologie
DUPUY Alain	Dermato-vénérologie
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 Émérite	Parasitologie et mycologie
GUILLÉ François	Urologie
GUYADER Dominique	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
HAEGELEN Claire	Anatomie
HOUOT Roch	Hématologie; transfusion
HUSSON Jean-Louis Professeur des Universités Émérite	Chirurgie orthopédique et traumatologique

HUTEN Denis Professeur des Universités Émérite	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, RETRAITE	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 + consultanat	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 Émérite	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
LEJEUNE Florence	Biophysique et médecine nucléaire
LEVEQUE Jean	Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale
LIEVRE Astrid	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
MABO Philippe	Cardiologie
MAHE Guillaume	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MALLEDANT Yannick Professeur des Universités Émérite	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
MENER Eric (Professeur associé)	Médecine générale
MEUNIER Bernard	Chirurgie digestive
MICHELET Christian Professeur des Universités en surnombre	Maladies infectieuses; maladies tropicales
MOIRAND Romain	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
MORANDI Xavier	Anatomie
MOREL Vincent	Epistémologie clinique

MOSSER Jean	Biochimie et biologie moléculaire
MOURIAUX Frédéric	Ophthalmologie
MYHIE Didier (Professeur associé)	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
REVEST Matthieu	Maladies infectieuses; maladies tropicales
RICHARD de LATOUR Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
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
SAULEAU Paul	Physiologie
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
SOULAT Louis	Thérapeutique; médecine d'urgence; 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)	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

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

Nom Prénom	Sous-section CNU
ALLORY Emmanuel (Maître de conférence associé des universités de MG)	Médecine générale
AME-THOMAS Patricia	Immunologie
AMIOT Laurence (Baruch)	Hématologie ; transfusion
ANSELMi Amédéo	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BEGUE Jean-Marc	Physiologie
BERTHEUIL Nicolas	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
BOUSSEMART Lise	Dermato-vénéréologie
CABILLIC Florian	Biologie cellulaire
CAUBET Alain	Médecine et santé au travail
CHHOR-QUENIART Sidonie (Maître de conférence associé des universités de MG)	Médecine générale
DAMERON Olivier	Informatique
DE TAYRAC Marie	Biochimie et biologie moléculaire
DEGEILH Brigitte	Parasitologie et mycologie
DROITCOURT Catherine	Dermato-vénéréologie
DUBOURG Christèle	Biochimie et biologie moléculaire
DUGAY Frédéric	Histologie; embryologie et cytogénétique
EDELINe Julien	Cancérologie; radiothérapie
FIQUET Laure (Maître de conférence associé des universités de MG)	Médecine générale
GARLANTEZEC Ronan	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
GOUIN Isabelle épouse THIBAUT	Hématologie; transfusion
GUILLET Benoît	Hématologie; transfusion
JAILLARD Sylvie	Histologie; embryologie et cytogénétique
KALADJI Adrien	Chirurgie vasculaire; médecine vasculaire
LAVENU Audrey	Sciences physico-chimiques et technologies

LE GALL François	pharmaceutiques Anatomie et cytologie pathologiques
LEMAITRE Florian	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique; addictologie
MARTINS Pédro Raphaël	Cardiologie
MATHIEU-SANQUER Romain	Urologie
MENARD Cédric	Immunologie
MOREAU Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
MOUSSOUNI Fouzia	Informatique
NAUDET Florian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
PANGAULT Céline	Hématologie; transfusion
RENAUT Pierric (maître de conférence associé des universités de MG)	Médecine générale
ROBERT Gabriel	Psychiatrie d'adultes; addictologie
SCHNELL Frédéric	Physiologie
THEAUDIN Marie épouse SALIOU	Neurologie
TURLIN Bruno	Anatomie et cytologie pathologiques
VERDIER Marie-Clémence	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique; addictologie
ZIELINSKI Agata	

Remerciements

Au Professeur Dominique Somme :

Merci d'avoir accepté de présider ce jury, merci pour votre regard enrichissant sur ma recherche.

Au Professeur Didier Myhié :

Merci pour votre participation à ce jury, merci pour votre accompagnement au sein du département de médecine générale.

Au Professeur Jacques Bouget :

Merci pour votre participation à ce jury et pour votre appui dans mon parcours de future urgentiste.

Au Docteur Cezara Hanta :

Merci pour votre participation à ce jury et votre regard sur ce travail.

Au Docteur Katia Faure :

Merci Katia pour ton accompagnement, tes conseils, les multiples relectures et ton soutien. Merci de m'avoir fait découvrir et autant apprécier la gériatrie et ses particularités.

A mes parents et frères, merci pour votre soutien, votre amour et votre humour sans lesquels toutes ces années auraient été bien plus difficiles.

A Ronan, merci pour ton soutien sans faille, ton amour, et toutes ces aventures que nous vivons ensemble.

A la famille Thenault, merci pour votre accueil, votre bienveillance et votre soutien.

A Anaïs, merci pour ta présence depuis de nombreuses années, nos heures de travail ensemble, et surtout nos heures de discussion.

A Julie et Charles, merci pour votre proximité, votre aide à mon travail et tous nos bons moments.

A l'ensemble de mes co-internes, pour leur gentillesse, le travail dans la bonne humeur et tout ce qu'ils ont pu m'apprendre.

A l'ensemble des médecins qui m'ont permis d'apprendre ce métier formidable et qui me permettront de continuer à me perfectionner.

Table des matières

I.	Introduction	11
II.	Matériels et méthodes	12
	1) La population cible	
	2) Le questionnaire	
	3) Analyses statistiques	
III.	Résultats	14
	1) Généralités	
	2) Le vieillissement cognitif	
	3) Les signes cliniques	
	4) Le diagnostic	
	5) Les tests cognitifs	
	6) Le risque nutritionnel	
	7) La prise en charge médico-sociale	
	8) L'accompagnement de l'aidant	
	9) Les hôpitaux de jour de gériatrie	
	10) Les équipes spécialisées Alzheimer	
	11) Le service gestion de cas de la MAIA	
	12) Les accueils de jour	
	13) Synthèse des résultats	
IV.	Discussion	19
	1) Le diagnostic des troubles cognitifs	
	2) Les structures ambulatoires	
	3) L'accompagnement médico-social du patient	
	4) L'accompagnement de l'aidant	
	5) La coordination des soins	
	6) Forces et limites de l'étude	
V.	Conclusion	24
VI.	Bibliographie	25
VII.	Glossaire	28
VIII.	Annexes	29
	1) Questionnaire	
	2) Test CODEX	
	3) Territoire d'action de la MAIA	
	4) Territoire d'action des ESA	

Liste des tableaux

Tableau 1 : Médiane, intervalle interquartile à 25% (IQ25) et intervalle interquartile à 75% (IQ75) obtenus pour chaque catégorie de questions.

Tableau 2 : Fréquence des certitudes supérieure ou égale à 60% (C60) et supérieure ou égale à 80% (C80) pour chaque catégorie de questions

I. Introduction

La maladie d'Alzheimer est un enjeu de santé publique qui a justifié plusieurs plans nationaux se succédant depuis 2001 (1). Le dernier, nommé « plan maladies neurodégénératives » (2014 -2019), élargit le champ d'action à l'ensemble des démences et à deux autres pathologies neurodégénératives que sont la sclérose en plaque et la maladie de Parkinson (2).

La maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées sont le résultat d'un processus cérébral entraînant une altération des fonctions cognitives. Le vieillissement cognitif est très variable selon les individus. Une altération des capacités attentionnelles et de double tâche est fréquemment observée ainsi qu'une diminution des capacités d'apprentissage et des vitesses d'exécution (3). Il est influencé par l'histoire de vie qui dépend, elle-même, du contexte culturel et de l'environnement socio-affectif. L'imagerie cérébrale est souvent caractérisée par une atrophie corticale prédominant en fronto-temporale, un élargissement des sillons et une dilatation des ventricules. Ces modifications n'impliquent pas systématiquement une altération des fonctions cognitives.

Il existe plusieurs étiologies aux troubles neurocognitifs du sujet âgé avec notamment : la maladie d'Alzheimer, la démence vasculaire, la démence fronto-temporale, ainsi que les troubles neurocognitifs s'intégrant dans l'évolution de la maladie de Parkinson. Ces processus pathologiques sont différenciés par leur expression clinique, l'imagerie cérébrale ainsi que les résultats du bilan neuropsychologique (3). Si ces différentes étiologies varient par leur évolution et leur traitement spécifique, lorsqu'il existe, les modalités de dépistage et de suivi global sont quant à elles très similaires.

Selon les recommandations de la HAS, le médecin généraliste est au centre de la coordination des soins et de l'accompagnement du sujet âgé atteint de troubles neurocognitifs (4). Il a pour rôle de dépister les troubles, d'adresser au spécialiste puis d'assurer le suivi pluridisciplinaire du patient et l'accompagnement de son aidant afin de leur permettre de réaliser au mieux leur projet de vie.

La maladie d'Alzheimer et les démences apparentées touchent probablement environ 850 000 personnes en France à l'heure actuelle dont environ 65 000 personnes en Bretagne (5). Le plan national Alzheimer (2008-2012) avait pour objectif la création de plusieurs entités permettant d'organiser le suivi et la prise en charge globale des patients atteints de troubles neurocognitifs par :

- la mise en place initiale du dispositif MAIA (Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie) et la création du rôle de gestionnaire de cas complexes,
- la mise en place des ESA (Équipes spécialisées Alzheimer),
- l'augmentation des places disponibles en accueil de jour,
- la création de groupes de parole et de formations dédiés aux aidants.

Le rapport d'évaluation de ce plan avait mis en évidence des objectifs non atteints en termes de nombre d'ESA et de MAIA créées, ainsi qu'un nombre insuffisant de places disponibles en accueil de jour. Par ailleurs, il était mentionné que les ESA n'étaient pas toujours utilisées à bon escient et que l'intervention du médecin généraliste pouvait être améliorée en l'impliquant davantage dans la coordination des soins et l'accompagnement médico-social (6).

Le dernier plan Maladies Neurodégénératives avait pour objectif de poursuivre la création d'ESA et de MAIA afin d'assurer une couverture territoriale complète. Il mettait aussi l'accent sur le

développement des structures destinées aux aidants. Enfin, il insistait sur la nécessité d'améliorer la formation initiale et continue de tous les professionnels amenés à intervenir auprès des patients atteints de troubles neurocognitifs, y compris les médecins généralistes (2).

D'après une étude menée par l'INPES en 2009, les médecins généralistes se sentaient à l'aise avec la prise en charge de ces patients. Ils étaient impliqués dans l'annonce du diagnostic, l'accompagnement psycho-social et le suivi de l'aidant. Toutefois, seuls 51% se considéraient suffisamment formés à la prise en charge non médicamenteuse de ces malades et 52% étaient à l'aise avec la coordination des aides et des soins (7). Des résultats similaires avaient été retrouvés dans une thèse effectuée en Ille-et-Vilaine en 2015. Elle évaluait les pratiques des médecins généralistes dans l'accompagnement des patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou des démences apparentées. Cette étude montrait que 95% des médecins généralistes avaient déjà rencontré des difficultés dans le suivi de ces patients (8). On pouvait donc se demander si les difficultés ressenties étaient secondaires à un manque de connaissance des ressources disponibles ou à un réseau insuffisant.

Face à ces constats, il semblait intéressant d'évaluer le degré de certitude des médecins généralistes quant à leurs connaissances sur l'accompagnement médico-psycho-social des patients âgés atteints de troubles cognitifs. L'objectif de cette étude était de différencier les éléments maîtrisés par les médecins généralistes des éléments source d'incertitude.

II. Matériel et méthode

Afin d'évaluer le degré de certitude des médecins généralistes, une étude quantitative isolée transversale a été réalisée.

1) La population cible

La population ciblée concernait les médecins généralistes, installés ou remplaçants, exerçant en Ille-et-Vilaine. Seules les coordonnées des praticiens acceptant de répondre aux questionnaires de thèse avaient été transmises par le conseil de l'ordre des médecins d'Ille-et-Vilaine. Ils ont été contactés par mail et caractérisés par le sexe, l'âge, la ville d'exercice, la participation à une formation sur les troubles neurocognitifs dans les 5 dernières années et l'obtention de la capacité de gériatrie.

2) Questionnaire

Le questionnaire (Annexe 1) a été rédigé et transmis grâce à la plateforme LimeSurvey. Il a été accessible pendant le mois d'octobre 2017 et une relance a été faite au bout de 15 jours. Le questionnaire traitait plusieurs thèmes de l'accompagnement pluridisciplinaire du sujet âgé atteint de troubles cognitifs. Il a été rédigé selon les recommandations de la HAS et les données du collège national des enseignants en gériatrie.

Il abordait le diagnostic des troubles neurocognitifs avec les signes d'alerte (troubles psychiatriques d'apparition récente, épisode confusionnel, plainte mnésique, absence de dépistage systématique), les particularités du vieillissement cognitif (le caractère pathologique d'une altération de

l'autonomie et le caractère banal de la diminution des capacités attentionnelles et de double tâche), la démarche diagnostique (la consultation spécialisée et les bilans complémentaires), les tests cognitifs (MMSE et CODEX : modalités de passation et d'interprétation).

Il évoquait le suivi pluridisciplinaire du patient avec les aides pouvant être mises en place (réhabilitation cognitive, certificat APA, déclaration d'ALD, mesure de protection juridique), le risque nutritionnel, les ESA (modalités de prescription et d'intervention, disponibilité sur le territoire d'exercice), la MAIA (ses missions et son mode de recours). Les structures ambulatoires existantes étaient également traitées : hôpitaux de jour gériatriques (modalités d'accès, missions) et accueil de jour (caractéristiques et modalités d'accès).

Enfin, étaient abordés les éléments d'accompagnement de l'aidant : son suivi et les ressources à sa disposition.

Le questionnaire proposait des questions fermées, de type Vrai-Faux avec cotation du degré de certitude. Pour chaque réponse donnée, les médecins devaient évaluer leur certitude dans leur réponse sur une échelle de 0% à 100%. Il leur était précisé que 0% de certitude correspondait à une réponse au hasard. Le degré de certitude a été exprimé par les pourcentages 0%, 20%, 40%, 60%, 80%, 100%. Cette échelle a été retenue car, d'après D. Leclercq, une échelle limitée en choix serait plus fiable car reproductible par un même individu (9). Par ailleurs, elle présente des modèles d'interprétation publiés. Ainsi une certitude supérieure ou égale à 60% caractérise les données utilisables par la personne et une certitude est forte si elle est supérieure ou égale à 80%. Ce format de questionnaire a été utilisé en éducation thérapeutique afin de cibler :

- les connaissances vraies et sûres qui sont utilisées et utilisables au quotidien,
- les croyances fausses et sûres qui sont utilisées mais dangereuses,
- les connaissances partielles qui sont peu utilisées.

Ce type de questionnaire permettait, non pas d'évaluer les connaissances ou les méconnaissances des médecins généralistes, mais d'étudier leurs certitudes quant à leurs connaissances. Il diminuait également le biais lié aux réponses au hasard (9).

3) Analyses statistiques

Chaque questionnaire a été analysé selon la ville d'exercice déclarée par le participant car pour deux questions la réponse différait selon lieu d'exercice. Il s'agissait de l'intervention des ESA et de la gestion de cas de la MAIA. Les cartes des différentes zones d'intervention sont disponibles en annexe 3 et 4.

Pour réaliser les statistiques descriptives, le pourcentage de réponses en accord avec les référentiels choisis associé à une certitude supérieure ou égale à 80% (C80), caractérisant la certitude forte, a été exprimé pour chaque question. Pour chaque catégorie de question, le pourcentage de réponses en accord avec les référentiels utilisés associé à une certitude supérieure ou égale à 60% (C60), caractérisant les données utilisables, a également été exprimé.

Afin d'identifier les facteurs éventuels influençant les réponses, une échelle a été créée pour pouvoir interpréter simultanément si les réponses étaient en accord avec les référentiels choisis ainsi que leur degré de certitude. Les données ont donc été retranscrites dans un fichier Excel selon

l'échelle suivante :

- une réponse en désaccord avec une certitude de 100% était cotée -5
- une réponse en désaccord avec une certitude de 80% était cotée -4
- une réponse en désaccord avec une certitude de 60% était cotée -3
- une réponse en désaccord avec une certitude de 40% était cotée -2
- une réponse en désaccord avec une certitude de 20% était cotée -1
- une réponse avec une certitude de 0% qu'elle soit exacte ou inexacte était cotée 0
- une réponse en accord avec une certitude de 20% était cotée 1
- une réponse en accord avec une certitude de 40% était cotée 2
- une réponse en accord avec une certitude de 60% était cotée 3
- une réponse en accord avec une certitude de 80% était cotée 4
- une réponse en accord avec une certitude de 100% était cotée 5

Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel R. Le seuil de 5% de significativité a été retenu. La distribution normale des variables quantitatives a été vérifiée. En cas de distribution non normale, l'expression de la médiane et de ses intervalles interquartiles a été préférée à la moyenne. Pour la comparaison de variable quantitative et qualitative, en cas de distribution normale, le test de Student a été utilisé. Dans le cas contraire, le test de Wilcoxon lui a été préféré. La somme des cotations obtenue par participant a été évaluée afin de rechercher les paramètres influençant les réponses sur l'ensemble du questionnaire.

III. Résultats

1) Généralités

Cette enquête a permis de recueillir 150 réponses. Le questionnaire avait été envoyé à 815 médecins généralistes exerçant en Ille-et-Vilaine, soit un taux de participation de 18,4%. Il a été rempli par 57,3% de femmes (n = 86) et 42,7% d'hommes (n = 64). 8,7% (n = 13) des participants étaient âgés de moins de 30 ans, 54,7% (n = 82) de 30 à 40 ans, 14% (n = 21) de 40 à 50 ans, 17,3% (n = 26) de 50 à 60 ans et 5,3% (n = 8) de plus de 60 ans. Parmi les participants, 4% (n = 6) étaient en possession de la capacité de gériatrie, 17,3% (n = 26) avaient participé à des formations médicales continues sur les troubles cognitifs du sujet âgé dans les 5 dernières années et 94,7% (n = 142) avaient déclaré prendre en charge des patients âgés atteints de troubles cognitifs.

2) Le vieillissement cognitif

La diminution des capacités attentionnelles et l'altération des capacités de double tâche étaient connues avec une certitude supérieure ou égale à 80% pour respectivement 43,3% et 38% des médecins ayant participé. Par ailleurs, 37,3% pensaient avec une certitude supérieure ou égale à 80% qu'un vieillissement cérébral banal pouvait avoir un retentissement dans le quotidien.

La capacité de gériatrie ou la participation à une formation dans les 5 dernières années

n'étaient pas reliées de façon significative à la médiane obtenue par les participants à cette série de questions.

3) Les signes cliniques

La symptomatologie devant faire rechercher des troubles cognitifs était une des catégories où les réponses des médecins participants étaient le plus en accord avec les référentiels choisis et les plus sûres. En effet, ils étaient 70% à être certains à au moins 80% de la nécessité de rechercher des troubles cognitifs en cas d'épisode confusionnel ; 74% en cas de troubles psychiatriques apparaissant après 60 ans et 86% en cas de plainte mnésique. A noter, 20% des praticiens ayant participé estimaient à plus de 80% de certitude qu'il était nécessaire d'effectuer un dépistage systématique des troubles cognitifs après 70 ans.

La possession de la capacité de gériatrie était un facteur influençant les réponses à cette série. En effet, les capacitaires en gériatrie avaient une médiane de 4,5 et les non capacitaires de 3 ($p=0,03$).

4) Le diagnostic

79,3% des participants étaient en accord avec une certitude supérieure ou égale à 80% sur l'absence de corrélation entre plainte mnésique et troubles cognitifs confirmés. La démarche diagnostique des démences reposant sur l'examen clinique, le bilan neuropsychologique et l'imagerie cérébrale était une notion certaine à au moins 80% pour 72,7% des participants. Par ailleurs, ils étaient 19,3% à considérer avec une certitude supérieure ou égale à 80% que le diagnostic étiologique des démences ne nécessitait pas d'avis spécialisé.

5) Les tests cognitifs

Le test CODEX était connu de façon très incertaine des médecins généralistes interrogés puisque 23,3% connaissaient avec une certitude forte l'intérêt et l'applicabilité du test CODEX et 44% d'entre eux ont répondu avec une certitude de 0%. Sa composition était également une notion incertaine puisque 48% des participants ont répondu avec une certitude de 0% et 5,3% d'entre eux la connaissaient avec une certitude forte. Pour ce qui est de l'interprétation du score MMSE, le collège des enseignants de gériatrie définit comme pathologique un score inférieur à 24/30 : 40,7% des participants reconnaissaient avec une certitude supérieure ou égale à 80% le caractère pathologique d'un MMSE inférieur à 24/30 mais ils étaient 27,3% à être certains à au moins 80% qu'un tel score de MMSE n'était pas toujours pathologique.

Avoir la capacité de gériatrie était un facteur qui modifiait significativement les réponses à cette question puisque la médiane obtenue était de 1,5 pour ceux qui avaient la capacité et de 0,7 pour les non capacitaires ($p = 0,01$).

6) Le risque nutritionnel

Le risque nutritionnel lié aux troubles cognitifs était bien connu des médecins. Ils étaient 75,3% à être certains à au moins 80% que la perte de poids pouvait être un signe d'appel pour une démence. Le risque de dénutrition induit par la pathologie cognitive et l'augmentation du risque d'intoxication alimentaire étaient connus avec une certitude élevée pour respectivement 95,3% et 71,3% des participants. Il leur était proposé l'utilisation de l'échelle NPI-ES pour évaluer la dénutrition des patients. Ils ont été 50% à répondre avec une certitude de 0% à cette question.

7) L'accompagnement médico-social

Les ressources médico-sociales disponibles en ambulatoire étaient bien connues des médecins participants. Ils ont été 83,3% à penser avec une certitude élevée que les troubles cognitifs relevaient d'une déclaration en ALD, 95,3% qu'il était possible de réaliser une mesure de protection juridique. L'évaluation de l'autonomie au domicile par les équipes médico-sociales du conseil général afin d'adapter les aides financières était une notion sûre puisque 84,7% ont répondu avec une certitude forte. Quant à la rédaction du certificat médical pour obtention de l'APA, 74,7% étaient certains à au moins 80% de pouvoir le réaliser et 5,3% de ne pas pouvoir le réaliser. L'intérêt de l'orthophoniste dans la réhabilitation cognitive était connu avec une certitude élevée pour 74% d'entre eux.

Le suivi de patients atteints de troubles cognitifs augmentait significativement la connaissance des mesures médico-sociales possibles. Ils ont obtenu une médiane de 4,6 contre 3,2 chez les médecins ne suivant pas de patients atteints de troubles cognitifs ($p=0,01$).

8) L'accompagnement de l'aidant

L'accompagnement de l'aidant était un axe où les médecins généralistes interrogés étaient moins certains de leurs réponses. L'évaluation de l'épuisement de l'aidant grâce à l'échelle mini-Zarit n'était pas une ressource connue puisque 64,7% d'entre eux ont répondu avec une certitude de 0%. Le bistrot mémoire s'adresse aux patients atteints de troubles neurocognitifs et à leurs aidants. Cette notion était connue avec une certitude élevée de 35,3% des participants tandis que 34,7% d'entre eux ont répondu avec une certitude de 0% à cette question. Ils étaient également questionnés sur les intervenants du bistrot mémoire et notamment sur la présence d'un gériatre : 56% d'entre eux ont répondu avec une certitude de 0%.

9) Les hôpitaux de jour de gériatrie

A propos des hôpitaux de jour de gériatrie, 56% des médecins pensaient avec au moins 80% de certitude qu'il n'était pas nécessaire d'y être orienté par un gériatre. Les possibilités d'organisation d'exams d'imagerie, de prise en charge sociale et d'évaluation de l'autonomie par un ergothérapeute étaient connues avec une certitude élevée pour respectivement 60%, 59,3% et 57,3% des participants. En revanche, il existait une confusion entre hôpital de jour gériatrique et plateforme de répit. En effet,

18% des participants pensaient avec une certitude forte que les hôpitaux de jour gériatriques ne sont pas des plateformes de répit et 37,3% étaient persuadés du contraire.

10) Les équipes spécialisées Alzheimer

Les ESA étaient une ressource source d'incertitude pour les médecins participants. Il était évoqué que la prescription des ESA relevait uniquement d'une prescription spécialisée : 24,7% des participants ont répondu avec une certitude de 0% à cette question et 22,7% pensaient avec une certitude élevée qu'elles ne nécessitaient pas une prescription du spécialiste. 28% des participants estimaient avec une certitude élevée que les ESA ne s'adressaient pas qu'aux patients atteints de troubles cognitifs attribués à la maladie d'Alzheimer. Les participants étaient également questionnés sur l'intervention des ESA : 30% ont répondu avec une certitude de 0% et 34% avaient une certitude élevée quant à leur présence ou non sur leur territoire d'exercice. La population ciblée par les ESA était majoritairement non connue ainsi 24% pensaient avec une certitude élevée qu'elles s'adressaient aux patients atteints de démences modérées à sévères. Quant aux modalités d'intervention des ESA (nombre de séances, lieu d'intervention), 43,3% des participants ont répondu avec une certitude de 0% à cette question.

Les médecins capacitaires en gériatrie ont une médiane de 2,4 à cette série contre 0,4 chez les non capacitaires ($p = 0,02$).

11) Le service de gestion de cas de la MAIA

La MAIA était également une structure peu connue des médecins généralistes qui ont participé. La proportion de réponses avec 0% de certitude allait de 35,3% à 44% pour chaque question. 28,7% d'entre eux connaissaient avec une certitude élevée l'intervention ou non de la gestion de cas sur leur territoire d'exercice. 30% pensaient avec une certitude élevée que la gestion de cas pouvait être contactée pour tous les patients atteints de troubles cognitifs. En revanche, le rôle de coordination était davantage connu puisque 38,7% ont répondu avec une certitude élevée.

Le fait d'avoir participé à une formation récente était un facteur de meilleure connaissance de la MAIA. Ces participants ont obtenu une médiane de 1,3 contre 0,3 pour les autres participants ($p < 0,05$).

12) L'accueil de jour

La dernière série de questions portait sur l'accueil de jour, son intérêt et ses modalités d'accès. 54% des praticiens interrogés pensaient avec une certitude élevée que tous les EHPAD ne proposaient pas d'accueil de jour. L'intérêt de l'accueil de jour quant aux temps de répit qu'il procure aux aidants était une notion certaine : 91,3% ont répondu avec une certitude élevée. En revanche, les modalités d'inscription en accueil de jour étaient connues avec moins de certitude des médecins qui ont participé. Ils étaient 42% à penser avec une certitude élevée que le certificat médical à remplir pour pouvoir être inscrit en accueil de jour était le même certificat que celui pour entrer en EHPAD.

13) Synthèse des résultats

Toutes les médianes obtenues étaient positives. Les réponses étaient majoritairement correctes à l'ensemble des questions.

	Médiane	IQ25	IQ75
L'accompagnement médico-social	4,4	3,6	5,00%
Diagnostic	3,7	1,7	4,7
Le risque nutritionnel	3	2,3	3,5
Signes d'appel	3	2,25	4,25
Accueil de jour	3	1,7	4,3
Hôpitaux de jour	2,4	1,2	3,2
Vieillessement cognitif	1,3	0,3	1,7
Les tests cognitifs	1	-1	1,3
L'accompagnement des aidants	0,7	0	1,7
ESA	0,4	0	1,75
La gestion de cas MAIA	0,3	0	1,7

Tableau 1 : Médiane, intervalle interquartile à 25% (IQ25) et intervalle interquartile à 75% (IQ75) obtenus pour chaque catégorie de questions.

	C60	C80
L'accompagnement médico-social	90,30%	82,40%
Diagnostic	78,70%	67,10%
Signes d'appel	75,50%	65,30%
Accueil de jour	71,10%	62,40%
Le risque nutritionnel	71,00%	62,00%
Hôpitaux de jour	63,60%	50,10%
Vieillessement cognitif	53,30%	35,80%
ESA	30,90%	22,00%
Les tests cognitifs	30,70%	23,10%
L'accompagnement des aidants	27,60%	20,40%
La gestion de cas MAIA	27,00%	22,70%

Tableau 2 : Fréquence des certitudes supérieure ou égale à 60% (C60) et supérieure ou égale à 80% (C80) pour chaque catégorie de questions

Les éléments connus avec le plus de certitude et en accord avec les référentiels choisis étaient l'accompagnement médico-social, les symptômes d'alerte, la démarche diagnostique, le suivi nutritionnel et l'accueil de jour. En revanche, la MAIA, les ESA, les tests cognitifs, le vieillissement cognitif et l'accompagnement de l'aidant étaient source de réponses plus incertaines.

A l'échelle de chaque catégorie de questions, les capacitaires en gériatrie connaissaient davantage et de façon significative les signes d'appel des démences, les tests cognitifs, les ESA. Les médecins ayant participé récemment à une formation sur la prise en charge des troubles cognitifs connaissaient avec plus de certitude la MAIA. Le suivi des patients âgés atteints de troubles cognitifs était relié à une connaissance plus sûre de l'accompagnement médico-social.

Sur l'ensemble du questionnaire, les participants, capacitaires en gériatrie, ont obtenu une moyenne de 2,7 et les non capacitaires de 2,1 ($p=0,03$). Il s'agissait du seul facteur influençant significativement les réponses sur l'ensemble du questionnaire.

IV. Discussion

Cette étude a permis de mettre en évidence des certitudes très variables selon les catégories de questions. Plusieurs types de facteurs pourraient expliquer les différences observées dans les éléments du diagnostic des troubles cognitifs, de l'accompagnement médico-social, de l'accompagnement de l'aidant, des structures ambulatoires et de la coordination des soins. Enfin, seront également abordées les forces et limites de cette étude.

1) Le diagnostic des troubles cognitifs

Les médecins généralistes ont eu des connaissances incertaines sur le vieillissement cognitif. Le retentissement dans l'autonomie n'a pas été reconnu par les médecins généralistes comme un argument pour un vieillissement cérébral pathologique. Cette considération pourrait limiter le dépistage par le médecin traitant des troubles chez ces patients. En effet, si cette symptomatologie est considérée comme normale, celle-ci pourrait être banalisée. Cette tendance a également été retrouvée par M. Blanchet dans son étude sur les professionnels ruraux face à la maladie d'Alzheimer. Les professionnels interrogés (infirmières, aides-soignantes travaillant dans les SSIAD) relataient des diagnostics parfois trop tardifs malgré des symptômes évocateurs et l'alerte faite auprès des médecins généralistes (10). Un retard de diagnostic dans les pathologies démentielles peut entraîner des urgences médico-sociales lorsque les patients vivent à leur domicile. On pourrait donc supposer qu'une meilleure connaissance du vieillissement cérébral pathologique pourrait permettre des diagnostics plus précoces de démences et prévenir ainsi les situations de crise.

Or, la thèse de B. Moret-Tukker, effectuée en région Picardie, montrait que les médecins généralistes ne trouvaient, pour certains, que peu d'intérêt à un diagnostic effectué précocement. En effet, ceux-ci n'avaient aucune thérapeutique curative à proposer au décours même si certains soulignaient que le diagnostic permettait de mettre en place un accompagnement médico-social. Par ailleurs, ils avaient peur des effets néfastes et stigmatisant que pouvaient avoir l'annonce diagnostique sur le patient (11). Une revue de la littérature effectuée sur les représentations de la maladie d'Alzheimer chez les médecins généralistes mettait en évidence une vision très négative des troubles neurocognitifs. En effet, une impuissance était ressentie face à ce diagnostic et son évolution. Les troubles impliqueraient, pour eux, une déshumanisation du patient car celui-ci serait amené à perdre inévitablement ses facultés intellectuelles, modifiant alors la relation médecin-patient. Elle impliquerait également une mort sociale (12). La maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées restent vécues par les médecins généralistes comme des pathologies très négatives et sans traitement médicamenteux curatif disponible.

De plus, les travaux menés par M. Van der Linden et P. Whitehouse tendaient à défendre que les troubles neurocognitifs seraient une évolution banale du vieillissement cérébral, variable selon les individus (13)(14). Ce courant pourrait remettre en cause le statut de maladie des troubles cognitifs et donc l'intérêt d'un diagnostic.

Toutefois, malgré l'incertitude quant aux caractéristiques du vieillissement cérébral pathologique, les participants ont exprimé des connaissances certaines sur certains symptômes devant faire rechercher une pathologie neurocognitive (la perte de poids, l'épisode confusionnel, les

troubles psychiatriques d'apparition récente). Ils étaient même certains de la nécessité d'un dépistage systématique des troubles cognitifs après 70 ans ; ce qui n'est pas recommandé (4). Il a donc existé un paradoxe entre la connaissance des signes d'alerte et l'incertitude liée aux symptômes du vieillissement cognitif pathologique. On peut supposer qu'en l'absence de plainte cognitive et d'événement intercurrent majeur, les médecins participants ne seraient pas à l'aise avec la reconnaissance d'un vieillissement cognitif pathologique au cours d'une consultation de suivi habituel. Si l'intérêt d'un diagnostic précoce est discutable, un diagnostic trop tardif peut conduire à une mise en danger du patient au domicile.

Pour le diagnostic des troubles neurocognitifs, la HAS recommande l'utilisation de tests cognitifs. Cette étude a mis en évidence une connaissance très incertaine de ceux-ci. Le caractère pathologique d'un MMSE inférieur à 24/30 n'était pas reconnu comme tel par les médecins généralistes interrogés. Par ailleurs, la HAS n'a pas défini de seuil pathologique mais a précisé la nécessité de tenir compte du niveau socio-culturel pour son interprétation. Une étude menée par T. Basileu sur l'influence du niveau socio-éducatif pour l'interprétation du score MMSE chez les patients suivis en consultation spécialisée de la mémoire mettait en évidence l'interprétation impossible du MMSE en cas de niveau socio-éducatif bas (15). Par ailleurs, le MMSE a été initialement réalisé pour la population étasunienne. Son utilisation en langue française a entraîné des biais liés à sa traduction (16). Ce test bien que connu par les médecins généralistes reste d'interprétation difficile et de réalisation longue. Il s'agit d'un outil de dépistage dont un résultat anormal devrait amener à un avis spécialisé.

Un autre test était évalué dans le questionnaire : le test CODEX. Il s'agit d'un test ultrarapide avec une durée de passation inférieure à 3 min qui permettrait de s'affranchir de la contrainte de temps. Il combine un test d'apprentissage et un test de l'horloge simplifiée. Sa sensibilité est de 92%. Il permettrait une évaluation plus rapide du statut cognitif d'un patient qu'avec le test MMSE (17). Le test CODEX n'était également pas connu des médecins ayant participé à ce questionnaire. Patrizio et al. avait aussi mis en évidence une très faible utilisation par les médecins généralistes des différents scores d'évaluation gériatrique (MMSE, miniGDS etc...) (18).

Enfin, la HAS recommande un recours à un avis spécialisé en cas de suspicion de troubles neurocognitifs. Les médecins généralistes ayant participé à cette étude n'étaient pas certains de l'intérêt de cette consultation. Ils évoquaient notamment l'absence de thérapeutique existante aux pathologies neurocognitives et ne voyaient pas l'intérêt de l'avis spécialisé systématique (19). Par ailleurs, ils relataient également des difficultés d'accès aux avis spécialisés et des délais longs. Toutefois cette consultation spécialisée, lorsqu'elle est réalisée en structure hospitalière, peut permettre au patient d'accéder à la filière gériatrique. Cet intérêt avait également été retrouvé par O. Perrot dans son étude sur l'influence des politiques publiques sur la prise en charge des patients Alzheimer par les médecins généralistes d'Ille-et-Vilaine (20).

2) Les structures ambulatoires

Les structures ambulatoires existantes ont fait partie des éléments qui étaient maîtrisés avec certitude par les médecins généralistes. Ils étaient au fait de l'intérêt de l'hôpital de jour gériatrique, de ses missions et de son fonctionnement. Il en était de même pour l'accueil de jour qui, lui, permet des

temps de répit aux aidants. En revanche, il y avait davantage de doute quant aux modalités d'accès à l'accueil de jour et aux hôpitaux de jour. L'incertitude relevée pourrait être à l'origine d'une moindre utilisation de ceux-ci malgré la bonne connaissance de ces structures et de leur intérêt. Les hôpitaux de jour gériatriques ont pour mission de dispenser une évaluation gériatrique globale à la demande du médecin traitant pour proposer une stratégie de soins adaptée. Ils assurent également un suivi des patients atteints de pathologies chroniques et notamment de troubles cognitifs. Ils permettent un appui à la coordination du suivi pluriprofessionnel et une éducation thérapeutique des patients et de leurs aidants (21). L'hôpital de jour gériatrique est une ressource ambulatoire disponible pour les médecins traitants (22). Pour que les médecins utilisent ces deux ressources, leurs modalités d'accès devraient être homogénéisées et clarifiées.

3) L'accompagnement médico-social des patients

L'accompagnement médico-social du patient fait partie intégrante de la prise en charge du sujet âgé atteint de troubles cognitifs. Le médecin traitant peut avoir un rôle primordial dans cet accompagnement. Il est défini par la HAS comme le pivot de la coordination des soins (4). Ainsi, il peut réaliser la déclaration d'ALD. Cette donnée était connue avec certitude des médecins généralistes ayant participé à cette étude. L'intérêt de l'évaluation de l'autonomie pour déterminer les aides financières était également une notion certaine. Néanmoins la possibilité de rédaction par les médecins généralistes du certificat pour l'obtention de l'APA était moins bien connue. Ces résultats laissaient à penser qu'ils étaient à l'aise avec ces démarches sociales. Elles ont été parmi les mesures mises en place suite aux premières expertises réalisées sur la prise en charge de la maladie d'Alzheimer. Ainsi, l'APA a été instaurée le 1er janvier 2002 et la déclaration en ALD des patients atteints de la maladie d'Alzheimer en 2004 (1). Toutefois, la thèse de T. Briand relevait une disparité importante selon si le GIR était évalué par le médecin traitant ou par un médecin du conseil départemental du Nord (23). Même si les médecins traitants étaient certains de l'intérêt et de leur implication dans l'obtention de l'APA par leurs patients, il pourrait être intéressant d'étudier les certificats remplis et adressés au conseil département d'Ille-et-Vilaine.

Depuis, le plan Alzheimer (2008-2012) a permis la construction d'autres structures, plus récentes, dont l'objectif était de faciliter et optimiser l'accompagnement des patients (24). Il s'agit des ESA et des MAIA. Ce questionnaire a montré que les participants avaient des connaissances très incertaines sur ces structures, leur présence sur leur territoire d'exercice et leurs missions. On peut supposer que les médecins généralistes interrogés n'utilisent pas ces ressources. Cette méconnaissance était également ressentie par les professionnels exerçant dans ces structures comme a pu le démontrer M. Blanchet dans son étude sur les professionnels ruraux face à la maladie d'Alzheimer (25). En effet, les professionnels interrogés notaient une relation parfois difficile avec les médecins généralistes. Ils évoquaient également des discordances et ressentaient un manque de considération professionnelle. De même, une enquête nationale auprès des gestionnaires de cas MAIA publiée en avril 2016 relevait également des difficultés de communication avec les médecins généralistes (26). Ces dispositifs ont été mis en place depuis 2009 et sont en croissance sur le territoire français. Le manque de communication autour de ces dispositifs et leurs caractères récents pourraient expliquer la méconnaissance de ces structures.

Par ailleurs, en Ile-et-Vilaine, il existe encore des zones où ni la MAIA ni les ESA n'interviennent. Une communication sur la MAIA et les ESA, destinée aux médecins généralistes impliqués dans la prise en charge de ces patients pourrait être envisagée.

Un autre point abordé était la prise en charge nutritionnelle. La dénutrition est un signe d'appel des troubles neurocognitifs. Les sujets âgés sont plus à risque d'une dénutrition protéino-énergétique et les patients atteints de troubles cognitifs ont un risque surajouté (30). Dans ce questionnaire, les médecins généralistes connaissaient avec certitude les risques nutritionnels qu'impliquaient les troubles mnésiques. L'alimentation et l'état nutritionnel devraient être évalués à chaque consultation de suivi d'un patient atteint de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées. Il pourrait être intéressant d'étudier les pratiques des médecins généralistes dans la prise en charge nutritionnelle de ces patients.

4) L'accompagnement de l'aidant

La prise en charge de l'aidant principal du patient est un point primordial de l'accompagnement au long cours du sujet âgé atteint de troubles cognitifs. En effet, celui-ci est aux côtés du patient au quotidien. Son état physique et psychologique influe directement. La relation aidant-aidé, selon sa nature, rend indispensable l'aménagement de temps de répit à divers moments de l'évolution des troubles. Les temps de répit ont pour objectif de soulager l'aidant et de prévenir son épuisement. Ils se doivent également d'avoir un intérêt thérapeutique pour le patient. Les médecins généralistes sont généralement les premiers interlocuteurs du couple aidant-aidé, surtout lorsque l'aidant est le conjoint du patient.

En ce sens, la HAS a rédigé des recommandations de bonnes pratiques pour le suivi des aidants (27). Elles préconisaient une évaluation régulière de l'état de santé somatique et psychique de l'aidant. Pour ce faire, elles suggéraient l'utilisation de plusieurs scores dont l'échelle mini-ZARIT pour l'évaluation de l'épuisement de l'aidant. Dans notre questionnaire, cette échelle était peu connue des médecins généralistes et de façon peu certaine. En conséquence, on peut supposer que celle-ci n'est pas utilisée par les médecins généralistes. Par ailleurs, les médecins généralistes relataient, dans l'étude de O. Perrot, la non utilisation de ces différentes échelles (20). En effet, ils décrivaient cette échelle comme peu adaptée à des patients qu'ils suivaient depuis plusieurs années. Ils lui préféraient une écoute empathique car elle permettait, selon eux, une meilleure évaluation et un accompagnement adapté à chaque couple aidant-aidé.

D'après l'étude de Campeon et al., le mode de recours aux dispositifs de répit par les aidants serait différent selon leur relation. Ainsi, certains aidants seraient davantage en demande d'informations et de formations pour mieux adapter l'environnement quotidien au patient et anticiper les complications à venir. Le médecin traitant peut être l'interlocuteur à l'origine de ces informations. Les couples aidant-aidé dont la relation serait plus fusionnelle accepteraient les aides plus tardivement et plus souvent en situation d'urgence car ils considèrent souvent comme de leur devoir de s'occuper du patient. L'aménagement de temps de répit serait à l'origine d'une culpabilité importante pour ces aidants (28).

Les dispositifs de répit que sont les accueils de jour, les plateformes de répit, les bistrot-mémoires sont des ressources importantes pour l'accompagnement du patient et de ses aidants.

Or, notre questionnaire a montré que les bistrotts mémoires étaient des structures source d'incertitude. De même, nous avons discuté précédemment de la moindre connaissance des médecins généralistes des modalités d'accès à l'accueil de jour. Ces constats sont en accord avec la thèse de P. Sabadie qui étudiait la connaissance et l'utilisation par les médecins généralistes des structures de répit dans la région Midi-Pyrénées. Il mettait en évidence que les médecins généralistes avaient connaissance de ces structures mais qu'elles n'étaient pas toujours utilisées à bon escient (29). L'importance de l'accompagnement de l'aidant et les différentes possibilités existantes restent donc à clarifier pour les médecins généralistes afin de leur permettre de proposer l'accompagnement le plus adapté. De par la relation qu'ils ont et leurs événements de vie passés communs, chaque couple aidant-aidé aura des besoins qui lui sont propres et auxquels les professionnels intervenants doivent s'adapter au mieux

5) La coordination des soins

Ce questionnaire a évoqué successivement les différents professionnels amenés à intervenir dans la prise en charge du sujet âgé atteint de troubles neurocognitifs. D'après la HAS, le médecin généraliste est le pivot de la coordination des soins et le lien entre les intervenants. Différentes études citées précédemment ont mis en avant les difficultés à construire les relations interprofessionnelles. Les pharmaciens se sentiraient également mis à l'écart de la prise en charge des patients atteints de troubles neurocognitifs malgré les contacts directs et répétés avec certains patients ou leurs aidants (31). Afin d'envisager une meilleure coordination des soins, des rencontres interprofessionnelles pourraient être envisagées afin de permettre à chaque professionnel de connaître les compétences et les champs d'action de chacun. Le plan personnalisé de soins PAERPA mis en place depuis 2014 dans 9 territoires pilotes (Mayenne, Hautes-Pyrénées, Sud Est et Indre-et-Loire, Nord parisien, Grand Nancy, Bordeaux, Sud de la Corrèze, Valenciennois-Quercitain, Nord de la Bourgogne) avaient pour objectif de favoriser la concertation pluriprofessionnelle non hiérarchique dans l'accompagnement du patient âgé en risque de perte d'autonomie (32). Le bilan à 6 mois mettait en évidence des difficultés organisationnelles dans la réalisation du plan personnalisé de soins même si son intérêt dans les relations interprofessionnelles n'était pas remis en cause (33). Plusieurs nouvelles nomenclatures ont été récemment mises en place pour valoriser le travail des médecins généralistes dans le suivi des patients âgés polypathologiques. Une rémunération de ces rencontres pourrait être envisagée afin de les intégrer pleinement dans l'accompagnement des patients.

Les rencontres interprofessionnelles s'inscrivent dans une approche plus récente du soin décrit par E. Rothier Bautzer (34). En effet, le vieillissement de la population entraîne une augmentation du nombre de patients âgés polypathologiques pour lesquels un accompagnement pluridisciplinaire est nécessaire au domicile pour prévenir les risques liés aux dépendances. Cet accompagnement s'inscrirait davantage dans une approche visant à prendre soin plutôt qu'une approche curative. Le médecin, malgré son sentiment d'impuissance, devrait essayer de mettre en place une stratégie d'accompagnement faisant partie intégrante du PPS. Le soin du patient âgé atteint de troubles neurocognitifs implique la mobilisation de plusieurs professionnels de santé. Malgré l'absence d'espoir de guérison, le soignant pourrait développer d'autres alternatives d'accompagnement notamment lorsque la situation dépasse les connaissances médicales établies.

6) Forces et limites de l'étude

Ce questionnaire, bien qu'un peu long, permettait de traiter un grand nombre d'axes de la prise en charge du sujet âgé atteint de troubles neurocognitifs. Il avait été décidé, en revanche, de ne pas aborder la prise en charge médicamenteuse ni les troubles psycho-comportementaux. En effet, les thérapeutiques disponibles ne sont pas initiées par le médecin traitant et la prise en charge médicamenteuse des troubles psycho-comportementaux ne bénéficie pas d'un consensus auprès des spécialistes.

Ce questionnaire a bénéficié d'un taux de réponses assez important permettant de cibler les certitudes des généralistes ayant répondu. Toutefois, les résultats obtenus ne sont pas extrapolables à l'ensemble de la population étudiée. Il existe un biais lié à l'intérêt des participants pour le sujet. De plus, les participants ne sont pas comparables à l'ensemble de la population des médecins généralistes d'Ille-et-Vilaine sur le sexe et l'âge (35). L'identification des facteurs significativement influençant est limitée par le peu de participants dans chaque catégorie. Les résultats obtenus ne permettaient notamment pas d'interpréter l'âge comme un facteur modifiant les réponses.

Une autre limite de cette étude est le choix de l'échelle utilisée pour coter les réponses de -5 à 5. Il s'agit d'une échelle unique réalisée ici afin de faciliter l'interprétation des résultats mais non validée.

V. Conclusion

Ce travail a permis de mettre en évidence les points forts et les éléments plus incertains de l'accompagnement global et pluridisciplinaire du sujet âgé atteint de troubles neurocognitifs. Les médecins généralistes ayant participé connaissaient avec certitude les axes de soins techniques (diagnostic clinique, examens paracliniques) et les mesures médico-sociales les plus anciennes (ALD, mesure de protection juridique, APA). En revanche, les ressources, disponibles sur le territoire, destinées à l'accompagnement de ces patients et de leurs aidants étaient connues de façon moins certaines. Des rencontres interprofessionnelles pourraient permettre aux médecins qui le souhaitent de mieux connaître les différents interlocuteurs disponibles. Par ailleurs, à ce jour, il n'existe pas de traitement curatif disponible et les connaissances scientifiques sont débattues. Les structures d'hébergement ont développé de nouvelles stratégies d'accompagnement des personnes atteintes de troubles cognitifs basées sur le soin relationnel et les thérapies non médicamenteuses. Le savoir intuitif pourrait trouver une place dans les connaissances médicales nécessaires à cet accompagnement.

VI. Bibliographie

1. Lavallart B. Les politiques publiques face à la maladie d'Alzheimer. ADSP. décembre 2008; (65):25-30.
2. Clanet M, Ankri J, Hirsch E. Plan maladies neurodégénératives [Internet]. oct, 2014. Disponible à: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_maladies_neuro_degeneratives_def.pdf
3. Belmin J, Collège national des enseignants de gériatrie (France). Gériatrie. Elsevier-Masson; 2014.
4. Petitprez K, Laurence M. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge [Internet]. HAS; 2011 Décembre [cité 5 mai 2017]. Disponible à: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-12/recommandation_maladie_d_alzheimer_et_maladies_apparentees_diagnostic_et_prsie_en_charge.pdf
5. Lootvoet E, De Cadeville O, Goby H. Maladies neurodégénératives : Etat des lieux quantitatif en Bretagne en 2016. [Internet]. ARS Bretagne; 2017 mars. Disponible à: <https://www.bretagne.ars.sante.fr/maladies-neurodegeneratives-etat-des-lieux-quantitatif-en-bretagne-en-2016>
6. Ankri J, Van Broeckhoven PC. Evaluation du plan Alzheimer 2008-2012. Doc Fr. 2013;
7. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (France), Gautier A. Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint-Denis: INPES éd.; 2011.
8. Orain M. Troubles cognitifs du sujet âgé en cabinet de médecine générale : évaluation des pratiques et des difficultés rencontrées par les médecins généralistes de l'Ille et Vilaine dans l'accompagnement du patient atteint de la Maladie d'Alzheimer [Thèse d'exercice en vu du diplôme d'état de Docteur en Médecine]. Rennes : Université européenne de Bretagne Faculté de Médecine; 2015.
9. Leclercq D. La connaissance partielle chez le patient : pourquoi et comment la mesurer. Educ Thérapeutique Patient - Ther Patient Educ. déc 2009;1(2):S201-12.
10. Blanchet M. Les professionnels ruraux face à la maladie d'Alzheimer. 1 juill 2016 [cité 23 mars 2018]; Disponible à: <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01340400/document>
11. Moret-Tukker B. Facteurs limitant le diagnostic précoce de démence de type Alzheimer, étude qualitative auprès des médecins généralistes de la région d'Arras [Thèse pour l'obtention du diplôme d'état de docteur en médecine, spécialité médecine générale]. Université de Picardie Jules Verne; 2015.
12. Kurdi J. Les représentations de la maladie d'Alzheimer chez les médecins généralistes [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine spécialité médecine générale]. [Toulouse III]: Université Paul Sabatier; 2013.
13. Van der Linden M. Le mythe de la maladie d'Alzheimer : que veut vraiment dire ce titre provocateur ? [Internet]. Penser autrement le vieillissement. [cité 7 avr 2018]. Disponible à: <http://www.mythe-alzheimer.org/article-le-mythe-de-la-maladie-d-alzheimer-que-veut-vraiment-dire-ce-titre-provocateur-51714052.html>
14. Whitehouse PJ, George D. Le mythe de la maladie d'Alzheimer: ce qu'on ne vous dit pas sur ce diagnostic tant redouté. 2010.
15. Basileu T, Godaert L, Stattner C, Fanon J-L, Godard-Sebillotte C. Influence du niveau socio-éducatif sur l'interprétation du score du Mini Mental State chez les patients suivis en consultation spécialisée de la mémoire au Centre Hospitalier Universitaire de la Martinique. Rev Gériatrie. 7 sept 2014;

16. Croisile B. Le Mini-Mental State, un incontournable de la neuropsychologie. *Sci Soc Santé*. 2014;32(4):71–77.
17. Belmin J., Oasi C., Folio P., Pariel-Madjelessi S. Codex, un test ultra-rapide pour le repérage des démences chez les sujets âgés. *Rev Geriatr*. oct 2007;32(8):627-31.
18. Di PP, Blanchet E, Perret-Guillaume C, Benetos A. What use general practitioners do they tests and scales referred to geriatric? *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 2013;11(1):21–31.
19. Engberink A, Pimouguet C, Amouyal M, Gerassimo O, Bourrel G, Berr C. Determinants of support for dementia patients in general practice: a qualitative approach based on an epidemiological cohort. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 2013;11(2):157–67.
20. Perrot O. Influence des politiques publiques sur la prise en charge des patients Alzheimer par les médecins généralistes : point de vue des médecins généralistes d'Ille-et-Vilaine. [Mémoire]. [Rennes]: EHESP; 2010.
21. Petermans J, Velghe A, Gillain D, Boman X, Van Den Noortgate N. L'hôpital de jour gériatrique : quels objectifs, quelle organisation, quelle efficacité ? Une revue de la littérature. *Ger Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 2011;9(3):295-303.
22. Volpe-Gillot L, Michel J-M. Réflexions sur la place de l'hôpital de jour dans la filière de soins gériatrique. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie*. 1 déc 2012;12(72):243-9.
23. Briand T. L'allocation personnalisée d'autonomie dans le Nord : Estimation du GIR par le médecin traitant et variables discriminantes du questionnaire médical. [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine]. [Lille 2]: Faculté de médecine Henri Warembourg; 2016.
24. Menard J. Plan « Alzheimer et maladies apparentées » 2008-2012 [Internet]. janv 2, 2008. Disponible à : https://www.cnsa.fr/documentation/plan_alzheimer_2008-2012-2.pdf
25. Blanchet M. Les professionnels ruraux face à la maladie d'Alzheimer. 2016;
26. Castel-Tallet M-A, Villet H. Lettre de l'observatoire des dispositifs de prise en charge et d'accompagnement de la maladie d'Alzheimer : Enquête nationale auprès des gestionnaires de cas. Avril 2016;(41).
27. Le Mauff P, Roche J, Laurence M. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : surveillance médicale des aidants naturels. HAS; 2010 Février.
28. Campéon A, Rothé C. Modes de recours aux dispositifs de répit par les aidants familiaux de proches atteints de la maladie d'Alzheimer. *Enfances Fam Génér Rev Interdiscip Sur Fam Contemp*. 2017;
29. Sabadie P-L. Connaissance et utilisation par les médecins généralistes des structures de répit en Midi-Pyrénées [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine]. Toulouse III; 2014.
30. Gillette-Guyonnet S, Lauque S, Ousset P-J. Nutrition et maladie d'Alzheimer. *Psychol Neuro Psychiatr Vieillesse*. 2005;3(Suppl. 1):S35-41.
31. Touboul J. Représentations, connaissances et attitudes des pharmaciens relatives à la maladie d'Alzheimer [Thèse d'exercice]. [France]: Université Bretagne Loire; 2017.
32. Alliou C, Baubinnec-Caradec S, Bernard P. Projet PAERPA en région Bretagne : Diagnostic territorial des pays de Rennes, Brocéliande et Vallons de Vilaine [Internet]. Rennes: ARS Bretagne; 2017 nov. (Les rapports de l'ARS Bretagne). Disponible à : <https://www.bretagne.ars.sante.fr/projet-paerpa-en-region-bretagne-diagnostic-territorial-des-pays-de-rennes-broceliande-et-des>
33. Mise en oeuvre du PPS Paerpa : Bilan à 6 mois. HAS; 2015 nov.

34. Rothier Bautzer E. L'autonomie du malade chronique, enjeu de nouvelles coopérations interprofessionnelles. Educ Perm. 1 juin 2013;
35. Le Breton-Lerouillois G, Rault J-F. La démographie médicale en région Bretagne : situation en 2015 [Internet]. Conseil national de l'Ordre des médecins; 2015. Disponible à: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_bretagne_2015.pdf

Abréviations

ALD	Affection longue durée
APA	Allocation personnalisée pour l'autonomie
CODEX	Cognitive disorders examination
ESA	Équipes spécialisées alzheimer
GIR	Groupe Iso-Ressource
HAS	Haute Autorité de Santé
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
MAIA	Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie.
MMSE	Mini Mental State Examination
NPI-ES	Inventaire neuropsychiatrique – version équipe soignante
PAERPA	Personnes âgées en risque de perte d'autonomie
PPS	Plan personnalisé de soins
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile

9 A propos des Equipes Spécialisées Alzheimer (ESA) :

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Vrai	Faux	0%	20%	40%	60%	80%	100%
L'intervention des ESA doit être prescrite par le spécialiste.	<input type="checkbox"/>							
Les ESA ne s'adressent qu'aux patients atteints de démence type Alzheimer.	<input type="checkbox"/>							
Les ESA interviennent sur votre territoire d'exercice.	<input type="checkbox"/>							
Les ESA s'adressent aux patients atteints de démences modérées à sévères.	<input type="checkbox"/>							
Les ESA interviennent au domicile et peuvent effectuer jusqu'à 12 séances par an.	<input type="checkbox"/>							

10 A propos de la Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aides et de soins dans le champ de l'Autonomie (MAIA) :

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Vrai	Faux	0%	20%	40%	60%	80%	100%
La MAIA est une structure qui intervient sur votre territoire d'exercice.	<input type="checkbox"/>							
La MAIA peut être contactée par le médecin généraliste pour tous les patients atteints de troubles cognitifs.	<input type="checkbox"/>							
La MAIA permet une coordination de soins autour du patient pris en charge.	<input type="checkbox"/>							

11 A propos de l'accueil de jour :

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Vrai	Faux	0%	20%	40%	60%	80%	100%
Tous les EHPAD proposent des accueils de jour.	<input type="checkbox"/>							
L'accueil de jour permet des temps de répit aux aidants.	<input type="checkbox"/>							
Pour réaliser une demande d'accueil de jour, le certificat médical à remplir est le même que celui d'entrée en EHPAD.	<input type="checkbox"/>							

A propos de vous

Ce questionnaire est anonyme. Ces questions sont nécessaires pour l'interprétation de mon questionnaire notamment votre ville d'exercice. Certaines réponses varient selon le lieu d'exercice.

Merci d'avance.

12 Je suis :

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Un homme
- Une femme

13 Quel est votre âge ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- moins de 30 ans
- 30-40 ans
- 40-50 ans
- 50-60 ans
- plus de 60 ans

14 Quelle est votre ville d'exercice ?

Veillez écrire votre réponse ici :

15 Avez-vous participé dans les cinq dernières années à une formation sur la prise en charge des troubles cognitifs en médecine générale ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

16 Avez-vous la capacité de gériatrie ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

17 Prenez-vous en charge des patients atteints de troubles cognitifs ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

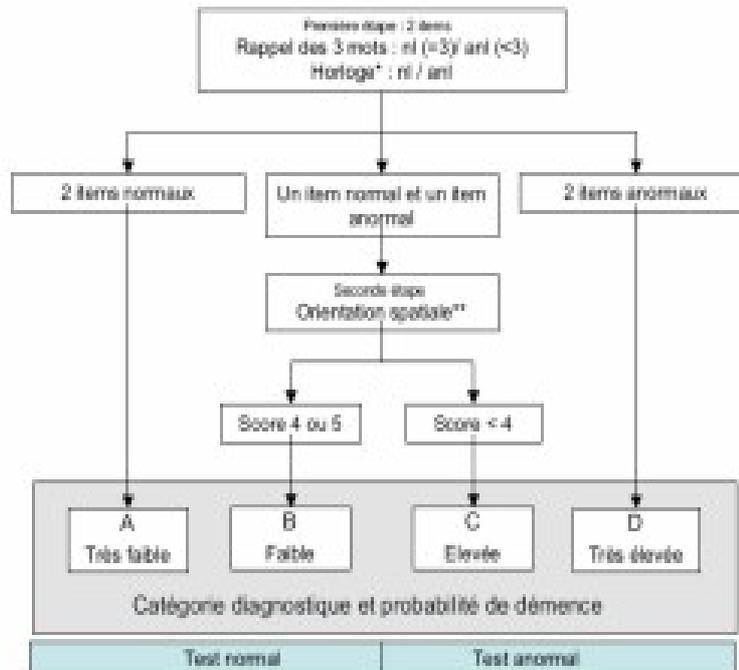
- Oui
- Non

2) Test CODEX

Evaluation cognitive ultra-rapide par le test CODEX

Page à imprimer pour les dossiers médicaux

Nom : Date :
Prénom : Evalueur :



Cotation du test CODEX

1. Cotation du test de l'horloge :

Les nombres sont-ils tous présents ?	Oui-Non	
Sont-ils correctement placés ?	Oui-Non	4 OUI =
Y a-t-il une petite et une grande aiguille ?	Oui-Non	horloge normale
Leurs directions sont-elles convenables ?	Oui-Non	sinon anormale

2. Cotation du rappel des 3 mots

Les 3 mots sont bien rappelés = **Rappel des 3 mots normal**

3. Utilisez l'arbre de décision pour savoir si la seconde étape est nécessaire

Horloge et 3 mots normaux = CODEX normal (Catégorie diagnostique A)
Horloge et 3 mots anormaux = CODEX anormal (Catégorie diagnostique D)
Autres cas = faire la seconde étape

4. Cotation de la seconde étape :

Comptez 1 point par bonne réponse
Somme = 4 ou 5 : = CODEX normal (Catégorie diagnostique B)
Somme = 0, 1, 2 ou 3 = CODEX anormal (Catégorie diagnostique C)

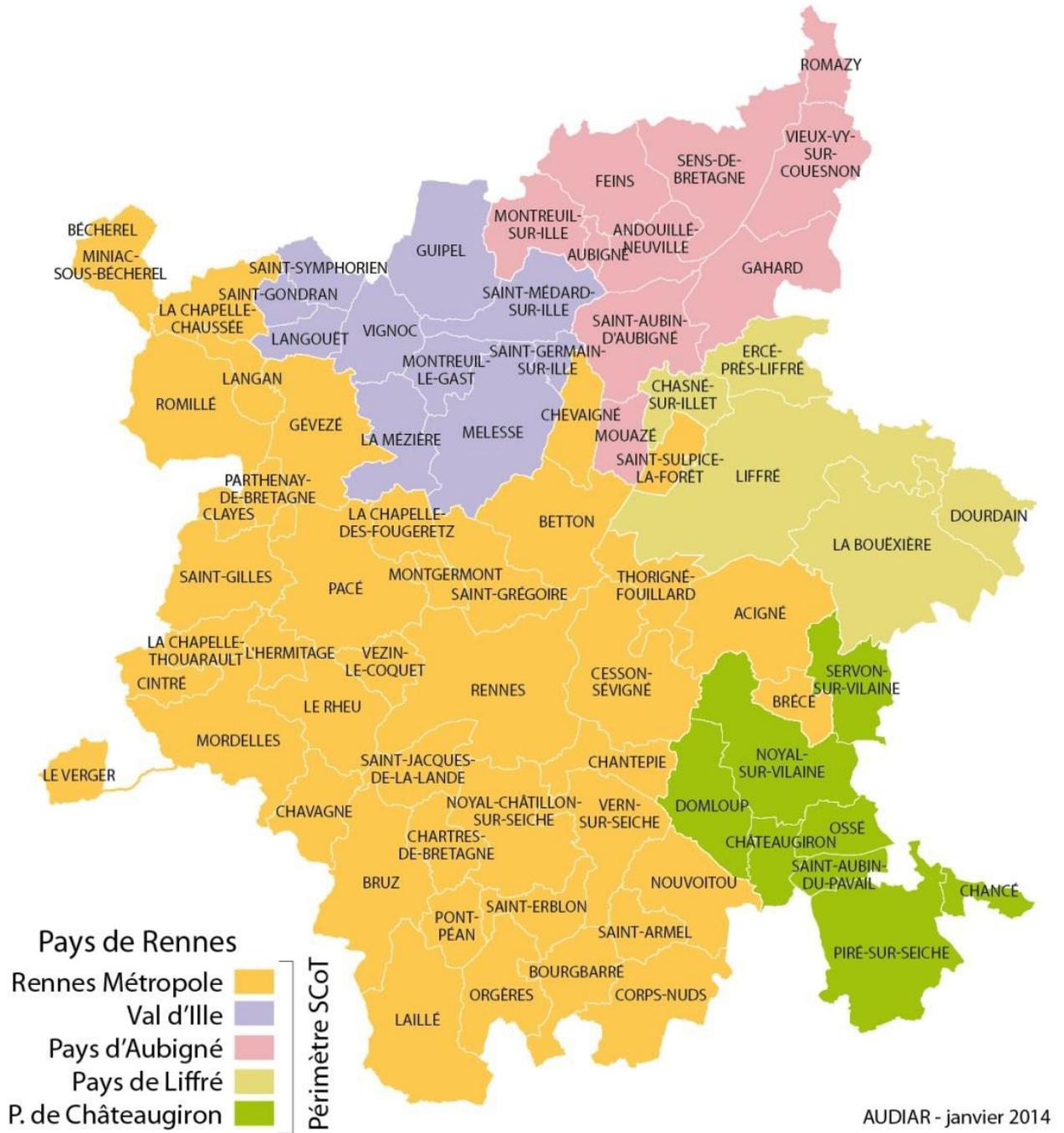
Le test CODEX a été mis au point par le Pr Belmin et son équipe à l'hôpital Charles Foix, Ivry-sur-Seine

Information sur le test sur le site www.testcodex.org

Références : Presse Med 2007; 36:1183-90; Revue de Gériatrie 2007; 32:627-31.

3) Couverture MAIA Ille-et-Vilaine

Territoire MAIA Pays de Rennes



Territoire MAIA pays de Brocéliande



Territoire MAIA pays de Vitré porte de Bretagne



Territoire MAIA Pays de Saint-Malo

❖ COMBOURG

La Baussaine, Bonnemain, Cardroc, La Chapelle-aux-Filtzméens, Combourg, Cuguen, Dingé, Les Iffs, Lanhélin, Lannigan, Longaulnay, Lourmais, Meillac, Plesder, Pleugueneuc, Québriac, Saint-Brieuc-des-Iffs, Saint-Domineuc, Saint-Léger-des-Prés, Saint-Pierre-de-Plesguen, Saint-Thual, Tinténiac, Trémeheuc, Tressé, Trévérien, Trimer.

❖ DOL-DE-BRETAGNE

Bagner-Morvan, Bagner-Pican, La Boussac, Broualan, Châteauneuf-d'Ille-et-Vilaine, Cherrueix, Dol-de-Bretagne, Epiniac, La Fresnais, Hirel, Lillemer, Miniac-Morvan, Mont-Dol, Pleine-Fougères, Plerguer, Roz-Landrieux, Roz-sur-Couesnon, Sains, Saint-Benoît-des-Ondes, Saint-Broladre, Saint-Georges-de-Gréhaigne, Saint-Guinoux, Saint-Marcen, Saint-Père, Saint-Suliac, Sougéal, Trans-la-Forêt, Le Tronchet, Vieux-Viel, La Ville-ès-Nonais, Le Vivier-sur-Mer.

❖ MELESSE

T6: Hédé-Bazouges

Hors T6 : Clayes, Gévezé, Guipel, , Langouet, Melesse, La Mézière, Montreuil-le-Gast, Parthenay-de-Bretagne, Saint-Germain-sur-Ille, Saint-Gilles, Saint-Gondran, Saint-Médard-sur-Ille, Saint-Symphorien, Vignoc.

❖ SAINT-MALO 1 = Rive droite

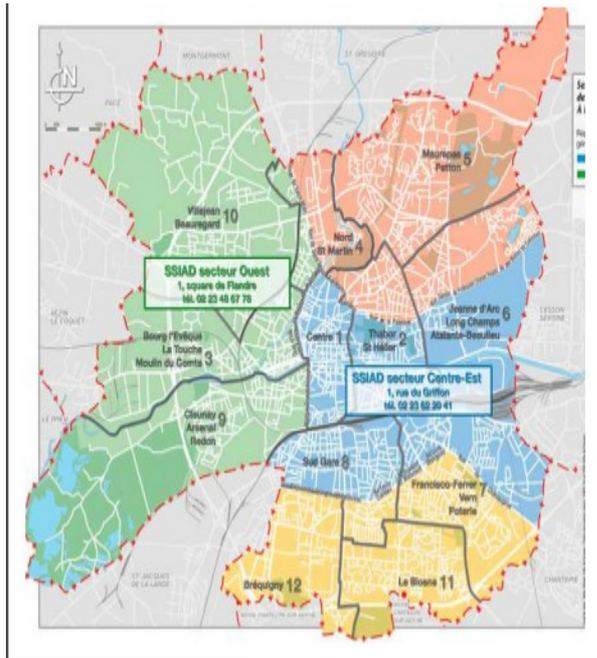
- Cancale, La Gouesnière, Saint-Coulomb, Saint-Méloir-des-Ondes.
 - La partie de la commune de Saint-Malo située au nord d'une ligne définie par l'axe des voies et limites suivantes : plage des Bas-Sablons, rue de l'Amiral-Magon, place Bouvet, rue Ville-Pépin, place de la Roulais, rue de la Nation, rue de la Pie, rue de la Marne, boulevard des Talards, rue Pierre-de-Coubertin, rue des Antilles, rue Michel-de-la-Bardelière, avenue du Général-de-Gaulle, rue de la Guymauvière, rue du Grand-Jardin, rue du Mottais, rue des Bregeons, rue de la Ville-es-Cours, route départementale 2, ligne de chemin de fer de Rennes à Saint-Malo, jusqu'à la limite territoriale de la commune de Saint-Jouan-des-Guérets.

❖ SAINT-MALO 2 = Rive Gauche + St JOUAN

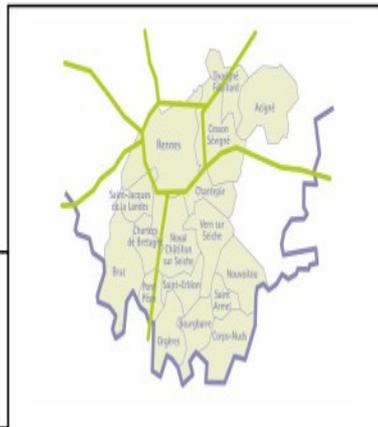
- Dinard, Le Minihic-sur-Rance, Pleurtuit, La Richardais, Saint-Briac-sur-Mer, Saint-Jouan-des-Guérets, Saint-Lunaire.

- La partie de la commune de Saint-Malo non incluse dans le canton de Saint-Malo-1.

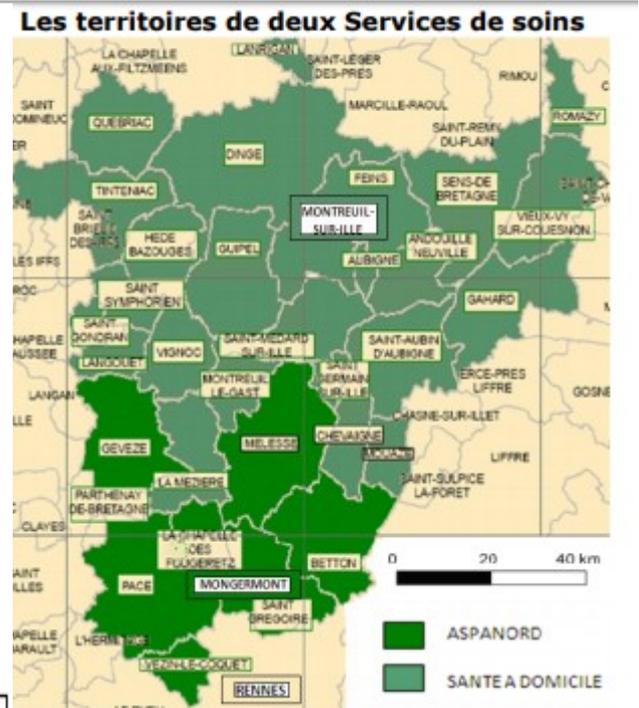
4) Territoire des Équipes spécialisées Alzheimer



CCAS Secteur Ouest
 CCAS Secteur Centre
 MFIV
 Rennes Santé



ASSAD
 du pays
 de
 Rennes



Aspanord :

- Betton
- Jezev
- La Chapelle des Fougères
- Melesse
- Montgermont
- Pacé
- Parthenay
- Saint-Grégoire
- Vezin-le-Coquet

Santé à Domicile :

- Andouillé-Neuville
- Aubigné
- Chevaigné
- Dingé

- Feins
- Gahard
- Guipel
- Hédé
- La Mézière
- Langouët
- Lanigan
- Montreuil-le-Gast
- Montreuil-sur-Ille
- Mouzé
- Québriac
- Romazy
- Saint-Aubin-D'aubigné
- Saint-Germain-sur-Ille
- Saint-Gondran
- Saint-Médard-sur-Ille
- Sens de Bretagne
- Tinténiac
- Vieux-Vy-sur-Couesnon
- Vignoc



Dans quelles communes ?

Bécherel	La Chapelle-du-Lou	Muel
Bédée	La Chapelle-Thouarault	Pleumeleuc
Bléruais	La Nouaye	Quédillac
Boisgervily	Landujan	Romillé
Bréal-sous-Montfort	Langan	Saint-Brieuc-des-Iffs
Breteil	Le Crouais	Saint-Gilles
Cardroc	Le Lou-du-Lac	Saint-Gonlay
Chavagne	Le Rheu	Saint-Malon-sur-Mel
Cintré	Le Verger	Saint-M'Hervon
Clayes	Les Iffs	Saint-Maugan
Gaël	Longaulnay	Saint-Méen-le-Grand
Iffendic	Médréac	Saint-Onen-la-Chapelle
Irodouër	Miniac-sous-Bécherel	Saint-Pern
La Baussaine	Montauban	Saint-Uniac
La Chapelle-Chaussée	Montfort-sur-Meu	Talensac
	Mordelles	Vezein le Coquet

SUGRANES, Pauline .- Évaluation du degré de certitude des médecins généralistes dans leurs connaissances sur la prise en charge médico-sociale des patients atteints de la maladie d'Alzheimer et des démences apparentées.

38 feuilles 2 tableaux. 30 cm.- Thèse : Médecine ; Rennes 1; 2018 ; N°

Résumé français

La maladie d'Alzheimer et les démences apparentées touchent environ 65 000 individus en Bretagne. Le médecin généraliste est au centre de leur prise en charge. D'après l'INPES (2009), seulement 51% se considéraient suffisamment formés. Le plan « maladies neurodégénératives » a insisté sur la nécessité d'améliorer la formation continue de tous les professionnels impliqués dans la prise en charge. L'objectif de cette thèse a été d'évaluer la certitude des médecins généralistes quant à leurs connaissances dans ce domaine.

Une étude quantitative isolée transversale a été réalisée à l'aide d'un questionnaire à questions fermées, de type Vrai-Faux avec cotation du degré de certitude. Les notions concernant la démarche diagnostique (signes d'alerte, particularités du vieillissement cognitif, parcours de soins, tests cognitifs), l'accompagnement global du patient (aides existantes, ESA, MAIA), les structures ambulatoires existantes (hôpitaux de jour gériatrique, l'accueil de jour), et l'accompagnement de l'aidant ont été évaluées. La population cible était les médecins généralistes exerçant en Ille-et-Vilaine.

Les réponses ont été majoritairement correctes à l'ensemble des questions. Les éléments connus avec certitude étaient les signes d'alertes, la prise en charge médico-sociale globale dont l'accueil de jour, la prise en charge nutritionnelle. En revanche, la MAIA, les ESA, les tests cognitifs, le vieillissement cognitif et l'accompagnement de l'aidant étaient source d'incertitude.

Les structures les plus récentes étaient méconnues des médecins généralistes. Une information claire et la mise en place de rencontres interprofessionnelles pourraient faciliter l'accès et l'utilisation des ressources disponibles sur le territoire.

Rubrique de classement : Médecine générale

Mots-clés : Médecine générale, connaissances, gériatrie, alzheimer, cognitif, Ille-et-Vilaine

Mots-clés anglais MeSH : General practitioner, knowledge, geriatric, cognitive disorders

Président : Monsieur le Professeur Dominique SOMME

JURY :
 Assesseurs : Madame le Docteur Katia FAURE [directeur de thèse]
 Monsieur le Professeur Didier MYHIE
 Monsieur le Professeur Jacques BOUGET
 Madame le Docteur Cezara HANTA
