

**UNIVERSITE PIERRE ET MARIE
CURIE
PARIS VI
FACULTE DE MEDECINE PIERRE ET MARIE
CURIE**

THESE

DOCTORAT EN MEDECINE

SPECIALITE: MEDECINE GENERALE

PAR

Mlle Cathy CHERON

Née le 18/10/1982 à Paris

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 09/01/2014

**MALADIE D'ALZHEIMER: Ressenti des jeunes
médecins généralistes sur leur formation médicale
initiale et ses déterminants**

CO-DIRECTION DE THESE: Dr Dominique TIRMARCHE et Dr Gladys
IBANEZ

PRESIDENT DE THESE: Pr Philippe CORNET

MEMBRES DU JURY: Pr Luc MARTINEZ, Dr Dominique TIRMARCHE et
Dr Gladys IBANEZ

Remerciements

Je tiens à remercier les membres du jury pour leur enseignements.

Merci à mes directeurs de thèse, le Dr Gladys IBANEZ et le Dr Dominique TIRMARCHE pour leur aide , leurs précieux conseils et leur présence parmi le jury.

Merci au Pr Philippe CORNET d'avoir accepté la présidence de cette thèse.

Merci au Pr Luc MARTINEZ d'avoir accepté d'être membre du jury.

Merci à ma famille. Merci de m'avoir supportée, dans tous les sens du terme.
Merci de votre présence à mes côtés et de votre patience.

Liste des Professeurs Universitaires - Praticiens Hospitaliers

UFR Pierre et Marie CURIE

SITE PITIE-SALPETRIERE

ACAR Christophe, Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire

AGID Yves, Fédération de Neurologie

AGUT Henri, Bactériologie-Virologie-Hygiène

ALLILAIRE Jean-François, Psychiatrie d'adultes

AMOURA Zahir, Médecine Interne

ASTAGNEAU Pascal, Epidémiologie/Santé Publique

AURENGO André, Biophysique et Médecine Nucléaire

AUTRAN Brigitte, Immunologique

BARROU Benoît, Urologie

BASDEVANT Arnaud, Nutrition

BAULAC Michel, Anatomie / Neurologie

BAUMELOU Alain, Néphrologie

BELMIN Joël, Médecine Interne, Ivry

BENHAMOU Albert, Chirurgie Vasculaire

BENVENISTE Olivier, Médecine Interne

BERTRAND Jacques-Charles, Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale

BITKER Marc Olivier, Urologie

BODAGHI Bahram, Ophtalmologie

BOISVIEUX Jean-François, Bio-statistiques et Informatique Médicale

BOURGEOIS Pierre, Rhumatologie

BRICAIRE François, Maladies Infectieuses – Maladies Tropicales

BRICE Alexis, Génétique

BRUCKERT Eric, Endocrinologue et Maladies Métaboliques

CABANIS Emmanuel, Radiologie et Imagerie Médicale

CACOUB Patrice, Médecine Interne

CALVEZ Vincent, Virologie et Bactériologie

CAPRON Frédérique, Anatomie et Cytologie pathologique

CARPENTIER Alexandre, Neurochirurgie

CATALA Martin, Cytologie et Histologie (département de génétique)

CATONNE Yves, Chirurgie Orthopédique et Traumatologique

CAUMES Eric, Maladies Infectieuses – Maladies Tropicales
CESSELIN François, Biochimie et Biologie Moléculaire
CHAMBAZ Jean, Biologie Cellulaire
CHARTIER-KASTLER Emmanuel, Urologie
CHASTRE Jean, Réanimation Médicale
CHERIN Patrick, Médecine Interne
CHIGOT Jean-Paul, Chirurgie Générale
CHIRAS Jacques, Radiologie et Imagerie Médicale
CLEMENT-LAUSCH Karine, Nutrition
CLUZEL Philippe, Radiologie et Imagerie Médicale
COHEN David, Pédiopsychiatrie
COHEN Laurent, Neurologie 4
COMBES Alain, Réanimation Médicale
CORIAT Pierre, Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale
CORNU Philippe, Neurochirurgie
COURAUD François, Biochimie et Biologie Moléculaire
DANIS Martin, Parasitologie
DAUTZENBERG Bertrand, Pneumologie
DAVI Frédéric, Hématologie Biologique
DEBRE Patrice, Immunologie
DELATTRE Jean-Yves, Neurologie (Fédération Mazarin)
DERAY Gilbert, Néphrologie
DERENNE Jean-Philippe, Pneumologie
DOMMERGUES Marc, Gynécologie-Obstétrique
DORMONT Didier, Radiologie et Imagerie Médicale
DUBOIS Bruno, Neurologie
DURON Jean-Jacques, Chirurgie Digestive
DUGUET Alexandre, Pneumologie
DUYCKAERTS Charles, Anatomie et Cytologie Pathologiques
EYMARD Bruno, Neurologie
FAUTREL Bruno, Rhumatologie
FERRE Pascal, Biochimie et Biologie Moléculaire
FONTAINE Bertrand, Fédération de Neurologie
FOSSATI Philippe, Psychiatrie d'adultes
FOURET Pierre, Anatomie et Cytologie Pathologiques

GANDJBAKHCH Iradj, Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire
GIRERD Xavier, Thérapeutique/Endocrinologie
GOROCHOV Guy, Immunologie
GRENIER Philippe, Radiologie et Imagerie Médicale
GRIMALDI André, Endocrinologie et Maladies Métaboliques
HAERTIG Alain, Médecine légale/Urologie
HANNOUN Laurent, Chirurgie Générale
HAUW Jean-Jacques, Anatomie et Cytologie Pathologiques
HELFT Gérard, Département de Cardiologie
HERSON Serge, Thérapeutique/Médecine Interne
HARTEMAN-HEURTIER Agnès, Endocrinologie et Maladies Métaboliques
HOANG XUAN Khê, Neurologie
ISNARD Richard, Cardiologie et Maladies Vasculaires
ISNARD-BAGNIS Corinne, Néphrologie
JARLIER Vincent, Bactériologie/Hygiène
JOUVENT Roland, Psychiatrie d'adultes
KATLAMA née WATY Christine, Maladies Infectieuses et Tropicales
KHAYAT David, Oncologie Médicale
KIEFFER Edouard, Chirurgie Vasculaire
KLATZMANN David, Immunologie
KOMAJDA Michel, Cardiologie et Maladies Vasculaires
KOSKAS Fabien, Chirurgie Vasculaire
LAMAS Georges, ORL
LANGERON Olivier, Anesthésiologie
LAZENNEC Jean-Yves, Anatomie/Chirurgie Orthopédique
LE FEUVRE Claude, Département de Cardiologie 5
LEBLOND née MISSENARD Véronique, Hématologie Clinique
LEENHARDT Laurence, Endocrinologie/Médecine Nucléaire
LEFRANC Jean-Pierre, Chirurgie Générale
LEHERICY Stéphane, Radiologie et Imagerie Médicale
LEHOANG Phuc, Ophtalmologie
LEMOINE François, Immunologie
LEPRINCE Pascal, Chirurgie Thoracique
LUBETZKI ép. ZALC Catherine, Fédération de Neurologie
LYON-CAEN Olivier, Fédération de Neurologie

MALLET Alain, Bio-statistiques et Informatique Médical
MARIANI Jean, Biologie Cellulaire/Médecine Interne
MAZERON Jean-Jacques, Radiothérapie
MAZIER Dominique, Parasitologie
MEININGER Vincent, Neurologie (Fédération Mazarin)
MENEGAUX Fabrice, Chirurgie Générale
MERLE-BERAL Hélène, Hématologie Biologique
METZGER Jean-Philippe, Cardiologie et Maladies Vasculaires
MONTALESCOT Gilles, Cardiologie et Maladies Vasculaires
OPPERT Jean-Michel, Nutrition
PASCAL-MOUSSELLARD Hugues, Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
PAVIE Alain, Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire
PERRIGOT Michel, Rééducation Fonctionnelle
PETITCLERC Thierry, Biophysique/Néphrologie
PIERROT-DESEILLIGNY Charles, Neurologie
PIETTE François, Médecine Interne - Ivry
PIETTE Jean-Charles, Médecine Interne
POIROT Catherine, Cytologie et Histologie
POYNARD Thierry, Hépto-Gastro-entérologie
PUYBASSET Louis, Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
RATIU Vlad, Hépto-Gastro-entérologie
RICHARD François, Urologie
RIOU Bruno, Anesthésiologies/Urgences Médico-chirurgicales
ROBAIN Gilberte, Rééducation Fonctionnelle - Ivry
ROUBY Jean-Jacques, Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
SAMSON Yves, Neurologie/Urgences Cérébro-Vasculaires
SIMILOWSKI Thomas, Pneumologie
SPANO Jean-Philippe, Oncologie Médicale
THOMAS Daniel, Cardiologie et Maladies Vasculaires
TOUITOU Yvan, Nutrition/Biochimie
TOURAINÉ Philippe, Endocrinologie et Maladies Métaboliques
VAILLANT Jean-Christophe, Chirurgie Générale
VAN EFFENTERRE Rémy, Neurochirurgie
VERNANT Jean-Paul, Hématologie Clinique
VERNY Marc, Médecine Interne (Marguerite Bottard)

VIDAILHET Marie-José, Neurologie
VOIT Thomas, Pédiatrie Neurologique
WILLER Jean-Vincent, Physiologie
ZELTER Marc Physiologie / Explorations fonctionnelles 6

SITE SAINT-ANTOINE

Hôpital SAINT-ANTOINE

ARRIVE Lionel, Radiologie

AUCOUTURIER Pierre, INSERM U 712

BALLADUR Pierre, Chirurgie générale et digestive

BARDET Jean, Cardiologie

BEAUGERIE Laurent, Gastroentérologie et Nutrition

BEAUSSIER Marc, Anesthésie-Réanimation

BERENBAUM Francis, Rhumatologie

BEREZIAT Gilbert, UMR 7079 Physiologie et physiopathologie, Campus Jussieu

BOUCHARD Philippe, Endocrinologie

CABANE Jean, Médecine interne

CAPEAU Jacqueline, Inserm U.680, Faculté de Médecine P. & M. Curie

CARBONNE Bruno, Gynécologie obstétrique

CASADEVALL Nicole, Hématologie biologique

CHAZOILLERES Olivier, Hépatologie gastroentérologie

CHOUAID Christos, Pneumologie

CHRISTIN-MAITRE Sophie, Endocrinologie

COHEN Aron, Cardiologie

COSNES Jacques, Gastro-entérologie et nutrition

DE GRAMONT Aimery, Oncologie médicale

DEVAUX Jean Yves, Biophysique et médecine nucléaire

DOURSOUNIAN Levon, Chirurgie orthopédique

DURON Françoise, Endocrinologie

DUSSAULE Jean Claude, Physiologie

FERON Jean Marc, Chirurgie orthopédique et traumatologique

FLEJOU Jean François, Anatomie pathologique

FLORENT Christian, Hépatogastro-entérologie

FUNCK BRENTANO Christian, Pharmacologie clinique

GATTEGNO Bernard, Urologie

GENDRE Jean Pierre, Gastro-entérologie et nutrition
GIRARD Pierre Marie, Maladies infectieuses et tropicales
GORIN Norbert, Hématologie clinique
GUIDET Bertrand, Réanimation médicale
HOUSSET Chantal, Biologie cellulaire – Inserm U.680, Faculté de Médecine P. & M. Curie
JAILLON Patrice, Pharmacologie clinique, Faculté de Médecine P. & M. Curie
LEBEAU Bernard, Pneumologie
LEVY Richard, Neurologie
LIENHART André, Anesthésie – Réanimation
LOUVET Christophe, Oncologie médicale
MASLIAH Joëlle, Inserm U.538, Faculté de Médecine P. & M. Curie
MAURY Eric, Réanimation médicale
MENU Yves, Radiologie
MEYOHAS Marie Caroline, Maladies infectieuses et tropicales
MILLIEZ Jacques, Gynécologie obstétrique
OFFENSTADT Georges, Réanimation médicale
PARC Yann, Chirurgie générale et digestive 7
PATERON Dominique, Service d'Accueil des Urgences
PAYE François, Chirurgie générale et digestive
PERETTI Charles-Siegfried, Psychiatrie d'adultes
PETIT Jean Claude, Bactériologie virologie
POUPON Raoul, Hépatologie et gastro-entérologie
ROSMORDUC Olivier, Hépatogastro-entérologie
ROUGER Philippe, I.N.T.S., 6, rue Alexandre Cabanel 75739 Paris cedex 15
SAUTET Alain, Chirurgie orthopédique
THOMAS Guy, Psychiatrie d'adultes
TIRET Emmanuel, Chirurgie générale et digestive
TRUGNAN Germain, Inserm U538, Faculté de Médecine P. & M. Curie
TUBIANA Jean Michel, Radiologie
VALLERON Alain Jacques, Unité de santé publique
WENDUM Dominique, Anatomie pathologique
Hôpital TENON
ANTOINE Jean Marie, Gynécologie Obstétrique et Médecine de la Reproduction
ARACTINGI Sélim, Unité de Dermatologie
ARLET Guillaume, Bactériologie

BAUD Laurent, Explorations fonctionnelles multidisciplinaires
BERNAUDIN Jean François, Histologie biologie tumorale
BONNET Francis, Anesthésie réanimation
BOUDGHENE STAMBOULI Franck, Radiologie
BREART Gérard, Gynécologie obstétrique
CADRANEL Jacques, Pneumologie
CALLARD Patrice, Anatomie pathologique
CARETTE Marie France, Radiologie
CHOSIDOW Olivier, Dermatologie et Allergologie
DARAI Emile, Gynécologie obstétrique
FRANCES Camille, Dermatologie et Allergologie
GIROT Robert, Hématologie biologique
GRATEAU Gilles, Médecine interne
GRUNENWALD Dominique, Chirurgie thoracique
HAAB François, Urologie
HOURY Sidney, Chirurgie digestive et viscérale
LACAINÉ François, Chirurgie digestive et viscérale
LACAU SAINT GUILY Jean, ORL
LACAVE Roger, Histologie biologie tumorale
LOTZ Jean Pierre, Cancérologie
MARSAULT Claude, Radiologie
MAYAUD Marie Yves, Pneumologie
MEYER Bernard, ORL et chirurgie cervico-faciale
MICHEL Pierre Louis, Cardiologie
MONTRAVERS Françoise, Biophysique et médecine nucléaire
NICOLAS Jean Claude, Virologie
PERIE Sophie, ORL
PIALOUX Gilles, Maladies infectieuses et tropicales
RONCO Pierre Marie, Néphrologie et dialyses
RONDEAU Eric, Urgences néphrologiques – Transplantation rénale 8
ROUZIER Roman, Gynécologie obstétrique
TALBOT Jean Noël, Biophysique médecine nucléaire
THIBAUT Philippe, Urologie
TOUBOUL Emmanuel, Radiothérapie
TRAXER Olivier, Urologie

UZAN Serge, Gynécologie obstétrique et médecine de la reproduction
VAYSSAIRAT Michel, Cardiologie
WISLEZ Marie, Pneumologie
Hôpital TROUSSEAU
AMSELEM Serge, Génétique
AUDRY Georges, Chirurgie viscérale infantile
BAUDON Jean Jacques, Néonatalogie
BENSMAN Albert, Néphrologie, Dialyses et transplantations pédiatriques
BILLETTE DE VILLEMEUR Thierry, Neuropédiatrie
BOCCON GIBOD Liliane, Anatomie pathologique
CARBAJAL SANCHEZ Ricardo, Urgences pédiatriques
CLEMENT Annick, Pneumologie
CONSTANT Isabelle, Anesthésiologie réanimation
COULOMB Aurore, Anatomie et cytologie pathologiques
DAMSIN Jean Paul, Orthopédie
DENOYELLE Françoise, ORL et chirurgie cervico-faciale
DOUAY Luc, Hématologie biologique
DUCOU LE POINTE Hubert, Radiologie
FAUROUX Brigitte, Gastro-entérologie et nutrition pédiatriques
GARABEDIAN Eréa Noël, ORL et chirurgie cervico-faciale
GARBARG CHENON Antoine, Bactériologie virologie
GIRARDET Jean Philippe, Gastro-entérologie et nutrition pédiatriques
GOLD Francis, Néonatalogie
GRIMFELD Alain, Pédiatrie orientation pneumologie et allergologie
GRIMPREL Emmanuel, Pédiatrie
HELARDOT Pierre Georges, Chirurgie viscérale infantile
JOUANNIC Jean-Marie, Gynécologie obstétrique
JUST Jocelyne, Pneumologie et allergologie pédiatriques
LANDMAN- PARKER Judith, Hématologie et oncologie pédiatriques
LE BOUC Yves, Explorations fonctionnelles
LEVERGER Guy, Hématologie et oncologie pédiatriques
MITANCHEZ Delphine, Néonatalogie
MURAT Isabelle, Anesthésie réanimation
RENOLLEAU Sylvain, Réanimation néonatale
RODRIGUEZ Diana, Neuro-pédiatrie

SIFFROI Jean Pierre, Génétique et embryologie médicales
TOUNIAN Patrick, Gastro-entérologie et nutrition pédiatriques
VAZQUEZ Marie Paule, Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Hôpital DEBRE
CAYRE Yvon, Hématologie immunologie
Hôpital des DIACONESSES
SEZEUR Alain, Chirurgie générale 9
Hôpital HOTEL DIEU
LEGRAND Ollivier, Hématologie oncologie médicale
MARIE Jean Pierre, Hématologie
Hôpital La Salpêtrière
ANDRE Thierry, Cancérologie
SOUBRIER Florent, Département de génétique générale
Hôpital ROTHSCHILD
AMARENCO Gérard, Rééducation fonctionnelle et neurologique
BENIFLA Jean Louis, Gynécologie Obstétrique
MIMOUN Maurice, Chirurgie plastique
THOUMIE Philippe, Rééducation neuro-orthopédique
CNHO des 15/20
BORDERIE Vincent, Ophtalmologie
LAROCHE Laurent, Ophtalmologie
PAQUES Michel, Ophtalmologie
SAHEL José Alain, Ophtalmologie
Hôpital SAINT-LOUIS
ROZENBAUM Willy, Maladies infectieuses et tropicales
DEPARTEMENT D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE EN MEDECINE GENERALE
CORNET Philippe, Médecine générale
MAGNIER Anne-Marie, Médecine générale

Serment d'Hippocrate

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Liste des abréviations

ADL Activities of Daily Living
APA Aide Personnalisée à l'Autonomie
APP Amyloid Precursor Protein
BEC 96 Batterie d'évaluation cognitive
BREF test Batterie Rapide d'Efficiéce Frontale
CCC Cas Clinique Complexe
CLIC Centre Locaux d'Information et de Coordination
CMP Centre Médicaux-Psychologiques
CODEX Cognitive Disorders Examination
DAD Disability Assessment for Dementia
DES Diplôme d'études spécialisées
DESC Diplôme d'études spécialisées complémentaire
DIU Diplôme inter-universitaire
DRASSIF Direction régionale des affaires sanitaires et sociales d'Île-de-France
DSM-IV-TR Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision
DU Diplôme Universitaire
EHPAD Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
FMC Formation Médicale Continue
FMI Formation Médicale Initiale
GDS Échelle gériatrique de dépression
GRECO Groupe de Recherche et d'Evaluation des Outils Cognitifs
HAS Haute Autorité de Santé
IADL Instrumental Activities of Daily Living
INPES Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé
INSEE Institut National de la Statistique et des Études Économiques
MA Maladie d'Alzheimer
MAIA Maisons pour l'accueil et l'intégration des malades d'Alzheimer
MDPH Maisons Départementales des Personnes Handicapées
MG Médecin Généraliste
MMSE Mini-Mental State Examination
NINCDS-ADRDA National Institute of Neurological and Communicative Diseases and Stroke-Alzheimer's Disease and Related Disorders Association
NMDA N-Methyl-D Aspartate
NPI inventaire neuro-psychiatrique
PA Personnes Âgées
PEC Prise en charge
PNNS Programme National de Nutrition santé
RSCA Recueil de situation clinique authentique
SAPAD Service d'Aide aux Personnes Âgées à domicile
SASPAS Stage ambulatoire en soins primaires et en autonomie supervisée
SSIAD Services de soins infirmiers à domicile
TSH Thyréostimuline Hypophysaire
VIH Virus de l'immunodéficience humaine

Sommaire

Liste des Professeurs Universitaires - Praticiens Hospitaliers UFR Pierre et Marie CURIE	3
Serment d'Hippocrate.....	12
Liste des abréviations	13
Sommaire	14
I Introduction	16
II Objectifs	17
III Contexte	17
III-1 Maladie d'Alzheimer	17
Quelques chiffres.....	17
Diagnostic	18
Bilan para-clinique	19
Annonce diagnostique	20
Évaluation globale	20
Évènements intercurrents et hospitalisation.....	21
Entrée en institution.....	22
Vivre à domicile	22
Les aidants	23
Prise en charge médicamenteuse.....	25
Prise en charge non médicamenteuse	26
III-2 Enseignement	27
Les stages	27
Formes d'enseignement théorique à l'Université.....	28
Formation médicale continue.....	34
IV Méthodes	35
Type d'étude et population.....	35
Élaboration du questionnaire	36
Figure 1: distribution des questionnaires	37
Recueil et analyse des données	38
V Résultats	39
V-1 Analyse descriptive	39
Caractéristiques des participants	39
Tableau 1 : caractéristiques des participants	40
L'acquisition des compétences.....	41
Tableau 2 : facteurs contributifs aux compétences actuelles	42
Histogramme 1: Formes d'enseignement les plus formatrices.....	44
Histogramme 2: Lieux d'enseignement les plus formateurs	45
Histogramme 3: Mode d'acquisition des compétences après l'Université	46
Pratique des médecins généralistes	47
Tableau 3 : pratique quotidienne des répondants	48
Thèmes considérés comme aisés ou comme posant des difficultés par les médecins.....	51
Histogramme 4: Thèmes où les médecins se sentent le plus à l'aise	51
Histogramme 5: Type de difficultés ressenties.	52
V-2 Analyse comparative	53
Tableau 4: caractéristiques des participants.....	53
Tableau 5: l'acquisition des compétences	54
Tableau 6: Pratique des médecins généralistes interrogés	55
V-3 Analyse Multi-variée	56
Tableau 7: facteurs associés à la compétence ressentie.	57
VI Discussion	58
VI-1 Résumé	58

VI-2 Forces et limites	59
VI-3 Commentaires	60
VII Conclusion	63
VIII Références bibliographiques	64
IX Annexes	71
Annexe 1: Critères diagnostiques de la démence de type Alzheimer, DSMIV	71
Annexe 2: Critères de diagnostic de la maladie d'Alzheimer, NINCDS-ADRDA	73
Annexe 3: Mini-Mental State Examination dans sa version établie par le GRECO	75
Annexe 4: Cinq mots de Dubois	77
Annexe 5: Cotation du codex.....	78
Annexe 6: BEC 96.....	79
Annexe 7: BREF test	83
Annexe 8: IADL (instrumental Activities of Daily Living)	85
Annexe 9: ADL (Activity of Daily Living - Indice de Katz)	87
Annexe 10: DAD (Disability Assessment of Dementia)	88
Annexe 11: NPI (inventaire neuro-psychiatrique)	89
Annexe 12: échelle d'agitation de Cohen-Mansfield	90
Annexe 13: Échelle d'anxiété de Hamilton.....	91
Annexe 14: GDS (échelle gériatrique de dépression)	93
Annexe 15: Mini-Zarit.....	94
Annexe 16: programme national d'enseignement	95
Annexe 17: questionnaire	99
Résumé	105

I Introduction

La peur de la maladie, de l'oubli, hante de plus en plus la personne qui avance en âge. Le mot "vieux" fait peur du fait de sa connotation négative, associé au vieillissement pathologique.

“ La démence se profile de plus en plus à l'horizon de notre vieillesse, elle viendra rompre notre vieillissement, sous le nom de maladie d'Alzheimer, pour un quart des plus de 85 ans qui en France dépasseront le million en l'an 2000” écrivait Jack MESSY dans “la personne âgée n'existe pas” [1].

Le terme de démence est stigmatisé et assimilé à la maladie mentale et la folie. Des associations tentent de le dissocier de la maladie d'Alzheimer pour faire évoluer sa représentation vis à vis du grand public [2].

La maladie d'Alzheimer est une maladie fréquente et en augmentation dans une population vieillissante: si l'on estimait à 850000 le nombre de personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées en 2007, ce nombre pourrait atteindre 1,3 millions en 2020 et 2,1 millions en 2014 [3]. Ce problème de santé publique a motivé la mise en place d'un plan maladie d'Alzheimer 2008-2012 par le gouvernement. Il avait été précédé par le plan national du bien vieillir, s'intéressant à la nutrition, l'activité physique et le lien social, le programme national de nutrition santé (PNNS) et le plan de solidarité grand âge [4,5]. Le développement de la maladie d'Alzheimer complique le vieillissement normal d'une population qui s'estime mal informée sur cette pathologie et sa réalité [6]. L'amélioration du dépistage de la maladie, l'amélioration de la qualité de vie des malades et des aidants et l'approfondissement de la maladie grâce à la recherche sont les trois axes qui sont développés dans le plan gouvernemental.

Les médecins généralistes sont au premier plan pour la prise en charge du "mal vieillir" et pourtant peuvent se considérer désarmés face à la maladie d'Alzheimer qui altère profondément la qualité de vie des malades mais aussi des aidants qui sont à haut risque d'épuisement [2,7]. Ce problème actuel inquiète aussi la population qui cherche des réponses auprès des soignants, dont leur médecin [8,9].

Le jeune médecin généraliste a donc un rôle primordial à jouer pour lequel il doit être préparé, d'autant plus que le maintien à domicile, emblématique du "bien vieillir", concerne 90% des malades atteints d'une démence d'Alzheimer légère et 30% à un stade sévère. Le médecin traitant, le soignant, l'aidant et la famille sont les maillons indispensables de cet enjeu de société prioritaire

pour eux mais aussi pour le grand public [6,10,11]

Un tel enjeu conduit à s'interroger sur les offres de formation proposées dans les universités qui concernent la maladie d'Alzheimer et sur le ressenti des jeunes généralistes quant à leur formation pour prendre en charge les patients atteints de cette maladie au début de leur exercice, d'autant plus que la formation de leurs prédécesseurs semble avoir été estimée insuffisante [12,13].

II Objectifs

Le premier objectif de cette thèse est de déterminer les facteurs permettant de se sentir compétent dans la prise en charge de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer. Un autre objectif est d'évaluer la satisfaction des médecins vis-à-vis de l'enseignement reçu au cours de la formation médicale.

III Contexte

III-1 Maladie d'Alzheimer

Quelques chiffres

La maladie d'Alzheimer est une maladie entraînant une altération de la qualité de vie et une baisse de l'espérance de vie à une époque où l'espérance de vie en bonne santé est un indice de plus en plus d'actualité. En 2009, l'espérance de vie à la naissance et sans limitation d'activité est à 63,2 ans pour les femmes et à 62,5 ans pour les hommes. L'augmentation de l'espérance de vie, induite en partie par les progrès dans le domaine médical, est accompagnée par un accroissement du nombre de personnes touchées par la maladie d'Alzheimer [14,15].

Cette pathologie lourde n'altère pas uniquement la qualité de vie des patients qui en sont atteints mais également la qualité de vie des aidants: frères, soeurs, enfants... Ils sont les aidants naturels, ceux qui viennent en aide à une personne de leur entourage, dite dépendante, pour les activités de la

vie quotidienne. Le corps médical prend ainsi en charge de son mieux des patients atteints de la maladie d'Alzheimer, mais aussi leur entourage, du diagnostic à la fin de vie.

Diagnostic

L'incidence de la maladie d'Alzheimer est estimée à 225000 nouveaux cas par an en 2009. 225000 nouvelles annonces diagnostiques et bien plus de 225 000 vies bouleversées [16]. Ce diagnostic difficile s'appuie sur des critères énoncés dans le DSM-IVTR ou le NINCDS-ADRDA [Annexes 1,2]. Ils sont utilisés pour poser le diagnostic le plus précocément possible lors d'une évaluation cognitive réalisée avec le patient ainsi qu'un accompagnant si le patient donne son accord.

La plainte est précisée. Elle ne vient d'ailleurs pas toujours du patient. Il peut parfois dissimuler longtemps certains symptômes du fait des représentations négatives de la maladie d'Alzheimer connotée de dégradation de l'image de soi et de mort psycho-sociale. C'est pourquoi même si un dépistage n'est actuellement pas recommandé dans la population générale, des examens à visée diagnostique peuvent être proposés aux personnes se plaignant de troubles cognitifs. Ces examens peuvent aussi être proposés aux personnes dont l'apparition ou l'aggravation de ces troubles sont remarqués par l'entourage, en l'absence de pathologie psychiatrique sous-jacente identifiée pouvant expliquer les modifications cognitivo-comportementales.

L'histoire de la maladie est retracée en recherchant les symptômes évoquant une détérioration intellectuelle:

- trouble de l'orientation temporo-spatiale
- trouble de la mémoire des faits récents et des faits anciens
- trouble des fonctions exécutives, du jugement et de la pensée abstraite
- trouble du langage
- difficulté à réaliser des gestes et des actes de la vie courante malgré des fonctions motrices intactes
- difficulté ou impossibilité à reconnaître des personnes ou des objets, malgré des fonctions

sensorielles intactes.

Le délai entre les premiers symptômes perçus par l'aidant et la plainte au médecin est estimé à 47 semaines pour les six pays d'Europe que sont la France, l'Allemagne, l'Italie, la Pologne, l'Espagne et le Royaume-Uni. Soixante-dix pour cent des aidants ignoraient que les symptômes étaient liés à la maladie d'Alzheimer. Près de deux tiers des aidants étaient dans le déni et 61% n'avaient pas pu évaluer le degré de gravité des symptômes. Les symptômes étaient considérés comme liés au vieillissement physiologique ou dépendants d'une autre pathologie pour respectivement 58% et 52% des aidants [2].

La durée moyenne pour poser le diagnostic oscille entre 20 et 24 mois à partir des premiers symptômes. La Haute Autorité de Santé recommandait en 2008 le *Mini-Mental State Examination*, dit MMSE [annexe 3], comme outil diagnostique pour permettre une évaluation cognitive globale et standardisée. Si l'évaluation est normale, les fonctions cognitives du patient peuvent être réévaluées 6 à 12 mois plus tard au cours d'un suivi proposé au patient [2,17]. Cependant l'âge, le niveau socio-culturel, l'état psycho-affectif sont autant de facteurs qui influent sur les résultats du test. Ils sont susceptibles de varier quotidiennement et d'un examinateur à l'autre. Le MMSE ne suffit en aucun cas à poser le diagnostic. D'autres tests de dépistage peuvent être effectués comme le test de l'horloge, qui peut bénéficier du peu de temps nécessaire à sa réalisation en consultation pour trouver un écho favorable auprès des généralistes [18] ou encore le test des cinq mots [annexe 4]... Le CODEX est un autre test mis au point par le Pr Belmin [annexe 5]. Il comporte une tâche de mémoire qui consiste à mémoriser trois mots et se les rappeler, un test de l'horloge simplifié et cinq questions d'orientation dans l'espace. Elles sont présentes dans le MMSE et réalisées en fonction des résultats aux deux épreuves précédentes [19]. Le BEC 96, dit batterie d'évaluation cognitive, est composé de dix épreuves [annexe 6]. Le BREF test, Batterie rapide d'efficacité frontale, constitue une batterie de test et est aussi parfois utilisés en consultation mémoire [annexe 7]. Le « sept minutes », test élaboré par SALOMON et coll. en 1998 est composé de quatre épreuves. Un test d'orientation, un test de mémoire, le test de l'horloge et une fluence verbale sont exécutés idéalement en sept minutes.

Bilan para-clinique

Un bilan paraclinique permet par ailleurs d'écarter des diagnostics différentiels. Sur le plan biologique, les examens prescrits sont les suivants: un dosage de la thyroïdostimuline hypophysaire

(TSH), un hémogramme, un ionogramme sanguin, une calcémie, une glycémie, une albuminémie et un bilan rénal (créatinine et sa clairance calculée selon la formule de Cockcroft et Gault). Un dosage de vitamine B12, un dosage de folates, un bilan hépatique (transaminases, gamma GT), une sérologie syphilitique, VIH ou de la maladie de Lyme sont prescrits en fonction du contexte clinique tout comme un électroencéphalogramme et une ponction lombaire. Une imagerie par résonance magnétique cérébrale est aussi programmée lors de ce bilan avant la pose du diagnostic [17].

Annonce diagnostique

Si l'ensemble de ces éléments peut permettre de poser le diagnostic, l'annonce n'est parfois jamais faite. Lors de consultations dédiées, dans un lieu adapté, le diagnostic est posé et l'annonce faite sauf par 32% des médecins généralistes [20]. Cette dernière est adaptée au patient selon sa volonté de connaître le diagnostic et sa conscience de ses troubles. « *le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose* » selon l'article 35 alinéa 1er du Code de déontologie médicale. Pour cela le patient est évalué dans sa globalité: sa personnalité, sa représentation de la maladie, son mode de vie, ses antécédents, sa volonté d'obtenir des réponses détaillées à ses questions sur sa pathologie et son désir d'informer ses proches. Certains mots peuvent être prononcés et d'autres évités comme le mot "démence". Bien que la grande majorité des Français, soit 91%, déclarent désirer se voir annoncer le diagnostic de maladie d'Alzheimer si elle se déclare, il est inutile de répéter une annonce diagnostic en cas de déni. Insister pourrait induire un traumatisme et, en cas d'angoisse majeure, une interruption de l'annonce peut aussi se révéler indispensable pour apaiser le patient et lui accorder un peu de temps. Revoir rapidement le patient permet d'évaluer l'impact de l'annonce, le ressenti du patient mais aussi son niveau de compréhension [21,22].

Évaluation globale

Une évaluation globale, cognitive, thymique, fonctionnelle est réalisée peu après l'annonce diagnostique. Elle recherche une éventuelle dépression ainsi que les répercussions éventuelles des troubles sur la vie quotidienne. Des échelles permettent des évaluations fonctionnelles initiales puis

en cours de suivi. L'*Instrumental Activities of Daily Living* (IADL), *Activities of Daily Living* (ADL), *Disability Assessment for Dementia* (DAD) sont du nombre. Les éléments comme le risque de chutes, le poids, le sommeil, la désorientation spatiale à l'intérieur ou à l'extérieur du domicile et les conflits sont évalués lors d'une visite longue à domicile par le médecin généraliste.[Annexes 8,9,10] Il assure le suivi en partenariat avec de multiples intervenants, dont neurologue, neuropsychologue et psychiatre. Ce partenariat permet de planifier au mieux l'avenir, d'assurer une prise en charge thérapeutique, médico-sociale et un accompagnement adaptés, de prévenir différentes situations problématiques pouvant survenir comme des troubles du comportement ou encore une hospitalisation.

Évènements intercurrents et hospitalisation

Les troubles dits du comportement sont multiples: agitation, cris, opposition, agressivité, désinhibition, hallucination, perturbation du cycle nyctéméral. Pour les évaluer, des outils d'évaluation sont proposés comme l'inventaire neuro-psychiatrique (NPI) ou l'échelle d'agitation de Cohen-Mansfield [annexes 11,12]. Une étiologie somatique ou psychiatrique est recherchée, ainsi qu'un facteur déclenchant même si l'on peut les considérer comme multifactoriels.

Les psychotropes ne sont à utiliser qu'en l'absence d'étiologie somatique ou iatrogène et seulement après l'échec des techniques de soins. Les psychotropes à demi-vie courte, sur des durées de prescription brève, sont à privilégier.

L'inventaire neuro-psychiatrique (NPI) est recommandé pour évaluer des troubles perdurant entre plusieurs jours. Il évalue la fréquence et la sévérité de douze symptômes fréquents ainsi que leur retentissement sur l'aidant. Le NPI nécessite néanmoins une formation de l'aidant . [23,24]

En cas d'aggravation de ces troubles cognitifs ou de pathologie intercurrente rendant la prise en charge à domicile impossible de par l'état du patient, le médecin peut utiliser au mieux sa connaissance du système de soin et des réseaux pour gérer au mieux la situation.

Entrée en institution

Une information au patient et à sa famille sur la maladie permet également une préparation à une éventuelle entrée en institution. Cette préparation est préférable à une entrée en urgence qui peut être vécue difficilement tant par la personne malade que par les aidants. L'idéal serait de préparer progressivement cette entrée bien avant le moment où le placement devient incontournable du fait de l'évolution de la maladie. Actuellement la décision est le plus souvent perçue par le résident comme imposée. C'est particulièrement le cas si la perte d'autonomie dans la toilette, l'habillage et dans la gestion financière quotidienne est importante, s'il participe peu aux choix réalisés par sa famille proche, s'il est célibataire et s'il est relativement jeune. Inclure la personne atteinte de la maladie dans la décision permet d'influencer son vécu au sein de l'institution. [25]

Vivre à domicile

Si la maladie d'Alzheimer est la principale cause d'entrée en institution, environ 80% des patients atteints de la maladie d'Alzheimer vivent à domicile. Ils peuvent être épaulés ainsi que leurs aidants par des partenaires et des structures multiples pour l'information, la coordination et le soutien [24].

Les réseaux gérontologiques permettent de coordonner les ressources, qu'elles soient humaines ou institutionnelles, pour répondre plus rapidement à des besoins qui nécessitent une adaptation constante.

Les centres locaux d'information et de coordination (CLIC) où l'accueil, le soutien, l'évaluation des besoins et l'élaboration ainsi que le suivi d'un plan d'aide personnalisé sont proposés.

Les centres "mémoire" se composent des centres médicaux-psychologiques (CMP) et des centres de recherche et de ressources dans lesquels sont menés des travaux de recherche dans le domaine de la mémoire.

Les SSIAD, services de soins infirmiers à domicile créés dans les années 1970, sont composés pour 80% d'aides soignants qui assurent 80% des visites à domicile. Plus de deux-tiers des patients concernés sont âgés d'au moins 80 ans et y font appel pour la toilette et l'habillage, un quart sont alités ou en fauteuil. Treize pour cent des visites sont réalisées par des infirmiers libéraux qui

prennent en charge la coordination des soins et des actes infirmiers plus techniques que les soins de nursing [26].

Les SAPAD, services d'aide aux personnes âgées à domicile, aident les personnes à demeurer au domicile le plus longtemps possible en accomplissant ou en aidant à accomplir certaines activités de la vie quotidienne. Pour deux-tiers des usagés, majoritairement des femmes isolées, il s'agit surtout de tâches ménagères et la durée hebdomadaire de l'aide accordée, bien que très variable, est en moyenne de dix heures [27].

Les associations comme la Fondation Médéric Alzheimer ou France Alzheimer, soutenues financièrement par le ministère de la santé, proposent des plates-formes téléphoniques, un café-Alzheimer ou encore des groupes de parole, où une dizaine de personnes volontaires partagent leurs expériences et leur vécu régulièrement au cours de réunions. Elles proposent aussi des groupes d'information et d'échange, où un animateur intervient selon un thème donné, pour apporter soutien et conseils [28].

Les aidants

L'association France Alzheimer propose des formations aux aidants pour essayer de préserver la qualité de vie à domicile. Parmi les aidants, 70 % des conjoints et 49 % des enfants consacrent plus de six heures par jour à aider ces patients. Le profil de l'aidant correspond plutôt à une personne de sexe féminin dans 62% des cas, âgée de 75 à 84 ans ou de 55 à 64 ans. Ce profil est à rapprocher des concubains ou des aînés des fratries [29].

Des échelles telles que l'échelle d'anxiété d'Hamilton, l'échelle gériatrique de dépression (GDS), le mini-Zarit, considéré comme une évaluation du « fardeau » de l'aidant, peuvent aider le médecin généraliste à repérer une souffrance psychique de l'aidant au cours de consultations. Des consultations lui sont réservées et permettent d'apprécier l'état général de l'aidant, son état psychique, son statut nutritionnel sans oublier son degré d'autonomie. Son autonomie est souvent malmenée par l'accompagnement d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer [annexes 13,14,15].

Les besoins du couple aidant/personne malade se portent pour 92% sur l'aide ménagère, 89% sur la sphère psychosociale, 82% sur la mobilité à l'intérieur et l'extérieur du domicile, 80% sur la gestion des finances, 79% sur les soins et l'accompagnement, 79% sur la santé, 66% sur les soins corporels

et l'hygiène, 36% sur le soutien financier [29]. L'aidant se heurte ainsi à la difficulté d'être oublié, de communiquer, de décider pour un autre, que ce soit pour la gestion du budget, la mise sous tutelle ou l'entrée en institution. Sans parfois savoir quoi faire, il essaie de gérer son sentiment de culpabilité tout en essayant de ne pas se démotiver et de ne pas entrer dans un processus de deuil anticipé. [6]

L'aidant en vient parfois à négliger ses propres problèmes de santé comme les états anxio-dépressifs, l'asthénie, les troubles du sommeil, l'amaigrissement, les pathologies cardio-vasculaires ainsi que son isolement social [29]. Des interventions auprès d'eux permettent d'atténuer leur stress et par conséquent d'améliorer le bien être du malade [30]. Ces interventions facilitent la modification du lien affectif aidant-aidé pour éviter qu'il soit rompu par la maladie et l'oubli. Elles dispensent des connaissances sur la maladie et les troubles du comportement, les moyens de communication verbaux ou non verbaux et les bénéfices des tâches quotidiennes. Les notions de "thermomètre émotionnel" et d'équilibre entre les soins prodigués et l'auto-préservation ainsi que l'effet du stress sur sa propre attitude y sont abordés. Les bases de la stimulation cognitive et des soins liés à la perte d'autonomie, comme entre-autre les techniques de transfert, l'habillage et l'adaptation du logement, y sont posées [31].

Des accueils de jour, des hébergements temporaires, les accueils et gardes de nuit, l'accueil familial temporaire et des plateformes d'accompagnement et de répit permettent de soulager l'épuisement de l'aidant. Les arrondissements du nord de Paris (8^e, 9^e, 10^e, 17^e, 18^e, 19^e) sont couverts par la plateforme d'accompagnement DELTA 7. Elle est supervisée par une coordinatrice sociale et une psychologue clinicienne. Ces structures permettent aussi d'entretenir les acquis et la socialisation de la personne malade et de réduire les tensions, y compris dans l'ensemble de la structure familiale touchée elle aussi, directement ou indirectement.

Les consultations annuelles dédiées à l'aidant et prévues par le plan Alzheimer 2008-2012 offrent la possibilité de faire de la prévention générale ou plus orientée. L'altération de la qualité de vie de l'aidant, induite par l'accompagnement, touche aussi bien les domaines physiques que psychiques ou encore économiques. Ces thèmes peuvent nécessiter bien entendu des consultations supplémentaires en fonction des situations particulières afin de discuter de la question de l'état de santé de l'aidant, de ses difficultés rencontrées sur le plan médico-psycho-social et celles liées à l'accompagnement. Par exemple, la situation financière est souvent compliquée. Différentes aides comme les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) proposent une carte d'invalidité mais aussi une aide financière telle que la Prestation Compensatrice du Handicap et l'Allocation pour Adultes Handicapés pour les moins de 60 ans. L'aide sociale départementale et

l'Allocation Personnalisée pour l'Autonomie, proposées par le conseil général, ou encore la prise en charge à 100% par la caisse d'assurance maladie peuvent être abordées. Enfin c'est aussi l'occasion de vérifier la concordance entre les besoins de l'aidant et les aides ou structures mises en place et celles qui permettraient à l'aidant d'être relayé. Une consultation annuelle auprès d'un gériatre ou d'un neurologue ainsi qu'une consultation semestrielle, conseillées aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, permettent aussi d'aborder ce point.

Prise en charge médicamenteuse

La prise en charge médicamenteuse et non médicamenteuse de la maladie d'Alzheimer est aussi discutée lors de ces dernières consultations. Les traitements médicamenteux, dont les attentes doivent être préalablement discutées avec le patient, sont initiés par les neurologues, psychiatres et gériatres. Une fois la balance bénéfice-risque prise en compte et comprise, le choix du traitement se fait entre les quatre médicaments pris en charge à 100% dans le cadre du traitement symptomatique de la maladie d'Alzheimer: Le donépézil (Aricept^R), la galantamine (Reminyl^R), la rivastigmine (Exelon^R) et la mémantine (Ebixa^R). La mémantine, antagoniste des récepteurs N-méthyl-D-aspartate (NMDA), diminue le taux de glutamate, autre neurotransmetteur, qui est élevé chez ces personnes. Les médicaments anti-cholinestérasique bloquent la dégradation de l'acétylcholine qui est un neurotransmetteur en quantité moindre chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Un inhibiteur de la cholinestérase est préféré au stade léger et un antiglutamate au stade sévère. Les deux traitements sont possibles au stade modéré. La commission de Transparence de la Haute Autorité de Santé avait estimé que le service médical rendu était positif mais que son amélioration restait toutefois mineure. En effet les quatre médicaments cités ci-dessus, dont les effets symptomatiques sont démontrés, restent les seuls indiqués dans cette pathologie lourde et fréquente. L'effet à court terme sur les troubles cognitifs, même modéré, est difficilement établi et encore plus sur les troubles du comportement. Ces traitements ne sont en aucun cas aptent à empêcher l'histoire naturelle de la maladie mais ils peuvent entraîner une amélioration dans le quotidien. Ils offrent par ailleurs une occasion supplémentaire de faire un point sur la prise en charge médico-psycho-sociale [17,32].

Prise en charge non médicamenteuse

La prise en charge englobe ainsi les traitements non médicamenteux que sont l'orthophonie, la stimulation cognitive, le soutien psychologique, la kinésithérapie dont la stimulation motrice et la prévention des chutes, l'ergo-psychomotricité. Les thérapeutiques cognitives [33,34] comme les ateliers "mémoire", les référentiels pour l'exercice mnésique et la revalidation cognitive ainsi que les thérapeutiques non cognitives comme les rééducations de l'orientation, les thérapies par évocation du passé ou empathie, l'arthérapie et les stimulations sensorielles [35] se développent en France. Leur efficacité clinique n'est pas toujours reconnue sur les troubles cognitifs, sur le comportement et la qualité de vie [34,36].

Toujours dans l'optique d'une prise en charge plus globale, y compris de l'entourage des patients, la prévention de la maladie d'Alzheimer est en cours d'étude. En dehors des facteurs de risque non modifiables que sont l'âge, le sexe, l'allèle E4 sur le gène de l'apolipoprotéine E, des facteurs de risque offrent des pistes de prévention. Ces facteurs sont l'hypertension artérielle, le diabète, le surpoids, le tabac, l'alcoolisme chronique, l'athérosclérose, les accidents vasculaires cérébraux, la fibrillation auriculaire, et l'hyperhomocystéinémie. D'autres moyens de prévention restent à prouver mais concordent tout à fait avec la notion d'hygiène de vie, indissociable de la prévention d'autres pathologies en particulier cardio-vasculaires: une alimentation saine, un exercice physique régulier, une stimulation intellectuelle et une vie sociale active [36].

Dans le cadre de la recherche, une "vaccination" qui viserait à détruire les dépôts amyloïdes, fruits de la fragmentation de la protéine APP en peptides A-bêta 40 et 42, par l'injection d'anticorps est une des voies explorées. Dans ce même objectif, l'inhibition des enzymes responsables de la fragmentation de l'APP pourrait permettre de réduire le nombre de dépôts. La dégénérescence neurofibrillaire des neurones est aussi étudiée, en particulier de la protéine Tau, hyperphosphorylée dans la maladie d'Alzheimer, dont la modification contribue à la mort neuronale [36].

Toutes ces différentes prises en charge variées et multidisciplinaires concordent à conserver ou à tenter d'améliorer la qualité de vie du patient et de l'aidant ainsi qu'à lutter contre la peur du "mal vieillir", de l'inéluctable, de l'abandon et de la perte de dignité souvent associée à la maladie d'Alzheimer dans l'imaginaire collectif.

III-2 Enseignement

Pour faire face à la prise en charge complexe qu'est celle des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, il est bien entendu dispensé un enseignement aux médecins généralistes lors de leur formation initiale. Le DES de médecine générale a été créé en 2004. Il comprend une formation pratique lors de stages et 200 heures d'enseignement théorique reprenant le programme national [37].

Les stages

Une maquette nationale permet également de garder une certaine uniformité dans la formation des futurs praticiens. Quatre stages de six mois chacun sont obligatoires dans cette maquette:

- la pédiatrie ou la gynécologie-obstétrique
- les urgences
- la médecine polyvalente (gériatrie, médecine interne en général)
- le stage de niveau I chez le praticien

Deux autres stages de six mois, dit libres, complètent la maquette dans laquelle au moins un stage en centre hospitalier universitaire est obligatoire. Au cours des deux derniers stages, il est offert la possibilité de réaliser un stage de niveau II chez le praticien aussi appelé « stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée » ou « SASPAS ».

Ces stages offrent également la possibilité d'auto-formation comme lors de l'élaboration des traces d'apprentissage qui entrent dans la constitution du portfolio, dossier rendant compte du travail de l'étudiant et dont le contenu varie d'un individu à un autre. Le portfolio peut contenir des recueils de situations cliniques, des comptes-rendus d'activités exercées en stage comme les réunions et les exposés, compte rendu de lectures ou d'entretien avec ses pairs ou tuteurs. Le support peut être papier ou informatique. Toutes ces options accroissent l'acceptabilité du projet, s'appuyant sur des recommandations, pour permettre à l'étudiant de porter un regard critique sur son développement et ses pratiques professionnelles [38].

Si la formation initiale dans le cadre de la maladie d'Alzheimer n'est pas opportune pendant le stage de pédiatrie et de gynécologie-obstétrique, les autres stages de la médecine de ville, des urgences et hospitaliers peuvent permettre une vision d'ensemble de la prise en charge de patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Une formation plus théorique peut aussi être donnée sur les lieux de stages par des médecins hospitaliers ou au cours de staffs.

Formes d'enseignement théorique à l'Université

À l'Université, l'enseignement est donné sous différentes formes: les groupes de pairs, les enseignements tutorés, les ateliers, la réalisation de traces d'apprentissages s'inscrivant dans la réalisation d'un portfolio, les enseignements optionnels, la réalisation de la thèse, les diplômes universitaires et inter-universitaires, les DESC, les enseignements dirigés.

Groupes de pairs

Les groupes de pairs, très appréciés des étudiants, sont des enseignements dont l'approche est centrée sur l'apprentissage, où enseignants comme étudiants définissent ensemble leurs objectifs. Ils sont déterminés par le programme national mais aussi par l'expérience personnelle des participants et leur besoin de combler certaines failles en termes de connaissance suites aux questions posées et aux débats. Le formateur, qui aura permis au début de sécuriser les étudiants voir d'animer les débats, sera ainsi de plus en plus discret pour laisser place aux interactions entre pairs. Il est une source d'information comme de conseil sur les objectifs de travail du groupe, qui est composé de huit à douze membres, pour la prochaine rencontre où une rotation des tâches, comme celles d'animateur ou de secrétaire, sera réalisée [37,39,40].

Tutorat

Les enseignements tutorés sont des espaces-temps où les enseignants tiennent le rôle de mentors. Ils guident les étudiants dans l'élaboration de leurs traces d'apprentissage et leur préparation à la validation de leur cursus. Ce travail individualisé est apprécié par les étudiants qui peuvent s'exprimer plus facilement en petit groupe ou en entretien individuel et ce parfois sur des sujets seulement indirectement liés à l'enseignement médical comme sur la vie professionnelle ou l'utilisation d'outils [41,42].

Ateliers

Les ateliers fusionnent l'enseignement théorique et pratique puisqu'ils offrent aux enseignants de faciliter l'apprentissage et l'interaction parmi un petit groupe d'étudiants en stage de ville de niveau I sur des points précis rencontrés dans l'exercice professionnel [43].

Cas cliniques complexes et Recueil de Situations Cliniques Authentiques

Les stages sont l'occasion de réaliser les recueils de situations cliniques authentiques ou les cas cliniques complexes dans lesquels contrairement aux méthodes d'apprentissage dites « centrées sur l'enseignant » l'étudiant détermine lui-même son besoin en connaissances: celles qui lui ont manquées et qu'il cherche à acquérir pour se former au mieux [39].

Thèse

La thèse, obligatoire et décrite comme contraignante et anxiogène, n'est pas uniquement un mode de validation des études médicales. Elle est aussi devenue un outil d'apprentissage qui s'inscrit dans un travail de recherche voire de publication pour l'étudiant qui peut ainsi développer la

spécialité de médecine générale [44].

Enseignements optionnels et mutualisés

Les enseignements optionnels et les enseignements mutualisés sont proposés par les facultés de médecine.

Le séminaire « entrée dans la vie professionnelle » se déroule deux fois par an et propose plusieurs ateliers reconduits plusieurs fois.

La Journée de Médecine Générale d'Ile-de France fête déjà son vingt-cinquième anniversaire cette année. Un thème différent y est abordé chaque journée sous forme de treize ateliers, pour que chaque participant puisse en choisir trois, et se clôture par la remise du prix de thèse de médecine générale d'Île-de-France d'Albert Herceck.

De plus en plus de formations sont proposées au sein des universités par des médecins généralistes enseignants pour répondre aux besoins des étudiants.

DU et DIU

Les diplômes universitaires et les diplômes inter-universitaires sont nombreux. Au sein des sept facultés de médecine générale en Île-de-France, ils abordent parfois, pour l'année universitaire 2012-2013, la prise en charge de la personne âgée mais peu sont consacrés uniquement à la maladie d'Alzheimer.

La faculté de médecine Pierre et Marie Curie, Paris VI possède à son actif [45]:

- le DU « FMC des médecins généralistes » qui consacre deux à quatre heures sur le diagnostic et la prise en charge de la maladie d'Alzheimer un an sur deux.
- le DU « accompagnement et fin de vie »
- le DU « éducation thérapeutique en gériatrie »

- le DU « gérontologie »
- le DU « géronto-psychiatrie »
- le DU « médecin coordonnateur d'EHPAD en enseignement à distance »
- le DIU « la mémoire et ses troubles. Neuropsychologie et Psychiatrie »
- le DIU « nutrition du sujet âgé »
- le DIU « soins palliatifs et d'accompagnement »
- le DIU « Thérapeutique médicale et médicaments chez les personnes âgées »

La faculté de médecine Paris Est Créteil- Val-de-Marne, Paris XII propose [46]:

- le DU « évaluation gérontologique »
- le DU « procédures de soins en gériatrie »
- le DU « neuropsychiatrie du vieillissement »
- le DU « nutrition et vieillissement »
- le DIU « Thérapeutique médicamenteuse et médicaments chez les personnes âgées »

L'Université Paris-Sud XI présente [47]:

- le DU « prévention du vieillissement pathologique »
- le DU « soins palliatifs et d'accompagnement »

L'Université de médecine Paris Ile-de-France Ouest a dans ses choix de DU [48]:

- le DU « problèmes éthiques soulevés par la prise en charge des personnes âgées »

L'Université Paris XIII- Paris Nord enseigne [49]:

- les DU de « gérontologie »
- le DU « gérontopsychiatrie »
- le DIU « accompagnement et soins palliatifs »

L'Université Paris V Descartes met en avant [50]:

- le DIU « diplôme de mise à niveau en vue de la qualification à l'exercice en médecine générale et ambulatoire » qui est organisé en partenariat avec les Universités Paris VII et Paris XII
- le DU de « connaissances psychologiques destinées aux médecins et aux professionnels du secteur paramédical »
- le DU de « formation médicale permanente des médecins généralistes ».

L'Université Paris Diderot Paris VII a participé à la conception du [51,52]:

- DU de « FMC des médecins généralistes » est aussi proposé dans cette université
- DIU « coordination, hospitalisation à domicile et réseaux de santé »
- DU « évaluation des pratiques en médecine des soins primaires »
- DU « évaluation des pratiques professionnelles en gériatre »
- DIU « rééducation fonctionnelle de l'équilibre ».

Les DU et DIU dédiés à la maladie d'Alzheimer sont au petit nombre de deux en Île-de-France :

- Le DIU « maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés: approches cognitives, psychothérapeutiques, comportementales, environnementales et éducatives » est proposé par l'Université Paris VII et par l'Université Pierre et Marie Curie à tous les professionnels impliqués dans la prise en charge de la maladie d'Alzheimer, y compris les internes de médecine générale, pour les aider à construire des projets de soins personnalisés. Ce DIU, finalisé par un mémoire, se déroule sur 130 heures réparties sur un an et aborde l'approche cognitive, psychothérapeutique, comportementale, éducative mais aussi l'environnement et l'art thérapie [45,51,52].
- Le DU « maladie d'Alzheimer et démences apparentées, du diagnostic précoce à la prise en charge » est présenté à la faculté de médecine Paris Est-Créteil- Val-de-Marne. Quatre séminaires de deux jours et deux demi-journées de stage en consultation mémoire et un mémoire retracent sur un an les connaissances nécessaires au médecin généraliste confronté à cette maladie qu'il s'agisse du diagnostic, des troubles du comportement, de la prise en charge médicamenteuse ou non médicamenteuse, à domicile ou en institution, juridique ou

sociale et bien sûr en réseau de soins [46].

DESC

Les Diplômes d'études spécialisées complémentaires de cancérologie/option Réseaux, d'addictologie, de nutrition et de gériatrie sont accessibles aux internes de médecine générale à la fin du quatrième semestre de médecine générale, uniquement s'ils ont validé les quatre stages obligatoires et leurs traces d'apprentissage, sur candidature auprès des coordinateurs du DESC. Pour valider le DESC de gériatrie d'Île-de-France, au moins trois stages doivent avoir été effectués dans les services de gériatrie validant le DESC dont au moins un au cours des quatre premiers stages validant le DES de médecine générale. La composition d'un mémoire et la présence aux séminaires de la capacité de gérontologie d'Île-de-France et à ceux spécifiquement organisés pour les étudiants inscrits au DESC de gériatrie en sont aussi les conditions de validation [53].

Enseignements dirigés

Les cours magistraux sont aussi nommés enseignements dirigés. L'apprentissage y est dirigé par l'enseignant pour y transmettre ses connaissances. Trois pour cent du volume horaire des cours du troisième cycle de l'Université Paris 13-Bobigny avait pour sujet le vieillissement et le maintien à domicile en 2011-2012. Quatre des deux cent heures de cours théoriques étaient consacrés au suivi au long cours ou aux pathologies aiguës en gériatrie à la faculté de médecine Paris 11-Sud en 2012-2013. Deux heures étaient consacrées à la plainte mnésique en médecine générale et deux heures à la dépendance de la personne âgée à la faculté Paris 6- Pierre et Marie Curie en 2012-2013. Dans ces cours magistraux, les matières enseignées sont déterminées par les facultés et les départements cliniques selon le programme national d'enseignement.

Le programme national d'enseignement en médecine générale

Le programme national de l'enseignement en médecine générale contient de nombreux items permettant d'aborder la maladie d'Alzheimer dans sa globalité. [Annexe 16]

Le module 2 s'intéresse au maintien à domicile, à la dépendance et aux structures de maintien à domicile des personnes âgées, aux soins palliatifs et aux patients en fin de vie ainsi qu'à la relation médecin-malade.

Le module 3 couvre en partie cette prise en charge complexe en soulevant les stratégies décisionnelles et le problème de la polymédication.

Les pathologies courantes, pouvant aussi toucher le patient atteint de la maladie d'Alzheimer, sont abordées dans le module 4.

Le module 5, ayant pour thème l'exercice professionnel, met en lumière des situations régulièrement rencontrées lors de la prise en charge de la maladie d'Alzheimer, que ce soit des questions liées à l'éthique, aux réseaux ou à l'hospitalisation.

Le premier module se consacre à la stratégie documentaire qui se révèle extrêmement utile au cours de la formation continue [37].

De plus un point spécifique à la maladie d'Alzheimer serait en cours d'élaboration au sein de l'Université Médicale Virtuelle Francophone par un groupe de travail et le collège des enseignants. Un intérêt particulier devrait être porté sur la formation au relationnel [28].

Formation médicale continue

Une formation médicale continue est proposée aux médecins généralistes pour parfaire leurs connaissances dans un domaine particulier sous forme de séminaires, colloques, revues scientifiques. Cette formation peut être une occasion de se pencher d'avantage sur la maladie d'Alzheimer si le jeune médecin généraliste le souhaite. Le contenu de la formation est en effet le premier critère intervenant dans le choix de la formation médicale continue. Ce critère devance même le lieu de la formation, l'indépendance, la convivialité ou le nom de l'organisme formateur, ou

encore l'indemnisation [54].

Dans le cadre de cette formation, l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé offre quelques précieux repères pour la pratique des généralistes s'inscrivant dans le Plan Alzheimer 2008-2012 et de la visite longue au domicile du patient. Elle permet de renouer avec le projet de soin ou de le réadapter en fonction de l'évaluation gérontologique, des besoins et de la vie quotidienne de l'aidant et le malade. L'INPES informe à cette occasion le médecin et son patient de la possibilité de s'adresser aux Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer, nées du Plan Alzheimer. Ces maisons aident le médecin généraliste à coordonner les différentes structures de soins[20].

Les médecins peuvent aussi rechercher l'information et la formation auprès de sociétés de formations indépendantes. Au cours de l'année 2012 une de ces sociétés, la Société de Formation Thérapeutique du Généraliste, a proposé quatre formations ayant pour thème "les personnes âgées" sur les soixante-dix formations. Une formation était consacrée uniquement à la maladie d'Alzheimer afin de répondre aux questions des médecins sur l'accompagnement des malades et de leurs proches tout au long de la maladie [55].

Les patients et les aidants professionnels peuvent parfois considérer le médecin généraliste comme manquant de formation, en particulier de formation pratique, mais aussi d'implication et de disponibilité [13]. Néanmoins, dans le souci d'une prise en charge compétente de patients atteints de la maladie d'Alzheimer, les médecins peuvent profiter des nombreux enseignements proposés lors de leur parcours professionnel.

IV Méthodes

Type d'étude et population

Une étude transversale a été réalisée auprès de jeunes médecins généralistes dont le mail était présent sur des sites de remplacements et d'échanges entre confrères : « <http://www.annonces-medicales.com> », « <http://www.doc112.com> », « <http://medecin-remplacant.com> », « <http://www.medi-emploi.net> », « www.media-sante.com ». Les critères d'inclusion étaient des médecins généralistes exerçant en France, âgés de moins de 35 ans, remplaçants (thésés ou non) ou

installés. Les participants étaient contactés par mail pour leur demander de participer à l'étude. L'étude s'est déroulée entre octobre 2010 et juin 2011. Au total, 779 médecins ont été contactés.

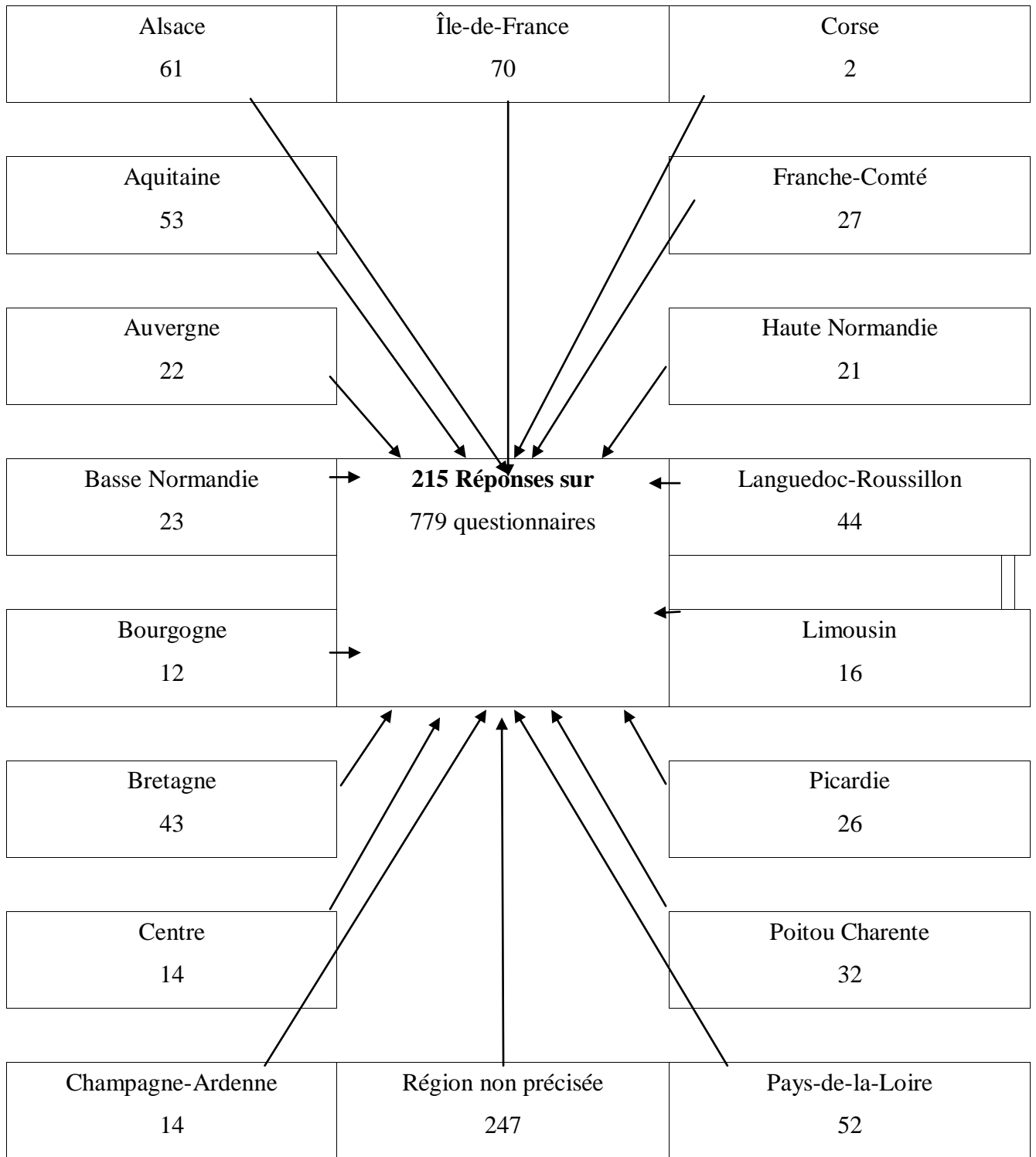
Élaboration du questionnaire

Le questionnaire a été élaboré au cours de concertations avec l'aide de deux médecins généralistes. Ce questionnaire a été réalisé sur « Microsoft Word^R » puis transféré sur « Google questionnaire^R ».

Le questionnaire était accompagné d'une lettre de présentation [annexe 17]. La répartition des réponses selon les régions a été décrite dans la figure 1.

Le questionnaire comportait trois parties : une première partie de questions précisant les caractéristiques des participants ; une seconde partie décrivant leur opinion vis à vis de leur formation à la maladie d'Alzheimer et à une dernière partie décrivant leur pratique face à cette pathologie.

Figure 1: distribution des questionnaires



Recueil et analyse des données

Sur les 779 questionnaires envoyés, 218 réponses ont été rendues dans 18 régions françaises, soit un taux de réponse de 28%. Trois n'ont pas pu être prises en compte à cause de la spécialité: un urgentiste, un assistant hospitalier, un gériatre.

Les 215 réponses ont été anonymisées puis transférées sous forme numérique dans un tableau Excel. Une analyse statistique a été réalisée sur le logiciel SAS Version 9.2. L'analyse descriptive a été complétée d'une analyse comparative des caractéristiques des médecins se considérant compétents ou non dans la prise en charge de la maladie d'Alzheimer. Un $p < 0,10$ a été considéré comme significatif pour la sélection du facteur dans une analyse multi-variée. Les résultats ont été présentés sous forme d'Odds Ratio et d'intervalle de confiance à 95%.

V Résultats

V-1 Analyse descriptive

Les résultats ont été présentés en trois parties. La première a décrit le profil des médecins et leur compétence ressentie pour prendre en charge une personne atteinte d'une maladie d'Alzheimer ; la seconde a décrit leur avis sur leur formation médicale concernant la maladie d'Alzheimer et la dernière partie a décrit leur pratique.

Caractéristiques des participants

Les résultats de la première partie ont été présentés sous la forme du tableau 1. Les questions précisaient le statut des répondants : remplaçants ou non, leur âge, leur exercice en tant que remplaçant, l'année de thèse des médecins. Une question interrogeait les médecins sur leur ressenti dans la prise en charge d'une personne ayant la maladie d'Alzheimer.

Plus de deux tiers des réponses provenaient de remplaçants, 6% d'installés et 24,8% d'internes en service hospitalier ou en stage en ville. Un tiers des remplaçants avaient une activité de remplacements fixes et 2/3 une activité de remplacements ponctuels. Trois-quarts des médecins ayant répondu à ce questionnaire n'avaient pas encore soutenu leur thèse. La moyenne d'âge était de 29,1 ans.

Près de 46% des médecins interrogés s'estimaient compétents alors que 54% ne s'estimaient pas vraiment compétents.

Tableau 1 : caractéristiques des participants

Variables	%	N	Valeurs manquantes
Statut			
Remplaçant	69.2	148	1
Installé	6.0	13	
Autre	24.8	53	
Exercice régulier			
oui	33.5	57	45
non	66.5	113	
Année de soutenance de la thèse			
Pas de réponse	74.8	161	0
Avant 2009	9.3	20	
De 2009 à 2011	15.8	34	
Age des répondants			
Moins de 28ans	28.6	52	3
de 28 à 30 ans	63.2	115	
Plus de 30ans	8.2	15	
Ressenti vis-à-vis de leurs compétences actuelles			
plutôt compétents	45.8	97	3
plutôt non compétents	54.2	115	

L'acquisition des compétences

Les méthodes d'acquisition de cette compétence ont été explorées dans la deuxième partie du questionnaire en demandant au praticien si sa formation médicale initiale, sa formation médicale continue, la présence d'un proche atteint de la maladie d'Alzheimer dans leur entourage ou le suivi d'un patient atteint de cette maladie avait contribué à ses compétences actuelles.

Dans le cadre de sa formation médicale initiale, le médecin avait précisé s'il était satisfait de sa formation sur la maladie d'Alzheimer dispensée lors du troisième cycle et, dans le cadre de sa formation médicale continue, s'il avait effectué une formation sur ce thème. Les résultats ont été décrits dans le tableau 2.

Plus d'un quart des répondants avait considéré que la formation médicale initiale avait pu contribuer à leurs compétences sur la prise en charge des patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Plus d'un quart des médecins étaient satisfaits de leur troisième cycle ainsi que de la formation médicale continue. Cette dernière réponse était tout de même à nuancer puisqu'à peine plus de douze pour cent des personnes interrogées avait réalisé une formation médicale continue sur la maladie d'Alzheimer depuis leur sortie de l'université. Près de 49% des médecins généralistes avaient eu au moins un patient ayant participé directement ou indirectement à l'acquisition de leurs compétences actuelles.

Tableau 2 : facteurs contributifs aux compétences actuelles

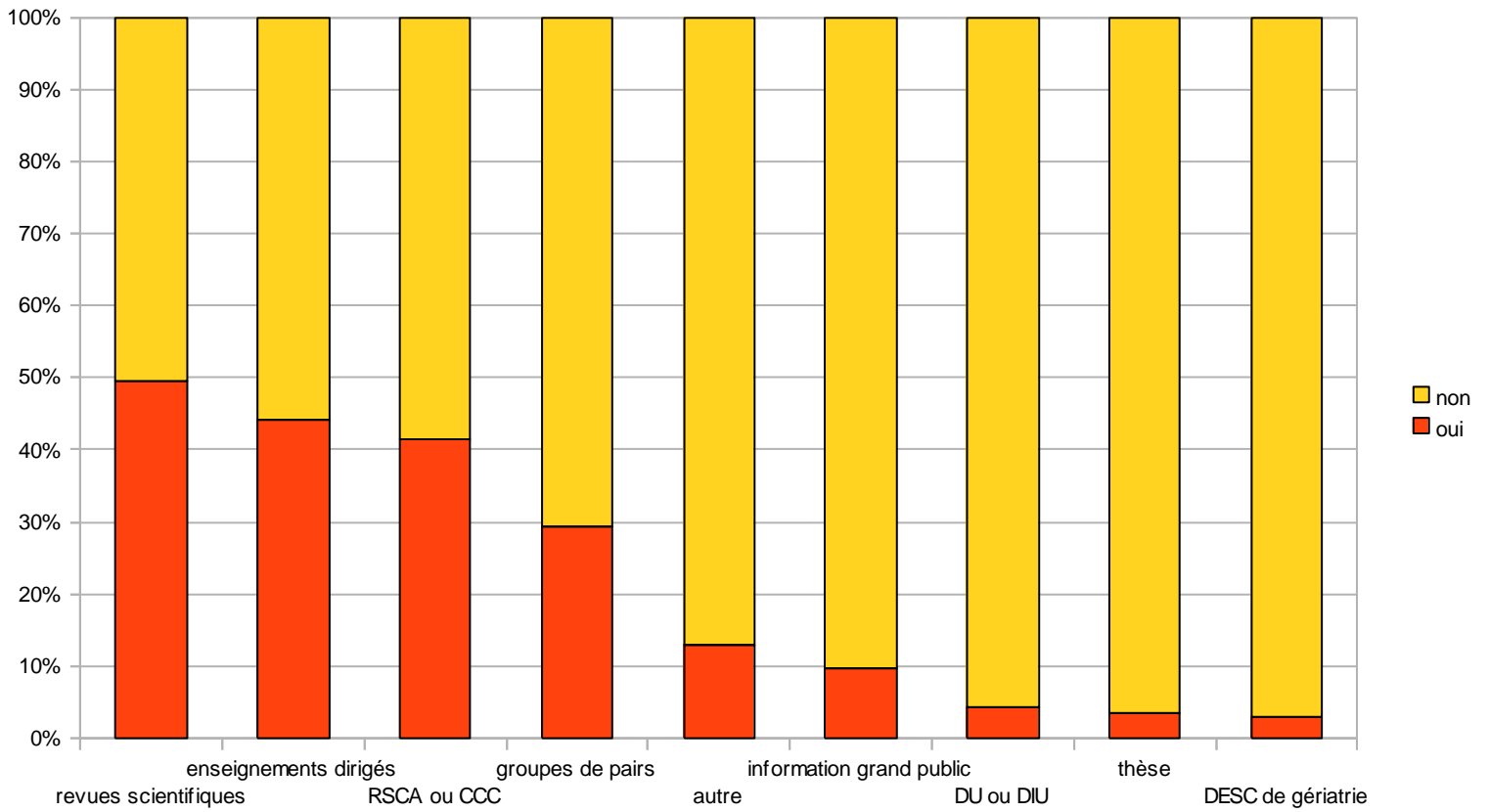
Variabes	%	N	Valeurs manquantes
Apport de la formation initiale dans les compétences actuelles			
1- plutôt non	73.9	156	4
2- plutôt oui	26.1	55	
Apport de la formation continue dans les compétences actuelles			11
1- plutôt non	78.9	161	
2- plutôt oui	21.1	43	
Réalisation d'une formation continue sur la maladie d'Alzheimer			10
non	87.8	180	
oui	12.2	25	
Satisfaction vis-à-vis de la formation reçue en troisième cycle			
plutôt satisfait	24.6	50	12
peu satisfait	75.4	153	
Contribution d'un proche atteint de la maladie d'Alzheimer dans les compétences actuelles			14
1- plutôt non	77.6	156	
2- plutôt oui	22.4	45	
Contribution du suivi d'un patient dans les compétences actuelles			7
1- plutôt non	51.0	106	
2- plutôt oui	49.0	102	

Il était demandé aux médecins quelles formes et quels lieux d'enseignement avaient été les plus formateurs selon eux. Les réponses ont été présentées sous forme graphique dans les histogrammes 1 et 2.

Les formes d'enseignement les plus plébiscitées au cours de la formation médicale initiale étaient : la lecture de revues scientifiques, les enseignements dirigés, le recueil de situation clinique authentique puis les groupes de pairs. Les informations « grand-public », les diplômes universitaires ou inter-universitaires, la thèse et le diplôme d'études spécialisées complémentaires de gériatrie étaient moins cités.

Les lieux d'enseignement considérés comme les plus formateurs étaient les stages hospitaliers de gériatrie et de médecine interne. Plus d'un tiers des généralistes citaient les stages de niveau I ou II en ville ou encore les remplacements.

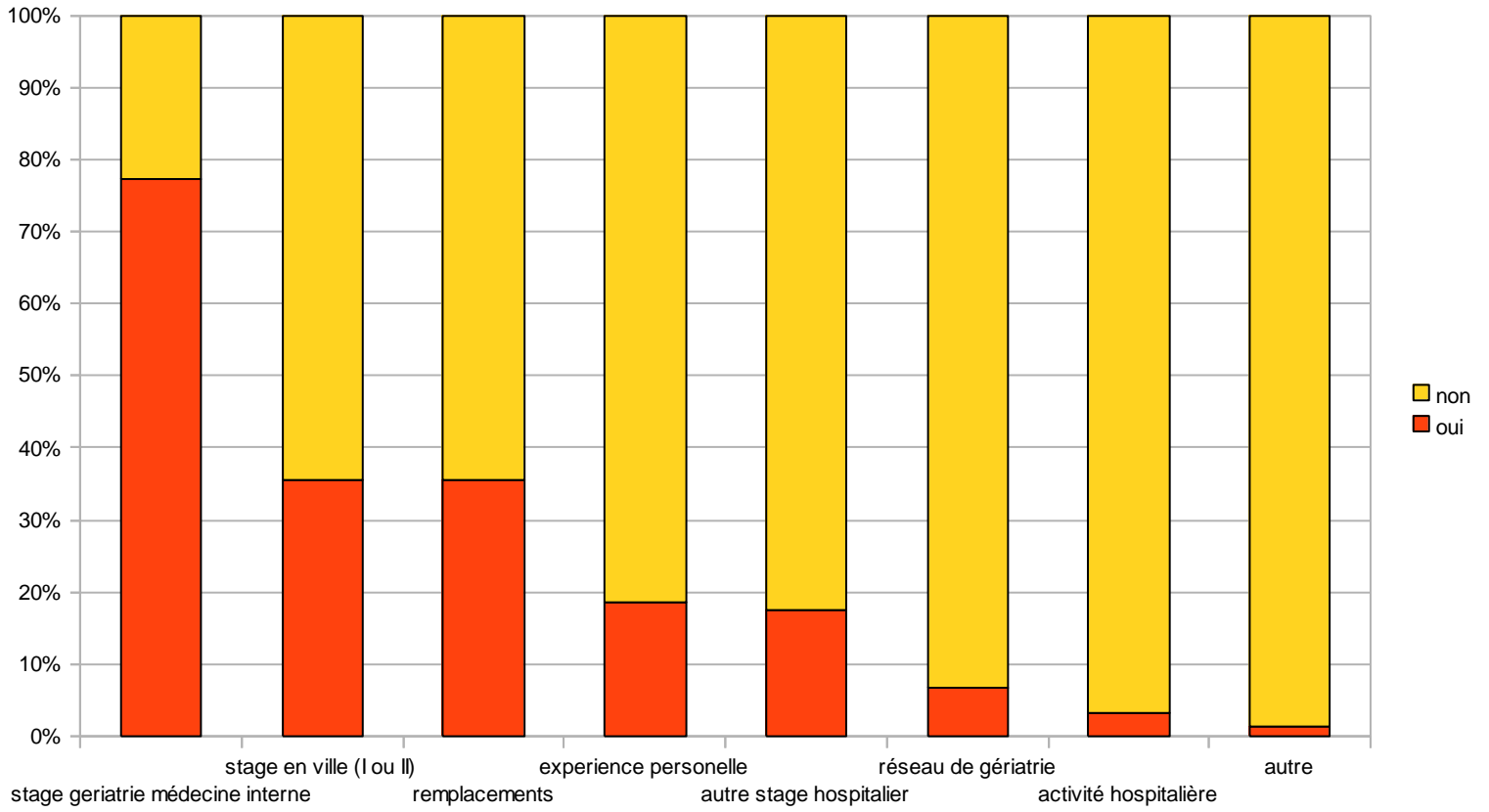
Histogramme 1: Formes d'enseignement les plus formatrices
 (n*=208 réponses)



*n>100 car plusieurs réponses possibles

Histogramme 2: Lieux d'enseignement les plus formateurs

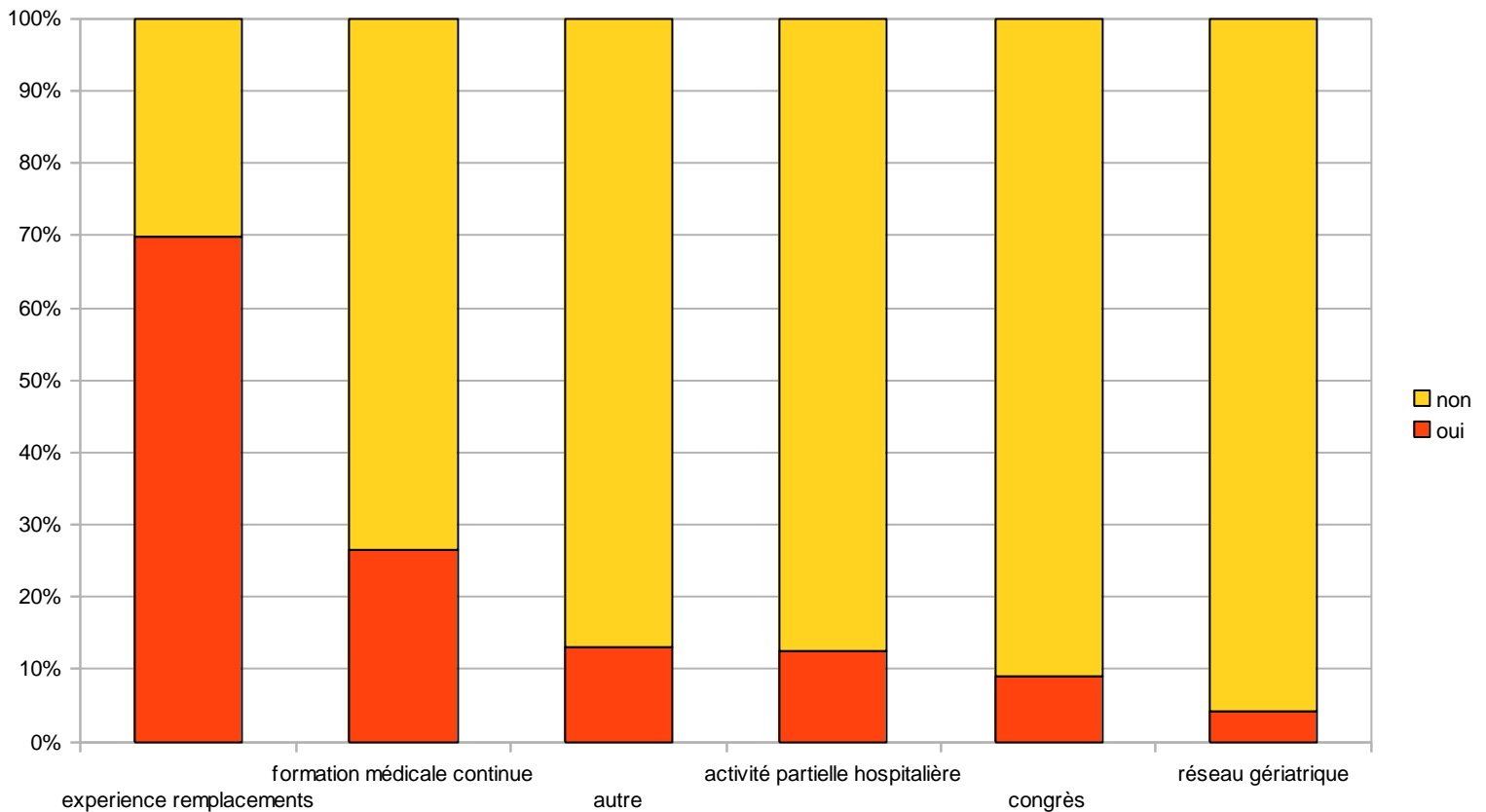
(n*= 211 réponses)



*n>100 car plusieurs réponses possibles

L'histogramme 3 a représenté le mode d'acquisition des compétences après la sortie de la faculté. La majorité des répondants citait l'expérience des remplacements comme mode d'acquisition des compétences à la sortie de la faculté. Les autres modes d'acquisition étaient par ordre décroissant : la formation médicale continue, l'activité hospitalière, les congrès, les réseaux de gériatrie, la littérature, les groupes de pairs et l'expérience personnelle.

Histogramme 3: Mode d'acquisition des compétences après l'Université
(n*=169 réponses)



*n>100 car plusieurs réponses possibles

Pratique des médecins généralistes

La troisième et dernière partie du questionnaire interrogeait le mode de prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer par les médecins.

Plus des deux tiers des médecins avaient eu l'occasion de prendre en charge une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer depuis la fin de leur troisième cycle dont 24,7% plus de cinq fois. La nature de la prise en charge correspondait au suivi pour 87,3% d'entre eux. La grande majorité des autres cas de prise en charge avait été attribuée à l'apparition d'une pathologie intercurrente pour 55,7% ou de complications pour 43,6% des cas puis à la planification de l'avenir et au diagnostic.

Un peu plus de 60% des généralistes contactés avaient un correspondant habituel qui était dans près de la moitié des cas un service hospitalier. Plus de 80% des médecins faisaient des tests neuropsychologiques mais seulement 6,9% systématiquement. Quand ces tests étaient faits, le Mini Mental State Examination était réalisé dans 97,6% des fois, le test de l'horloge dans 68,9%, les cinq mots de Dubois dans 40,9%. Dans de rares cas, le choix revenait au CODEX (examen des désordres cognitifs), au BEC 96, au test des 4 mots et de la fluence verbale ou encore au BREF test. Dans 18,6% des cas, les tests neuropsychologiques n'étaient jamais réalisés et dans 74,5% des cas, la réalisation n'était pas systématique: il s'agissait alors surtout d'un manque de temps et du fait que les tests étaient systématiquement refaits lors de la consultation mémoire plutôt qu'un manque de rémunération spécifique, d'un manque de formation ou d'une difficulté à systématiser cette pratique.

Tableau 3 : pratique quotidienne des répondants

Variables	%	N	Valeurs manquantes
Prise en charge de patients atteints de la maladie			
non	16.9	30	37
oui, 1 fois	13.5	24	
entre 1 et 5 fois	44.9	80	
plus de 5 fois	24.7	44	
Prise en charge de patients atteints de la maladie			
non ou peu	30.3	54	37
oui plus d'une fois	69.7	124	
Prise en charge dans le cadre du diagnostic			
non	88.6	132	66
oui	11.4	17	
Prise en charge dans le cadre du suivi			
non	12.7	19	66
oui	87.3	130	
Prise en charge dans le cadre des complications			
non	56.4	84	66
oui	43.6	65	
Prise en charge dans le cadre d'une pathologie intercurrente			
non	44.3	66	66
oui	55.7	83	
Prise en charge dans le cadre d'une planification de l'avenir			
non	67.8	101	66
oui	32.2	48	

Présence de correspondants			
oui, gériatre libéral	3.3	6	
oui, neurologue libéral	4.4	8	
oui, service hospitalier	45.4	83	32
oui, réseau	6.6	12	
non	39.3	72	
autre	1.0	2	
Présence de correspondants			
oui	60.7	111	32
non	39.3	72	
Pratique de tests neuropsychologiques			
non	18.6	38	
parfois	51.9	106	11
souvent	22.6	46	
toujours	6.9	14	
TEST: Mini Mental State Examination			
non	2.4	4	51
oui	97.6	160	
TEST: Horloge			
non	31.1	51	51
oui	68.9	113	
TEST: cinq mots de Dubois			
non	59.1	97	51
oui	40.9	67	
TEST: batterie cognitive de Solomon			
non			
oui	100	164	51
	0	0	
TEST: autre			
non	96.9	159	51
oui	3.1	5	

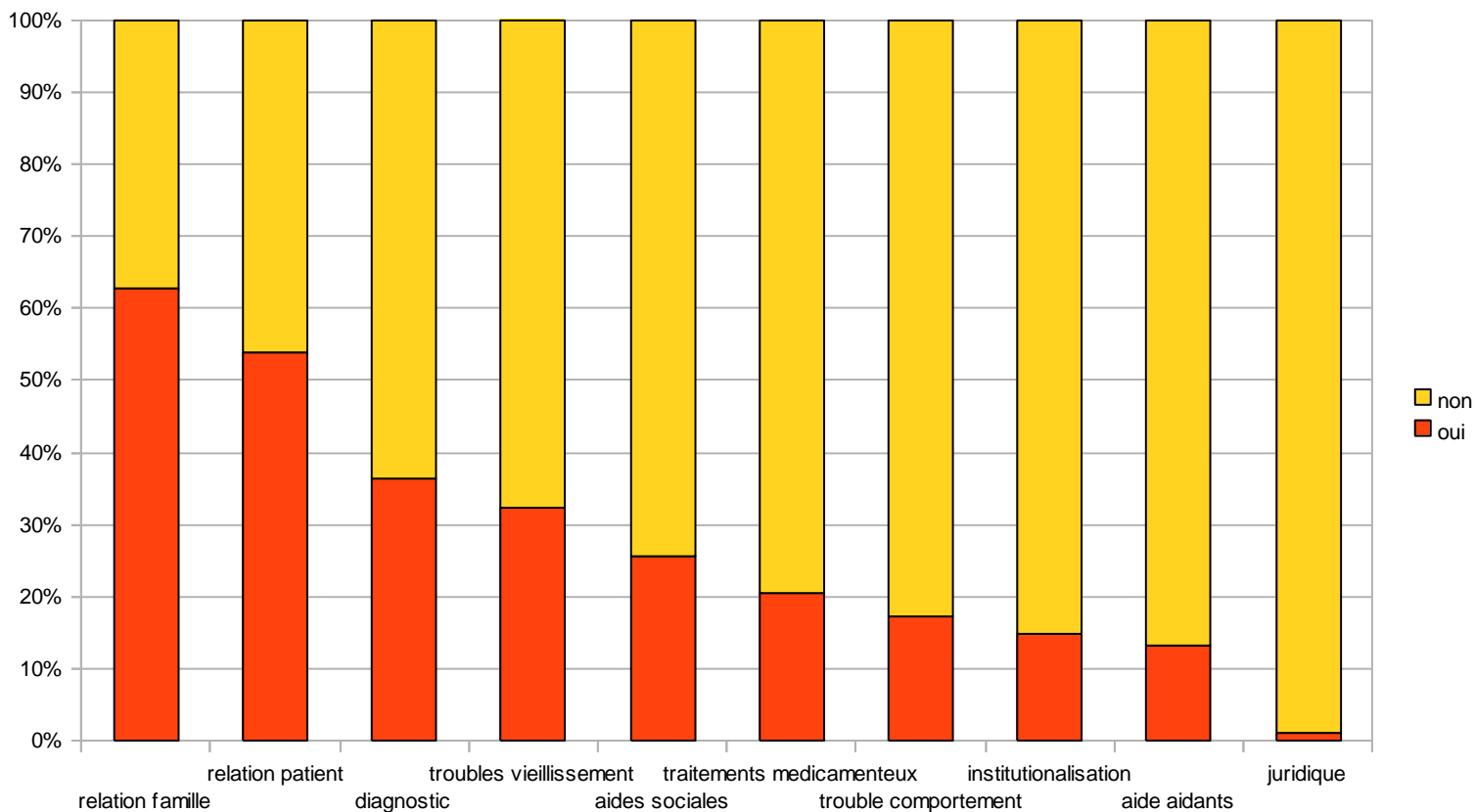
Cause de l'absence de test réalisé: manque de temps			
pas de réponse	71.6	154	0
non	13.0	28	
oui	15.4	33	
Cause de l'absence de test réalisé: test refait			
pas de réponse	71.6	154	0
non	15.4	33	
oui	13.0	28	
Cause de l'absence de test réalisé: pas de rémunération spécifique			
pas de réponse	71.6	154	0
non	22.3	48	
oui	6.1	13	
Cause de l'absence de test réalisé: pas de formation			
pas de réponse	71.6	154	0
non	20.5	44	
oui	7.9	17	
Cause de l'absence de test réalisé: autre			
pas de réponse	71.6	154	0
non	24.7	53	
oui	3.7	8	

Thèmes considérés comme aisés ou comme posant des difficultés par les médecins

L'histogramme 4 a illustré les thèmes dans lesquels les médecins généralistes s'étaient sentis le plus à l'aise ou le plus en difficulté dans la prise en charge d'un patient atteint de la maladie d'Alzheimer. L'histogramme 5 a précisé le type de difficulté ressentie.

Les trois thèmes dans lesquels les médecins généralistes étaient le plus à l'aise étaient : leurs relations avec le patient, leurs relations avec la famille du patient et la prise en charge diagnostique de la maladie. Les thèmes dans lesquels les médecins étaient le moins à l'aise étaient : le placement éventuel en institution, l'aide aux aidants et la prise en charge juridique.

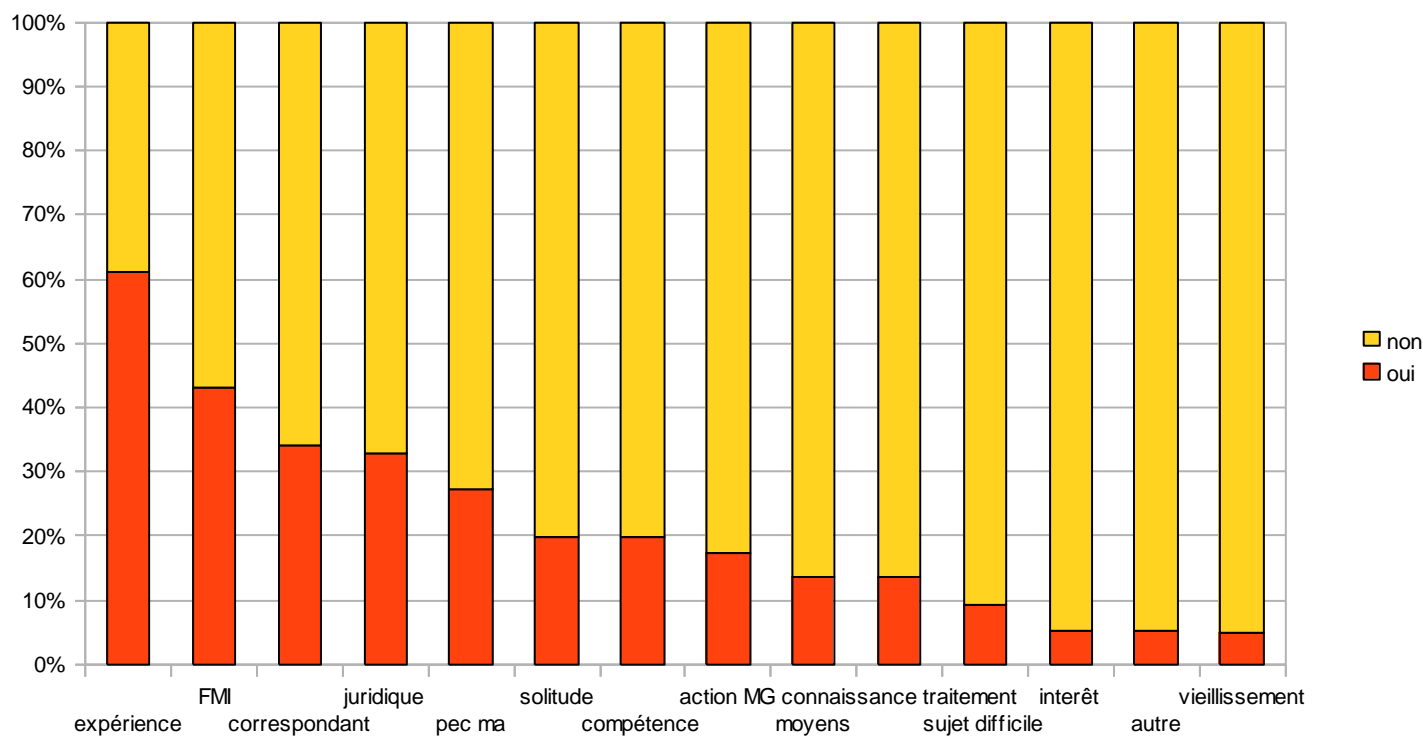
Histogramme 4: Thèmes où les médecins se sentent le plus à l'aise
(n*=204 réponses)



*n>100 car plusieurs réponses possibles

Les difficultés ressenties ont été présentées dans l'histogramme 5. Les principales difficultés étaient le manque d'expérience, le manque de formation initiale puis le manque de correspondants.

Histogramme 5: Type de difficultés ressenties. (n=206 réponses)*



*n>100 car plusieurs réponses possibles

** Légende de l'histogramme 5

Termes des abscisses	Réponse proposée dans le questionnaire
Expérience	Manque d'expérience
FMI	Manque de formation initiale
Correspondant	Manque de réseau ou de correspondants
Juridique	Manque de référent juridique
Pec ma	prise en charge maladie d'Alzheimer
Solitude	Impression de solitude face au patient
Compétence	Manque de compétence
Action MG	Manque d'action possible du médecin généraliste (prescription de traitement spécifique)
Moyens	Manque de moyens
Connaissance traitement	Manque de connaissance sur les interactions médicamenteuses
Sujet difficile	Difficulté d'abord du sujet avec le patient ou sa famille
Intérêt	Manque d'intérêt
Autre	autre
Vieillessement	Manque de connaissances générales sur la prévention et la prise en charge des troubles liés au vieillissement

V-2 Analyse comparative

Les critères qui influençaient le fait de se sentir compétent ou non dans la prise en charge de la maladie d'Alzheimer ont été décrits dans les tableaux 4, 5 et 6. Ces tableaux ont repris les critères caractérisant le profil, l'acquisition des compétences et les pratiques du médecin généraliste.

Les médecins généralistes installés se sentaient plus compétents dans la prise en charge de la maladie d'Alzheimer que leurs confrères remplaçants ou internes de cinquième ou sixième semestre.

Tableau 4: caractéristiques des participants

Variables	Plutôt compétent	Plutôt pas compétent	Test
Statut des répondants			
Remplaçant	44.8 (65)	55.2 (80)	0.06
Installé	76.9 (10)	23.1 (3)	
Autres: internes S5, S6 et SASPAS	41.5 (22)	58.5(31)	
Remplacement régulier effectué			
non	46.4(52)	53.6 (60)	0.31
oui	38.2(21)	61.8 (34)	
Année de soutenance de thèse			
Pas de réponse	44.9(71)	55.1(87)	0.37
Strictelement avant 2009	60.0(12)	40.0(8)	
entre 2009-2011	41.2(14)	58.8(20)	
Age			
Strictelement moins de 28 ans	43.1(22)	56.9(29)	0.51
entre 28-30 ans	48.2(55)	51.8(59)	
Strictelement plus de 30 ans	33.3(5)	66.7(10)	

Que ce soit la formation médicale initiale ou la formation médicale continue, toutes deux avaient contribué au fait de se sentir apte à la prise en charge de patients atteints de la maladie d'Alzheimer.

Tableau 5: l'acquisition des compétences

Variables	Plutôt compétent	Plutôt pas compétent	Test
Apport de la formation initiale dans les compétences actuelles			
1- non	41.0(64)	59.0(92)	0.01
2- oui	61.1(33)	38.9(21)	
Apport de la formation continue dans les compétences actuelles			
1- non	41.0(66)	59.0(95)	0.01
2- oui	64.3(27)	35.7(15)	
Réalisation d'une formation continue sur la maladie			
0 non	43.6(78)	56.4(101)	0.05
1 oui	64.0(16)	36.0(9)	
Satisfaction vis-à-vis de la formation du troisième cycle			
0 oui	78.0(39)	22.0(11)	<0.0001
1 non	36.2(55)	63.8(97)	
Contribution d'un proche atteint de la maladie d'Alzheimer sur les compétences actuelles			
1- non	46.4(72)	53.6(83)	0.93
2- oui	46.7(21)	53.3(24)	
Contribution du suivi d'un patient atteint de la maladie d'Alzheimer sur les compétences actuelles MA			
1- non	32.4(34)	67.6(71)	<0.0001
2- oui	59.8(61)	40.2(41)	

La prise en charge de plusieurs patients atteints de maladie d'Alzheimer augmentait la compétence ressentie des médecins selon un gradient continu. La présence de correspondants réguliers permettait également d'augmenter la compétence ressentie, en particulier lorsqu'il s'agissait d'un réseau.

Tableau 6: Pratique des médecins généralistes interrogés

Variables	Plutôt compétent	Plutôt pas compétent	Te
Prise en charge de patients atteints de la maladie			
non	23.3(7)	76.7(23)	
oui 1 fois	39.1(9)	60.9(14)	0.0
entre 1 et 5 fois	48.7(39)	51.3(41)	
plus de 5 fois	54.5(24)	45.5(20)	
Prise en charge de patient atteint de la maladie			
Non ou peu	50.8(63)	49.2(61)	0.0
oui, plus d'une fois	30.2(16)	69.8(37)	
Présence d'un correspondant			
gériatre libéral	33.3(2)	66.7(4)	
neurologue libéral	12.5(1)	87.5(7)	
service hospitalier	53.0(44)	47.0(39)	0.0
réseau	58.3(7)	41.7(5)	
non	35.2(25)	64.8(46)	
autre	50.0(1)	50.0(1)	
Présence d'un correspondant			
oui	49.5(55)	50.5(56)	0.0
non	35.2(25)	64.8(46)	

V-3 Analyse Multi-variée

Cette analyse a permis de mettre en évidence des facteurs associés au fait de se sentir compétent dans la prise en charge de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, en prenant en compte les biais potentiels.

Les facteurs analysés ont été les suivants (tableau 7):

- le statut des répondants
- la contribution présumée de la formation initiale,
- la contribution présumée de la formation continue
- le nombre de patients atteints de la maladie d'Alzheimer pris en charge
- la présence de correspondants ou de réseaux

Tableau 7: facteurs associés à la compétence ressentie.

Facteur	Ne pas se sentir compétent	Se sentir compétent
Statut des répondants		
Remplaçant	1	1
Installé	1	4.38 [1.07-17.91]
Autre	1	0.51 [0.16-1.67]
Contribution de la formation initiale		
non	1	1
oui	1	2.57 [1.19-5.51]
Contribution de la formation continue		
non	1	1
oui	1	2.09 [0.92-4.73]
Nombre de patients atteints pris en charge		
non	1	1
oui	1	2.05 [0.95-4.42]
Présence d'un correspondant		
non	1	1
oui	1	1.58 [0.79-3.19]

Il ressortait de l'analyse que l'installation avait été le facteur le plus associé au fait de se sentir compétent. La qualité de la formation médicale initiale avait été l'autre facteur associé au fait de se sentir compétent.

VI Discussion

VI-1 Résumé

Près d'un jeune médecin sur deux s'estimait compétent dans la prise en charge d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer. Les lieux d'enseignement considérés comme les plus formateurs ont été les stages hospitaliers de gériatrie et de médecine interne. Plus d'un tiers des généralistes ont également cité les stages de niveau I ou II en ville ou encore les remplacements. Les formes d'enseignement les plus plébiscitées au cours de la formation médicale initiale ont été : la lecture de revues scientifiques, les enseignements dirigés, le recueil de situation clinique authentique puis les groupes de pairs. Après la sortie de la faculté, le mode d'acquisition principal des compétences a été les remplacements.

Plus des deux tiers des médecins ont eu l'occasion de prendre en charge une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer depuis la fin de leur troisième cycle. Un peu plus de 60% des généralistes ont eu un correspondant habituel qui était dans prêt de la moitié des cas un service hospitalier. Plus de 80% des médecins faisaient des tests neuropsychologiques mais seulement 6,9% systématiquement.

Les trois thèmes dans lesquels les médecins généralistes étaient le plus à l'aise étaient : leurs relations avec le patient, leurs relations avec la famille du patient et la prise en charge diagnostique de la maladie. Les thèmes dans lesquels les médecins étaient le moins à l'aise étaient : le placement éventuel en institution, l'aide aux aidants et la prise en charge juridique.

L'installation et la qualité de la formation médicale initiale ont été les facteurs les plus associés au fait de se sentir compétent. La prise en charge de plusieurs patients atteints de maladie d'Alzheimer augmentait la compétence ressentie des médecins selon un gradient continu. La présence de correspondants réguliers permettait également d'augmenter la compétence ressentie, en particulier lorsqu'il s'agissait d'un réseau.

VI-2 Forces et limites

À notre connaissance, aucune étude antérieure n'a évalué la compétence des jeunes médecins face à un patient présentant une maladie d'Alzheimer. Notre étude a porté sur un échantillon de jeunes médecins partout en France, et a eu comme intérêt de souligner l'importance d'une formation initiale de qualité dans la pratique ultérieure.

Ce questionnaire correspondait à une autoévaluation des médecins généralistes qui était très dépendante de la capacité du médecin à s'analyser, à s'autocritiquer mais aussi de sa « sincérité » lors de ses réponses. Seuls 28% des médecins ont répondu au questionnaire, mais ce taux était attendu du fait du contact par mail des médecins. Le nombre de « non-réponses » pouvait être imputées soit au manque d'intérêt concernant la maladie d'Alzheimer, soit à un manque de temps, comme semblait l'indiquer l'augmentation du nombre de réponses manquantes pour les dernières questions posées.

D'autres données auraient pu être recueillies concernant le sexe des répondants, la zone et le type d'exercice (rural/urbain) ainsi que le mode d'exercice (en groupe/ou seul). Ces facteurs ainsi que d'autres auraient pu aider à interpréter les résultats.

Dans notre échantillon, 6% des répondants étaient des jeunes médecins installés versus 17% selon les données du Conseil de l'Ordre sur les nouveaux inscrits au cours de l'année 2010[56]. Cela suggère que notre échantillon sous représentait probablement la part des jeunes médecins installés. Par ailleurs, notre échantillon comportait une grande part de médecins n'ayant pas soutenus leur thèse (74%).

Les associations retrouvées ont nécessité une prudence dans leur interprétation. Notamment, le fait qu'« être installé » était associé significativement au fait de se sentir compétent. On a pu cependant se demander le sens de cette association. Pour cette raison, les facteurs associés ont été présentés « tels quels » et non comme des déterminants. Concernant le lien entre satisfaction de la formation médicale initiale et compétence ressentie, la chronologie a permis de supposer qu'une formation médicale initiale aidait à se sentir compétent dans les premières années d'exercice.

VI-3 Commentaires

Si l'on inclut les proches des 855000 personnes atteintes de cette pathologie et des syndromes apparentés, trois millions de personnes en France sont concernées directement ou indirectement par la maladie d'Alzheimer [36]. Il aurait pu être intéressant de savoir à quel point les médecins dont les proches sont touchés par cette maladie étaient influencés dans leur connaissance et leur prise en charge. Malheureusement la question, telle que posée dans le questionnaire, s'était révélée peu parlante à un certain nombre de médecins. Un échantillon plus important aurait probablement permis de soulever une différence significative sur l'impression d'être compétent sur la maladie d'Alzheimer. Pour expliquer les difficultés diagnostiques et de prise en charge mais aussi le manque d'intérêt de certains pour cette maladie était avancé l'absence de formation psychologique ou sociologique en formation initiale [12].

La forme d'apprentissage primée par les médecins généralistes était la lecture de revues scientifiques. Les enseignements dirigés avaient ensuite contribué en grande partie à l'acquisition de leurs connaissances actuelles. Selon Kaufman et al., ces enseignements dirigés, étaient plus appréciés s'ils employaient des techniques d'apprentissage actif comme l'apprentissage coopératif ou par résolution de cas et jeux de rôle [39]. Les recueils de situations cliniques authentiques et les cas complexes étaient également des formes d'enseignement appréciés, ce mode d'apprentissage permettant en particulier d'approfondir les stratégies de raisonnement et d'acquisition des connaissances [38].

La formation médicale continue spécifique sur la maladie d'Alzheimer était limitée mais appréciée. Il semblerait intéressant de promouvoir cette formation et de l'adapter au style d'apprentissage du généraliste pour lui permettre d'améliorer sa pratique quotidienne et améliorer la diffusion des recommandations [54,58].

Chaque année, 225000 nouveaux cas de maladie d'Alzheimer sont diagnostiqués [16] pourtant, on a estimé que le diagnostic n'était établi que pour une personne sur deux. Le médecin généraliste dispose de nombreux tests diagnostics mais le diagnostic reste long à établir. Le temps entre les premiers symptômes et la pose du diagnostic a été en effet estimé à deux ans en France [36]. S'il n'y a pas de certitude sur l'intérêt de réaliser un dépistage systématique, cette option a toutefois été envisagée dans le rapport de l'Assemblée Nationale [36]. La diminution de la plainte au médecin avec l'avancée en âge du patient avait contribué à soulever cette option. Dans notre étude, 97,6% des jeunes médecins pratiquaient un MMSE, versus 85,5% des généralistes lors de l'étude de 2005

rapportée à l'Assemblée Nationale [36]. Pour limiter la variabilité inter-examineurs, une version consensuelle, en France, a été rédigée par le Groupe de Recherche et d'Évaluation des Outils Cognitifs, GRECO, en 1998. Cette version atténuait les imprécisions pouvant être attribuées aux consignes concernant la passation ou la cotation [58].

Dans notre étude, les raisons pour ne pas réaliser le MMSE étaient similaires à celles évoquées dans une étude canadienne en 1997 : le recours quasi systématique à un spécialiste, en particulier un neurologue et le manque de temps [18,58]. Selon Bradford, le manque de temps nuirait au temps d'annonce et d'information qui permettraient d'atténuer le choc du diagnostic et de comprendre les représentations de la maladie du patient et de sa famille. Parmi ces représentations, la fatalité et l'offre de traitement limitée retarderaient la pose du diagnostic [12]. D'ailleurs dans une étude réalisée en 2005 seuls 41% des médecins considéraient qu'il existait un traitement efficace de la maladie [36]. Cette impression de manque d'action possible se retrouvait également dans les réponses à notre questionnaire de même qu'un sentiment de solitude face au patient.

Dans notre étude, les difficultés ressenties étaient similaires à celles décrites dans l'étude HCK/EREMA "Alzheimer et dépendances" menée en 2011 : les moyens et les offres de prise en charge limitées dans certaines régions et les difficultés d'accès aux soins en fonction des territoires [6]. Les maisons Alzheimer, peu nombreuses, ont été créées en France, au Canada et aux États-Unis. Le modèle a évolué depuis 1991, date de construction de la première structure de ce type en Australie mais le principe restait de regrouper des patients en unités semi-familiales, entourés de personnels de santé dans un environnement sécurisé et sécurisant [59]. Des offres de soins comme les Maisons pour l'Accueil et l'Intégration des malades d'Alzheimer (MAIA) sont disponibles. En France, en moyenne, 4,85 places en accueil de jour étaient disponibles pour 1000 personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. On estimait qu'il y avait 0,04 réseau gérontologique et 0,05 consultation mémoire en moyenne pour 1000 personnes âgées de plus de 75 ans. Le délai pour une première consultation mémoire dans un centre mémoire de ressource et de recherche et dans un centre mémoire de proximité était de 60 jours tout en pouvant atteindre 240 jours dans le rapport de l'Assemblée Nationale en 2005 [36]. Ainsi même si le nombre de conventions augmentait entre l'Etat, le Conseil Général et les établissements pour augmenter le nombre de places disponibles en Etablissement d'Hébergement pour Personne Agée Dépendante, une proportion importante de médecins se sont considérés en difficulté lorsqu'il s'agissait d'un placement en institution mais aussi d'apporter une aide sociale ou juridique aux patients et aux familles [20].

L'aide financière était aussi une source de difficulté pour le médecin aussi bien que pour la famille. Sur le plan financier, 55% du coût total des dépenses pour prendre en charge la maladie resterait à la

charge des familles. Cette somme s'élèverait à 12 146 euros par personne et par an. Des aides supplémentaires pour alléger cet important poste de dépense étaient envisagées dans le rapport de l'Assemblée Nationale. L'augmentation de l'Aide Personnalisée à l'Autonomie ou encore la souscription d'une assurance complémentaire pourraient soulager les familles. D'autant plus que 70% des 827000 bénéficiaires de l'APA souffriraient de cette maladie bouleversant toute la structure familiale [28]. La diminution des aidants naturels serait à présent à mettre en perspective avec une augmentation future du nombre de malades en perte d'autonomie. Le système de santé devrait, pour répondre aux besoins toujours plus nombreux de la population, s'adapter et continuer de se munir d'acteurs compétents.

VII Conclusion

Dans notre étude, près d'un jeune médecin sur deux s'estimait compétent dans la prise en charge d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer. L'installation et la qualité de la formation médicale initiale ont été les facteurs les plus associés au fait de se sentir compétent. La prise en charge de plusieurs patients atteints de maladie d'Alzheimer augmentait la compétence ressentie des médecins selon un gradient continu. La présence de correspondants réguliers permettait également d'augmenter la compétence ressentie, en particulier lorsqu'il s'agissait d'un réseau.

En formation médicale initiale, les formes d'enseignement particulièrement appréciées étaient la lecture des revues scientifiques, les enseignements dirigés mais aussi l'enseignement par groupe de pairs. Les enseignements étaient considérés comme particulièrement formateurs dans des stages hospitaliers en gériatrie et médecine interne mais aussi en ville. Certains thèmes étaient considérés comme difficiles tels que la prise en charge juridique ou encore l'aide à apporter aux aidants. Ces thèmes pourraient être davantage abordés au cours du cursus universitaire.

L'élaboration d'un carnet de correspondants et l'adhésion à un réseau restent des éléments favorisant la compétence et optimisent la prise en soins des patients. Ces réseaux proposent des formations et des interventions auprès des aidants qui sont à même d'améliorer la qualité de vie de l'aidant et des patients.

Toutes ces pistes de travail ouvrent des perspectives d'avenir pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et leur entourage, tant familial que professionnel. Parmi ces soignants, les médecins généralistes auront à coeur de se former pour être à la hauteur de la confiance qui leur est accordée.

VIII Références bibliographiques

[1] MASSY J. "La personne âgée n'existe pas". Petite bibliothèque Payot. 2002.

[2] INSTITUT NATIONAL DE PREVENTION ET D'EDUCATION POUR LA SANTE. " Les représentations sociales de la maladie d'Alzheimer, Synthèse de la littérature"[En ligne]. Novembre 2008. Disponible sur: <http://www.inpes.fr/30000/pdf/09_etudesalz/Revuealz.pdf> (consulté le 20 mars 2013)

[3] BERARD A., GZIL F., KENIGSBERG P.A., NGATCHA-RIBERT L., VILLEZ M. "Le répit: des réponses pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, et leurs aidants" [en ligne]. Fondation Médéric Alzheimer. septembre 2011. n°1, p 10-35 . Disponible sur: < http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Repit_version_2011_bonne_version.pdf > (consulté le 8 février 2012)

[4] ROBERT-BOBEE I. "Projections de population 2005-2050 Vieillesse de la population en France métropolitaine, économie et statistique" [En ligne]. 2007. N°408-409, p. 95-112. Disponible sur: < http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ECOSTAT_D.pdf > (consulté le 14 mars 2011)

[5] MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. "Plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012"[En ligne]. février 2008. Disponible sur: < http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Alzheimer_final.pdf > (consulté le 15 décembre 2012).

[6] EMERY G., SIMMENAUER B., HIRSCH E., ERNER F., BRUGERON P-E. "Etude HCK/EREMA. Alzheimer et dépendances, Espace de réflexion éthique sur la maladie d'Alzheimer, rapport de synthèse". septembre 2011. disponible sur: <http://www.espace-ethique-alzheimer.org/bibliotheque_rte/pdf/etudehck/Synthese_Etude_MA_et_Dependance.pdf> (consulté le 20 mars 2013)

[7] SELMES J., DEROUESNE C. "Maladie d'Alzheimer, deuxième partie: l'aidant". Médecine. novembre 2006. Vol.2, n° 9.

[8] REDACTION LE MAGAZINE SEINE-SAINT-DENIS. "L'aide aux aidants, les mots pour le dire, Grand format". Le magazine Seine-Saint-Denis.fr, décembre 2009-janvier 2010. N°10, p7-12

- [9] SELMES J., DEROUESNE C. "Maladie d'Alzheimer: « mais qu'est-ce que j'ai? », Première partie: le malade". Médecine. septembre 2006. Vol.2, n°7.
- [10] SELMES J., DEROUESNE C. "Maladie d'Alzheimer- Troisième partie: la famille". Médecine. septembre 2007. Vol.3, n°7.
- [11] SELMES J., DEROUESNE C. "Maladie d'Alzheimer: 5 protagonistes en quête d'identité. Cinquième partie: le médecin généraliste". Médecine. décembre 2007. Vol.3, n°10.
- [12] BRADFORD A.,KUNIK M.,SCHULZ P.,WILLIAMS S.,SINGH H. " Missed and Delayed Diagnosis of Dementia in Primary Care: Prevalence and Contributing Factors".Alzheimer Dis Assoc Disord. 2009. Vol.23, N°4, p.306-314.
- [13] INSTITUT NATIONAL DE PREVENTION ET D'EDUCATION POUR LA SANTE. "Les pratiques et les perceptions des aidants professionnels dans la prise en charge à domicile des patients atteints de la maladie d'Alzheimer". Rapport de l'étude qualitative sur les aidants professionnels. Novembre 2010.p.110-112.
- [14] INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ETUDES ECONOMIQUES. "Evolution de la population jusqu'en 2013"[En ligne]. Disponible sur: <http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?ref_id=NATnon02145> (consulté le 7 février 2013)
- [15] CHAUDHURI J.D.,DAS S. "The Role of Caregivers in the Management of Alzheimer's disease". Sultan Qaboos University Medical Journal. decembre 2006. Vol.6, N°2, p.11-18.
- [16] FONDATION POUR LA RECHERCHE MEDICALE. "Maladie d'Alzheimer: un fléau en forte progression "[En ligne]. 2013. Disponible sur: <<http://www.frm.org/alzheimer-2012/alzheimer-fleau-en-progression.php>> (consulté le 06 février 2013)
- [17] HAUTE AUTORITE DE SANTE. Diagnostic et prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées. Mars 2008.
- [18] BUSH C.,KOZAK J.,ELMSLIE T. " Screening for cognitive impairment in the elderly". Canadian Family Physician. Octobre 1997. Vol.43, p.1763-1768.

[19] BELMIN J., PARIEL S. "CODEX un test ultra-rapide pour évaluer les fonctions cognitives des sujets âgés" [En ligne]. Disponible sur: < <http://www.testcodex.org/Pages/Lecodexenpratique.aspx> > (consulté le 16 juillet 2012).

[20] INSTITUT NATIONAL DE PREVENTION ET D'EDUCATION POUR LA SANTE. "Maladie d'Alzheimer réaliser une visite longue". Mai 2012.

[21] HAUTE AUTORITE DE SANTE. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : annonce et accompagnement du diagnostic. septembre 2009.

[22] SULLIVAN R.J.,MENAPACE L.W.,WHITE R.M."Truth-telling and patient diagnoses". Journal of Medical Ethics. New York, 2001. N°27, p.192-197.

[23] HAUTE AUTORITE DE SANTE. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs. mai 2009.

[23] HAUTE AUTORITE DE SANTE. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : suivi médical des aidants naturels. février 2010.

[25] SOMME D. "Le processus d'entrée en institution". Dossiers Solidarité Santé. 2003. Vol.1,p.35-47.

[26] DIRECTION DE LA RECHERCHE DES ETUDES DE L'EVALUATION ET DES STATISTIQUES. "Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et l'offre de soins infirmiers aux personnes âgées en 2002". Etudes et Résultats. 2004. N°350

[27] BRESSE S., DUTHEIL N. " Les bénéficiaires des services d'aide à domicile: des publics divers". Dossiers Solidarité Santé. 2003. Vol.1,p.17-23.

[28] MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE. "Plan Alzheimer et maladies apparentées 2004-2007: 10 objectifs pour améliorer la qualité de vie des malades et de leurs proches"[En ligne]. Paris, 2004. Disponible sur: <<http://www.sante.gouv.fr/le-dossier-de-presentation-du-plan-alzheimer-2004-2007.html>> (consulté le 03 février 2013)

- [29] FONDATION MEDERIC ALZHEIMER. " Analyse et revue de la littérature française et internationale sur l'offre de répit aux aidants de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées "[en ligne]. Novembre 2008. disponible sur <<http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/IMG/pdf/etude-mederic-formules-innovantes-2.pdf>> (consulté le 21 mars 2013)
- [30] MARRIOTT A., DONALDSON C., TARRIER N., BURNS A." Effectiveness of cognitive-behavioural family intervention in reducing the burden of care in carers of patients with Alzheimer's disease". Br J Psychiatry. 2000. Vol.176, p.557-562.
- [31] CHENG S.,LAU R.,MAK E.,NG N.,LAM L.,FUNG H.,LAI J.,WOK T., LEE D. "A benefit-finding intervention for family caregivers of persons with Alzheimer disease: study protocol of a randomized controlled trial". Trials. Hong Kong, Juillet 2012. Vol.13, n° 98 .disponible sur: <<http://www.trialsjournal.com/content/13/1/98>> (consulté le 06 mars 2013)
- [32] REDACTION PRESCRIRE. "médicaments de la maladie d'Alzheimer: à éviter". La Revue Prescrire. février 2012. Vol.32, n°340, p.105.
- [33] STREATER A.,SPECTOR A.,AGUIRRE E.,HOARE Z.,WOODS R.,RUSSELL I.,ORRELL M. "Maintenance Cognitive Stimulation Therapy (CST) in practice: study protocol for a randomized controlled trial". Trials. Londres, juin 2012. Vol.13, n° 91. Disponible sur: <<http://www.trialsjournal.com/content/13/1/91>> (consulté le 06 mars 2013)
- [34] SPECTOR A.,THORGRIMSEN L.,WOODS B.,ROYAN L.,DAVIES S.,BUTTERWORTH M.,ORRELL M. " Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia: randomised controlled trial". Br J Psychiatry. 2013.N°183,p.248-254.
- [35] NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE AND THE SOCIAL CARE INSTITUTE FOR EXCELLENCE. " Dementia: supporting people with dementia and their carers in health and social care". Clinical Guideline 42. Londres, 2006.
- [36] GALLEZ C. "Rapport sur la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées, enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 6 juillet 2005"[en ligne]. Disponible sur: <<http://www.assemblee-nationale.fr/12/rap-off/i2454.asp>> (consulté le 03 février 2013)

[37] DAHAN B. "Evaluation de l'adéquation des enseignements proposés dans le DES de médecine générale à Paris VI avec les attentes des étudiants" thèse soutenue à Paris. mai 2009.

[38] NACCACHE N., SAMSON L., JOUQUAN J. "Le portfolio en éducation des sciences de la santé : un outil d'apprentissage, de développement professionnel et d'évaluation". Pédagogie Médicale. mai 2006. Vol.7, N°2, p.110-127.

[39] KAUFMAN M. "L'éducation centrée sur l'enseignant ou centrée sur l'apprenant : Une fausse dichotomie". Pédagogie Médicale. Aout 2002. Vol.3, N°3, p.145-147.

[40] WAGNER M-C."Pratique du micro-enseignement: une methode souple de formation des enseignants".De Boeck Université.Belgique 1995. p.171-177

[41] ANNOOT E. "Le tutorat ou le sens égaré. Pratiques pédagogiques dans l'enseignement supérieur: enseigner, apprendre, évaluer". L'Harmattan. 2004. p.184-206

[42] LE MAUFF P., POTTIER P., GORONFLOT L., BARRIER J. "Évaluation d'un dispositif expérimental d'évaluation certificative des étudiants en fin de troisième cycle de médecine générale". Pédagogie Médicale. aout 2006. Vol.7,N°3, p.142-154.

[43] JOUQUAN J., BAIL P. "A quoi s'engage-t-on en basculant du paradigme d'enseignement vers le paradigme d'apprentissage ?". Pédagogie Médicale. aout 2003. Vol.4,N°3,p.163-175.

[44] TEISSET Y. "Perception du travail de thèse par les internes de médecine générale de la faculté de Tours". thèse soutenue à Tours. Novembre 2011.

[45] FACULTE DE MEDECINE PIERRE ET MARIE CURIE. "Diplômes universitaires et inter-universitaires" [en ligne]. 2012-2013. Disponible sur: <http://www.chups.jussieu.fr/programmes/T3/formations/dus_dius/index.html> (consulté en mars 2013)

[46] UNIVERSITE PARIS EST- CRETEIL VAL DE MARNE. "Diplômes Universitaires, interuniversitaires" [En ligne]. 2012-2013. Disponible sur: <<http://medecine.u-pec.fr/enseignements/formation-medicale-continue/du-diu-et-certificats/diplomes-universitaires-et-interuniversitaires-du-et-diu--427754.kjsp?RH=spip184>> (consulté en mars 2013)

- [47] UNIVERSITE PARIS SUD- XI. "Diplômes d'université"[En ligne]. 2012-2013. Disponible sur <http://www.medecine.upsud.fr/fr/enseignements_ formations/formation_continue/diplomes_univer site.html> (consulté en septembre 2012)
- [48] UNIVERSITE PARIS OUEST VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES. "La médecine en formation continue" [En ligne]. 2012-2013. Disponible sur: <<http://www.uvsq.fr/la-medecine-233659.kjsp?RH=FORM2>> (consulté en septembre 2012)
- [49] UNIVERSITE PARIS XIII PARIS NORD. "Diplômes Universitaires, interuniversitaires et capacités de médecine en Île-de-France" [En ligne]. 2012-2013. Disponible sur: <<http://www.univ-paris13.fr/du-diu.html>> (consulté en septembre 2012)
- [50] UNIVERSITE PARIS-DESCARTES PARIS V. "Le portail de la formation continue, médecine interne-médecine générale" [En ligne]. 2012-2013. Disponible sur: <<http://www.scfc.parisdescartes.fr/index.php/descartes/formations/medecine/medecine-interne-medecine-generale>> (consulté en septembre 2012)
- [51] UNIVERSITE PARIS DIDEROT PARIS VII. "D.U. De F.M.C. Pour les médecins généralistes"[En ligne]. 2012-2013. Disponible sur: <<http://dmg.medecine.univ-paris7.fr/fmc/dufmc/accdufmc.htm>> (consulté en septembre 2012)
- [52] UNIVERSITE PARIS DIDEROT PARIS VII. "Actualites D.U. et D.I.U."[En ligne]. 2012-2013. Disponible sur: <<http://www.medecine.univ-paris-diderot.fr/index.php/formation-continue/du-et-diu>> (consulté en mars 2013)
- [53] DIPLÔME D'ETUDES SPECIALISEES DE MEDECINE GENERALE D'ILE-DE-FRANCE. "Information sur les DESC accessibles aux internes de MG"[En ligne]. 2012-2013. Disponible sur <<http://desmgidf.fr/categorie/information-sur-les-desc-accessibles-aux-internes-de-mg>> (consulté en septembre 2012)
- [54] VANDERMEER A. "Critères de choix et strategies d'évaluation des besoins de formation médicale continue: une enquête transversale descriptive sur un échantillon de médecins généralistes de région Centre". Thèse soutenue à Tours. Janvier 2012.

[55] SOCIETE DE FORMATION THERAPEUTIQUE DU GENERALISTE. "les formations SFTG 2012" [En ligne]. 2012. Disponible sur: <www.sftg.net/documents%20PDF/plaquette%20seminaires%202012.pdf> (consulté le 06 juillet 2012)

[56] ORDRE NATIONAL DES MEDECINS. "Atlas de la démographie médicale française 2011". juin 2011. Disponible sur:<<http://www.conseil-national.medecin.fr/article/atlas-de-la-demographie-medicale-francaise-2011-les-jeunes-medecins-invitent-leurs-confreres-s%E2%80%99insta-1087>> (consulté le 25 mars 2013)

[57] CAISSE AUTONOME DE RETRAITE DES MEDECINS DE FRANCE. "Statistiques cotisants" [en ligne]. juin 2011. Disponible sur: <<http://www.carmf.fr/doc/publications/infocarmf/58-2010/stat1.htm>> (consulté le 25 mars 2013)

[58] BEN ZID S. " Stratégies de repérage de la Maladie d'Alzheimer et des démences apparentées par les médecins généralistes d'Indre-et-Loire : utilité des recommandations et variabilité inter-examineurs du MMSE ". Thèse soutenue à Tours. Avril 2011.

[59] VIAU B. " La maison d'Alzheimer idéale" . La revue canadienne de la maladie d'Alzheimer et autres démences. 2009. p.22-24. Disponible sur : <http://www.stacommunications.com/customcomm/Back-issue_pages/AD_Review/adPDFs/2009/Fevrier2009/22.pdf> (consulté le 07 août 2013)

IX Annexes

Annexe 1: Critères diagnostiques de la démence de type Alzheimer, DSMIV

A. Apparition de déficits cognitifs multiples, comme en témoignent à la fois :

1. une altération de la mémoire (altération de la capacité à apprendre des informations nouvelles ou à se rappeler les informations apprises antérieurement) ;
2. une (ou plusieurs) des perturbations cognitives suivantes :
 - a. aphasie (perturbation du langage)
 - b. apraxie (altération de la capacité à réaliser une activité motrice malgré des fonctions motrices intactes)
 - c. agnosie (impossibilité de reconnaître ou d'identifier des objets malgré des fonctions sensorielles intactes)
 - d. perturbation des fonctions exécutives (faire des projets, organiser, ordonner dans le temps, avoir une pensée abstraite).

B. Les déficits cognitifs des critères A1 et A2 sont tous les deux à l'origine d'une altération significative du fonctionnement social ou professionnel et représentent un déclin significatif par rapport au niveau de fonctionnement antérieur.

C. L'évolution est caractérisée par un début progressif et un déclin cognitif continu.

D. Les déficits cognitifs des critères A1 et A2 ne sont pas dus :

1. à d'autres affections du système nerveux central qui peuvent entraîner des déficits progressifs de la mémoire et du fonctionnement cognitif (par exemple : maladie cérébro-vasculaire, maladie de Parkinson, maladie de Huntington, hématome sous-dural, hydrocéphalie à pression normale, tumeur cérébrale) ;
2. à des affections générales pouvant entraîner une démence (par exemple : hypothyroïdie, carence en vitamine B12 ou en folates, pellagre, hypercalcémie, neurosyphilis, infection par le VIH) ;
3. à des affections induites par une substance.

E. Les déficits ne surviennent pas de façon exclusive au cours de l'évolution d'un syndrome confusionnel.

F. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un trouble de l'Axe I (par exemple : trouble dépressif majeur, schizophrénie).

Codification fondée sur la présence ou l'absence d'une perturbation cliniquement significative du comportement :

Sans perturbation du comportement : si les troubles cognitifs ne s'accompagnent d'aucune

perturbation cliniquement significative du comportement.

Avec perturbation du comportement : si les troubles cognitifs s'accompagnent d'une perturbation cliniquement significative (par exemple : errance, agitation) du comportement.

Préciser le sous-type :

À début précoce : si le début se situe à 65 ans ou avant.

À début tardif : si le début se situe après 65 ans.

Annexe 2: critères de diagnostic de la maladie d'Alzheimer, NINCDS-ADRDA

1. Critères de maladie d'Alzheimer probable :

- syndrome démentiel établi sur des bases cliniques et documenté par le *Mini-Mental State Examination*, le *Blessed Dementia Scale* ou tout autre test équivalent et confirmé par des preuves neuropsychologiques
- déficit d'au moins deux fonctions cognitives
- altérations progressives de la mémoire et des autres fonctions cognitives
- absence de trouble de conscience
- survenue entre 40 et 90 ans, le plus souvent au-delà de 65 ans
- en l'absence de désordres systémiques ou d'une autre maladie cérébrale pouvant rendre compte par eux-mêmes, des déficits mnésiques et cognitifs progressifs

2. Ce diagnostic de maladie d'Alzheimer probable est renforcé par :

- la détérioration progressive des fonctions telles que le langage (aphasie), les habiletés motrices (apraxie) et perceptives (agnosie)
- la perturbation des activités de la vie quotidienne et la présence de troubles du comportement
- une histoire familiale de troubles similaires surtout si confirmés histologiquement
- le résultat aux examens standards suivants :
 - normalité du liquide céphalo-rachidien
 - EEG normal ou siège de perturbations non spécifiques comme la présence d'ondes lentes
 - présence d'atrophie cérébrale d'aggravation progressive

3. Autres caractéristiques cliniques compatibles avec le diagnostic de maladie d'Alzheimer probable après exclusion d'autres causes :

- période de plateaux au cours de l'évolution
- présence de symptômes tels que dépression, insomnie, incontinence, idées délirantes, illusions, hallucinations, réactions de catastrophe, désordres sexuels et perte de poids. Des anomalies neurologiques sont possibles surtout aux stades évolués de la maladie, notamment des signes moteurs tels qu'une hypertonie, des myoclonies ou des troubles de la marche.
- crises comitiales aux stades tardifs
- scanner cérébral normal pour l'âge

4. Signes rendant le diagnostic de maladie d'Alzheimer probable incertain ou improbable :

- début brutal
- déficit neurologique focal tel que hémiparésie, hypoesthésie, déficit du champ visuel, incoordination motrice à un stade précoce
- crises convulsives ou troubles de la marche en tout début de maladie

5. Le diagnostic clinique de la maladie d'Alzheimer possible :

- peut être porté sur la base du syndrome démentiel, en l'absence d'autre désordre neurologique, psychiatrique ou systémique susceptible de causer une démence, en présence de variante dans la survenue, la présentation ou le cours de la maladie ;
- peut être porté en présence d'une seconde maladie systémique ou cérébrale susceptible de produire un syndrome démentiel mais qui n'est pas considérée comme la cause de cette démence ;
- et pourrait être utilisé en recherche clinique quand un déficit cognitif sévère progressif est identifié en l'absence d'autre cause identifiable.

6. Les critères pour le diagnostic de maladie d'Alzheimer certaine sont :

- les critères cliniques de la maladie d'Alzheimer probable ;
- et la preuve histologique apportée par la biopsie ou l'autopsie.

Annexe 3: Mini-Mental State Examination dans sa version établie par le Groupe de Recherche et d'Évaluation des Outils Cognitifs (GRECO)

Orientation

Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire. Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez.

- 1. En quelle année sommes-nous ? _
- 2. En quelle saison ? _
- 3. En quel mois ? _
- 4. Quel jour du mois ? _
- 5. Quel jour de la semaine ? _

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

- 6. Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes ? _

(si l'examen est réalisé en cabinet, demander le nom du cabinet médical ou de la rue où il se trouve)

- 7. Dans quelle ville se trouve-t-il ? _

- 8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ?

—

- 9. Dans quelle région est situé ce département ? _

- 10. À quel étage sommes-nous ici ? _

Apprentissage

Je vais vous dire 3 mots. Je voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les redemanderai tout à l'heure.

- 11. Cigare _

- 12. Fleur _

- 13. Porte _

Répétez les 3 mots.

Attention et calcul

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

- 14. 93 _

- 15. 86 _

- 16. 79 _

- 17. 72 _

- 18. 65 _

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

épeler le mot MONDE à l'envers : EDNOM. Le score correspond au nombre de lettres dans la bonne position. (Ce chiffre ne doit pas figurer dans le score global.)

Rappel

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

19. Cigare _

20. Fleur _

21. Porte _

Langage

22. Montrer un crayon. *Quel est le nom de cet objet ?* _

23. Montrer votre montre. *Quel est le nom de cet objet ?* _

24. *Ecoutez bien et répétez après moi : "Pas de mais, de si, ni de et"* _

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

Prenez cette feuille de papier avec la main droite _

26. Pliez-la en deux _

27. Et jetez-la par terre _

28. Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractères :

"Fermez les yeux" et dire au sujet : *Faites ce qui est écrit* _

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

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

Cette phrase doit être écrite spontanément. Elle doit contenir un sujet, un verbe et avoir un sens. _

Praxies constructives

30. Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander :

"Voulez-vous recopier ce dessin ?" _

Compter 1 point pour chaque bonne réponse.

SCORE GLOBAL/30 (les seuils pathologiques dépendent du niveau socio-culturel).

Annexe 4: Cinq mots de Dubois

1. Montrer la liste

Faire lire la liste au patient : « *Lisez cette liste de mots à voix haute et essayez de la retenir, je vous la redemanderai tout à l'heure.* »

- Musée *Mimosa*
- Limonade *Abricot*
- Sauterelle *Eléphant*
- Passoire *Chemisette*
- Camion *Accordéon*

2. Interroger le patient

« *Pouvez-vous me dire en regardant la liste, quel est le nom de la boisson, l'ustensile de cuisine, le véhicule, le bâtiment, l'insecte ?* »

3. Retourner la liste et interroger à nouveau le patient

« *Pouvez-vous me redonner les mots que vous venez de lire ?* »

4. Pour les mots non rappelés et seulement ceux-ci demander:

« *Quel était le nom de :* » en fournissant l'indice correspondant

5. Compter le nombre de bonnes réponses = score d'apprentissage

Si score = 5, l'enregistrement a été effectif, passer à l'étape 6

Si score < 5, remontrer la liste et indiquer du doigt les mots non rappelés, puis retourner la liste et demander au patient les mots non rappelés en réponse à leurs indices. Le but est de s'assurer que le patient a bien enregistré tous les mots.

6. Poursuivre la consultation médicale et faire d'autres tests.

Le but est de détourner l'attention du patient pendant 3 à 5 minutes. Par exemple, en explorant ses capacités visuo-constructives ou son orientation temporo-spatiale.

7. Interroger à nouveau le patient

« *Pouvez-vous me donner les 5 mots que vous avez lu tout à l'heure ?* »

Pour les mots non rappelés et seulement ceux-ci demander:

« *Quel était le nom de :* » en fournissant l'indice correspondant

8. Compter le nombre de bonnes réponses = score de mémoire

Annexe 5: cotation du 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)

Annexe 6: BEC 96

1 - MANIPULATION MENTALE :

Le patient est invité à énoncer dans l'ordre les jours de la semaine ; l'aider au besoin. Puis lui demander d'énoncer à l'envers les jours de la semaine ; l'examineur commence la série en proposant : «dimanche, samedi, ... continuer».

Noter les réponses du sujet ; accepter une auto-correction immédiate.

Utiliser le barème suivant pour le score :

12 Cinq jours dans l'ordre **3** deux jours dans l'ordre

9 quatre jours dans l'ordre **1** un seul jour (vendredi)

6 trois jours dans l'ordre **0** impossible

2 - ORIENTATION :

Le patient est invité à répondre à cinq questions valant 3 ou 2 points en cas de réponse correcte, 1 point en cas de réponse erronée immédiatement et spontanément corrigée (sans incitation de l'examineur).

3 • 1 • 0 Quel est votre âge ?

3 • 1 • 0 En quelle année sommes-nous ?

2 • 1 • 0 En quel mois sommes-nous ?

2 • 1 • 0 Quelle date sommes-nous ? (jour ou quantième)

2 • 1 • 0 Comment s'appelle le Président de la République ?

3 - ACQUISITION DE SIX IMAGES :

Le patient est invité à se souvenir des images qui vont lui être présentées. Cette épreuve est destinée à estimer les rappels qui seront exécutés en (6), soit après les deux épreuves suivantes qui servent donc de délai.

Disposer devant le patient la planche représentant verticalement un avion, une tasse, un poisson, un pantalon, un trèfle, un sapin. Prévenir le patient «qu'il doit se souvenir de ces images afin de pouvoir les rappeler dans un moment».

La planche est laissée trente secondes devant le patient. Pendant ces trente secondes faire dénommer chacune des six images deux fois. Au besoin, aider le patient s'il a du mal à trouver le mot. Accepter fleur pour trèfle, arbre pour sapin.

Redire au patient à la fin qu'il doit bien se souvenir des images. Durant la présentation veiller à ce que le patient dirige bien son attention sur les images. Noter la dénomination (non prise en compte pour la cotation).

Avion : tasse : poisson : pantalon : trèfle : sapin :

N.B. : Dans des rares cas, du fait des difficultés visuo-spatiales, le patient ne pourra localiser ni

identifier certains ou l'ensemble des dessins. Noter cette impossibilité qui interdit l'estimation des rappels. Mais dans ce cas l'épreuve d'apprentissage permettra d'évaluer la mémoire.

4 - PROBLÈMES :

Le patient est invité à résoudre une série de six problèmes, arithmétiques et verbaux. La note pour chaque problème est de : 2 : réponse correcte, 1 : réponse erronée, auto-correctée immédiatement et spontanément, incomplète ou insuffisante, 0 : réponse fautive ou pas de réponse.

Les trois problèmes arithmétiques sont d'abord proposés.

2 • 1 • 0 Vous avez 50 F ; vous dépensez 30 F, combien vous reste-t-il ?

2 • 1 • 0 Vous achetez 3 kg d'oranges à 20 F le kg ; combien payez-vous ?

2 • 1 • 0 Vous achetez 2 kg de tomates à 6 F le kg ; vous donnez 10 F ; combien vous rend-on ? (le patient doit réaliser le caractère «impossible» du problème posé).

Avant de proposer les trois problèmes verbaux suivants, on demande au patient «en quoi une robe et une chemise appartiennent à la même catégorie ?» La bonne réponse est des «vêtements». Il n'est pas rare que le patient ne trouve que des différences. L'examineur doit alors proposer la bonne réponse, ce qui doit aider le patient pour les problèmes qui vont lui être posés.

2 • 1 • 0 Demander en quoi du raisin et une pomme appartiennent à la même chose, à la même catégorie (bonne réponse : « des fruits », une réponse telle que «des aliments» ou «c'est sucré» vaut 1 point).

2 • 1 • 0 Demander en quoi un lit et un fauteuil appartiennent à la même chose, à la même catégorie (bonne réponse «des meubles», une réponse telle que «c'est pour se reposer» ou «pour s'asseoir» vaut 1 point).

2 • 1 • 0 Que veut dire l'expression suivante «Rien ne sert de courir, il faut partir à point» (Accepter comme bonne, toute réponse témoignant d'une compréhension satisfaisante ; ne pas accepter de paraphrase telle que «il faut partir à temps» ; il faudra parfois pousser le patient : ne compter alors que 1 point).

5 - FLUENCE VERBALE :

Le patient est invité à «dire, évoquer tous les noms d'animaux qu'il connaît» ; bien préciser qu'il peut s'agir «d'animaux domestiques ou sauvages, vivant sur terre, dans l'air, dans l'eau». L'examineur, après s'être assuré que la consigne a bien été comprise, propose «chien» pour démarrer. La durée de l'épreuve est d'une *minute*. Le score est le nombre de noms d'animaux évoqués ; les noms répétés ne comptent qu'une fois. Il est possible que le patient évoque plus de douze noms d'animaux ; on ramènera le score à 12 qui est la note maximum. Enlever 1 point pour tout nom n'appartenant pas à la catégorie animale. Noter les réponses : Chien ...

6 - RAPPELS :

Le patient est invité à rappeler les images vues en (3). Deux types de rappels sont pratiqués.

Rappel évocation (6 points) :

Le patient est invité à «rappeler les images qu'il a vues, il y a un moment, au début». Ajouter systématiquement et impérativement, immédiatement après cette consigne «Parmi ces images il y avait un vêtement». Encourager le patient à chercher.

Enregistrer toutes les réponses :

ATTENTION : il est possible et non rare que le patient rappelle un ou des noms n'appartenant pas aux images présentées.

Ces noms sont généralement des noms d'animaux (cf. 5) ou de vêtements (cf. 4). Il s'agit d'interférences.

Le score est le nombre d'images rappelées (accepter fleur pour trèfle, arbre pour sapin) moins le nombre de réponses interférences.

Rappel reconnaissance (6 points) :

Quelles que soient les réponses du rappel spontané, le patient est invité à reconnaître chacune des six images sur une planche où figurent 24 images. Il y a une bonne image par rangée ; en prévenir le patient en le faisant procéder rangée par rangée, au besoin par choix forcé. Noter les réponses.

Avion tasse poisson pantalon trèfle sapin

Le score est le nombre de «bonnes images» reconnues.

Le score «rappels» est la somme des scores évocation + reconnaissance.

7 - APPRENTISSAGE :

Le patient est invité à apprendre une liste de mots. Il est prévenu qu'il s'agit d'une épreuve difficile, qu'il devra bien fixer son attention et qu'il ne devra surtout pas s'inquiéter car il n'est pas possible de «tout apprendre». L'examineur explique au patient qu'il va écouter une liste de mots et qu'il devra répéter aussitôt tous les mots qu'il a retenus *dans l'ordre qu'il voudra*.

L'examineur lit alors la liste dans l'ordre indiqué, à raison d'un mot chaque deux secondes (rythme d'une lecture lente).

Dès la fin du dernier mot, demander de répéter tous les mots dans n'importe quel ordre. La durée du rappel est de trente secondes. Enregistrer les réponses dans le tableau ci-dessous en inscrivant pour chaque mot le chiffre correspondant à l'ordre du rappel. Procéder de la même façon à un second puis à un troisième essai.

Noter pour chaque essai les réponses n'appartenant pas à la liste (erreurs) ; il s'agit habituellement d'interférences, c'est-à-dire de mots appartenant à ceux utilisés pour les rappels ou pour la fluence.

Compter comme réponses nulles des transformations syllabiques des mots telles que ballon pour balai ; bouton pour mouton.

Le score est la somme des mots rappelés lors des deux meilleurs essais. Ce score peut théoriquement dépasser le score maximum de 12. Ramener alors la somme obtenue à 12. En cas

d'erreurs-interférences, compter ces erreurs à chacun des essais. Le score est alors la somme des bonnes réponses aux deux meilleurs essais moins la somme des erreurs-interférences à ces deux essais.

ESSAI JOURNAL PIANO NUAGE VALISE MOUTON BALAI SERRURE FUSIL

Erreurs :

Interférences :

Mentionner ci-dessus le nombre total des erreurs et interférences survenues lors du rappel évocation et lors des trois essais de l'apprentissage. Cette note n'est pas prise en compte dans le score, mais pourra servir lors de l'analyse qualitative.

8 - Dénomination :

Le patient est invité à dénommer 12 images; 1 point si le «bon» mot est donné en moins de cinq secondes ; 0,5 point si le bon mot est trouvé après 5 secondes ou s'il suit une réponse erronée auto-correctée. Si le score total comporte une virgule, prendre le score entier inférieur.

1 • 0,5 • 0 Maison : 1 • 0,5 • 0 Robinet : 1 • 0,5 • 0 Échelle :

1 • 0,5 • 0 Ciseaux : 1 • 0,5 • 0 Parachute : 1 • 0,5 • 0 Cloche :

1 • 0,5 • 0 Eléphant : 1 • 0,5 • 0 Ancre : 1 • 0,5 • 0 Hélicoptère :

1 • 0,5 • 0 Champignon : 1 • 0,5 • 0 Domino : 1 • 0,5 • 0 Crocodile :

9 -VISUO-CONSTRUCTION :

Le patient est invité à reproduire les deux figures géométriques; la reproduction se fera sous le modèle

Score :

Cube 6 points : 2 points pour chaque face dont tous angles doivent être respectés ; 1 point seulement par face ayant quatre côtés.

Triangles 6 points : 1 point pour chaque triangle reproduit ; 1 point pour le petit triangle bien placé ; 2 points pour le bon entrecroisement (un triangle).

Annexe 7: BREF test

1. Similitudes (conceptualisation)

"De quelle façon sont-ils semblables?"

"Une banane et une orange..."

(en cas d'échec, dire au patient: "Une banane et une orange sont des...", ne pas comptabiliser, ne pas aider le patient pour les deux autres items)

"Une table et une chaise..."

"Une tulipe, une rose et une marguerite..."

Un point pas similitude, maximum de 3

2. Fluidité lexicale (flexibilité mentale)

"Dites le plus grand nombre de mots commençant par la lettre "S", n'importe quel mot sauf des noms propres ou des prénoms"

Si le patient ne dit aucun mot durant les 5 premières secondes, dire "Par exemple, serpent...".

S'il arrête durant 10 secondes, le stimuler en disant "n'importe quel mot commençant pas S..."

Temps alloué: 60 secondes

Correction: les mots répétés ou équivalents (sable et sable-mouvant) ainsi que les prénoms ou les noms propres ne sont pas comptés

10 mots et plus: 3 points

6 à 9 mots: 2 points

3 à 5 mots: 1 point

2 mots ou moins: 0 point

3. Séquences motrices (programmation)

"Regardez attentivement ce que je fais."

L'examineur, assis en face du patient, exécute trois fois avec sa main gauche la série de Luria (poing – tranche – plat de la main).

"Maintenant, avec votre main droite, faites la même chose, d'abord avec moi et ensuite seul."

L'examineur exécute la série trois fois avec le patient et dit ensuite: "Maintenant, faites-le seul."

Le patient réussit six séries seul: 3 points

Le patient réussit au moins 3 séries seul: 2 points

Le patient est incapable seul mais réussit trois séries avec l'examineur: 1 point

Le patient ne peut faire trois séries avec l'examineur: 0 point.

4. Consignes contradictoires (sensibilité à l'interférence)

"Tapez deux coups quand j'en tape un."

Pour s'assurer que le patient a compris, une série de trois est exécutée: 1-1-1.

"Tapez un coup quand j'en tape deux."

Pour s'assurer que le patient a compris, une série de trois est exécutée: 2-2-2.

Ensuite l'examineur tape 1-1-2-1-2-2-2-1-1-2.

Aucune erreur: 3 points

Une ou deux erreurs: 2 points

Plus de deux erreurs: 1 point

Le patient tape comme l'examineur à 4 reprises consécutives: 0 point

5. Go – No Go (contrôle inhibiteur)

"Tapez un coup quand je tape un coup."

Pour s'assurer que le patient a compris, une série de trois est exécutée: 1-1-1.

"Ne tapez pas quand je tape deux fois."

Pour s'assurer que le patient a compris, une série de trois est exécutée: 2-2-2.

Ensuite l'examineur tape 1-1-2-1-2-2-2-1-1-2.

Aucune erreur: 3 points

Une ou deux erreurs: 2 points

Plus de deux erreurs: 1 point

Le patient tape comme l'examineur à 4 reprises consécutives: 0 point

6. Comportement de préhension (autonomie environnementale)

"Ne prenez pas mes mains"

L'examineur est assis en face du patient. Placez les mains du patient sur ses genoux, paume vers le haut. Sans dire un mot et sans regarder le patient, l'examineur place ses mains près de celles du patient et touche les paumes des deux mains pour vérifier s'il les prend spontanément. Si le patient les prend spontanément, l'examineur refait un essai après avoir dit: "Maintenant, ne prenez pas mes mains."

Le patient ne prend pas les mains de l'examineur: 3 points

Le patient hésite et demande ce qu'il doit faire: 2 points

Le patient prend les mains sans hésitations: 1 point

Le patient prend les mains de l'examineur même au deuxième essai: 0 point

Annexe 8: IADL (*instrumental Activities of Daily Living*)

A – ... Utiliser le téléphone

- 1 – De sa propre initiative, cherche et compose les numéros
- 2 – Compose un petit nombre de numéros bien connus
- 3 – Répond au téléphone mais n'appelle pas
- 4 – Incapable d'utiliser le téléphone

B – ... Faire les courses

- 1 – Fait les courses de façon indépendante
- 2 – Fait seulement les petits achats tout seul
- 3 – A besoin d'être accompagné quelque soit la course
- 4 – Totalement incapable de faire les courses

C – ... Préparer les repas

- 1 – Prévois, prépare et sert les repas de façon indépendante
- 2 – Prépare les repas si on lui fournit les ingrédients
- 3 – Est capable de réchauffer les petits plats préparés
- 4 – A besoin qu'on lui prépare et qu'on lui serve ses repas

D – ... Entretenir le domicile

- 1 – Entretiens seul la maison avec une aide occasionnelle pour les gros travaux
- 2 – Ne fait que les travaux d'entretien quotidiens
- 3 – Fais les petits travaux sans parvenir à garder un niveau de propreté suffisant
- 4 – A besoin d'aide pour toutes les tâches d'entretien du domicile
- 5 – Ne participe pas du tout à l'entretien du domicile

E – ... Faire la lessive

- 1 – Fait toute sa lessive personnellement ou la porte lui-même au pressing
- 2 – Lave les petites affaires
- 3 – Toute la lessive doit être faite par d'autres

F – ... Utiliser les moyens de transport

- 1 – Peut voyager seul et de façon indépendante
- 2 – Peut se déplacer seul en taxi ou par autobus

- 3 – Peut prendre les transports en commun s’il est accompagné
- 4 – Transport limité au taxi ou à la voiture avec accompagnement
- 5 – Ne se déplace pas du tout

G – ... Prendre les médicaments

- 1 – S’occupe lui-même de la prise (dosage et horaire)
- 2 – Peut les prendre par lui-même s’ils sont préparés à l’avance
- 3 – Incapable de les prendre de lui-même

H – ... Gérer son budget

- 1 – Totalelement autonome (fait des chèques, paye ses factures,...)
- 2 – Se débrouille pour les dépenses au jour le jour, mais a besoin d’aide pour gérer à long terme
- 3 – Incapable de gérer l’argent nécessaire à payer ses dépenses au jour le jour

Annexe 9: ADL (Activity of Daily Living - Indice de Katz)

Hygiène corporelle

- autonomie..... 1
- aide partielle.....0,5
- dépendant.....0

Habillage

- autonomie pour le choix des vêtements et l'habillage.....1
- autonomie pour le choix des vêtements, l'habillage mais a besoin d'aide pour se chausser.....0,5
- dépendant.....0

Toilettes

- autonomie pour aller aux toilettes, se déshabiller et se rhabiller ensuite.....1
- doit être accompagné ou a besoin d'aide pour se déshabiller et se rhabiller.....0,5
- ne peut aller aux toilettes seul.....0

Locomotion

- autonomie.....1
- a besoin d'aide.....0,5
- grabataire.....0

Continence

- continent.....1
- incontinence occasionnelle.....0,5
- incontinent.....0

Repas

- mange seul.....1
- aide pour couper la viande ou peler les fruits.....0,5
- dépendant.....0

Annexe 10: DAD (Disability Assessment of Dementia)

Activités	Facteurs	oui	non	Non Applicable
Hygiène	Initiation			
	Planification et organisation			
	Action efficace			
Habillage	Initiation			
	Planification et organisation			
	Action efficace			
Contenance	Initiation			
	Planification et organisation			
	Action efficace			
Alimentation	Initiation			
	Planification et organisation			
	Action efficace			
Préparation de repas	Initiation			
	Planification et organisation			
	Action efficace			
Utilisation du téléphone	Initiation			
	Planification et organisation			
	Action efficace			
Déplacement à l'extérieur	Initiation			
	Planification et organisation			
	Action efficace			
Finances et correspondance	Initiation			
	Planification et organisation			
	Action efficace			
Médication	Initiation			
	Planification et organisation			
	Action efficace			
Loisirs et entretien domestique	Initiation			
	Planification et organisation			
	Action efficace			

Score global: nombre de oui/40 (moins NA) et nombre de non/40 (moins NA)

Annexe 11: NPI (inventaire neuro-psychiatrique)

Items	NA	Absent	Fréquence 1 2 3 4	Gravité 1 2 3	FxG	Retentissement 1 2 3 4 5
Idées délirantes						
Hallucinations						
Agitation Agressivité						
Dépression Dysphorie						
Anxiété						
Exaltation de l'humeur Euphorie						
Apathie Indifférence						
Désinhibition						
Irritabilité Instabilité de l'humeur						
Comportement moteur aberrant						
Sommeil						
Appétit Troubles de l'appétit						

NA: non applicable

FxG: Fréquence x Gravité

Annexe 12: échelle d'agitation de Cohen-Mansfield

		0	1	2	3	4	5	6	7
Agitation physique non agressive	1-Cherche à saisir								
	2-Déchire les affaires								
	3-Mange des produits non comestibles								
	4-Fait des avances sexuelles physiques								
	5-Déambule								
	6-Se déshabille, se rhabille								
	7-Attitudes répétitives								
	8-Essaie d'aller ailleurs								
	9-Manipulation non conforme d'objets								
	10-Agitation généralisée								
	11-Recherche constante d'attention								
	12-Cache des objets								
	13-Amasse des objets								
Agitation verbale non agressive	14-Répète des mots, des phrases								
	15-Se plaint								
	16-Émet des bruits bizarres								
	17-Fait des avances sexuelles verbales								
Agitation et agressivité physiques	18-Donne des coups								
	19-Bouscule								
	20-Mord								
	21-Crache								
	22-Donne des coups de pied								
	23-Griffe								
	24-Se blesse, blesse les autres								
	25-Tombe volontairement								
Agitation et agressivité verbales	26-Lance les objets								
	27-Jure								
	28-Est opposant								
	29-Pousse des hurlements								
TOTAL									

Évaluation de chaque item sur les sept jours précédents.

Score de 0 à 7 : 0= non évaluable, 1= jamais, 7= plusieurs fois par heures

Annexe 13: Échelle d'anxiété de Hamilton

COTATION 0 : absent ; 1 : léger ; 2 : moyen ; 3 : fort ; 4 : maximal (invalidant)	
Humeur Inquiétude - Attente du pire Appréhension (anticipation avec peur) - Irritabilité	anxieuse
Tension Sensations de tension - Fatigabilité - Impossibilité de se détendre - Réaction de sursaut - Pleurs faciles - Tremblements - Sensation d'être incapable de rester en place	
Peurs Du noir - Des gens qu'on ne connaît pas - D'être abandonné seul - Des gros animaux - De la circulation - De la foule	
Insomnie Difficultés d'endormissement - Sommeil interrompu - Sommeil non satisfaisant avec fatigue au réveil - Rêves pénibles - Cauchemars - Terreurs nocturnes	
Fonctions Difficultés de concentration - Mauvaise mémoire	intellectuelles (cognitives)
Humeur Perte des intérêts - Ne prend plus plaisir à ses passe-temps - Dépression - Insomnie du matin - Variations de l'humeur dans la journée.	
Symptômes Douleurs et courbatures dans les muscles - Raideurs musculaires - Sursauts musculaires - Secousses cloniques - Grincements des dents - Voix mal assurée.	somatiques généraux (musculaires)
Symptômes Tintement d'oreilles - Vision brouillée - Bouffées de chaleur ou de froid - Sensations de faiblesse - Sensations de picotements	somatiques généraux (sensoriels)
Symptômes Tachycardie - Palpitations - Douleurs dans la poitrine - Battements des vaisseaux - Sensations syncopales - Extrasystoles.	
Symptômes Poids sur la poitrine ou sensation de constriction - Sensations d'étouffement - Soupirs - Dyspnée.	
Symptômes Difficultés pour avaler - Vents - Dyspepsie : douleurs avant ou après les repas, sensations de brûlure, ballonnement, pyrosis, nausées, vomissements, creux à l'estomac, "Coliques" abdominales - Borborygmes - Diarrhée - Perte de poids - Constipation	
Symptômes Aménorrhée - Ménorragies - Apparition d'une frigidité - Mictions fréquentes - Urgence de la miction - Éjaculation précoce - Absence d'érection - Impuissance	
Symptômes Bouche sèche - Accès de rougeur - Pâleur - Tendance à la sudation - Vertiges - Céphalée de tension - Horripilation	
Symptômes Bouche sèche - Accès de rougeur - Pâleur - Tendance à la sudation - Vertiges - Céphalée de tension - Horripilation	
Comportement Général : Tendus, non à son aise - Agitation nerveuse des mains, tripote ses doigts, serre les poings, tics, serre son mouchoir - Instabilité : va-et-vient - Tremblement des mains - Front plissé - Faciès tendu - Augmentation du tonus	

<p>musculaire - Respiration haletante - Pâleur faciale. <u>Physiologique</u> : Avale sa salive - Éructations - Tachycardie au repos - Rythme respiratoire à plus de 20/mn - Réflexe tendineux vifs - Tremblements - Dilatation pupillaire - Exophtalmie - Sudation - Battements des paupières.</p>	
<p>TOTAL Le seuil admis en général pour une anxiété significative est de 20.</p>	

Annexe 14: GDS (échelle gériatrique de dépression)

- 1- Êtes-vous satisfait(e) de votre vie? Oui non
- 2- Avez-vous renoncé à un grand nombre de vos activités? Oui non
- 3 - Avez-vous le sentiment que votre vie est vide? Oui non
- 4 - Vous ennuyez-vous souvent? Oui non
- 5- Envisagez-vous l'avenir avec optimisme? Oui non
- 6 - Êtes-vous souvent préoccupé(e) par des pensées qui reviennent sans cesse? Oui non
- 7- Êtes-vous de bonne humeur la plupart du temps? Oui non
- 8- Craignez-vous un mauvais présage pour l'avenir? Oui non
- 9- Êtes-vous heureux la plupart du temps? Oui non
- 10- Avez-vous souvent besoin d'aide? Oui non
- 11- Vous sentez-vous souvent nerveux (se) au point de ne pouvoir tenir en place? Oui non
- 12- Préférez-vous rester seul(e) dans votre chambre plutôt que d'en sortir? Oui non
- 13- L'avenir vous inquiète-t-il? Oui non
- 14- Pensez-vous que votre mémoire est plus mauvaise que celle de la plupart des gens? Oui non
- 15- Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre à notre époque? Oui non
- 16- Avez-vous souvent le cafard ? Oui non
- 17- Avez-vous le sentiment d'être désormais inutile? Oui non
- 18- Ressassez-vous beaucoup le passé? Oui non
- 19- Trouvez-vous que la vie est passionnante? Oui non
- 20- Avez-vous des difficultés à entreprendre de nouveaux projets? Oui non
- 21- Avez-vous beaucoup d'énergie? Oui non
- 22- Désespérez-vous de votre situation présente? Oui non
- 23- Pensez-vous que la situation des autres est meilleure que la vôtre et que les autres ont plus de chance que vous? Oui non
- 24- Êtes-vous souvent irrité(e) par des détails? Oui non
- 25- Éprouvez-vous souvent le besoin de pleurer? Oui non
- 26- Avez-vous du mal à vous concentrer? Oui non
- 27- Êtes-vous content(e) de vous lever le matin? Oui non
- 28- Refusez-vous souvent les activités proposées? Oui non
- 29- Vous est-il facile de prendre des décisions? Oui non
- 30- Avez-vous l'esprit aussi clair qu'autrefois? Oui non

1 point par réponse positive

Score < 5 normal; entre 5 et 9 forte probabilité de dépression; > 10 presque toujours une dépression

Annexe 15: Mini-Zarit

1 - Le fait de vous occuper de votre parent entraîne-t-il :

- des difficultés dans votre vie familiale ?
- des difficultés dans vos relations avec vos amis, vos loisirs, ou dans votre travail ?
- un retentissement sur votre santé (physique et/ou psychique) ?

2 - Avez-vous le sentiment de ne plus reconnaître votre parent ?

3 - Avez-vous peur pour l'avenir de votre parent ?

4 – Souhaitez-vous être (davantage) aidé(e) pour vous occuper de votre parent ?

5 – Ressentez-vous une charge en vous occupant de votre parent ?

Notation (0 = jamais, $\frac{1}{2}$ = parfois, 1 = souvent) pour chaque question

Score de 0 à 7 (0= fardeau absent ou léger; 7= fardeau sévère)

Annexe 16: programme national d'enseignement

MODULE 1 INITIATION A LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE

- Lecture critique d'un article médical, la presse médicale, critères de qualité (Lire un article médical en anglais)
- Lire un compte-rendu d'essai thérapeutique
- préparer une thèse en MG. Élaborer un projet de recherche
- Documentation
- Les ressources documentaires sur le web et Netscoring

MODULE 2 MEDECINE GENERALE ET SON CHAMP D'APPLICATION

- Maintien à domicile. La dépendance et structures de maintien à domicile des PA, les handicapés...

Soins palliatifs et patients en fin de vie

- Relation médecin Malade
- Santé publique. Épidémiologie et Prévention

Conseils au voyageur

Examens périodiques en médecine générale

Santé des migrants ,précarité.

Dépistage des cancers du col utérin, du sein

Dépistage des cancers colon, prostate, peau, poumon, voies aériennes supérieures.

Prévention des IST

Prévention de l'ostéoporose.

Médecine générale et pollution atmosphérique.

MODULE 3 STRATEGIE DECISIONNELLE

- Analyse décisionnelle et EBM, Médecine Bayésienne
- Prescriptions médicamenteuses
- Iatrogénie
- Médicaments et grossesse
- Automédication
- Observance.
- Naissance vie et mort d'un médicament (Les organismes officiels et le médicament)
- Responsabilité du MG dans la prescription du médicament.
- Gestion de la poly-médication (à partir d'un cas complexe)
- Utilisation des antalgiques.
- Utilisation des AINS
- Utilisation des anticoagulants et antithrombotiques

- Prescriptions non médicamenteuses

MODULE 4- SITUATIONS PATHOLOGIQUES COURANTES

4.1 Du symptôme à la décision

- Le malade qui se plaint de vertiges, de malaise
- Le malade qui se plaint de mal de dos
- Le malade qui se plaint de mal de tête
- Le malade qui se plaint de fatigue (thyroïde).
- Le malade qui se plaint de difficultés urinaires (dysurie, brûlures)
- Le malade qui se plaint de troubles digestifs
- Le malade qui se plaint de troubles de la circulation.
- Le malade qui se plaint de problèmes oculaires.
- Le malade qui se plaint de problèmes de peau

4.2 Le suivi du malade chronique

- Le patient diabétique
- Le patient hypertendu
- Le patient dyslipidémique
- Le patient allergique
- Le patient parkinsonien
- Le patient obèse
- Le patient asthmatique et insuffisant respiratoire
- Le patient toxicomane (la dépendance)
- Le patient alcoolique
- Le patient tabagique
- Le patient atteint par le VIH

4.3 L'enfant et l'adolescent

- Affections ORL saisonnières.
- Alimentation du nourrisson
- Difficultés scolaires, problèmes psychologiques.
- Suicide de l'adolescent
- Le carnet de vaccinations

4.4 La femme

- La contraception.
- La femme enceinte
- Le post partum, allaitement
- Les problèmes de couple (hypofertilité, comment parler de sexualité avec les patients,

dysfonctionnement érectile, troubles de l'éjaculation, absence de plaisir, dyspareunie).

- La ménopause.
- La maltraitance, le viol

4.5 Le vieillissement ou prise en charge de la personne âgée

- La plainte mnésique, les démences, la psycho-gériatrie.
- Les problèmes rhumatologiques courants.
- Les problèmes uro-génitaux
- Déficit sensoriel

4.6 Les urgences en pratique de ville

- Urgences à symptomatologie abdominale.
- Urgences à symptomatologie thoracique et respiratoire.
- Urgences à symptomatologie neurologique.
- Urgences pédiatriques.
- Urgences psychiatriques, le malade dangereux.

MODULE 5 EXERCICE PROFESSIONNEL

Systeme de soins

- Médecine et assurance maladie
- Recours au spécialiste et hospitalisation
- Place du médecin généraliste dans les réseaux de veille sanitaire et réseaux sentinelles.

Installation

Éthique, Droit et responsabilité médicale

- Secret médical
- Loi du 4 mars 2002. L'erreur médicale, l'aléa thérapeutique.
- Certificats médicaux
- Problèmes médico-légaux
- Médicaments et responsabilité professionnelle

Gestes techniques en MG (enseigné au cours du stage praticien ou acquis pour certains lors du deuxième cycle)

- Infiltrations
- Examen des Tympanes
- Frottis
- Contention veineuse, immobilisation
- Traumatologie et petite chirurgie.

Organisation et gestion (enseigné au cours des stages chez le praticien niveau 1 et SASPAS)

- Installation en MG et gestion

- Cahier des charges de l'informatisation d'un cabinet de MG
- Le dossier médical.

Annexe 17: questionnaire

Bonjour cher(e) confrère, Vous êtes définis par l'HAS dans ses dernières recommandations de 2008 sur la prise en charge de la maladie d'Alzheimer comme « le pivot de l'organisation des soins centrés sur le patient ». C'est pourquoi je réalise ma thèse sur la maladie d'Alzheimer dont la fréquence va augmenter dans les années à venir sachant qu'à l'heure actuelle nous comptons environ 800000 patients atteints de la maladie d'Alzheimer pour 80000 médecins généralistes et que vous en suivez en moyenne 10. Cette thèse concernant le «ressenti des jeunes médecins généralistes sur leur formation initiale et ses déterminants » pourrait nous permettre d'améliorer l'offre de formation universitaire sur la maladie d'Alzheimer. Pourriez vous prendre quelques minutes pour répondre à ce questionnaire (durée : 4 min montre en main)? Bien cordialement, Cathy CHERON

1- Êtes-vous

- remplaçant(e)
- installé(e)
- Autre :

2- Si vous remplacez, faites-vous un remplacement fixe?

- oui
- non

3- Quelle est l'année d'obtention de votre thèse, si vous êtes thésé:

4- quel est votre âge?

5- Vous sentez vous compétents dans la prise en charge du patient atteint de MA?

- oui
- plutôt oui
- plutôt non
- non

6- La formation médicale initiale a-t-elle contribué à vos compétences actuelles?

Absolument pas	1	2	3	4	5	totalement
----------------	---	---	---	---	---	------------

7- La formation médicale continue a-t-elle contribué à vos compétences actuelles?

Absolument pas	1	2	3	4	5	totalement
----------------	---	---	---	---	---	------------

8- La présence dans votre entourage d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer a-t-elle contribué à vos compétences actuelles?

Absolument pas	1	2	3	4	5	totalement
----------------	---	---	---	---	---	------------

9- Le suivi d'un patient atteint de la maladie d'Alzheimer a-t-il contribué à vos compétences actuelles?

Absolument pas	1	2	3	4	5	totalement
----------------	---	---	---	---	---	------------

10- Quelles formes d'enseignements ont été les plus formatrices selon vous? 3 réponses possibles

- enseignements dirigés à la faculté
- groupes de pairs
- revues scientifiques
- information grand public
- thèse
- Recueil de situation clinique authentique ou cas clinique complexe
- DU/DIU
- DESC de gériatrie
- Autre :

10 bis- Quels lieux d'enseignements ont été les plus formateurs selon vous? 3 réponses possibles

- stage en gériatrie ou médecine interne
- autre stage hospitalier
- stage de premier ou deuxième niveau en ville
- remplacements
- Participation à un réseau de gériatrie
- Activité hospitalière en cours
- Expérience personnelle
- Autre :

11- Avez-vous été satisfait de votre formation dispensée lors du troisième cycle concernant la prise en charge du patient atteint de MA?

- Très satisfait
- Plutôt satisfait
- Peu satisfait
- Pas satisfait
- Autre :

12-Avez-vous réalisé une formation médicale continue concernant les patients atteints de la maladie d'Alzheimer depuis votre sortie de l'université?

- oui
- non

13- Comment avez vous acquis vos connaissances sur la prise en charge du patient atteint MA après la sortie de la faculté?

- Congrès
- FMC
- Réseau de gériatrie
- Activité partielle hospitalière
- l'expérience procurée par vos remplacements
- Autre :

14- Depuis le début de vos remplacements/ votre installation, avez vous déjà eu l'occasion de prendre en charge un patient atteint d'une MA ?

- Oui, 1 fois

- entre 1 et 5 fois
- plus de 5 fois
- non

15- Si oui, s'agissait-il

- d'une annonce du diagnostic
- suivi de prise en charge
- prise en charge des complications
- pathologie intercurrente
- planification de l'avenir (tutelle, placement éventuel)

16- Avez vous des correspondants habituels pour vous aider dans la prise en charge du patient atteint de MA ?

- oui, gériatre libéral
- oui, neurologue libéral
- oui, consultation ou service hospitalier (dont consultation mémoire hospitalière)
- oui, réseau
- non
- Autre :

17- En cas de suspicion de MA, pratiquez-vous vous même des tests neuropsychologiques pour vous aider à poser le diagnostic ?

- Non
- Parfois
- Souvent
- Toujours

18- Si oui, utilisez vous

- MMS
- test de l'horloge
- test des cinq mots de Dubois
- batterie cognitive de Solomon
- Autre :

18 bis- Si non, pourquoi

- trop chronophage
- systématiquement refaits lors de la consultation mémoire
- absence de rémunération spécifique
- absence de formation pratique à ces tests
- Autre :

19- Dans quels thèmes vous sentez vous le plus à l'aise pour la prise en charge du patient atteint de MA? 3 réponses maximum

- Diagnostic
- Gestion des traitements médicamenteux et des interactions secondaires
- Relation avec le patient
- Relation avec la famille
- la gestion des troubles du comportement et des autres complications liées
- la mise en place d'aides sociale
- L'aide aux aidants
- la prise en charge juridique
- Le placement éventuel en institution
- La prise en charge non spécifique des troubles liés au vieillissement

20- Quels thèmes vous posent le plus de difficultés chez le patient atteint de MA? 3 réponses maximum

- Diagnostic
- Gestion des traitements médicamenteux et des interactions secondaires
- Relation avec le patient
- Relation avec la famille
- la gestion des troubles du comportement et des autres complications liées
- la mise en place d'aides sociale
- L'aide aux aidants
- la prise en charge juridique
- Le placement éventuel en institution
- La prise en charge non spécifique des troubles liés au vieillissement

21- Quelles sont les types de difficultés que vous ressentez ? 3 réponses maximum

Manque de formation initiale

Manque d'intérêt

Manque d'expérience

Manque d'action possible du MG (prescription de traitement spécifique)

Manque de connaissance sur les interactions médicamenteuses

Impression de solitude face au patient et à sa famille

Manque de réseau ou de correspondants

Manque de connaissance sur la prise en charge spécifique du patient atteint de MA (non médicamenteux)

Difficulté d'abord du sujet avec le patient ou sa famille

Manque de référents juridiques

Manque de compétences

Manque de connaissance générale sur la prévention et la prise en charge des troubles liés au vieillissement

Manque de moyens

Autre :

Merci de vos réponses

Résumé

Maladie d'Alzheimer: ressenti des jeunes médecins généralistes sur leur formation médicale initiale et ses déterminants.

Introduction: La maladie d'Alzheimer est une maladie dont la fréquence ne va cesser de croître dans les années à venir. Les lourdes répercussions de cette maladie en font un enjeu de santé publique majeur justifiant l'implication du gouvernement au cours de ces dernières années mais aussi celle des professionnels de santé.

Méthodes: Une étude transversale a été réalisée auprès de jeunes médecins généralistes dont le mail était présent sur des sites de remplacements et d'échanges entre confrères. Le questionnaire comportait trois parties : une première partie de questions précisant les caractéristiques des participants ; une seconde partie décrivant leur opinion vis à vis de leur formation à la maladie d'Alzheimer et à une dernière partie décrivant leur pratique face à cette pathologie.

Résultats: Parmi les 779 médecins contactés, 215 ont répondu au questionnaire. Près d'un jeune médecin sur deux s'estimait compétent dans la prise en charge d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer. L'installation et la qualité de la formation médicale initiale ont été les facteurs les plus associés au fait de se sentir compétent. La prise en charge de plusieurs patients atteints de maladie d'Alzheimer augmentait la compétence ressentie des médecins selon un gradient continu. La présence de correspondants réguliers permettait également d'augmenter la compétence ressentie, en particulier lorsqu'il s'agissait d'un réseau.

Conclusion: L'amélioration de la formation médicale initiale, en insistant sur l'accès aux formes et lieux d'enseignement appréciés par les répondants, pourrait améliorer ce ressenti.

Mots Clés: Alzheimer Maladie d', médecins généralistes formation