

2016-2017

THÈSE
pour le
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
Qualification en médecine générale

**Maladie d'Alzheimer :
Représentations, opinions,
vécu et pratiques des
médecins généralistes**

BLANCHET Katia

Née le 22 octobre 1985 à Charleville-Mézières (08)

Sous la direction du Dr BOUVET Philippe et du Pr CONNAN Laurent

Membres du jury

Monsieur le Professeur VERNY Christophe	Président
Monsieur le Docteur BOUVET Philippe	Directeur
Monsieur le Professeur CONNAN Laurent	Codirecteur
Monsieur le Professeur GARNIER François	Membre
Madame le Docteur FAYOLLE Anne-Victoire	Membre

Soutenue publiquement le :
04 mai 2017



UFR SANTÉ

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné(e) Katia BLANCHET
déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant(e) le **04/04/2017**

LISTE DES ENSEIGNANTS DE L'UFR SANTÉ D'ANGERS

Directeur de l'UFR : Pr Isabelle RICHARD

Directeur adjoint de l'UFR et directeur du département de pharmacie : Pr Frédéric LAGARCE

Directeur du département de médecine : Pr Nicolas LEROLLE

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUDRAN Maurice	Rhumatologie	Médecine
AZZOUZI Abdel Rahmène	Urologie	Médecine
BARON-HAURY Céline	Médecine générale	Médecine
BARTHELAIX Annick	Biologie cellulaire	Médecine
BATAILLE François-Régis	Hématologie ; transfusion	Médecine
BAUFRETTON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BEAUCHET Olivier	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
BIZOT Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CAILLIEZ Éric	Médecine générale	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CHABASSE Dominique	Parasitologie et mycologie	Médecine
CHAPPARD Daniel	Cytologie et histologie	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
COUTURIER Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DARSONVAL Vincent	Chirurgie plastique, reconstrucrice et esthétique	Médecine
DE BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
ENON Bernard	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FANELLO Serge	Épidémiologie ; économie de la santé et prévention	Médecine
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GARNIER François	Médecine générale	Médecine
GARRE Jean-Bernard	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GRANRY Jean-Claude	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILET David	Chimie analytique	Pharmacie

HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HUEZ Jean-François	Médecine générale	Médecine
HUNAULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JARDEL Alain	Physiologie	Pharmacie
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
JOLY-GUILLOU Marie-Laure	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérald	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LAUMONIER Frédéric	Chirurgie infantile	Médecine
LEFTHERIOTIS Georges	Physiologie	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Émilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénéréologie	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
MERCIER Philippe	Anatomie	Médecine
MILEA Dan	Ophtalmologie	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie mycologie	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PICHARD Éric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOMME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROHMER Vincent	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET M.-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique ; médecine d'urgence	Médecine
SAINT-ANDRE Jean-Paul	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique pharmaceutique et biostatistique	Pharmacie
SENTILHES Loïc	Gynécologie-obstétrique	Médecine
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SUBRA Jean-François	Néphrologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VENIER Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
ZAHAR Jean-Ralph	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
ZANDECKI Marc	Hématologie ; transfusion	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANNAIX Véronique	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
BAGLIN Isabelle	Pharmacochimie	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELLANGER William	Médecine générale	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie et pharmacocinétique	Pharmacie
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHEVAILLER Alain	Immunologie	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie	Pharmacie
CRONIER Patrick	Chirurgie orthopédique et traumatologique	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine générale	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
DINOMAIS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FLEURY Maxime	Immunologie	Pharmacie
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
JEANGUILLAUME Christian	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
LANDREAU Anne	Botanique	Pharmacie
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Valorisation des substances naturelles	Pharmacie
LEPELTIER Élise	Chimie générale Nanovectorisation	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique et bromatologie	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	Médecine
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et santé au travail	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistique	Pharmacie
ROGER Émilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie
SIMARD Gilles	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine

TANGUY-SCHMIDT Aline	Hématologie ; transfusion	Médecine
TRICAUD Anne	Biologie cellulaire	Pharmacie
TURCANT Alain	Pharmacologie	Médecine

AUTRES ENSEIGNANTS

AMIARD Stéphane	Informatique	Médecine
AUTRET Erwan	Anglais	Médecine
BRUNOIS-DEBU Isabelle	Anglais	Pharmacie
CAVAILLON Pascal	Pharmacie Industrielle	Pharmacie
CHIKH Yamina	Économie-Gestion	Médecine
FISBACH Martine	Anglais	Médecine
LAFFILHE Jean-Louis	Officine	Pharmacie
LETERTRE Élisabeth	Coordination ingénierie de formation	Médecine
O'SULLIVAN Kayleigh	Anglais	Médecine

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Verny, pour m'avoir fait l'honneur d'avoir accepté de juger ce travail en présidant ce jury.

A Monsieur le Docteur Philippe Bouvet et le Professeur Laurent Connan, pour avoir accepté de diriger cette thèse. Merci de votre disponibilité, de votre patience. Veuillez trouver ici le témoignage de ma sincère gratitude et de mon profond respect. Merci également de votre encadrement lors du stage SASPAS.

A Monsieur le Professeur Garnier et Madame le Docteur Fayolle, pour avoir accepté de faire partie de ce jury et de m'honorer de votre présence.

A Christophe pour son soutien, sa patience, sa relecture et cette belle vie à deux puis trois. A Maxence, pour avoir si joliment compliqué ce travail, et pour avoir été une si belle motivation.

A mon père, pour son soutien logistique, son temps et sa patience.

A ma mère pour avoir toujours cru en moi, pour m'avoir soutenue pendant ces longues études et pour son amour toujours présent.

A Natacha, Jeff, Valodia, Ania, Béatrice et Emilie pour leur soutien, leur bonne humeur et leur présence.
A Christine pour sa relecture anglaise.

A mes grands-parents, à Jacques et Emone, à Evelyne, à Hélène et à tous mes amis.

Liste des abréviations

% obs.	% observé
ALD	Affection de Longue Durée
CLIC	Centres Locaux d'Information et de Coordination
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
ddl	degré de liberté
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
FMC	Formation Médicale Continue
HAS	Haute Autorité de Santé
IADL	Instrumental Activities of Daily Living
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
Max	Maximum
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MDS	Maison Départementale de la Solidarité
Min	Minimum
MMS	Mini Mental State
MMSE	Mini-Mental State Examination
MSU	Maître de Stage Universitaire
N ou Nb	Nombre
p	précision de l'échantillon
PMND	Plan Maladie Neuro-Dégénératives
PS	Peu Significative
S	Significative
SASPAS	Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé
TS	Très Significatif
TVS	Territoire de Vie Sociale

Plan

RÉSUMÉ

INTRODUCTION

MÉTHODES

RÉSULTATS

1. Caractéristiques des répondants et représentativité

- 1.1. Précision de l'échantillon recueilli
- 1.2. Représentativité

2. Importance de la maladie et caractéristiques de la prise en charge

- 2.1. La maladie d'Alzheimer : une maladie jugée préoccupante par les répondants
- 2.2. Des opinions différenciées relatives à l'efficacité de la prise en charge médicale
- 2.3. Une prise en charge psychosociale soulignée

3. Représentations recueillies

4. Pratiques restituées

- 4.1. Vécus professionnels
- 4.2. Le diagnostic

5. L'information reçue sur la maladie d'Alzheimer

- 5.1. Perception du degré d'information reçue
- 5.2. Différenciations notables selon le degré d'informations reçues
- 5.3. Degré d'informations reçues et aisance vis-à-vis de la maladie

6. Relations entre représentations, opinions et la prise en charge de la maladie d'Alzheimer

- 6.1. Différenciations notables selon la nature attribuée à la prise en charge de la maladie
- 6.2. Différenciations notables selon l'utilité attribuée au diagnostic précoce
- 6.3. Différenciations notables selon l'impression de sur ou sous-diagnostic
- 6.4. Différenciations notables selon la facilité restituée à établir le diagnostic de la maladie
- 6.5. Importance d'une prise en charge médico-sociale soulignée

DISCUSSIONS ET CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire envoyé aux maîtres de stages universitaires

RÉSUMÉ

La maladie d'Alzheimer est un problème important de santé publique, avec 900 000 patients concernés et leurs aidants (1). La prise en charge de cette maladie et en particulier le diagnostic est sujet à débat entre les spécialistes des troubles cognitifs et les médecins généralistes (2). Cette pathologie génère chez les médecins généralistes des représentations principalement négatives (3). Ce travail propose de rechercher si ces représentations influencent la prise en charge.

Une étude quantitative a été menée via un questionnaire électronique sur internet (et les logiciels Sphinx) auprès des maîtres de stage universitaires des facultés d'Angers et de Besançon considérés comme représentatifs des médecins généralistes dans leur ensemble (4).

155 réponses ont été étudiées soit 38% des MSU interrogés. Les résultats soulignent l'importance de cette pathologie pour les médecins : une maladie reconnue préoccupante et dévastatrice pour les familles des patients. Par contre, le sentiment d'être démuni et le sentiment d'inefficacité face à cette maladie ressortent de manière moins évidente que dans les études qualitatives. Les corrélations statistiques ne mettent pas en évidence d'influence des représentations sur la prise en charge et sur le diagnostic : le fait d'avoir un proche atteint, de trouver cette pathologie déshumanisante, de se sentir démuni ou impliqué affectivement, ne modifie pas la prise en charge déclarée. Par contre apparaît l'importance de la formation et surtout du travail en réseau, qui améliorent la prise en charge déclarée de manière statistiquement significative : plus d'annonces systématisées, plus de lien avec les aides de maintien à domicile, plus de prise en charge de la dénutrition, moins de sentiment d'être démuni et moins de sentiment de déshumanisation des patients. Les médecins ont des représentations moins négatives quand ils estiment que leur prise en charge relève à parts égales du médical et du psychosocial.

Si cette étude ne met pas en évidence de lien entre les représentations personnelles du médecin généraliste et la prise en charge, en particulier diagnostique, elle montre l'importance des réseaux et de la formation. L'importance de conserver une part médicale à la prise en charge apparaît. Il pourrait être intéressant de mieux la définir.

INTRODUCTION

La maladie d'Alzheimer est un problème médico-social important. Elle touche de nombreuses personnes (900 000 en 2015 selon Jacqmin-Gadda et Al. (5) cité dans le Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire N°28-29 de septembre 2016 (1)) et a un impact important sur les aidants. Les pouvoirs publics ont mis en place plusieurs « plans » (plan Alzheimer suivi du plan maladies neuro-dégénératives (6)). Si la prévalence des démences tend à diminuer chez les plus de 65 ans (7), le vieillissement de la population en fait néanmoins un enjeu de santé publique important, le nombre de patients atteints restant stable.

Pour ces malades et leur entourage, le médecin généraliste est comme toujours le premier recours, celui qui les connaît depuis le plus longtemps. Il s'agit d'un accompagnement médical souvent complexe, avec des aspects psychologiques, sociaux et économiques importants, en plus de l'aspect biomédical pur. Comme pour toutes les maladies chroniques, le médecin généraliste est confronté à l'absence de thérapeutique médicamenteuse qui permettrait d'envisager une guérison définitive et rapide. Il peut, dans la mesure du possible agir sur les problèmes psychosociaux et économiques liés au vieillissement et aggravés par la maladie d'Alzheimer (problèmes de maintien à domicile, de chute et de malnutrition) et limiter les comorbidités. La prise en charge médicamenteuse est maintenant reconnue inefficace par les autorités, l'HAS ayant réévalué le service à médical rendu insuffisant pour les traitements actuels(8).

Il existe un délai entre les premiers symptômes et le diagnostic qui est reconnu par plusieurs acteurs (ALCOVE(9), le CNGE(10)). L'intérêt du diagnostic précoce recommandé par l'HAS (11), nuancé par ALCOVE est toujours sujet à débat, comme le démontre les échanges entre Chopard et al et Letrilliart et al (2). Il est à noter que les recommandations de l'HAS sont en cours de révision.

Il existe quelques études sur les représentations des médecins généralistes vis-à-vis de la maladie d'Alzheimer. Les études qualitatives mettent en évidence une souffrance des médecins généralistes vis-à-vis de ces patients, avec des médecins qui évoquent le risque de burn-out (12) (13) (14) (15). Les rares études quantitatives sont plus positives vis-à-vis du ressenti du médecin (16) (17) mais n'étudient pas les liens entre ces représentations et les pratiques.

Une revue de littérature met en évidence des représentations principalement négatives de la maladie d'Alzheimer chez les médecins généralistes (3).

Devant ces résultats parfois contradictoires, il paraît intéressant de chercher dans ces représentations (opinions, croyances et vécus) les éléments susceptibles d'influencer la prise en charge. La souffrance du médecin lors de la prise en charge d'un malade pourrait nuire à cette prise en charge. Les formations complémentaires, le travail en réseau, le lieu et mode d'exercice, l'âge, les interventions (en EPHAD, à la coordination territoriale et à la MDPH) améliorent-ils la qualité de la prise en charge ?

MÉTHODES

Une étude quantitative, descriptive et transversale a été menée auprès des maîtres de stage universitaire de deuxième et troisième cycles des facultés d'Angers et de Besançon.

Le recueil a eu lieu du 16/06/2016 au 05/07/2016. Le questionnaire a été envoyé par les secrétariats des départements de médecine générale des facultés d'Angers et de Besançon. Il fut transmis à tous les maîtres de stage universitaires de deuxième et troisième cycles, une première fois le 16/06/2016, puis via un message de relance (envoyé le 28/06 pour la faculté d'Angers et le 23/06/2016 pour celle de Besançon).

Le recueil a été réalisé via la plateforme internet sphinxonline.

Le questionnaire comportait 34 questions. Il était divisé en trois parties :

- une première partie sur les représentations, le vécu et les opinions des médecins généralistes,
- une deuxième partie sur les pratiques et les connaissances, centrée en particulier sur le diagnostic,
- une troisième partie de renseignements signalétiques (âge, travail en réseau, formations complémentaires, travail en EHPAD, à la MDPH, lieu et mode d'exercice).

Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel sphinx.

Les discriminations statistiques correspondent à un test de khi2 réalisé entre les réponses à la question posée et les renseignements signalétiques à savoir : le sexe, le lieu d'exercice, la formation en gérontologie, le fait d'avoir un proche atteint de la maladie d'Alzheimer, la charge de travail, l'âge, le fait de participer à la coordination territoriale, à la MDPH, d'intervenir en EHPAD, le fait d'être médecin coordinateur en EHPAD et la région.

Un redressement selon les critères de l'âge et du sexe est envisagé afin de se rapprocher au maximum de la population générale des médecins généralistes, comme cela est pratiqué couramment dans les études sociologiques.

Dans les figures et tableaux présentés, les résultats en rose correspondent à une sous-représentation et les résultats en bleu correspondent à une surreprésentation statistiquement significative.

RÉSULTATS

1. Caractéristiques des répondants et représentativité

1.1. Précision de l'échantillon recueilli

155 réponses ont été administrées soit un taux de réponse de 38%.

Ce niveau de participation garantit des analyses statistiques de bon niveau puisque la précision de l'échantillon, selon la théorie des sondages aléatoires, est de 7,87 points, ce au risque d'erreur accepté de 5%. Cette précision restitue une erreur maximum (qui est atteinte pour une fréquence de 50% [exemple : réponse oui ou non]) de 7,87%, la proportion estimée dans la population représentée est comprise dans la fourchette (ou intervalle de confiance) de $42,13\% < p < 57,87\%$ (18).

Pour le territoire de la faculté d'Angers, la précision de l'échantillon est de 10,51% et pour le territoire de Besançon, la précision de l'échantillon est de 11,88%.

1.2. Représentativité

Selon les travaux de Letrilliart et al (4) et de Leroy (19) la population des Maîtres de stage est représentative de l'ensemble de la population des médecins généralistes.

À noter que l'échantillon correspond à un taux de 7% de réponses pour la totalité des médecins généralistes, ce quelle que soit la région d'origine (68 réponses pour 1006 médecins en Franche-Comté et 87 réponses pour 1276 médecins recensés sur le territoire de la faculté d'Angers).

Nous pouvons rapprocher les caractéristiques des répondants aux caractéristiques de la population mère (les médecins généralistes) grâce aux « données statistiques 2014 sur la démographie des professionnels de santé libéraux » de l'Assurance Maladie (20). Les éventuels redressements à opérer sont envisageables à partir des données âge et sexe.

Le redressement au niveau de l'âge est exclu, car si les répondants ont, dans la grande majorité des cas, valablement renseigné les champs des réponses, 27,1% des enquêtes ne comportent pas

d'indication sur l'âge. De ce fait, un redressement sur la variable âge conduirait à exclure de facto plus d'un quart des réponses et amoindrirait la qualité des réponses. En sus, 5 variables présentent des discriminations significatives statistiquement à partir de la variable Âge relativement à l'échantillon non redressé.

Le redressement selon le sexe est envisageable puisque nous notons un taux de réponse de 98,7% sur cette variable (Tableau I).

Tableau I : comparaison données Insee et échantillon des populations selon le sexe

	Homme / source Assurance Maladie (20)	Homme / échantillon	Femme / source Assurance Maladie (20)	Femme / échantillon
Franche-Comté	29,27%	24,18%	14,81%	19,61%
Pays de Loire	37,86%	34,64%	18,05%	21,57%
Total	67,13%	58,82%	32,87%	41,18%

Une partie de l'écart peut s'expliquer à partir de la période différente entre les données rapprochées : données 2014 de l'Assurance Maladie (20) et échantillon 2016 avec féminisation accrue des nouvelles cohortes. Néanmoins, il paraît intéressant d'opérer un redressement croisant région et sexe afin de mieux coller aux caractéristiques de la population des médecins généralistes des deux territoires investigués à partir des données du tableau ci-dessus.

2. Importance de la maladie et caractéristiques de la prise en charge

2.1. La maladie d'Alzheimer : une maladie jugée préoccupante par les répondants

Sur une notation de 1 à 10, (moyenne 5,5), la cotation moyenne restituée s'élève à 7,58, médiane 8, très peu de répondants exprimant une préoccupation faible quant à la maladie d'Alzheimer (Figure 1).

Ce degré de préoccupation ne fait pas l'objet de discriminations statistiques significatives sur les différentes caractéristiques des répondants (sexe, âge, lieu d'exercice, formation, région, charge de travail, proche atteint, types d'activités), d'où une opinion peu corrélée par le profil des médecins généralistes.

Selon vous, la maladie d'Alzheimer est une maladie préoccupante au sein de notre société ?

Notation de 1 à 10, 1 = pas du tout préoccupant à 10 = tout à fait préoccupant.

Taux de réponse : 100,0%
Moyenne = 7,58 Médiane = 8,00
Min = 3,00 Max = 10,00

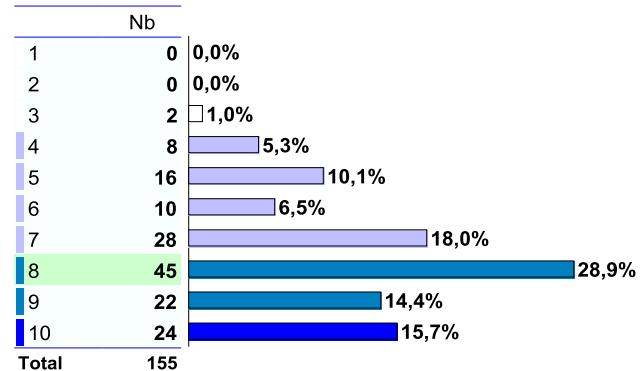


Figure 1 : niveau de préoccupation quant à la maladie d'Alzheimer

2.2. Des opinions différenciées relatives à l'efficacité de la prise en charge médicale

Sur une notation de 1 à 10, (moyenne 5,5), la cotation moyenne restituée s'élève à 4,51, médiane 5, restituant une opinion assez mitigée quant à l'efficacité de la prise en charge médicale de la maladie d'Alzheimer (Figure 2). Tout le champ des notations est investi par l'échantillon, les avis recueillis pouvant être totalement contradictoires.

Selon vous, dans le cadre de la maladie d'Alzheimer, la prise en charge médicale que peut proposer la médecine générale aujourd'hui est...

Notation de 1 à 10, 1 = pas du tout efficiente à 10 = tout à fait efficiente.

Taux de réponse : 100,00%
Moyenne = 4,51 Médiane = 5,00
Min = 1,00 Max = 10,00

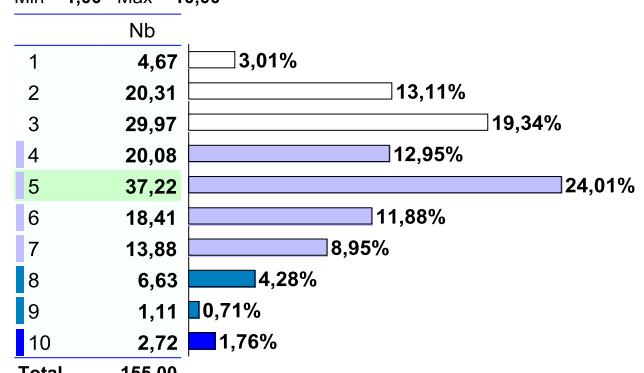


Figure 2 : opinion sur la prise en charge proposée par la médecine générale

Néanmoins, seulement 6,8% des avis recueillis restituent une efficacité de la prise en charge médicale (Figure 3).

Une discrimination statistique est relevée vis-à-vis de la formation : 16% des répondants ayant une formation en gérontologie restituent de l'efficacité médicale, contre 4% des répondants n'ayant pas une telle formation.

Selon vous, dans le cadre de la maladie d'Alzheimer, la prise en charge médicale que peut proposer la médecine générale aujourd'hui est...

Notation de 1 à 10, 1 à 3 = peu efficiente, 4 à 7 = moyennement efficiente, 8 à 10 = efficiente.

Taux de réponse : **100,00%**
Moyenne = **4,51** Médiane = **5,00**
Min = **1,00** Max = **10,00**

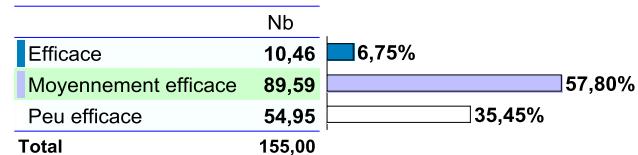


Figure 3 : évaluation de la prise en charge proposée par la médecine générale

2.3. Une prise en charge psychosociale soulignée

Si les répondants s'accordent sur l'utilité de la prise en charge de la maladie d'Alzheimer, la nature psychosociale de l'accompagnement est partagée par quasiment tous les répondants (Figure 4).

Selon vous, la prise en charge de la maladie d'Alzheimer par le médecin généraliste est ...

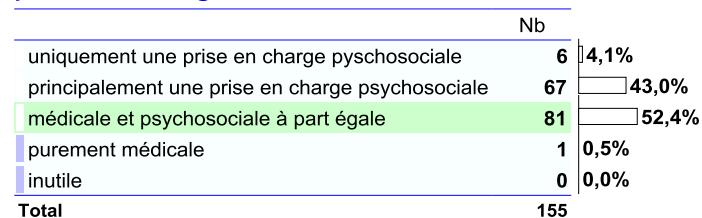


Figure 4 : évaluation de la prise en charge psychosociale par le médecin généraliste

Nous n'observons pas de discrimination statistique relative à cette question, hormis une différence d'appréciation selon la région : en Franche-Comté, 54% des répondants estiment que la prise en charge relève principalement d'un accompagnement psychosocial, tandis que sur le territoire de la faculté d'Angers 62% des répondants restituent une prise en charge à la fois médicale et psychosociale.

3. Représentations recueillies

Diverses représentations ont été recherchées dans le questionnaire, explorant des vécus et des opinions telles que la croyance à des troubles mnésiques « physiologiques », les ressentis d'efficacité des prises en charge globale et médicamenteuse (actuelles et à venir) (Tableau II), mais aussi des sentiments retrouvés dans les études qualitatives tels que la déshumanisation du patient, l'effet

dévastateur de la maladie sur l'entourage et celui d'être démuni face à l'évolution de la maladie (Tableau III).

Tableau II : représentations

Degré d'accord sur les propositions suivantes (5 = tout à fait d'accord, 4 = d'accord, 3 = ni d'accord ni pas d'accord, 2 = pas d'accord, 1 = pas du tout d'accord, la moyenne étant de 3)

	Moyenne	Ecart-type
La mémoire ne se détériore pas nécessairement avec l'âge	<u>3,43</u>	<u>1,14</u>
des progrès significatifs sur le traitement de la maladie d'Alzheimer vont être réalisés dans les prochaines années	<u>2,97</u>	<u>0,69</u>
Je me sens efficace quand je prends en charge un patient atteint de la maladie d'Alzheimer	<u>2,86</u>	<u>0,93</u>
Le traitement médicamenteux de la maladie d'Alzheimer est efficace	<u>1,80</u>	<u>0,84</u>

Si le traitement médicamenteux n'est pas restitué comme efficace actuellement, leurs avis sont plus positifs pour les années à venir sur ce sujet tout en restant mitigés.

Globalement, ils restituent une efficacité ressentie de leur prise en charge modérée qui traduit un rôle dans cette prise en charge sans y attribuer des attentes excessives.

La croyance d'une perte de mémoire physiologique avec l'âge n'est pas globalement restituée en tant que telle, indiquant que les médecins reconnaissent une pathologie derrière les troubles de la mémoire.

À noter l'existence de discriminations statistiques où

- l'absence de participation à un réseau augmente le sentiment d'inefficacité dans la prise en charge,
- les coordonnateurs en EHPAD restituent davantage le sentiment d'efficacité dans la prise en charge.

Tableau III : représentations (suite)

Degré d'accord sur les propositions suivantes (5 = tout à fait d'accord, 4 = d'accord, 3 = ni d'accord ni pas d'accord, 2 = pas d'accord, 1 = pas du tout d'accord, la moyenne étant de 3)

	Moyenne	Ecart-type
La maladie d'Alzheimer a des effets dévastateurs sur la famille du patient atteint	<u>4,38</u>	<u>0,75</u>
Je me sens démuni face à la détérioration progressive des échanges avec les patients atteint de la maladie d'Alzheimer	<u>3,22</u>	<u>1,14</u>
La maladie d'Alzheimer ôte progressivement ce qui fait du patient un être humain	<u>2,87</u>	<u>1,24</u>

Les répondants s'accordent de manière affirmée sur des effets dévastateurs sur la famille du patient atteint.

La déshumanisation du patient ressort de manière moins prégnante dans les études qualitatives (3) (21), de même que le sentiment d'être démuni face à l'évolution de la maladie.

À noter l'existence de discriminations statistiques où :

- la formation gérontologique et l'exercice de la coordination en EHPAD atténuent le sentiment de déshumanisation,
- la participation à un réseau gomme davantage le sentiment d'être démuni.

4. Pratiques restituées

4.1. Vécus professionnels

L'aisance à soigner un patient atteint d'Alzheimer n'est pas partagée : 43% des déclarants déclarent une différence d'aisance par rapport à cette maladie (Figure 5). Aucune discrimination statistique n'est observée sur cet item.

Je suis aussi à l'aise à soigner un malade atteint d'Alzheimer qu'un patient atteint d'une autre maladie chronique...

Moyenne = 2,96

	Nb
Tout à fait d'accord	9
D'accord	55
Ni d'accord, ni pas d'accord	24
Pas d'accord	55
Pas du tout d'accord	12
Total	155

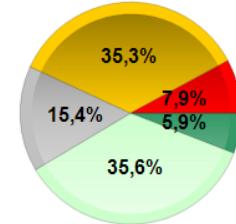


Figure 5 : aisance à soigner un patient atteint de la maladie d'Alzheimer

Je m'implique affectivement lors de la prise de patients atteints de la maladie d'Alzheimer

Moyenne = 3,32

	Nb
Tout à fait d'accord	7
D'accord	75
Ni d'accord, ni pas d'accord	41
Pas d'accord	25
Pas du tout d'accord	7
Total	155

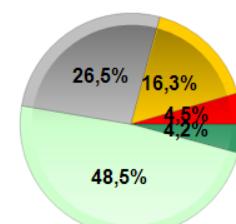


Figure 6 : implication affective lors de la prise de patients atteints de la maladie d'Alzheimer

On n'observe pas de discrimination statistique hormis sur le critère de participation à un réseau où 70,8% des répondants participant à un réseau déclarent une implication affective.

4.2. Le diagnostic

4.2.1. L'intérêt manifesté d'un diagnostic précoce pour ses proches

Seulement 23% des répondants ne souhaitent pas savoir le plus tôt possible si un membre de leur famille était atteint de la maladie d'Alzheimer (Figure 7). Même si un tiers des répondants ne se prononcent pas sur l'intérêt du diagnostic précoce, 45% des répondants souhaiteraient bénéficier de cette information pour leurs proches. Aucune discrimination statistique n'est observée sur cet item.

Je voudrai savoir le plus tôt possible si un membre de ma famille était atteint de la maladie d'Alzheimer

Moyenne = 3,31

	Nb	% obs.
Tout à fait d'accord	22	14,1%
D'accord	47	30,4%
Ni d'accord, ni pas d'accord	50	32,3%
Pas d'accord	29	18,7%
Pas du tout d'accord	7	4,6%
Total	155	100,0%

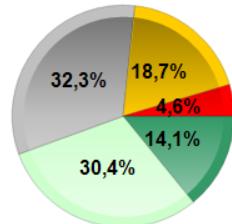


Figure 7 : diagnostic précoce pour un des proches du médecin généraliste

4.2.2. Qualité du diagnostic en France

45% des répondants estiment que la maladie d'Alzheimer est sous-diagnostiquée en France contre 19% qui restituent un surdiagnostic. Ils ne sont que 36% à estimer la maladie bien diagnostiquée (Figure 8).

Selon vous, la maladie d'Alzheimer est en France...

	Nb	%
sous-diagnostiqué	69	44,84%
bien diagnostiqué	56	35,95%
sur-diagnostiqué	30	19,22%
Total	155	

Figure 8 : qualité du diagnostic

Les discriminations statistiques font valoir que :

- 57% des femmes pointent un sous-diagnostic de la maladie contre seulement 39% des hommes,
- 26% des répondants ayant une personne de leur entourage atteinte de la maladie d'Alzheimer estiment cette maladie surdiagnostiquée, contre 14% des répondants qui n'ont personne de leur entourage atteint de la maladie,
- les 30-39 ans sont 69% à estimer la maladie sous-diagnostiquée pour 45% de la totalité des répondants.

Les répondants ayant déclaré la maladie sous-diagnostiquée en France ont émis 253 motifs de sous-diagnostic de la maladie (Tableau IV). Ils pointent en premier le défaut d'attention aux symptômes du

patient ou de la famille. En second, parmi les citations proposées, les déclarants soulignent les hésitations de la communauté médicale dans la définition des stades précoce de la maladie.

Tableau IV : motifs de sous-diagnostic de la maladie d'Alzheimer

Selon vous, quels sont les motifs de sous-diagnostic de la maladie d'Alzheimer ?

	Nb	% cit.	Imp.
Patient / famille ne prêtent pas attention aux premiers symptômes	45	17,9%	5,64
La communauté médicale hésite dans la définition des stades précoce de la maladie	42	16,5%	4,86
Il y a peu de traitement efficace, donc peu d'intérêt au diagnostic	33	12,8%	3,35
Patient / famille évitent généralement les problèmes déplaisants	31	12,3%	3,50
C'est inconfortable pour le médecin de donner au Patient / Aidants de mauvaises nouvelles	27	10,5%	2,71
Patient / Famille ignorent consciemment les symptômes	24	9,6%	2,40
Manque de conscience ou d'expérience du médecin	23	9,2%	2,29
Les outils de diagnostic sont inefficaces	19	7,5%	1,71
Faible conscience du public de la maladie d'Alzheimer	9	3,7%	0,72
Total	253	100,0%	

4.2.3. La difficulté à établir un diagnostic

Sur une notation de 1 à 10, (moyenne 5,5), la cotation moyenne restituée est de 5,2. (Figure 9) On observe des divergences notables quant à l'évaluation de cette difficulté.

Comment évaluez-vous la difficulté d'établir le diagnostic de la maladie d'Alzheimer ?

Notation de 1 à 10, 1 = pas du tout facile à 10 = tout à fait facile.

Moyenne = 5,20 Médiane = 5,00 Ecart-type = 1,77
Min = 1,00 Max = 10,00

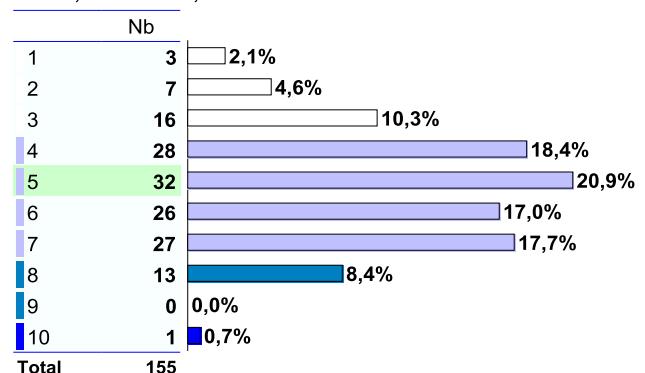


Figure 9 : difficulté d'établir le diagnostic de 1 à 10

In fine, 9% des répondants restituent un diagnostic facile contre 17% l'estimant difficile. 74% étant sur des postures plus mitigées (facile = 1 à 3, difficile = 8 à 10) (Figure 10).

Comment évaluez-vous la difficulté d'établir le diagnostic de la maladie d'Alzheimer ?

	Nb	% obs.
Difficile	14	9,1%
Ni difficile, ni facile	115	73,9%
Facile	26	17,0%
Total	155	100,0%

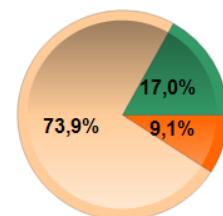


Figure 10 : évaluation de la difficulté d'établir le diagnostic

Il existe une différence d'appréciation statistiquement significative selon les régions étudiées : 28% des répondants de Franche-Comté restituent un diagnostic difficile contre seulement 8% des

répondants du territoire de la faculté d'Angers. 18% des répondants participant à un réseau restituent un diagnostic facile, contre 5% des répondants ne participant pas à un réseau.

4.2.4. L'utilité perçue du diagnostic précoce

Sur une notation de 1 à 10, (moyenne 5,5), la cotation moyenne restituée est de 5,72 (Figure 11). On observe des divergences notables quant à l'évaluation de cette utilité.

Selon vous, poser un diagnostic précoce de la maladie d'Alzheimer est... ?

Notation de 1 à 10, 1 = pas du tout utile à 10 = tout à fait utile.

Moyenne = 5,72 Médiane = 5,00 Ecart-type = 2,43

Min = 1,00 Max = 10,00

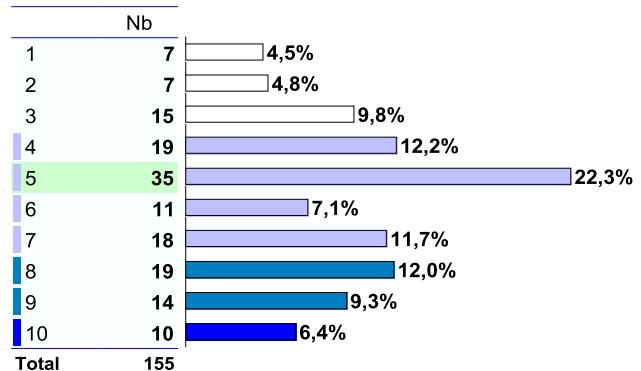


Figure 11 : utilité du diagnostic précoce notée de 1 à 10

In fine, 19% restituent l'inutilité d'un diagnostic précoce tandis que 27% remontent son utilité, 53% étant sur des postures plus mitigées (inutile = 1 à 3, utile = 8 à 10) (Figure 12). Nous n'observons aucune discrimination statistique sur ce registre.

Selon vous, poser un diagnostic précoce de la maladie d'Alzheimer est... ?

	Nb	% obs.
utile	43	27,7%
utilité mitigée	83	53,2%
Inutile	30	19,0%
Total	155	100,0%

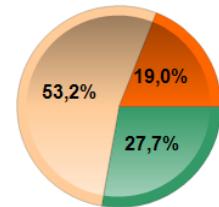


Figure 12 : évaluation de l'utilité du diagnostic précoce

4.2.5. Qui doit détecter la maladie ?

Les répondants ne se reconnaissent majoritairement pas comme les plus à même à reconnaître les premiers symptômes de la maladie ; ils attribuent cette capacité pour 72% à la famille et pour 21% à un proche (hors famille) (Figure 13).

Selon vous, qui est le plus à même de reconnaître les premiers symptômes de la maladie ?

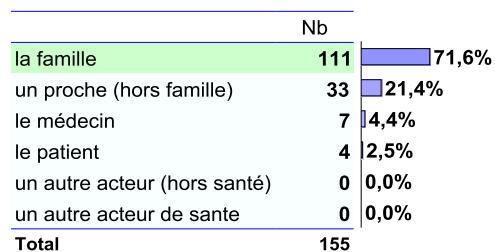


Figure 13 : personne la plus à même à reconnaître les premiers symptômes

4.2.6. Les tests utilisés par les répondants pour diagnostiquer la maladie

Le test restitué comme le plus pratiqué est le test MMS ou MMSE, les tests de l'horloge ou du rappel des 5 mots de Dubois sont moins systématiquement utilisés (24% des répondants ne connaissant pas le test de Dubois). Le test IADL est méconnu par 70% des répondants (Tableau V).

Tableau V : tests de diagnostics

Tests de diagnostic

	Je ne connais pas		Je connais mais n'utilise pas		J'utilise rarement		J'utilise souvent		J'utilise systématiquement	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
MMS ou MMSE	0	0,0%	16	10,3%	33	21,3%	56	36,1%	50	32,3%
Test de l'horloge	4	2,6%	21	13,5%	29	18,7%	59	38,1%	42	27,1%
Rappel des 5 mots de Dubois	16	10,3%	29	18,7%	31	20,0%	47	30,3%	32	20,6%
IADL	47	30,3%	38	24,5%	30	19,4%	28	18,1%	12	7,7%
Total	67	10,8%	104	16,8%	123	19,8%	190	30,6%	136	21,9%

p = 0,00 ; Khi2 = 128,18 ; ddl = 12 (TS)

4.2.7. L'annonce du diagnostic

Dans leur pratique, 60% des répondants n'annoncent pas ou rarement la maladie au patient par contre, l'annonce aux familles est davantage pratiquée : ils ne sont « que » 32% à ne jamais annoncer ou rarement la maladie à la famille (Tableau VI).

Tableau VI : annonce du diagnostic

Vous annoncez vous-même le diagnostic

	systématiquement		le plus souvent		rarement		jamais		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
Annonce au patient	10	6,5%	52	33,5%	75	48,4%	18	11,6%	155	100,0%
Annonce à la famille	27	17,4%	78	50,3%	40	25,8%	10	6,5%	155	100,0%
Total	37	11,9%	130	41,9%	115	37,1%	28	9,0%	310	

p = <0,01 ; Khi2 = 25,95 ; ddl = 3 (TS)

4.2.8. Les informations délivrées au patient et à la famille

Si les réponses sociales (aide à domicile, autres offres locales, rôle de l'assistante sociale) sont des pratiques majoritairement recourues, il n'en est pas de même quant aux informations sur les directives anticipées. La sensibilisation à l'évolution de la maladie est une pratique systématisée que pour moins d'un tiers des répondants (Figure 14).

Fréquence selon les informations délivrées

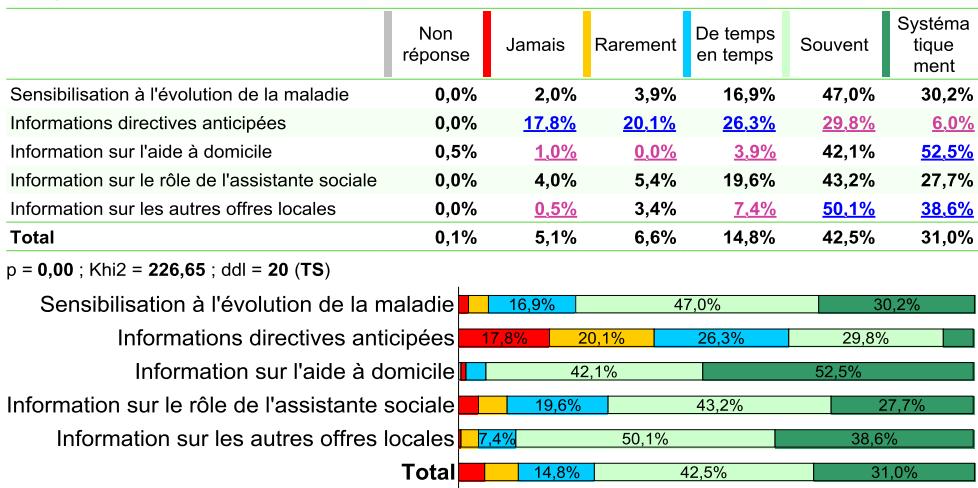


Figure 14 : fréquence des informations délivrées

Parmi les discriminations statistiques observées, notons que les répondants de plus de 60 ans sont 27% à former les aidants à adapter leur comportement (contre 6% des autres répondants).

La participation à un réseau influe favorablement les pratiques :

- les répondants participant à un réseau sont 54% à informer souvent ou systématiquement sur les directives anticipées contre seulement 31% des autres répondants ;
- les répondants participant à un réseau sont 78% à informer systématiquement sur l'aide à domicile contre 43% des autres répondants ;
- les répondants participant à un réseau sont 44% à informer systématiquement sur le recours à une assistante sociale contre 23% des autres répondants ;
- les répondants participant à un réseau sont 54% à informer systématiquement sur les autres offres locales contre 33% des autres répondants.

Les informations selon les types de conséquences de la maladie sont délivrées majoritairement par les répondants sur des pratiques fréquentes, voire systématisées. À noter que l'information sur les risques de dénutrition est moins systématisée (Tableau VII).

Tableau VII : fréquence de délivrance des informations sur les conséquences de la maladie

Info conséquences maladie

	Jamais		Rarement		De temps en temps		Souvent		Systématiquement		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
des risques de dénutrition	3	1,8%	22	14,3%	33	21,1%	61	39,6%	36	23,2%	155	100,0%
de l'évolution de la maladie et des difficultés prévisibles	2	1,6%	9	5,6%	22	14,0%	69	44,2%	54	34,6%	155	100,0%
des risques de repli social (patient / aidants)	2	1,3%	12	7,6%	20	12,6%	75	48,2%	47	30,3%	155	100,0%
des risques liés à la conduite routière	2	1,0%	3	2,2%	15	9,8%	62	40,2%	72	46,7%	155	100,0%
des aménagements à prévoir au sein du domicile (risques de chute)	0	0,0%	3	2,1%	19	12,5%	66	42,4%	67	43,0%	155	100,0%
des risques de désorientation tempo-spatiale	0	0,0%	2	1,6%	14	8,9%	70	45,3%	68	44,2%	155	100,0%
Total	9	0,9%	52	5,6%	122	13,2%	403	43,3%	344	37,0%	930	

p = <0,01 ; Khi2 = 68,81 ; ddl = 20 (TS)

Les discriminations statistiques significatives notées sont les suivantes :

- 42% des répondants participant à un réseau délivrent systématiquement l'information sur les risques de dénutrition contre 17% chez les autres répondants ;
- 46% des répondants ayant bénéficié d'une formation en gériatrie délivrent systématiquement l'information sur les risques de dénutrition contre 18% chez les autres répondants ;
- 41% des répondants effectuant plus de 30 actes par jour en moyenne, délivrent systématiquement l'information sur les risques de dénutrition contre 19% chez les autres répondants.

Quant aux informations délivrées sur l'ALD, 90% des répondants n'ont pas été confrontés à un refus de prise en charge en ALD par la CPAM pour les patients atteints de la maladie d'Alzheimer (Figure 15).

Dans votre pratique, avez-vous été confronté à un refus de prise en charge en ALD par la CPAM pour des patients Alzheimer...

Moyenne = 1,12

	Nb	% obs.
Jamais	138	88,9%
Rarement	16	10,3%
Souvent	1	0,8%
Systématiquement	0	0,0%
Total	155	100,0%

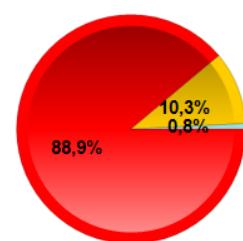


Figure 15 : prise en charge par l'ALD

5. L'information reçue sur la maladie d'Alzheimer

5.1. Perception du degré d'information reçue

Les répondants s'estiment plutôt bien informés sur la maladie d'Alzheimer, avec une notation moyenne de 6,7 (barème de 1 à 10 avec une moyenne à 5,5) (Figure 16).

Estimez-vous être bien informé sur la maladie d'Alzheimer ?

Notation de 1 à 10, 1 = pas du tout informé à 10 = tout à fait informé.

Moyenne = 6,71 Médiane = 7,00 Ecart-type = 1,75
Min = 2,00 Max = 10,00

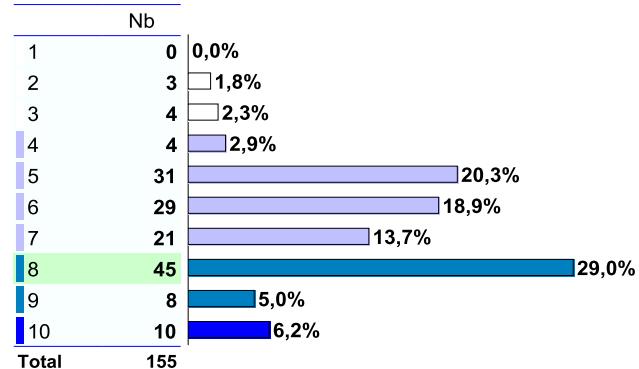


Figure 16 : information reçue sur la maladie d'Alzheimer

Seulement 4% des répondants s'estiment peu informés sur la maladie d'Alzheimer, 56% s'estimant moyennement informés (Figure 17) (barème : peu informé note de 1 à 3, très informé note de 8 à 10).

Estimez-vous être bien informé sur la maladie d'Alzheimer ?

	Nb	% obs.
Peu informé	6	4,1%
Moyennement informé	86	55,8%
Très informé	62	40,2%
Total	155	100,0%

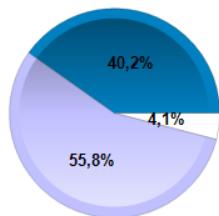


Figure 17 : sentiment d'information sur la maladie d'Alzheimer

Le degré d'information reçue discrimine statistiquement selon le profil des répondants :

- 47% des répondants de sexe masculin se déclarent « très informés », contre 25% des répondants de sexe féminin (Tableau VIII) ;

Tableau VIII : degré d'information sur la maladie d'Alzheimer selon le sexe

SEXÉ / Degré d'information Maladie d'Alzheimer

	Homme		Femme		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
Peu informé	2	2,36%	4	7,51%	6	4,05%
Moyennement informé	52	50,29%	34	66,99%	86	55,78%
Très informé	49	47,36%	13	25,50%	62	40,17%
Total	104	100,00%	51	100,00%	155	

p = 0,02 ; Khi2 = 8,02 ; ddl = 2 (S)

- 30% des répondants en milieu semi-rural se déclarent « très informés » contre 41% des répondants en milieu urbain (Tableau IX) ;

Tableau IX : degré d'information sur la maladie d'Alzheimer selon le lieu d'exercice

Lieu d'exercice Médecine Générale / Degré d'information Maladie d'Alzheimer

	Urbain		Semi-rural		Rural		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
Peu informé	3	6,34%	2	3,46%	2	2,83%	6	4,05%
Moyennement informé	23	53,10%	38	66,63%	25	46,50%	87	55,81%
Très informé	18	40,56%	17	29,91%	27	50,67%	62	40,14%
Total	43	100,00%	57	100,00%	54	100,00%	155	

p = 0,21 ; Khi2 = 5,91 ; ddl = 4 (NS)

- Logiquement, 31% des répondants n'ayant pas suivi de formation en gériatrie se déclarent « très informés » contre 78% des répondants ayant bénéficié d'une telle formation (Tableau X) ;

Tableau X : degré d'information sur la maladie d'Alzheimer pour les médecins formés ou non formées en gériatrie

Formation gériatrie / Degré d'information Maladie d'Alzheimer

	Formation gériatrie		Pas de formation gériatrie		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
Peu informé	0	0,0%	6	5,1%	6	4,1%
Moyennement informé	7	22,2%	79	63,9%	86	55,6%
Très informé	24	77,8%	38	31,0%	62	40,4%
Total	31	100,0%	123	100,0%	154	

- Le degré d'information reçu et restitué est proportionnel à l'âge : 14% des 30-39 ans s'estiment peu informés en regard des 4% du total des répondants ; 66% des plus de 60 ans s'estiment très informés en la matière (Tableau XI). Dans la thèse de Moret Tucket E (22), on retrouve cet aspect avec une formation initiale presque inexisteante chez les médecins, mais ces derniers étaient très satisfaits de leur formation médicale continue ; avec comme limite le côté volontariat.

Tableau XI : degré d'information sur la maladie d'Alzheimer selon l'âge du médecin généraliste

Age / Degré d'information Maladie d'Alzheimer

	Non réponse	De 30 à 39	De 60 à 64	De 40 à 49	De 50 à 59	Total
Peu informé	4,77%	14,21%	0,00%	2,03%	0,00%	4,05%
Moyennement informé	55,27%	44,20%	34,43%	72,96%	58,30%	55,78%
Très informé	39,96%	41,60%	65,57%	25,01%	41,70%	40,17%
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	

p = 0,02 ; Khi2 = 18,37 ; ddl = 8 (S)

- 73% des répondants occupant un poste de coordinateur se déclarent « très informés » contre 34% des répondants n'occupant pas un tel poste (Tableau XII) ;

Tableau XII : degré d'information sur la maladie d'Alzheimer pour les médecins coordinateurs ou non

Coordinateur / Degré d'information Maladie d'Alzheimer

	Oui		Non		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
Peu informé	0	0,00%	6	4,89%	6	4,09%
Moyennement informé	7	27,24%	78	60,80%	85	55,34%
Très informé	18	72,76%	44	34,31%	62	40,57%
Total	25	100,00%	128	100,00%	153	

p = 0,001 ; Khi2 = 13,11 ; ddl = 2 (TS)

- 2% des répondants intervenant en EHPAD se déclarent « peu informés » contre 12% des répondants n'intervenant pas en EHPAD (Tableau XIII) ;

Tableau XIII : degré d'information sur la maladie d'Alzheimer pour les médecins intervenant en EHPAD ou non

EHPAD / Degré d'information Maladie d'Alzheimer

	Oui		Non		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
Peu informé	3	2,51%	3	12,22%	6	4,09%
Moyennement informé	69	53,65%	16	64,00%	85	55,34%
Très informé	56	43,85%	6	23,79%	62	40,57%
Total	128	100,00%	25	100,00%	153	

p = 0,03 ; Khi2 = 7,32 ; ddl = 2 (S)

- 10% des répondants exerçant en Franche-Comté se déclarent « peu informés » contre 0% des répondants relevant du territoire de la faculté d'Angers (Tableau XIV).

Tableau XIV : degré d'information sur la maladie d'Alzheimer selon la région

Région / Degré d'information Maladie d'Alzheimer

	Franche-Comté		Pays-de-la-Loire		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
Peu informé	6	9,19%	0	0,00%	6	4,05%
Moyennement informé	40	57,85%	47	54,15%	87	55,78%
Très informé	23	32,96%	40	45,85%	62	40,17%
Total	68	100,00%	87	100,00%	155	

p = 0,008 ; Khi2 = 9,64 ; ddl = 2 (TS)

5.2. Différenciations notables selon le degré d'informations reçues

En regard d'une segmentation sur le degré d'information reçue (note moyenne de 2,56 pour les « mal informés », de 5,78 pour les « moyennement informés » et de 8,43 pour les « très informés »), nous observons statistiquement que les « mal informés » évaluent l'efficience de la prise en charge à 2,73

contre 4,74 pour les « bien informés » (Tableau XV). Moins significatif statistiquement, notons que plus les répondants sont informés, moins ils jugent utile le diagnostic précoce.

Tableau XV : différentiations selon le degré d'informations reçues

Tableau croisé de moyennes / degré d'information

	Mal informé	Moyennement informé	Bien informé
Degré d'information Maladie d'Alzheimer	<u>2,56</u>	<u>5,78</u>	<u>8,43</u>
Maladie préoccupante (1 = pas du tout préoccupante à 10 = tout à fait préoccupante)	7,44	7,36	7,90
Prise en charge actuelle efficiente (1 = pas du tout efficiente, 10 = tout à fait efficiente)	<u>2,73</u>	4,48	4,74
Efficacité à moyen terme de l'action thérapeutique médicamenteuse (1 = inefficace, 10 = très efficace)	3,10	3,81	3,40
Facilité de diagnostic (1 = pas du tout facile à 10 = tout à fait facile)	4,51	5,09	5,43
Utilité du diagnostic précoce (1 = pas du tout utile à 10 = tout à fait utile)	6,88	6,06	5,12

L'étude des discriminations statistiques démontre que :

- plus les répondants se déclarent informés, moins ils se sentent démunis face à la détérioration progressive des échanges avec les patients atteints de la maladie ;
- l'aisance à soigner un patient atteint de la maladie d'Alzheimer est plus marquée chez les répondants « bien informés » ;
- les répondants « bien informés » sont plus réservés que les autres répondants quant à l'efficacité du traitement médicamenteux (Tableau XVI).

Tableau XVI : différentiations selon le degré d'informations reçues (suite)

Tableau croisé de moyennes / degré d'information

Notation 1 = pas du tout d'accord à 5 = tout à fait d'accord)

	Mal informé	Moyennement informé	Bien informé
Selon vous, des progrès significatifs sur le traitement de la maladie d'Alzheimer vont être réalisés dans les prochaines années ?	2,61	3,02	2,92
Je voudrai savoir le plus tôt possible si un membre de ma famille était atteint de la maladie d'Alzheimer	3,68	3,37	3,18
La mémoire ne se détériore pas nécessairement avec l'âge	3,29	3,47	3,39
La maladie d'Alzheimer a des effets dévastateurs sur la famille du patient atteint...	4,44	4,33	4,44
La maladie d'Alzheimer ôte progressivement ce qui fait du patient un être humain....	3,02	3,10	2,53
Je me sens efficace quand je prends en charge un patient atteint de la maladie d'Alzheimer....	2,51	2,76	3,05
Je me sens démuni face à la détérioration progressive des échanges avec les patients atteint de la maladie d'Alzheimer....	<u>4,20</u>	3,44	<u>2,83</u>
Je suis aussi à l'aise à soigner un malade atteint d'Alzheimer qu'un patient atteint d'une autre maladie chronique...	2,44	2,76	<u>3,30</u>
Le traitement médicamenteux de la maladie d'Alzheimer est efficace...	1,61	1,99	<u>1,54</u>
Je m'implique affectivement lors de la prise de patients atteints de la maladie d'Alzheimer	3,39	3,38	3,21

5.3. Degré d'informations reçues et aisance vis-à-vis de la maladie

Les déclaratifs des répondants ayant reçu une formation en gériatrie ne restituent pas nécessairement une facilité de diagnostic, quand bien même ils se distinguent nettement des autres répondants en termes de connaissances acquises (Figure 18).

La participation à un réseau influe davantage l'estimation d'une facilité de diagnostic de la maladie d'Alzheimer. Par contre, la proximité – ou non – de la maladie d'Alzheimer chez un proche du répondant n'influe guère les déclaratifs de posture.

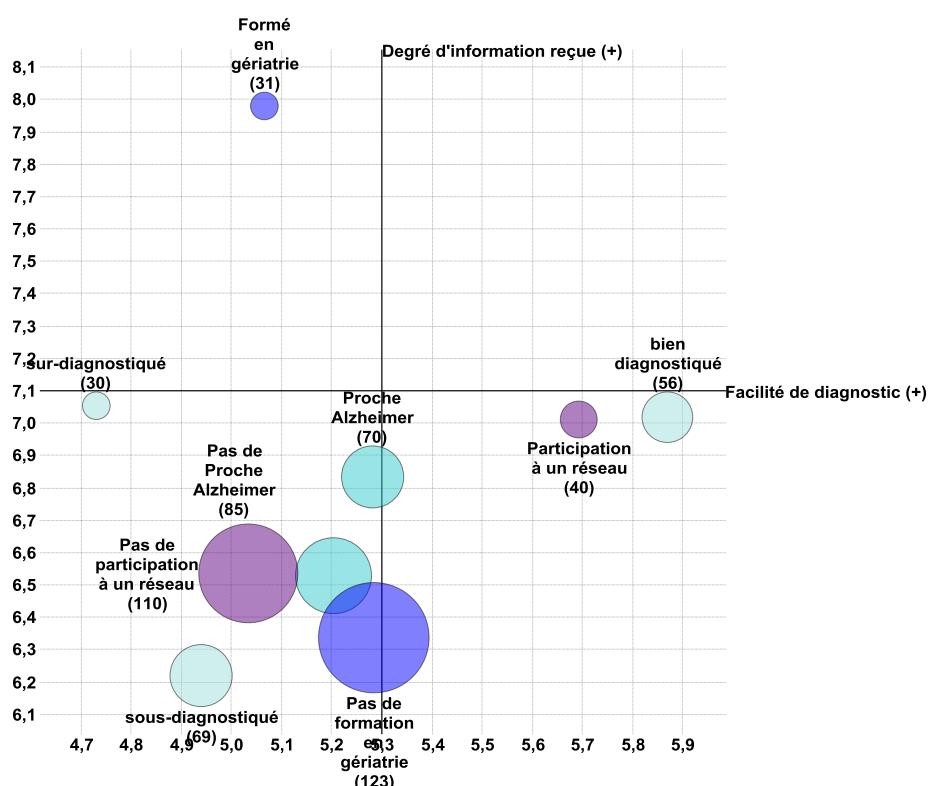


Figure 18 : profil des répondants selon la facilité du diagnostic et le degré d'information (échelles agrandies pour plus de lisibilité)

6. Relations entre représentations, opinions et la prise en charge de la maladie d'Alzheimer

6.1. Différenciations notables selon la nature attribuée à la prise en charge de la maladie

Les discriminations statistiques pointent une meilleure évaluation de la prise en charge actuelle lorsque la nature de la prise en charge est estimée relevant du médical et du psychosocial à parts égales (Tableau XVII).

Tableau XVII : moyennes des représentations par rapport à la prise en charge

Tableau croisé de moyennes / nature attribuée à la prise en charge

		unique lement une prise en charge psych osoc iale	princi pale ment une prise en charge psych osoc iale	médi cale et psych osoc iale à part égale	pure ment médi cale	inutile	Total
Maladie préoccupante (1 = pas du tout préoccupante à 10 = tout à fait préoccupante)	Moyenne	7,60	7,57	7,57	9,00	1	7,58
	Effectif	6	67	81	1	0	155
Degré d'information Maladie d'Alzheimer (1 = pas du tout informé, 10 = tout à fait informé)	Moyenne	6,11	6,58	6,88	6,00	1	6,71
	Effectif	6	67	81	1	0	155
Prise en charge actuelle efficiente (1 = pas du tout efficiente, 10 = tout à fait efficiente)	Moyenne	4,13	3,93	5,04	3,00	1	4,51
	Effectif	6	67	81	1	0	155
Efficacité à moyen terme de l'action thérapeutique médicamenteuse (1 = inefficace, 10 = très efficace)	Moyenne	2,56	3,13	4,10	4,00	1	3,62
	Effectif	6	67	81	1	0	155
Facilité de diagnostic (1 = pas du tout facile à 10 = tout à fait facile)	Moyenne	4,53	5,15	5,30	5,00	1	5,20
	Effectif	6	67	81	1	0	155
Utilité du diagnostic précoce (1 = pas du tout utile à 10 = tout à fait utile)	Moyenne	6,34	5,62	5,72	8,00	1	5,72
	Effectif	6	67	81	1	0	155

Nous n'observons pas de discrimination statistique significative en regard des opinions / représentations émises suivantes :

Tableau XVIII : moyennes des représentations par rapport à la prise en charge (suite)

Tableau croisé de moyennes / nature restituée de la prise en charge

Notation 1 = pas du tout d'accord à 5 = tout à fait d'accord

		unique lement une prise en charge psych osoc iale	princi pale ment une prise en charge psych osoc iale	médi cale et psych osoc iale à part égale	pure ment médi cale	inutile
Selon vous, des progrès significatifs sur le traitement de la maladie d'Alzheimer vont être réalisés dans les prochaines années ?	Moyenne	2,70	2,84	3,09	3,00	0
	Effectif	6	67	81	1	0
Je voudrai savoir le plus tôt possible si un membre de ma famille était atteint de la maladie d'Alzheimer	Moyenne	3,26	3,25	3,36	3,00	0
	Effectif	6	67	81	1	0
La mémoire ne se détériore pas nécessairement avec l'âge	Moyenne	4,18	3,61	3,25	1,00	0
	Effectif	6	67	81	1	0
La maladie d'Alzheimer a des effets dévastateurs sur la famille du patient atteint...	Moyenne	4,70	4,45	4,30	4,00	0
	Effectif	6	67	81	1	0
La maladie d'Alzheimer ôte progressivement ce qui fait du patient un être humain....	Moyenne	2,66	2,95	2,83	2,00	0
	Effectif	6	67	81	1	0
Je me sens efficace quand je prends en charge un patient atteint de la maladie d'Alzheimer....	Moyenne	2,74	2,76	2,96	2,00	0
	Effectif	6	67	81	1	0
Je me sens démunis face à la détérioration progressive des échanges avec les patients atteints de la maladie d'Alzheimer....	Moyenne	3,43	3,24	3,18	4,00	0
	Effectif	6	67	81	1	0
Je suis aussi à l'aise à soigner un malade atteint d'Alzheimer qu'un patient atteint d'une autre maladie chronique...	Moyenne	2,74	2,82	3,10	2,00	0
	Effectif	6	67	81	1	0
Le traitement médicamenteux de la maladie d'Alzheimer est efficace...	Moyenne	1,85	1,61	1,94	2,00	0
	Effectif	6	67	81	1	0
Je m'implique affectivement lors de la prise de patients atteints de la maladie d'Alzheimer	Moyenne	3,21	3,25	3,37	4,00	0
	Effectif	6	67	81	1	0

6.2. Différenciations notables selon l'utilité attribuée au diagnostic précoce

En regard d'une segmentation sur l'évaluation de l'utilité du diagnostic précoce (note moyenne de 2,28 pour les évaluations « pas utile », de 5,34 pour les évaluations « utilité mitigée » et de 8,79 pour les évaluations « utile », nous observons statistiquement que plus les répondants se déclarent « bien informés », moins ils jugent le diagnostic précoce utile (Tableau XIX). Plus l'utilité du diagnostic précoce est restituée, plus les répondants notent efficacité de la prise en charge médicale actuelle et l'efficacité à moyen terme de l'action thérapeutique.

Tableau XIX : représentations selon l'utilité restituée du diagnostic précoce

[Tableau croisé de moyennes / utilité perçue du diagnostic précoce](#)

		Pas utile	Utilité mitigée	Utile	Total
Utilité du diagnostic précoce (1 = pas du tout utile à 10 = tout à fait utile)	Moyenne	<u>2,28</u>	5,34	8,79	5,72
	Effectif	30	83	43	155
Maladie préoccupante (1 = pas du tout préoccupante à 10 = tout à fait préoccupante)	Moyenne	7,79	7,31	7,96	7,58
	Effectif	30	83	43	155
Degré d'information Maladie d'Alzheimer (1 = pas du tout informé, 10 = tout à fait informé)	Moyenne	<u>7,50</u>	6,65	6,30	6,71
	Effectif	30	83	43	155
Prise en charge médicale actuelle efficiente (1 = pas du tout efficiente, 10 = tout à fait efficiente)	Moyenne	3,98	4,54	4,84	4,51
	Effectif	30	83	43	155
Efficacité à moyen terme de l'action thérapeutique médicamenteuse (1 = inefficace, 10 = très efficace)	Moyenne	<u>2,89</u>	3,66	4,04	3,62
	Effectif	30	83	43	155
Facilité de diagnostic (1 = pas du tout facile à 10 = tout à fait facile)	Moyenne	4,90	5,29	5,24	5,20
	Effectif	30	83	43	155

Les discriminations statistiques (Tableau XX) pointent que :

- plus les répondants jugent le diagnostic précoce utile, plus ils déclarent vouloir savoir le plus tôt possible si un membre de leur famille était atteint de la maladie d'Alzheimer ;
- les répondants déclarant le diagnostic précoce pas utile sont ceux qui se sentent le plus efficace dans la prise en charge de patients atteints de la maladie d'Alzheimer, et à l'aise dans ce type de soins.

Tableau XX : représentations selon l'utilité restituée du diagnostic précoce (suite)

Tableau croisé de moyennes / Utilité du diagnostic précoce

Notation 1 = pas du tout d'accord à 5 = tout à fait d'accord)

	Pas utile	Utilité mitigée	Utile
Selon vous, des progrès significatifs sur le traitement de la maladie d'Alzheimer vont être réalisés dans les prochaines années ?	2,88	2,93	3,10
Je voudrai savoir le plus tôt possible si un membre de ma famille était atteint de la maladie d'Alzheimer	2,42	3,27	3,98
La mémoire ne se détériore pas nécessairement avec l'âge	3,17	3,58	3,34
La maladie d'Alzheimer a des effets dévastateurs sur la famille du patient atteint...	4,34	4,32	4,52
La maladie d'Alzheimer ôte progressivement ce qui fait du patient un être humain....	2,47	3,03	2,84
Je me sens efficace quand je prends en charge un patient atteint de la maladie d'Alzheimer....	3,29	2,68	2,92
Je me sens démuni face à la détérioration progressive des échanges avec les patients atteint de la maladie d'Alzheimer....	2,94	3,24	3,38
Je suis aussi à l'aise à soigner un malade atteint d'Alzheimer qu'un patient atteint d'une autre maladie chronique...	3,47	2,89	2,76
Le traitement médicamenteux de la maladie d'Alzheimer est efficace...	1,50	1,81	1,97
Je m'implique affectivement lors de la prise de patients atteints de la maladie d'Alzheimer	3,17	3,23	3,58

Les corrélations sont faibles en regard de l'utilité du diagnostic précoce (l'aisance ou le sentiment d'être efficace sont assez homogènes en regard de la notation sur l'utilité de ce diagnostic) (Figure 19), sauf la volonté – ou non – de vouloir savoir le plus tôt possible si un membre de la famille était atteint de la maladie d'Alzheimer qui est fortement corrélée avec l'utilité déclarée pour le diagnostic précoce.

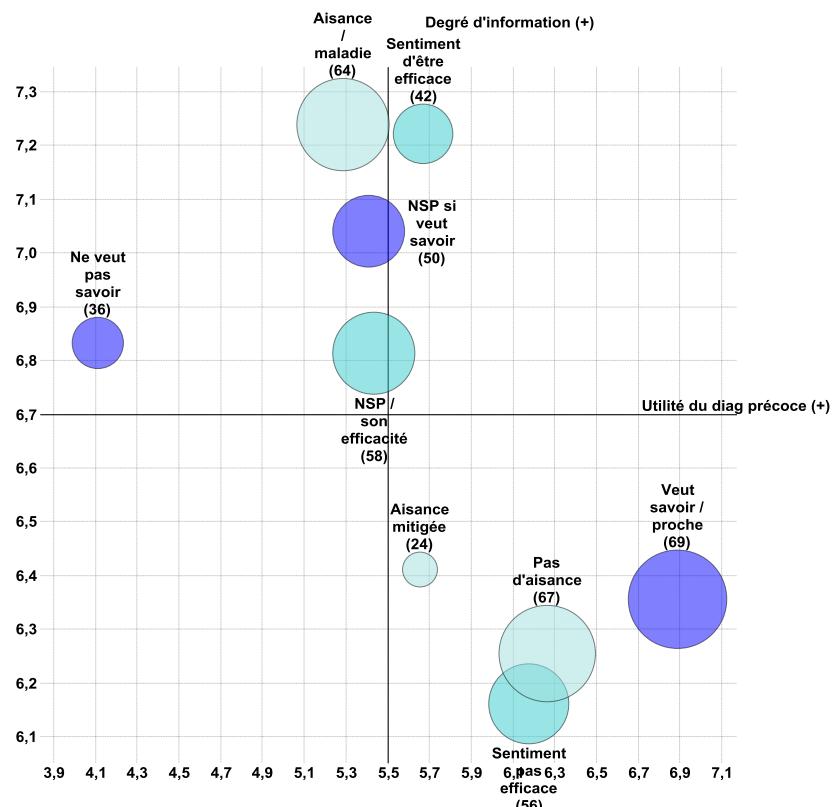


Figure 19 : profil des répondants selon l'utilité du diagnostic et le degré d'information

6.3. Différenciations notables selon l'impression de sur ou sous-diagnostic

Les appréciations de sous ou surdiagnostic de la maladie d'Alzheimer sont corrélées au jugement sur l'utilité du diagnostic. Les répondants estimant la maladie d'Alzheimer sous-diagnostiquée expriment davantage le côté préoccupant de la maladie que les autres répondants (Tableau XXI). Les répondants exprimant une facilité de diagnostic estiment davantage la maladie bien diagnostiquée.

Tableau XXI : représentations selon la perception de sur ou sous-diagnostic

Tableau croisé de moyennes / perceptions de sur ou sous-diagnostic

		sous-diag nostiqué	bien diagno stiqué	sur-diag nostiqué	Total
Utilité du diagnostic précoce (1 = pas du tout utile à 10 = tout à fait utile)	Moyenne	6,43	5,43	4,60	5,72
	Effectif	69	56	30	155
Maladie préoccupante (1 = pas du tout préoccupante à 10 = tout à fait préoccupante)	Moyenne	8,11	7,11	7,22	7,58
	Effectif	69	56	30	155
Degré d'information Maladie d'Alzheimer (1 = pas du tout informé, 10 = tout à fait informé)	Moyenne	6,27	7,07	7,10	6,71
	Effectif	69	56	30	155
Prise en charge médicale actuelle efficiente (1 = pas du tout efficiente, 10 = tout à fait efficiente)	Moyenne	4,50	4,61	4,36	4,51
	Effectif	69	56	30	155
Efficacité à moyen terme de l'action thérapeutique médicamenteuse (1 = inefficace, 10 = très efficace)	Moyenne	3,80	3,59	3,24	3,62
	Effectif	69	56	30	155
Facilité de diagnostic (1 = pas du tout facile à 10 = tout à fait facile)	Moyenne	4,91	5,84	4,70	5,20
	Effectif	69	56	30	155

Les discriminations statistiques (Tableau XXII) pointent que :

- les répondants déclarant la maladie surdiagnostiquée sont peu enclins, en regard des autres répondants, à :
 - o vouloir savoir le plus tôt possible si un membre de leur famille était atteint de la maladie d'Alzheimer,
 - o pronostiquer que des progrès significatifs sur le traitement de la maladie d'Alzheimer vont être réalisés dans les années à venir,
 - o déclarer moins d'implication affective dans la prise en charge des patients atteints de la maladie d'Alzheimer ;
- les répondants déclarant la maladie sous-diagnostiquée sont davantage à exprimer un sentiment d'être démunis face à la détérioration progressive des échanges avec les patients atteints de la maladie d'Alzheimer.

Tableau XXII : représentations selon la perception de sur ou sous-diagnostic (suite)

Tableau croisé de moyennes / Perceptions de sur ou sous-diagnostic

Notation 1 = pas du tout d'accord à 5 = tout à fait d'accord)

	sous-diag nostiqué	bien diagnostiqué	sur-diag nostiqué
Selon vous, des progrès significatifs sur le traitement de la maladie d'Alzheimer vont être réalisés dans les prochaines années ?	3,08	2,98	<u>2,67</u>
Je voudrai savoir le plus tôt possible si un membre de ma famille était atteint de la maladie d'Alzheimer	3,53	3,36	<u>2,69</u>
La mémoire ne se détériore pas nécessairement avec l'âge	3,37	3,38	3,67
La maladie d'Alzheimer a des effets dévastateurs sur la famille du patient atteint...	4,42	4,27	4,49
La maladie d'Alzheimer ôte progressivement ce qui fait du patient un être humain....	3,09	2,69	2,68
Je me sens efficace quand je prends en charge un patient atteint de la maladie d'Alzheimer....	2,79	2,92	2,94
Je me sens démunie face à la détérioration progressive des échanges avec les patients atteint de la maladie d'Alzheimer....	<u>3,56</u>	2,98	2,89
Je suis aussi à l'aise à soigner un malade atteint d'Alzheimer qu'un patient atteint d'une autre maladie chronique...	2,76	3,01	3,36
Le traitement médicamenteux de la maladie d'Alzheimer est efficace...	1,90	1,75	1,65
Je m'implique affectivement lors de la prise de patients atteints de la maladie d'Alzheimer	3,40	3,44	<u>2,88</u>

6.4. Différenciations notables selon la facilité restituée à établir le diagnostic de la maladie

En regard d'une segmentation sur l'évaluation de l'utilité du diagnostic précoce (note moyenne de 2,49 pour les évaluations « difficile », de 5,46 pour les évaluations « ni facile, ni difficile » et de 8,16 pour les évaluations « facile »), nous observons statistiquement que plus le degré d'information perçue sur la maladie est élevé, plus le diagnostic est jugé facile. Cependant, les répondants restituant le diagnostic « facile » s'expriment de manière plus réservée que les autres répondants sur l'utilité du diagnostic (Tableau XXIII).

Tableau XXIII : représentations selon la facilité restituée à diagnostiquer la maladie

Tableau croisé de moyennes / facilité restituée à établir le diagnostic de la maladie

		Difficile	Ni facile, ni difficile	Facile	Total
Facilité de diagnostic (1 = pas du tout facile à 10 = tout à fait facile)	Moyenne	2,49	5,46	<u>8,16</u>	5,20
	Effectif	26	115	14	155
Utilité du diagnostic précoce (1 = pas du tout utile à 10 = tout à fait utile)	Moyenne	5,25	5,99	<u>4,33</u>	5,72
	Effectif	26	115	14	155
Maladie préoccupante (1 = pas du tout préoccupante à 10 = tout à fait préoccupante)	Moyenne	7,86	7,54	7,38	7,58
	Effectif	26	115	14	155
Degré d'information Maladie d'Alzheimer (1 = pas du tout informé, 10 = tout à fait informé)	Moyenne	6,15	6,72	<u>7,73</u>	6,71
	Effectif	26	115	14	155
Prise en charge médicale actuelle efficiente (1 = pas du tout efficiente, 10 = tout à fait efficiente)	Moyenne	3,82	4,68	4,47	4,51
	Effectif	26	115	14	155
Efficacité à moyen terme de l'action thérapeutique médicamenteuse (1 = inefficace, 10 = très efficace)	Moyenne	3,37	3,70	3,42	3,62
	Effectif	26	115	14	155

En regard de la facilité ou de la difficulté déclarée à établir le diagnostic, les discriminations statistiques pointent davantage un sentiment d'être démuni auprès des répondants exprimant le sentiment d'être démuni face à la détérioration progressive des échanges avec les patients atteints de la maladie d'Alzheimer (Tableau **XXIV**).

Tableau XXIV : représentations selon la facilité restituée à diagnostiquer la maladie (suite)

Tableau croisé de moyennes / Perceptions de sur ou sous-diagnostic

Notation 1 = pas du tout d'accord à 5 = tout à fait d'accord)

	Difficile	Ni facile, ni difficile	Facile
Selon vous, des progrès significatifs sur le traitement de la maladie d'Alzheimer vont être réalisés dans les prochaines années ?	2,98	2,98	2,82
Je voudrai savoir le plus tôt possible si un membre de ma famille était atteint de la maladie d'Alzheimer	3,45	3,32	2,96
La mémoire ne se détériore pas nécessairement avec l'âge	3,42	3,36	4,00
La maladie d'Alzheimer a des effets dévastateurs sur la famille du patient atteint...	4,67	4,31	4,41
La maladie d'Alzheimer ôte progressivement ce qui fait du patient un être humain....	3,34	2,78	2,73
Je me sens efficace quand je prends en charge un patient atteint de la maladie d'Alzheimer....	2,82	2,86	3,02
Je me sens démuni face à la détérioration progressive des échanges avec les patients atteint de la maladie d'Alzheimer....	3,76	3,10	3,23
Je suis aussi à l'aise à soigner un malade atteint d'Alzheimer qu'un patient atteint d'une autre maladie chronique...	2,56	3,01	3,31
Le traitement médicamenteux de la maladie d'Alzheimer est efficace...	1,84	1,84	1,36
Je m'implique affectivement lors de la prise de patients atteints de la maladie d'Alzheimer	3,40	3,27	3,51

6.5. Importance d'une prise en charge médico-sociale soulignée

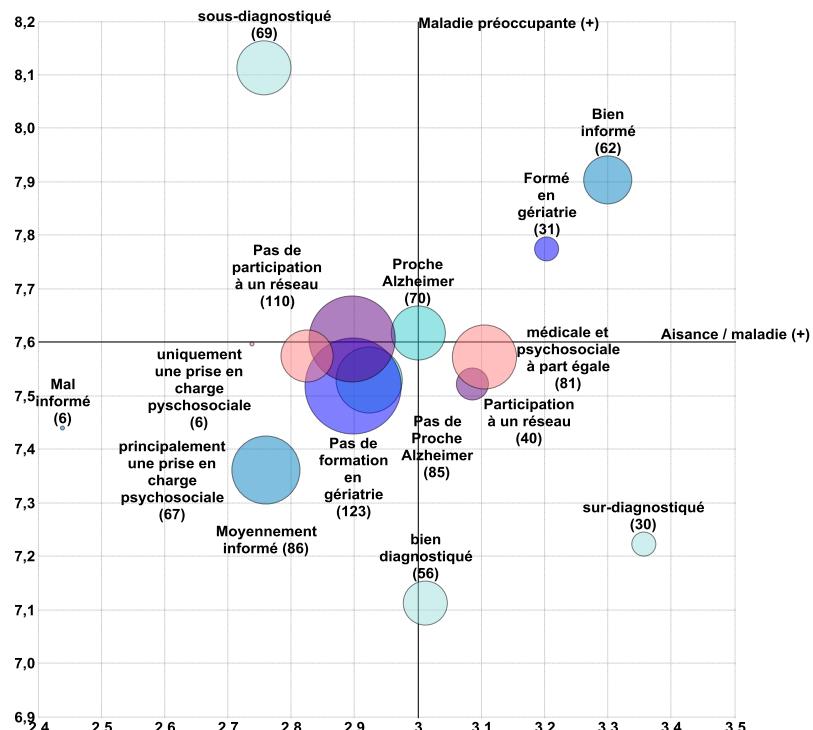


Figure 20 : profil des répondants selon l'importance de la préoccupation ressentie et l'aisance vis-à-vis de la maladie d'Alzheimer

La formation comme la participation à un réseau apparaît comme améliorant l'aisance ressentie à soigner les patients atteints de la maladie d'Alzheimer. L'aisance n'apparaît pas liée à une attention à cette pathologie augmentée par le vécu, car ceux qui déclarent un proche atteint ne sont ni plus à l'aise ni moins à l'aise que la moyenne des répondants (Figure 20).

De manière cohérente, ceux qui déclarent que la prise en charge de cette pathologie est principalement ou totalement psychosociale sont moins à l'aise avec cette pathologie.

DISCUSSIONS ET CONCLUSION

Les médecins généralistes s'accordent sur l'aspect préoccupant de la maladie d'Alzheimer. Cependant, l'efficacité de la prise en charge est plus discutée, avec des médecins la trouvant tout à fait efficace et d'autres pas du tout. La nature de cette prise en charge est plus consensuelle avec une part psychosociale soulignée. Les représentations n'influencent pas de manière significative la prise en charge, contrairement à la formation en gérontologie et le travail en réseau.

L'échantillon de cette étude correspond à 38% des maîtres de stage universitaires des facultés d'Angers et de Besançon. Selon Letrilliart L(4), et Leroy O(19), cette population est représentative des médecins généralistes, bien qu'un peu plus jeunes et ayant un éventail de pratiques cliniques plus larges. L'échantillon de cette étude correspond à 7% de la totalité des médecins généralistes des deux territoires explorés.

Le choix d'étudier cette population en particulier, outre sa représentativité, était motivé également par un accès plus facile et une implication supposée plus importante à répondre aux sollicitations, visant à atténuer le biais de volontariat (seuls les médecins impliqués par le sujet répondant). En effet, les MSU sont en contact avec des étudiants en thèse. Cela posé, cette population reste très sollicitée, et peut être lassée de répondre à des questionnaires. Cette population est supposée également plus à l'aise avec les formulaires via internet (population un peu plus jeune(19)), diminuant ainsi un autre biais.

Nous avons choisi, comme cela se fait dans les études sociologiques, de procéder à un redressement des données sur la variable du sexe. L'échantillon recueilli est plus féminin que la population des médecins généralistes, en accord avec le fait que la population soit plus jeune, du fait de la féminisation de la profession. L'application de ce redressement ne crée pas de nouvelles discriminations statistiques, mais renforce celles déjà présentes. Un redressement sur la variable de

l'âge n'a pas été possible, car cette valeur a été peu renseignée par les répondants (27% de non réponse).

Dans une brève revue de littérature, les représentations étudiées auraient des conséquences négatives sur le diagnostic et la prise en charge : « Les représentations de la maladie d'Alzheimer chez les médecins généralistes sont nombreuses et variées chez un même individu. Elles ont des conséquences le plus souvent négatives sur le diagnostic et la prise en charge de cette démence. » (3). Dans notre étude, les représentations sont en effet variées et nombreuses, mais il n'est pas retrouvé de lien statistique significatif avec les pratiques de diagnostic et de prise en charge. Cette revue de littérature compile surtout des études qualitatives qui demandent un investissement des répondants plus important qu'un questionnaire internet, accentuant le fait que les médecins répondants sont particulièrement sensibilisés à la maladie d'Alzheimer. Cela se confirme avec le travail de Ledent C : « Les termes angoisse, maladie intolérable, déprimant, sentiment d'échec... utilisés par tous en sont la preuve. » (21) ainsi qu'avec le travail de Monloubou : « Une représentation de la démence comme le symbole de la déshumanisation, et un vécu perturbant pour des médecins chez qui la pensée et la communication sont primordiales » (23)., les termes impuissance, échec, peur, désintérêt, mal à l'aise sont également cités dans d'autres travaux (24) par entretien.

Ainsi le mal-être rapporté unanimement dans ces études ne se retrouve pas de manière aussi prononcée dans ce travail. Si les médecins s'accordent sur le fait que la maladie a un effet dévastateur sur l'entourage du patient, ils sont moins catégoriques sur la déshumanisation de ce patient.

Selon les réponses obtenues, l'affect ne modifierait pas la prise en charge rapportée de manière significative. En effet, le fait d'avoir un proche atteint ou le degré d'implication affective rapporté n'est pas corrélé aux facilités ou non de diagnostic ou à l'aisance rapportée vis-à-vis de cette maladie.

Cette étude met en évidence que les éléments qui influencent le plus la prise en charge ne sont pas les différentes représentations, mais principalement la formation en gériatrie et le travail en réseau. Ce dernier point est en accord avec le sentiment de solitude restitué dans les études qualitatives (13) (22) (21). Les médecins en difficultés avec cette pathologie répondent probablement plus aux études qualitatives, alors que dans ce travail quantitatif, on ouvre les réponses aux médecins plus à l'aise et moins seul grâce au travail en réseau. Ce travail en réseau diminue également le sentiment d'être démunis face à cette pathologie tout en augmentant l'implication affective. Globalement, le travail en réseau semble apaiser la souffrance possible du médecin tout en améliorant la prise en charge : plus d'information systématique sur les aides, sur les directives anticipées, plus de prévention de la dénutrition.

Le degré d'information reçu et restitué est proportionnel à l'âge : les jeunes s'estiment peu informés et les médecins plus expérimentés bien informés. Dans la thèse de Moret Tucket E (22), on retrouve cet aspect avec une formation initiale rapportée comme ténue chez les médecins, mais ces derniers étaient très satisfaits de leur formation médicale continue ; avec comme limite le côté volontariat de la FMC. Dans notre étude, le degré ressenti d'information est également lié au sexe (les hommes se sentent mieux informés que les femmes) et au fait bien entendu d'avoir suivi une formation en gérontologie. Dans cette étude, plus on se sent informé, moins on se sent démunis face à la maladie et plus on est à l'aise avec elle. Avec l'augmentation du degré ressenti d'information, on trouve la prise en charge plus efficace, mais les médicaments moins efficaces, en accord avec l'HAS (8). Ce dernier point est intéressant : la question se pose de la nature de cette prise en charge. À l'évidence il ne s'agit pas des médicaments. Il s'agit bien entendu de la prise en charge globale du malade, pilier de la médecine générale, mais que contient-elle dans ce cadre exactement ? : l'aide au maintien à domicile ?, la prise en charge des comorbidités ?, la prévention ?, ou alors les aides plus spécifiques (orthophoniste, ateliers divers, hospitalisations de jour, de répits ?) ? Notre étude n'a pas exploré ces aspects, il pourrait être intéressant d'envisager d'autres études pour explorer cette question.

La même question se pose quand on regarde l'aisance de la maladie selon la nature de la prise en charge reconnue par les répondants : ceux qui pensent que la prise en charge est plutôt psychosociale pure sont moins à l'aise avec la maladie d'Alzheimer que ceux qui pensent qu'elle est à parts égales psychosociale et médicale. Quelle est la nature précise de cette part médicale ? Une fois définie, l'accent pourrait être mis sur ces points lors des formations.

En conclusion, la prise en charge et l'approche du diagnostic précoce renvoient moins à des problématiques de représentations personnelles, mais davantage à une action coordonnée entre le médical et le psychosocial. Pour une prise en charge plus sereine de la maladie d'Alzheimer, il paraît important d'accentuer la formation initiale et continue, ainsi que de développer le travail en réseau.

BIBLIOGRAPHIE

1. Carcaillon-Bentata L, Quintin C, Moutengou E, Boussac-Zarebska M, Moisan F, Ha C, et al. Peut-on estimer la prévalence de la maladie d'Alzheimer et autres démences à partir des bases de données médico-administratives? Comparaison aux données de cohortes populationnelles. [Internet]. Bull Epidémiol Hebd. 2016;(28-29): 459-67. 2016 [cité 5 nov 2016]. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/28-29/2016_28-29_1.html
2. Letrilliart L, Pouchain D, Le Reste J-Y, Renard V. Correspondance à propos de l'éditorial « Diagnostic précoce de la maladie d'Alzheimer : l'arbre qui cache la forêt ? » Presse Médicale. mai 2015;44(5):577- 8.
3. Stillmunkés A, Subra J, Kurdi J, Bismuth S, Villars H, Oustric S. Représentations de la maladie d'Alzheimer chez les médecins généralistes. Brève revue de la littérature. Médecine. 1 mars 2014;10(3):131- 3.
4. Letrilliart L, Rigault-Fossier P, Fossier B, Kellou N, Paumier F, Bois C, et al. Comparison of French training and non-training general practices: a cross-sectional study. BMC Med Educ. 2016;16:126.
5. Jacqmin-Gadda H, Alperovitch A, Montlahuc C, Commenges D, Leffondre K, Dufouil C, et al. 20-Year prevalence projections for dementia and impact of preventive policy about risk factors. Eur J Epidemiol. 12 juin 2013;28(6):493- 502.
6. Ministère de la Santé. Plan Maladies Neuro-Dégénératives 2014-2019 [Internet]. 2014 nov p. 124. Disponible sur: http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_maladies_neuro_degeneratives_def.pdf
7. Archimède L. Cohorte Framingham: l'incidence des démences pourrait diminuer grâce à la prévention. Le Quotidien du Médecin [Internet]. 11 févr 2016 [cité 11 nov 2016]; Disponible sur: http://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2016/02/11/cohorte-framingham-lincidence-des-demences-pourrait-diminuer-grace-la-prevention_795146
8. Haute Autorité de Santé - Médicaments de la maladie d'Alzheimer : un intérêt médical insuffisant pour justifier leur prise en charge par la solidarité nationale [Internet]. [cité 9 févr 2017]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr%2Fportail%2Fjcms%2Fc_2679466%2Ffr%2Fmedicaments-de-la-maladie-d-alzheimer-un-interet-medical-insuffisant-pour-justifier-leur-prise-en-charge-par-la-solidarite-nationale
9. ALCOVE-WP5-Full-Final-Report-Annex-b.pdf [Internet]. [cité 8 déc 2015]. Disponible sur: <http://www.alcove-project.eu/images/synthesis-report/ALCOVE-WP5-Full-Final-Report-Annex-b.pdf>
10. Conseil scientifique du Conseil National des Généralistes Enseignants. Maladies d'Alzheimer et apparentées_Des recommandations à préciser - Juin 2012 [Internet]. [cité 8 déc 2015]. Disponible sur: http://www.cnge.fr/conseil_scientifique/productions_du_conseil_scientifique/maladies_dalzheimerr_et_apparentees_des_recommandat/
11. HAS. Diagnostic et prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées [Internet]. 2011 [cité 19 mars 2014]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_668822/fr/diagnostic-et-prise-en-charge-de-la-maladie-d-alzheimer-et-des-maladies-apparentees

12. Engberink AO, Pimouguet C, Amouyal M, Gerassimo O, Bourrel G, Berr C. Déterminants de la prise en charge des patients déments dépistés dans une cohorte populationnelle: approche qualitative auprès de leurs médecins généralistes. *Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 2013;11(2):157- 67.
13. GUEVART S, =Université Claude Bernard Lyon 1. Villeurbanne. FRA / com. Enjeux du diagnostic précoce de la maladie d'Alzheimer et des syndromes démentiels apparentés, point de vue des médecins généralistes de Lyon : enquête qualitative. 2008.
14. KURDI J, =Université Paul Sabatier Toulouse 3. Toulouse. FRA / com. Les représentations de la maladie d'Alzheimer chez les médecins généralistes. 2013.
15. Bui Bardet TL. Vécu et ressenti des médecins généralistes dans la prise en charge du patient Alzheimer: étude à partir d'un focus group de 11 médecins généralistes du pays de Saintonge [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers; 2014.
16. Pin Le Corre S, Somme D. L'accompagnement de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. INPES, Gautier A, éditeurs. Baromètre Santé Médecins Généralistes 2009. 2011;266.
17. Sourdet S, Andrieu S, Vellas B. Perception et attitudes vis-à-vis de la maladie d'Alzheimer en France: étude impact. Cah Année Gérontologique. 1 sept 2011;3(3):141- 9.
18. Le Sphinx. Aide du serveur d'enquêtes en ligne Sphinx - Calculer la précision d'un échantillon [Internet]. [cité 6 nov 2016]. Disponible sur: <https://www.sphinxonline.net/sphinx/aide/precisionechantillon.htm>
19. Leroy O. Activités et pratiques professionnelles des maîtres de stage ambulatoire de la Faculté d'Angers [Thèse d'exercice]. [France]: Université d'Angers; 2011.
20. Assurance Maladie. Données statistiques sur la démographie des professionnels de santé (PS) libéraux [Internet]. 2016 [cité 5 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/professionnels-de-sante-liberaux/demographie/age-et sexe.php>
21. Ledent C, Patrick D, Nantes U de, Médicales U de NU de F et de R de M et des T. Perceptions par le médecin généraliste de la maladie d'Alzheimer [Internet]. [S.I.]: [s.n.]; 2013. Disponible sur: <http://nantilus.univ-nantes.fr/vufind/Record/PPN174223552>
22. MORET TUKKER B, =Université de Picardie Jules Verne. Amiens. FRA / com. Facteurs limitant le diagnostic précoce de démence de type Alzheimer: étude qualitative auprès de médecins généralistes de la région d'Arras. 2015.
23. Monloubou D, BRASILIA À. Les Médecins généralistes et la démence: vécu et représentations. 2007;
24. Achahboune L, Albrand G. Démences: vision du médecin généraliste. Lyon, France: Université Claude Bernard Lyon 1; 2014.

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : niveau de préoccupation quant à la maladie d'Alzheimer.....	8
Figure 2 : opinion sur la prise en charge proposée par la médecine générale	8
Figure 3 : évaluation de la prise en charge proposée par la médecine générale	9
Figure 4 : évaluation de la prise en charge psychosociale par le médecin généraliste	9
Figure 5 : aisance à soigner un patient atteint de la maladie d'Alzheimer	11
Figure 6 : implication affective lors de la prise de patients atteints de la maladie d'Alzheimer	11
Figure 7 : diagnostic précoce pour un des proches du médecin généraliste	12
Figure 8 : qualité du diagnostic	12
Figure 9 : difficulté d'établir le diagnostic de 1 à 10	13
Figure 10 : évaluation de la difficulté d'établir le diagnostic	13
Figure 11 : utilité du diagnostic précoce notée de 1 à 10	14
Figure 12 : évaluation de l'utilité du diagnostic précoce.....	14
Figure 13 : personne la plus à même à reconnaître les premiers symptômes	14
Figure 14 : fréquence des informations délivrées.....	16
Figure 15 : prise en charge par l'ALD	17
Figure 16 : information reçue sur la maladie d'Alzheimer	18
Figure 17 : sentiment d'information sur la maladie d'Alzheimer	18
Figure 18 : profil des répondants selon la facilité du diagnostic et le degré d'information (échelles agrandies pour plus de lisibilité)	22
Figure 19 : profil des répondants selon l'utilité du diagnostic et le degré d'information	25
Figure 20 : profil des répondants selon l'importance de la préoccupation ressentie et l'aisance vis-à-vis de la maladie d'Alzheimer.....	28

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : comparaison données Insee et échantillon des populations selon le sexe	7
Tableau II : représentations	10
Tableau III : représentations (suite)	10
Tableau IV : motifs de sous-diagnostic de la maladie d'Alzheimer	13
Tableau V : tests de diagnostics	15
Tableau VI : annonce du diagnostic	15
Tableau VII : fréquence de délivrance des informations sur les conséquences de la maladie	17
Tableau VIII : degré d'information sur la maladie d'Alzheimer selon le sexe.....	18
Tableau IX : degré d'information sur la maladie d'Alzheimer selon le lieu d'exercice	19
Tableau X : degré d'information sur la maladie d'Alzheimer pour les médecins formés ou non formées en gériatrie.....	19
Tableau XI : degré d'information sur la maladie d'Alzheimer selon l'âge du médecin généraliste.....	19
Tableau XII : degré d'information sur la maladie d'Alzheimer pour les médecins coordinateurs ou non	20
Tableau XIII : degré d'information sur la maladie d'Alzheimer pour les médecins intervenant en EHPAD ou non	20
Tableau XIV : degré d'information sur la maladie d'Alzheimer selon la région	20
Tableau XV : différentiations selon le degré d'informations reçues	21
Tableau XVI : différentiations selon le degré d'informations reçues (suite).....	21
Tableau XVII : moyennes des représentations par rapport à la prise en charge	23
Tableau XVIII : moyennes des représentations par rapport à la prise en charge (suite).....	23
Tableau XIX : représentations selon l'utilité restituée du diagnostic précoce	24
Tableau XX : représentations selon l'utilité restituée du diagnostic précoce (suite)	25
Tableau XXI : représentations selon la perception de sur ou sous-diagnostic	26
Tableau XXII : représentations selon la perception de sur ou sous-diagnostic (suite)	27
Tableau XXIII : représentations selon la facilité restituée à diagnostiquer la maladie	27
Tableau XXIV : représentations selon la facilité restituée à diagnostiquer la maladie (suite).....	28

TABLE DES MATIERES

RÉSUMÉ	1
INTRODUCTION.....	2
MÉTHODES	4
RÉSULTATS.....	6
1. Caractéristiques des répondants et représentativité	6
1.1. Précision de l'échantillon recueilli	6
1.2. Représentativité	6
2. Importance de la maladie et caractéristiques de la prise en charge	8
2.1. La maladie d'Alzheimer : une maladie jugée préoccupante par les répondants	8
2.2. Des opinions différencierées relatives à l'efficacité de la prise en charge médicale	8
2.3. Une prise en charge psychosociale soulignée.....	9
3. Représentations recueillies	9
4. Pratiques restituées	11
4.1. Vécus professionnels.....	11
4.2. Le diagnostic.....	12
4.2.1. L'intérêt manifesté d'un diagnostic précoce pour ses proches	12
4.2.2. Qualité du diagnostic en France	12
4.2.3. La difficulté à établir un diagnostic	13
4.2.4. L'utilité perçue du diagnostic précoce	14
4.2.5. Qui doit détecter la maladie ?.....	14
4.2.6. Les tests utilisés par les répondants pour diagnostiquer la maladie	15
4.2.7. L'annonce du diagnostic	15
4.2.8. Les informations délivrées au patient et à la famille	15
5. L'information reçue sur la maladie d'Alzheimer.....	18
5.1. Perception du degré d'information reçue.....	18
5.2. Différenciations notables selon le degré d'informations reçues.....	20
5.3. Degré d'informations reçues et aisance vis-à-vis de la maladie	22
6. Relations entre représentations, opinions et la prise en charge de la maladie d'Alzheimer	22
6.1. Différenciations notables selon la nature attribuée à la prise en charge de la maladie	22
6.2. Différenciations notables selon l'utilité attribuée au diagnostic précoce	24
6.3. Différenciations notables selon l'impression de sur ou sous-diagnostic.....	26
6.4. Différenciations notables selon la facilité restituée à établir le diagnostic de la maladie.....	27
6.5. Importance d'une prise en charge médico-sociale soulignée	28
DISCUSSIONS ET CONCLUSION.....	30
BIBLIOGRAPHIE	34
LISTE DES FIGURES.....	36
LISTE DES TABLEAUX	37
TABLE DES MATIERES.....	38
ANNEXES	I
Annexe 1 : Questionnaire envoyé aux maîtres de stages universitaires	II

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire envoyé aux maîtres de stages universitaires II

Annexe 1 : Questionnaire envoyé aux maîtres de stages universitaires

Vieillissement physiologique et maladie d'Alzheimer

Selon vous, la maladie d'Alzheimer est une maladie préoccupante au sein de notre société ?

1 = pas du tout préoccupant à 10 = tout à fait préoccupant

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Estimez-vous être bien informé sur la maladie d'Alzheimer ?

1 = pas du tout informé, 10 = tout à fait informé

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Selon vous, dans le cadre de la maladie d'Alzheimer, la prise en charge médicale que peut proposer la médecine générale aujourd'hui est

1=inefficace, 10 = très efficace

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Selon vous, dans le cadre de la maladie d'Alzheimer, la prise en charge par le médecin généraliste: (une seule réponse)

- Est uniquement une prise en charge psychosociale
- Est principalement une prise en charge psychosociale
- Est médicale et psychosociale à parts égales
- Est purement médicale
- Est inutile

Selon vous, à moyen terme, la médecine pourra proposer une action thérapeutique contre la maladie d'Alzheimer

1=inefficace, 10 = très efficace

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Êtes-vous d'accord avec les propositions suivantes :

Je voudrai savoir le plus tôt possible si un membre de ma famille était atteint de la maladie d'Alzheimer

- | | | | | |
|---|-----------------------|---|---------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Tout à fait
d'accord | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> Ni d'accord, ni pas
d'accord | <input type="radio"/> Pas
d'accord | <input type="radio"/> Pas du tout
d'accord |
|---|-----------------------|---|---------------------------------------|---|

La mémoire ne se détériore pas nécessairement avec l'âge

- | | | | | |
|---|--------------------------------|---|---------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Tout à fait
d'accord | <input type="radio"/> D'accord | <input type="radio"/> Ni d'accord, ni pas
d'accord | <input type="radio"/> Pas
d'accord | <input type="radio"/> Pas du tout
d'accord |
|---|--------------------------------|---|---------------------------------------|---|

La maladie d'Alzheimer a des effets dévastateurs sur la famille du patient atteint...

- | | | | | |
|---|--------------------------------|---|---------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Tout à fait
d'accord | <input type="radio"/> D'accord | <input type="radio"/> Ni d'accord, ni pas
d'accord | <input type="radio"/> Pas
d'accord | <input type="radio"/> Pas du tout
d'accord |
|---|--------------------------------|---|---------------------------------------|---|

Selon vous, des progrès significatifs sur le traitement de la maladie d'Alzheimer vont être réalisés dans les prochaines années ?

- | | | | | |
|---|--------------------------------|--|------------------------------------|--|
| <input type="radio"/> Tout à fait
d'accord | <input type="radio"/> D'accord | <input type="radio"/> Ni d'accord, ni pas d'accord | <input type="radio"/> Pas d'accord | <input type="radio"/> Pas du tout d'accord |
|---|--------------------------------|--|------------------------------------|--|

Le traitement médicamenteux de la maladie d'Alzheimer est efficace...

- | | | | | |
|---|--------------------------------|---|---------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Tout à fait
d'accord | <input type="radio"/> D'accord | <input type="radio"/> Ni d'accord, ni pas
d'accord | <input type="radio"/> Pas
d'accord | <input type="radio"/> Pas du tout
d'accord |
|---|--------------------------------|---|---------------------------------------|---|

La maladie d'Alzheimer ôte progressivement ce qui fait du patient un être humain....

- | | | | | |
|---|--------------------------------|---|---------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Tout à fait
d'accord | <input type="radio"/> D'accord | <input type="radio"/> Ni d'accord, ni pas
d'accord | <input type="radio"/> Pas
d'accord | <input type="radio"/> Pas du tout
d'accord |
|---|--------------------------------|---|---------------------------------------|---|

Je m'implique affectivement lors de la prise de patients atteints de la maladie d'Alzheimer

- | | | | | |
|---|--------------------------------|---|---------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Tout à fait
d'accord | <input type="radio"/> D'accord | <input type="radio"/> Ni d'accord, ni pas
d'accord | <input type="radio"/> Pas
d'accord | <input type="radio"/> Pas du tout
d'accord |
|---|--------------------------------|---|---------------------------------------|---|

Je me sens démuni face à la détérioration progressive des échanges avec les patients atteints de la maladie d'Alzheimer....

- | | | | | |
|---|--------------------------------|---|---------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Tout à fait
d'accord | <input type="radio"/> D'accord | <input type="radio"/> Ni d'accord, ni pas
d'accord | <input type="radio"/> Pas
d'accord | <input type="radio"/> Pas du tout
d'accord |
|---|--------------------------------|---|---------------------------------------|---|

Je me sens efficace quand je prends en charge un patient atteint de la maladie d'Alzheimer....

- | | | | | |
|---|--------------------------------|---|---------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Tout à fait
d'accord | <input type="radio"/> D'accord | <input type="radio"/> Ni d'accord, ni pas
d'accord | <input type="radio"/> Pas
d'accord | <input type="radio"/> Pas du tout
d'accord |
|---|--------------------------------|---|---------------------------------------|---|

Je suis aussi à l'aise à soigner un malade atteint d'Alzheimer qu'un patient atteint d'une autre maladie chronique...

- Tout à fait d'accord D'accord Ni d'accord, ni pas d'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord

Le diagnostic

Selon vous, la maladie d'Alzheimer est en France...

- sous-diagnostiquée bien diagnostiquée surdiagnostiquée

Selon vous, quels sont les motifs de sous-diagnostic de la maladie d'Alzheimer ?

Ordonnez les réponses qui vous paraissent les plus pertinentes

<input type="checkbox"/> Patient / famille ne prêtent pas attention aux premiers symptômes	<input type="checkbox"/> La communauté médicale hésite dans la définition des stades précoce de la maladie	<input type="checkbox"/> C'est inconfortable pour le médecin de donner au Patient / Aidants de mauvaises nouvelles
<input type="checkbox"/> Patient / famille évitent généralement les problèmes déplaisants	<input type="checkbox"/> Faible conscience du public de la maladie d'Alzheimer	<input type="checkbox"/> Il y a peu de traitement efficace, donc peu d'intérêt au diagnostic
<input type="checkbox"/> Manque de conscience ou d'expérience du médecin	<input type="checkbox"/> Patient / Famille ignorent consciemment les symptômes	<input type="checkbox"/> Les outils de diagnostic sont inefficaces

Comment évaluez-vous la difficulté d'établir le diagnostic de la maladie d'Alzheimer ?

1 = pas du tout facile à 10 = tout à fait facile

- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Selon vous, qui est le plus à même de reconnaître les premiers symptômes de la maladie ?

Une seule réponse possible

	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
Le patient	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un proche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La famille	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vous-même	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un autre acteur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si "autre acteur, précisez :

Connaissance et pratique des tests de diagnostic

	Je ne connais pas	Je connais mais n'utilise pas	J'utilise, systématiquement	J'utilise, souvent	J'utilise, rarement
MMS ou MMSE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Test de l'horloge	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
IADL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rappel des 5 mots de Dubois	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Vous annoncez vous-même le diagnostic confirmé

	systématiquement	le plus souvent	rarement	jamais
au patient	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
à la famille	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Selon vous, poser un diagnostic précoce de la maladie d'Alzheimer est ?

1 = pas du tout utile à 10 = tout à fait utile

- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Participez-vous à un réseau de prise en charge ?

- Oui Non

Si non, pourquoi ? (plusieurs réponses possibles)

- Je n'en vois pas l'intérêt Il n'y a pas de réseau sur mon secteur
 C'est chronophage Autre

Si 'Autre' précisez :

Si Oui, avez-vous l'impression que cela vous aide à diagnostiquer tôt la maladie?

- Oui Non

Si Oui, sur votre secteur, avez-vous l'impression que la population est plus avertie, donc plus efficiente par rapport à ce sujet ? Oui Non

Suite à un diagnostic suspecté de troubles cognitifs, je recours à l'avis d'un spécialiste

- Jamais Rarement De temps en temps Souvent Systématiquement

Suite à un diagnostic confirmé de troubles cognitifs, j'informe rapidement le patient et/ou son entourage de l'évolution de la maladie et des difficultés prévisibles

- Jamais Rarement De temps en temps Souvent Systématiquement

Suite à un diagnostic confirmé de troubles cognitifs, j'informe rapidement le patient et/ou son entourage...

1. De l'évolution de la maladie et des difficultés prévisibles

Jamais Rarement De temps en temps Souvent Systématiquement

2. Des aménagements à prévoir au sein du domicile (risques de chute)

Jamais Rarement De temps en temps Souvent Systématiquement

3. Des risques liés à la conduite routière

Jamais Rarement De temps en temps Souvent Systématiquement

4. Des risques de désorientation tempo-spatiale

Jamais Rarement De temps en temps Souvent Systématiquement

5. Des risques de dénutrition

Jamais Rarement De temps en temps Souvent Systématiquement

6. Des risques de repli social (patient / aidants)

Jamais Rarement De temps en temps Souvent Systématiquement

Suite à un diagnostic de troubles cognitifs, je forme les aidants à adapter leurs comportements vis-à-vis du patient

Jamais Rarement De temps en temps Souvent Systématiquement

Suite à un diagnostic précoce, j'évoque les possibilités de directives anticipées avec le patient et les aidants

Jamais Rarement De temps en temps Souvent Systématiquement

Suite à un diagnostic de troubles cognitifs, j'informe sur les possibilités locales d'aide à domicile

Jamais Rarement De temps en temps Souvent Systématiquement

Suite à un diagnostic de troubles cognitifs, j'informe le patient et son entourage de l'intérêt d'un contact avec une assistante sociale

Jamais Rarement De temps en temps Souvent Systématiquement

Suite à un diagnostic de troubles cognitifs, j'informe le patient et les aidants sur les autres offres locales (hébergement de répit, accueil de jour, EHPAD, association France Alzheimer...)

Jamais Rarement De temps en temps Souvent Systématiquement

Dans votre pratique, avez-vous été confronté à un refus de prise en charge en ALD par la CPAM pour des patients Alzheimer

jamais
 souvent

rarement
 systématiquement

Si souvent ou systématiquement : précisez les raisons invoquées par le médecin conseil :

Fiche signalétique

Êtes-vous...

une femme un homme

Lieu d'exercice de la Médecine Générale :

urbain semi-rural rural

Quel est votre âge ? _____

Combien d'actes effectuez-vous par jour en moyenne ?

moins de 20 actes

de 20 à 30 actes

plus de 30 actes

Exercez-vous ou avez-vous exercé les activités suivantes :

	Oui	Non
Suivi de patients en EHPAD	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Médecin coordinateur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Participation aux commissions MDPH	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Participation active à la Coordination territoriale (CLIC, MDS, TVS...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

CLIC = Centres Locaux d'Information et de Coordination, TVS = Territoire de Vie Sociale, MDS = Maison Départementale de la Solidarité

Avez-vous déjà suivi une formation diplômante en gérontologie ou gériatrie ? Oui Non

Dans votre entourage proche, avez-vous été confronté à la maladie d'Alzheimer? Oui Non

Notre questionnaire est terminé.

Nous vous remercions vivement de votre participation.

Vous pouvez maintenant fermer cette page dans votre navigateur.

ABSTRACT

RÉSUMÉ

BLANCHET Katia

Maladie d'Alzheimer : Représentations, opinions, vécu et pratiques des médecins généralistes

La maladie d'Alzheimer est un problème important de santé publique, avec 900 000 patients concernés et leurs aidants. La prise en charge de cette maladie et en particulier le diagnostic est sujet à débat entre les spécialistes des troubles cognitifs et les médecins généralistes. Cette pathologie génère chez les médecins généralistes des représentations principalement négatives. Ce travail propose de rechercher si ces représentations influencent la prise en charge.

Une étude quantitative a été menée via un questionnaire électronique sur internet (et les logiciels Sphinx) auprès des maîtres de stage universitaires des facultés d'Angers et de Besançon considérés comme représentatifs des médecins généralistes dans leur ensemble.

155 réponses ont été étudiées soit 38% des MSU interrogés. Les résultats soulignent l'importance de cette pathologie pour les médecins : une maladie reconnue préoccupante et dévastatrice pour les familles des patients. Par contre, le sentiment d'être démunis et le sentiment d'inefficacité face à cette maladie ressortent de manière moins évidente que dans les études qualitatives. Les corrélations statistiques ne mettent pas en évidence d'influence des représentations sur la prise en charge et sur le diagnostic : le fait d'avoir un proche atteint, de trouver cette pathologie déshumanisante, de se sentir démunis ou impliqués affectivement, ne modifie pas la prise en charge déclarée. Apparaît l'importance de la formation et surtout du travail en réseau, qui améliorent la prise en charge déclarée de manière statistiquement significative : plus d'annonces systématisées, plus de lien avec les aides de maintien à domicile, plus de prise en charge de la dénutrition, moins de sentiment d'être démunis et moins de sentiment de déshumanisation des patients. Les médecins ont des représentations moins négatives quand ils estiment que leur prise en charge relève à parts égales du médical et du psychosocial.

Si cette étude ne met pas en évidence de lien entre les représentations personnelles du médecin généraliste et la prise en charge, en particulier diagnostique, elle montre l'importance des réseaux et de la formation. L'importance de conserver une part médicale à la prise en charge apparaît. Il pourrait être intéressant de mieux la définir.

Mots-clés : maladie d'Alzheimer, médecin généraliste, représentation, diagnostic

Alzheimer's disease: Representations, opinions, experiencing and practice of general practitioners

Alzheimer disease is an important public health issue with 900 000 sufferers and their families. The management of this disease, especially the diagnosis is a very debatable issue between general practitioners and specialists of memory disorder. This disease carries negative representations among general practitioners. This research aims to analyse if such representations affect the management of Alzheimer patient.

A qualitative study of University Course Supervisors of Besançon and Angers faculties was conducted using online questionnaire with Sphinx software. This population is representative of general practitioner in their all. 155 answers had been collected (38% of the sample). The results highlight the importance of Alzheimer disease for general practitioners: they say it is a worrying disease which destroys families. However, the feeling of being disarmed and inefficient is less evident than in qualitative studies. The statistical correlations demonstrate that there is no influence of personal representation of the disease on the management and diagnosis by general practitioners: having a close relative, finding this pathology dehumanizing, feeling deprived or involved emotionally, do not modify the declared care.

This work demonstrates the significance of training and networking system to improve the management of the patient: more systematic communication, more links with home support workers, more undernutrition management, fewer feelings of being deprived and less sense of dehumanization of patients. Practitioners' representations are less negative when they think their management is as medical as psychosocial.

If this study shows the absence of relations between personal representations and management of the Alzheimer disease, especially in diagnosis, it highlights the importance of working in networks and appropriate training. While the importance of keeping a medical part in the management appears in this study, it might be interesting to define more precisely this medical management.

Keywords: Alzheimer's disease, general practitioners, representation, diagnosis