



EHESP



Master 2 PPASP

Promotion : **2009-2010**

Date du Jury : **Juin 2010**

**Influence des politiques publiques sur la
prise en charge des patients Alzheimer par
les médecins généralistes :
Point de vue des médecins généralistes
d'Ille-et-Vilaine.**

Olivier Perrot

Remerciements

A Cyrielle et Anaïs, merci pour votre soutien sans faille,

A Blanche Le Bihan, merci pour vos encouragements, votre disponibilité et votre aide précieuse.

Sommaire

Introduction.....	1
1 La population des malades d'Alzheimer et leurs aidants :.....	5
1.1 La maladie d'Alzheimer :.....	5
1.1.1 Définition et symptomatologie.....	5
1.1.2 Démarche diagnostique :.....	6
1.1.3 Démographie et épidémiologie	9
1.2 Représentations et image de la maladie d'Alzheimer :.....	13
1.2.1 Représentation dans la société :.....	13
1.2.2 Représentation pour les malades :	13
1.2.3 Représentation pour les aidants naturels :.....	14
1.3 Les aidants informels :.....	14
1.3.1 Quelques éléments contextuels et définition des aidants.....	14
1.3.2 Rôle des aidants :.....	15
1.3.3 Principales difficultés :	15
2 L'offre de soins :	16
2.1 Organisation générale :	16
2.1.1 Information, coordination :	16
2.1.2 Les lieux de diagnostic :	17
2.1.3 La prise en charge en ville :.....	19
2.1.4 Prise en charge en institution :.....	19
2.1.5 Prise en charge hospitalière:	20
2.2 Les pouvoirs publics face à la maladie d'Alzheimer :	20
2.2.1 De 1906 à l'année 2000 : la prise de conscience.....	20
2.2.2 Le plan Alzheimer 2001 : première tentative de réponse globale.....	21
2.2.3 Le plan Alzheimer 2004-2007 : poursuite de l'action.....	22
2.2.4 Rapport Gallez : juillet 2005.....	22
2.2.5 2007 : la maladie d'Alzheimer devient grande cause nationale.....	23

2.2.6	Le plan actuel : plan Alzheimer 2008-2012.	24
3	Le point de vue des médecins généralistes d'Ille-et-Vilaine :	25
3.1	Cas particuliers de l'Ille-et-Vilaine et présentation de l'échantillon de médecins généralistes interrogés :	25
3.1.1	Ille-et-Vilaine : bilan de l'existant :	25
3.1.2	Présentation de l'échantillon de médecins généralistes d'Ille-et-Vilaine interrogés :	27
3.2	L'activité des médecins généralistes : tentative de définition	28
3.3	Action auprès des malades d'Alzheimer :	29
3.3.1	La démarche et l'annonce du diagnostic :	30
3.3.2	L'élaboration du plan d'aide et le suivi :	34
3.3.3	Obstacles :	35
3.3.4	La santé des aidants :	35
3.3.5	La fonction de coordonnateur ou « case manager » en question :	36
3.3.6	L'impact des politiques publiques dans leur pratique quotidienne :	37
	Conclusion	39
	Bibliographie	41

Liste des sigles utilisés

- ALD : Affection de Longue Durée.
- ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé.
- APA : allocation personnalisée d'autonomie.
- CCAS : centre communal d'actions sociales
- CIAS : centre intercommunal d'actions sociales
- CLIC : centres locaux d'information et de coordination
- CMP : consultation mémoire de proximité
- CMRR : centre mémoire de ressources et de recherche
- DHOS : Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
- DSM IV : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders ou Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. quatrième édition.
- EHPAD : établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
- EMSA : équipe mobile de soutien aux aidants
- FMC : formation médicale continue.
- HAS : Haute Autorité en Santé.
- INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé.
- IRM : Imagerie par résonance magnétique nucléaire.
- MAIA : maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer
- MMSE : Mini Mental State examination.
- OPEPS : Office Parlementaire d'Evaluation des Politiques de Santé
- PMSI : programme de médicalisation des systèmes d'information.
- PSD : prestation spécifique dépendance.
- SSIAD : services de soins infirmiers à domicile.
- TSH : thyrostimuline hypophysaire.
-

Introduction

La maladie d'Alzheimer est pour les sociétés occidentales dont la société Française devenue un véritable enjeu. Le premier ministre Dominique De Villepin en 2007 a conféré à la question de la maladie et des malades d'Alzheimer le rang « d'enjeu national » de Santé Publique.

La maladie d'Alzheimer « est définie par l'association d'un syndrome démentiel, soit la détérioration progressive des fonctions cognitives avec un retentissement significatifs sur les fonctions sociales et professionnels du malade, et l'existence de lésions cérébrales spécifiques » (Gallez, 2005). Il s'agit bel et bien d'une maladie neurologique dont le diagnostic de certitude n'est pour l'instant que post-mortem s'appuyant sur des modifications structurelles cérébrales. Cette pathologie entraîne une diminution de l'espérance de vie et une situation de dépendance physique et psychique. On estime à environ huit années et demie la durée de vie moyenne des patients Alzheimer une fois les premiers symptômes apparus.

La maladie d'Alzheimer comme nous le verrons ultérieurement touche essentiellement des personnes âgées (plus de soixante-cinq ans). On considère actuellement que la maladie touche 25 millions de personnes dans le monde dont environ 1 million en France. Avec le vieillissement de la population et l'amélioration des démarches diagnostiques, on estime que le nombre de malades de la maladie d'Alzheimer devrait atteindre 1, 2 millions de personnes en France à l'horizon 2020 (INSERM 2007). Cette projection alarmiste est présente dans les esprits : la maladie d'Alzheimer est une préoccupation majeure des Français. Une étude récente de l'INPES classe cette pathologie comme la crainte majeure des Français de plus de cinquante ans (homme et femme confondu) devant le cancer. La maladie d'Alzheimer est aujourd'hui incurable et son origine inconnue.

La notion d'enjeu national de santé publique s'est matérialisée sous la forme de la troisième version du Plan Alzheimer label 2008-2012 dont l'objectif affiché par le chef de l'Etat Monsieur Nicolas Sarkozy est de « *Mieux connaître, mieux diagnostiquer et mieux prendre en charge la maladie.* »

De nombreuses catégories professionnelles participent à la prise en charge des patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Une catégorie de professionnels a retenue mon attention : les médecins généralistes.

Etant médecin généraliste de formation j'ai voulu aborder la population des patients Alzheimer et leurs aidants (totalement indissociables des premiers cités) sous le prisme de cette discipline. L'objet de ce travail est d'interroger le rôle des médecins généralistes dans la prise en charge des patients Alzheimer et de déterminer si l'élaboration de politiques publiques a un impact sur cette prise en charge au quotidien.

Ce choix des généralistes est dicté par leur position stratégique placée en première ligne face au patient et à sa famille. Le généraliste intervient en tant qu'initiateur du processus diagnostic grâce à sa connaissance du patient, de son histoire médicale et participe au suivi du patient tout au long de son vécu de la maladie.

Ce travail s'appuie sur une revue de la littérature concernant ce thème ainsi que sur une enquête empirique menée dans le département d'Ille-et-Vilaine. Une série d'entretiens semi-directifs a ainsi été réalisée durant le mois de mai 2010 auprès de médecins généralistes d'Ille et Vilaine. Il ne s'agit pas d'un échantillon représentatif mais le choix de mes confrères a été raisonné sur des critères de genre, d'âge et de lieux d'exercice. J'ai réalisé 12 entretiens avec des confrères chacuns exercent dans le département de l'Ille-et-Vilaine. Parmi les médecins interrogés, il y a six femmes et six hommes ; trois médecins de moins de 35 ans, quatre médecins de 35-45 ans, trois médecins de 45-55 ans, 2 médecins de plus de 55 ans, cinq exercent en milieu semi-rural, trois exercent en milieu rural, quatre exercent en milieu urbain.

Les entretiens se sont déroulés soit dans leur cabinet soit au sein du département de Médecine Générale de la faculté de Médecine de Rennes lieu de mon stage, ils ont été enregistrés. La durée moyenne de ces entretiens a été d'une heure environ. Le déroulé des interviews s'est appuyé sur une grille préalable établi et préalablement testé sur un médecin généraliste volontaire. (Voir grille en annexe)

1 La population des malades d'Alzheimer et leurs aidants :

1.1 La maladie d'Alzheimer :

1.1.1 Définition et symptomatologie

La maladie d'Alzheimer est une pathologie neurodégénérative évolutive s'exprimant par des troubles de la mémoire et un déclin cognitif, le plus souvent associés à des troubles comportementaux, et évoluant vers une perte progressive d'autonomie, caractérisant un syndrome démentiel. À cet égard, la maladie d'Alzheimer représente la cause principale de syndrome démentiel ; elle concerne au moins 70 % des cas. Les autres causes de démence sont : démence vasculaire, démence fronto-temporale et démence à corps de Lewy.

Le docteur Aloïs Alzheimer psychiatre allemand s'intéressait à la neuropathologie des troubles de la démence. Le 25 novembre 1901, une femme de 48 ans, dénommée Auguste D. (cf. annexe) est internée dans son institution. C'est le Dr Alzheimer qui étudie ce cas et qui, cinq ans plus tard, pratique l'autopsie du cerveau de son ancienne patiente. L'examen histologique avec la technique d'imprégnation argentique révèle l'existence dans le cortex cérébral, de lésions analogues à celles de la démence sénile, les plaques séniles, associées à des lésions jusque-là inconnues, caractérisées par des amas anormaux de fibrilles dans les neurones. En 1907, le Dr Alzheimer publie un article, intitulé "Une maladie caractéristique grave du cortex cérébral". Ce n'est qu'en 1912 que l'Allemand Emil Kraepelin, un ancien collègue d'Alzheimer, donne le nom de « maladie d'Alzheimer » à une nouvelle pathologie qu'il définit, dans son traité de psychiatrie, comme une démence du jeune sujet, rare et dégénérative. Les années suivantes voient se multiplier les publications de cas semblables. Il faudra pourtant attendre les années 1970 pour que l'on revoie dans la littérature spécialisé le concept de démence et de maladie d'Alzheimer.

Ce premier cas rapporté est instructif pour plusieurs raisons. Tout d'abord, il est remarquable de noter que le diagnostic d'une pathologie touchant de préférence le sujet âgé a été posé pour la première fois chez une patiente jeune. Ensuite, il montre également la difficulté de retenir le diagnostic qui ne peut l'être de façon formel que post-mortem.

La maladie d'Alzheimer touche exclusivement le cerveau. L'autopsie du cerveau d'un malade d'Alzheimer révèle deux types de lésions : les plaques amyloïdes, dites séniles, et

les dégénérescences neurofibrillaires. Les plaques séniles, qui ressemblent à des flocons de neige, se forment entre les neurones à cause de l'accumulation d'un peptide de 40 à 42 acides aminés appelé bêta amyloïde intra neuronale, la dégénérescence, elle, est le fait de l'agrégation d'une protéine Tau micro tubulaire anormale. Les rouages entre ces deux lésions et les symptômes de la maladie d'Alzheimer restent pour l'heure hypothétique.

Il faut souligner les particularités cliniques de cette maladie qui altère les capacités de mémoire et entraîne la perte des repères dans le temps et l'espace : la personne ne reconnaît plus son entourage : son conjoint, ses enfants et la maladie d'Alzheimer provoque de graves troubles du comportement (cris, violence, fugue, chutes...). Cette pathologie enlève progressivement à la personne malade sa capacité de penser de s'exprimer, et sa capacité à prendre soin d'elle-même. La maladie transforme en profondeur la vie de celui qui en souffre et de sa famille. Les familles, les aidants et les professionnels sont placés devant de nombreuses décisions difficiles à prendre : décision de consentir ou non à des soins, décision d'arrêter de conduire, décision de mettre en place des aides, décision d'entrer dans un protocole de recherche, décision d'entrer en institution. À toutes ces décisions, s'ajoute la difficulté de respecter au mieux le choix et les souhaits de la personne malade.

La maladie d'Alzheimer s'exprime différemment en fonction de son évolution. Dans la phase initiale les premiers signes touchent essentiellement la mémoire. On retrouve une amnésie des faits récents ou mémoire immédiate puis dans un second temps des souvenirs plus anciens. Un grand nombre de patients sont incapables de se souvenir de leur repas du petit déjeuner mais sont par contre parfaitement capable de retracer leur chronologie personnelle sans une faille. Progressivement, la maladie se complète de troubles du comportement ou déficit cognitif touchant le langage (aphasie), l'organisation des mouvements (apraxies), la reconnaissance visuelle des objets (agnosies). On parle de la maladie des 4 A : Amnésie, Apraxie, Agnosie, Aphasie.

Ses symptômes expliquent que les aidants naturels des patients Alzheimer sont indissociables des malades eux-mêmes puisque devant vivre au quotidien au côté d'un être qui progressivement se dégrade et ressemble de moins en moins à l'être aimé et connu. (Samitca S., 2004)

1.1.2 Démarche diagnostique :

En l'absence de marqueur biologique spécifique, le diagnostic clinique de la maladie d'Alzheimer ne peut pas être un diagnostic de certitude. Il est encore probabiliste et

repose sur une démarche en deux temps avec mise en évidence, dans un premier temps, d'un syndrome démentiel puis mise en évidence des arguments en faveur d'une maladie d'Alzheimer.

D'une façon générale, le diagnostic de maladie d'Alzheimer est d'autant plus difficile aux deux extrémités de l'évolution de la maladie. Au début de la maladie, les symptômes sont discrets et peuvent être masqués et confondus avec des difficultés liées au vieillissement normal. À la fin de l'évolution c'est-à-dire aux stades ultimes de la dégradation cognitive et comportementale, il est difficile de retrouver à l'examen des stigmates spécifiques d'une affection particulière.

A) Les critères diagnostiques :

Comme déjà mentionné le diagnostic est anatomopathologique. Cependant, il est évident que la maladie doit être envisagée et diagnostiquée avant le décès du patient. Il est donc de d'usage d'utiliser des critères diagnostiques en pratique clinique. Il en existe deux types ceux du DSMIV (Association) et du NINCDS-ADRDA (Mc Khann, 1984).

Ces critères reposent sur la mise en évidence de troubles de la mémoire associés à l'altération d'au moins une des fonctions cognitives parmi les capacités exécutives, le langage, les praxies (fait d'acquérir une gestion automatisée d'un type de geste après en avoir fait l'apprentissage) et les gnosies (capacité permettant de reconnaître, de percevoir, grâce à l'utilisation de l'un des sens la forme d'un objet). Ces troubles doivent aboutir à un retentissement sur la vie quotidienne quelle que soit l'activité professionnelle même en l'absence de cette dernière. Ce retentissement devant bien sur être ressentie comme un déclin par rapport à l'état antérieur. Le début de la maladie doit être progressif. Certaines pathologies pouvant expliquer un déclin cognitif doivent être de fait éliminées (tumeur cérébrale, hydrocéphalie à pression normale, hématome sous-dural, neurosyphilis, VIH, pathologies psychiatriques, substances diverses alcool, drogues, médicaments...)

B) Les recommandations de l'HAS : diagnostic et prise en charge de la maladie d'Alzheimer (mars 2008) :

On retrouve la notion de critères diagnostics dans ces recommandations qui précisent la démarche attendue face à un patient présentant des symptômes de déclin cognitif.

a) *Entretien :*

L'entretien doit se dérouler avec le patient et si possible après accord de ce dernier avec un tiers pouvant donner des informations fiables surtout en présence de troubles cognitifs marqués rendant les réponses du patient incertaines. L'entretien porte sur la recherche

des antécédents médicaux personnels et familiaux, les traitements antérieurs et actuels, le niveau d'éducation, l'activité professionnelle, l'histoire de la maladie, le changement de comportement et le retentissement des troubles sur les activités de la vie quotidienne. L'entretien permet de préciser le mode et le lieu de vie qui conditionne la prise en charge ultérieure.

b) Evaluation cognitive globale :

Il s'agit d'une évaluation standardisée à l'aide du MMSE (Mini Mental State examination). Le diagnostic ne doit pas reposer sur ce seul test. Il en existe de nombreux permettant d'évaluer les fonctions cognitives d'un patient suspect. Il n'existe pas à ce jour de consensus sur ceux qui doivent impérativement être utilisés. Les plus connus sont les suivants : test de l'horloge, épreuve de rappel des cinq mots, test de fluence verbale...

c) Evaluation fonctionnelle :

L'objectif de cette évaluation est d'apprécier le retentissement des troubles sur la vie quotidienne. Ceci est réalisable à l'aide d'échelle de type IADL (Instrumental Activities of Daily Living)

d) Evaluation thymique et comportementale :

Il est nécessaire de rechercher un syndrome dépressif qui peut mimer un syndrome démentiel mais qui peut également l'accompagner. Ce temps d'évaluation du patient est également mis à profit pour rechercher des troubles comportementaux ou d'expression psychiatrique.

e) Examen clinique :

L'examen doit évaluer l'état général (poids) ainsi que l'état cardiovasculaire. L'examen neurologique doit être normal sous peine d'orienter le diagnostic vers une autre étiologie.

f) Examens biologiques :

La réalisation d'examen biologique est nécessaire afin de rechercher une autre étiologie aux troubles cognitifs ainsi que de dépister d'éventuelles co-morbidités nécessaires à prendre en charge de façon concomitante.

Il est recommandé de demander la réalisation d'un dosage de la TSH (thyrostimuline hypophysaire), un hémogramme, un ionogramme sanguin, une calcémie, une

albuminémie et un bilan rénal. D'autres examens sont possibles selon le contexte et les éléments d'orientation recueillis au cours de l'interrogatoire.

g) Imagerie :

Une imagerie cérébrale systématique est recommandée pour toute démence de découverte récente. L'objectif est double ne pas méconnaître une autre cause de troubles cognitifs et d'obtenir des éléments d'orientation étiologique de la démence. L'examen de référence est l'IRM (Imagerie par résonance magnétique nucléaire) et à défaut l'examen tomodensitométrie cérébrale sans injection de produit de contraste.

1.1.3 Démographie et épidémiologie

A) Difficultés particulières liées à la Maladie d'Alzheimer

La maladie d'Alzheimer touche essentiellement des gens âgés (plus de soixante cinq ans). Il existe des formes précoces atteignant des individus bien plus jeunes mais leurs nombres restent faibles. Du fait de l'allongement de la durée de vie, l'incidence de la maladie doit augmenter. Il est donc normal de prévoir qu'il y aura plus de malades d'Alzheimer dans les années à venir que maintenant. Cependant, les chiffres avancés divergent. Certes toutes les données épidémiologiques concluent à une forte augmentation du nombre de cas de malades d'Alzheimer mais pas dans les mêmes proportions.

Cette situation est le fait de plusieurs éléments :

- Tout d'abord, la recherche épidémiologique sur la maladie d'Alzheimer est relativement récente et constitue un vaste champ de recherches et de connaissances qui a beaucoup évolué notamment avec l'apport des études longitudinales en population et une meilleure standardisation des procédures diagnostiques.
- Ensuite ces travaux doivent s'appuyer sur des études longues et coûteuses de part la nécessité de faire une recherche active des cas de démence. En effet, alors que les démences sont fréquentes le diagnostic de démence n'est bien souvent pas porté même à des stades relativement sévères de la maladie. A partir des cas recherchés systématiquement en population générale, seule une démence sur deux est diagnostiquée, tous stades confondus, en France *(données de l'étude PAQUID) .Aux stades légers de la maladie, seul un cas sur trois est connu par le patient ou son médecin. De ce fait, les bases de données médico administratives type déclaration ALD (Affection de Longue Durée) de l'assurance maladie ou bien du PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information) ne sont pas utilisables et ce type d'études nécessitent forcément de se rendre sur le terrain.

La difficulté principale du chercheur est d'identifier les cas de maladie d'Alzheimer dans une population définie.

Ces difficultés de détection des cas de maladie d'Alzheimer ont également des conséquences sur l'étude des facteurs de risque de la maladie d'Alzheimer. En effet, il est de fait pour l'instant impossible de déterminer avec précision le début de la maladie d'Alzheimer. Une autre difficulté réside dans l'histoire naturelle de la maladie, le processus pathologique a débuté probablement bien avant les premiers symptômes.

B) Les données actuelles :

a) *Données d'épidémiologie descriptive :*

La prévalence des démences en générale et de la maladie d'Alzheimer en particulier augmente de façon exponentielle et double environ tous les 5 ans de 65 ans à 85 ans. Au-delà de 85 ans il est très difficile de déterminer la prévalence puisqu'il y a peu de patients et qu'ils sont pour la plupart poly pathologiques et le diagnostic de maladie d'Alzheimer devient très périlleux.

En effet, la maladie d'Alzheimer bien qu'étant la principale étiologie des démences il ne s'agit pour autant pas de la seule cause possible. La seconde étiologie est la démence vasculaire ensuite on retrouve la démence frontaux-temporale et celle à corps de Lewy.

Les chiffres généraux sont constables selon les arguments vus précédemment les auteurs de la littérature spécialisée dont Claudine Berr conseille de retenir des méta-analyses pour « moyenniser les différences entre études, s'appuyer sur des effectifs plus importants et ainsi fournir des estimations plus précises(...) ».

La méta-analyse de données européennes EURODEM portant sur 11 études réalisées avant 2000 indique une prévalence de 4,4% de la maladie d'Alzheimer (Lobo.A, 2000)

Des études récentes (Mura, Dartigues 2009) permettent de réactualiser les chiffres actuelles en France. En 2010, le nombre de cas de démence devrait atteindre 754 000 soit 1,2% de la population totale. D'ici 2050 ce chiffre devrait être multiplié par 2,4 soit 1 813 000 cas représentant 2,6% de la population totale estimée de 2050.

Quoiqu'il en soit le vieillissement constant de la population française associé au fait que la maladie d'Alzheimer a pour facteur de risque principal l'âge permet de prédire qu'à la fois incidence et prévalence vont continuer de progresser de façon importante dans les années et décennies à venir.

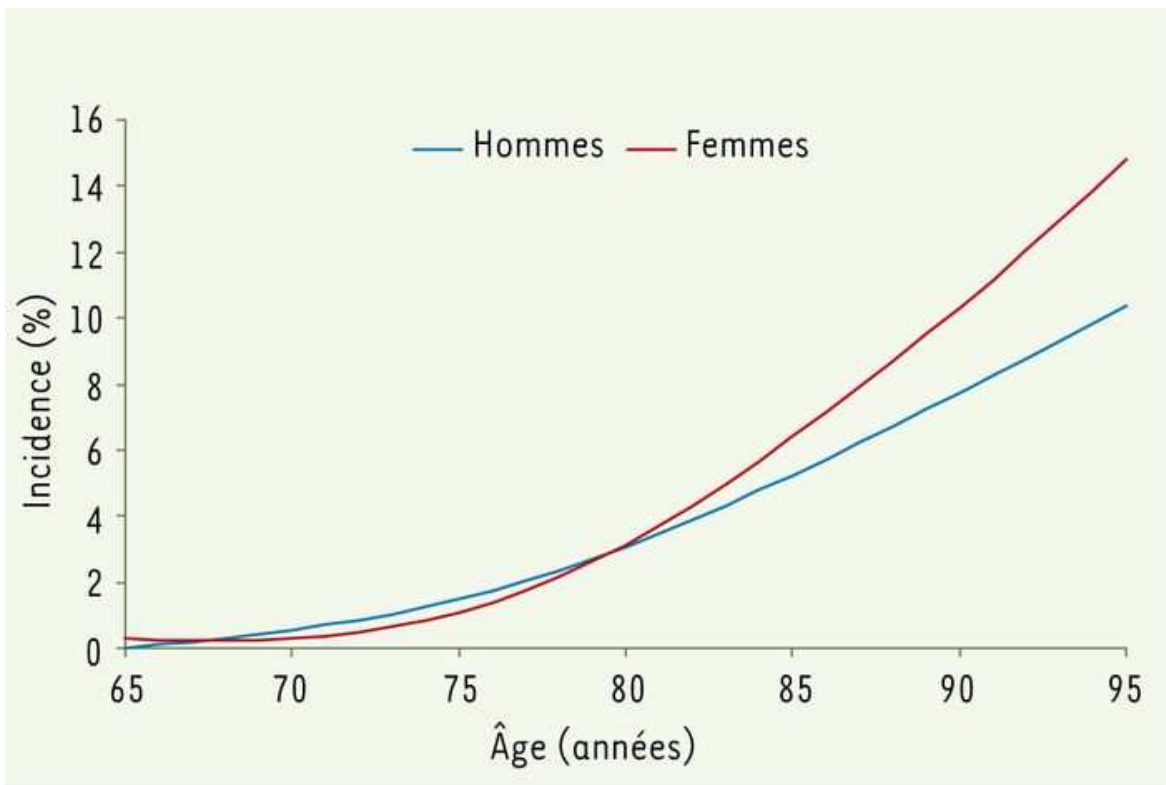
Tableau : prévalence (%) de la maladie d'Alzheimer et des syndromes apparentés en fonction de l'âge et du sexe.

Âge	Europe Eurodem [3]		France Paquid [4]		Italie [6]		États-Unis CHS [5]	
	H	F	H	F	H	F	H	F
65 - 69	1,6	1,0	-	-	0,76	1,2	13,7	10,4
70 - 74	2,9	3,1	-	-	1,8	3,2		
75 - 79	5,6	6,0	7,7	5,7	5,6	6,0	15,4	20,6
80 - 84	11,0	12,6	12,5	16,6	15,0	13,1	33,3	32,6
> 85	18,0	25,0	23,9	38,4	23,8	34,6	42,9	50,9

Tableau : estimation du nombre de personnes atteintes de démence en France métropolitaine en 2004.

Âge	Hommes	Femmes	Total
65-69	9 149	16 561	25 710
70-74	19 711	44 816	64 527
75-79	65 798	71 349	137 147
80-84	71 217	164 112	235 329
85-89	40 491	121 165	161 656
> 90	31 841	200 452	232 293
Total > 65	238 207	618 455	856 662
Total > 75	209 347	557 078	766 425

Tableau : Incidence des démences selon l'âge (étude PAQUID)



b) *Les hypothèses étiologiques.*

La maladie d'Alzheimer est selon toute vraisemblance une pathologie multifactorielle complexe fruit de prédispositions génétiques et de facteurs environnementaux en interaction.

Le facteur de risque génétique implique le gène de l'apolipoprotéine E situé sur le chromosome 8, il s'agit d'une protéine intervenant dans le transport du cholestérol (Lambert, Amouyel 2007). En 2009, l'analyse de 6000 génomes de malades (Lambert, Heath 2009) a mis en évidence deux nouveaux gènes de prédisposition : le gène de la clustérine ou apolipoprotéine J localisée sur le chromosome 8 et le gène du composant 3b/4b du complément. Leur rôle dans l'apparition de la maladie d'Alzheimer n'est pour l'instant pas déterminé.

Les facteurs environnementaux sont multiples et sont difficiles à identifier précisément puisque bien que la maladie d'Alzheimer soit une pathologie du sujet âgé, il est nécessaire de s'intéresser aux caractéristiques des sujets tout au long de leurs vies et non uniquement les dernières années. Les facteurs les plus souvent cités sont l'âge, le niveau d'étude, les facteurs liés au mode de vie (pratiques d'activités physiques, habitudes alimentaires, consommation de tabac, d'alcool), ainsi que des facteurs biologiques modifiables tels que l'hypertension, les dyslipidémies, le diabète.

1.2 Représentations et image de la maladie d'Alzheimer :

La maladie d'Alzheimer est ressentie comme une lente et inexorable dégradation des fonctions intellectuelles et physiques de l'individu. La société renvoie une image très négative de cette pathologie.

En réalité les représentations de cette pathologie sont aussi nombreuses qu'individuelles. Les représentations d'une pathologie se constituent à partir d'informations, de savoirs, de modèles de pensées transmis par l'école, les médias, la famille, les amis...mais elles sont également façonnées par l'expérience individuelle ou familiale.

1.2.1 Représentation dans la société :

La représentation la plus simple et la plus banale est celle de considérer la maladie comme une maladie de la mémoire. Dans ce cas la perte est uniquement associée à une fonction supérieure. La peur de la destruction, de la dépersonnalisation disparaît derrière cette simplification finalement beaucoup moins anxiogène.

La maladie d'Alzheimer est une pathologie qui fait peur elle s'apparente aux pathologies chroniques comme le cancer ou le sida. A la différence près qu'elle endosse un caractère irrévocable : il n'y a aucun moyen de guérison (contrairement au cancer) et aucun moyen de prévention (contrairement au sida). La maladie présente un caractère de fléau qui frappe au hasard (PIN, 2008, INPES).

1.2.2 Représentation pour les malades :

Pour la plupart des malades l'image dominante est l'exclusion de la vie sociale. La figure récurrente est celle de la mort sociale, psychique : le malade disparaît de la scène sociale avant même l'heure de son décès.

Face au diagnostic il est classique de réagir de trois façons distinctes. :

- Une acceptation fataliste où prime l'acceptation de l'irréversibilité de la maladie
- Une attitude sereine favorisée par la croyance que les problèmes sont liés à l'âge
- Une acceptation rendue difficile par des sentiments de dépression, de peur et de honte.

Le thème de la honte est très présent : certains patients présentent leur maladie comme un sujet tabou dont ils répugnent à parler. Le caractère honteux provient non pas de la façon de la contracter mais des symptômes et des images associées à la maladie.

L'appellation « démence » stigmatise le malade évoquant la figure du fou. Certaines associations de malades et de familles de malades militent activement pour obtenir un changement sémantique. L'autre aspect stigmatisant concerne les troubles du comportement des malades « coupables » de ne pas toujours respecter les conventions

sociales. Ces comportements et la honte qu'ils occasionnent non pas au malade mais à son entourage participe à l'exclusion de la vie sociale par des conduites d'évitement des situations « à risque ».

1.2.3 Représentation pour les aidants naturels :

A l'image du patient psychologiquement mort et donc sans souffrance, les aidants familiaux opposent l'image de leur propre fardeau et se présentent comme les vraies victimes. (Corner et Bond 2004). Les aidants décrivent leur rôle comme difficile voire épuisant, les privant de libertés et occasionnant un impact émotionnel négatif et des difficultés physiques (Bond, 2005).

Les aidants familiaux craignent également le regard des autres sur la dépendance d'un proche. Derrière cette crainte, se retrouve un sentiment de culpabilité : crainte de ne pas être à la hauteur, de ne pas faire les choses comme il faut...La culpabilité est accrue en cas de recours à l'institution vécue comme un véritable abandon.

1.3 Les aidants informels :

Les aidants informels constituent un groupe clef des intervenants auprès du malade. Il ne s'agit pas d'aidants professionnels mais de tous les aidants de l'entourage : les amis parfois, la famille surtout.

1.3.1 Quelques éléments contextuels et définition des aidants

Avant les années 1960, en l'absence de politique de maintien à domicile des personnes âgées, la famille assumait seule la prise en charge des personnes âgées dépendantes Alzheimer ou non. Cette situation allait de soi du fait du contexte socioculturel : un nombre élevé de femmes aux foyers, des cohabitations intergénérationnelles fréquentes...

Le rapport Laroque de 1962 marque le début du développement des politiques de maintien des personnes âgées à domicile. (Rapport Laroque). L'implication des professionnels de l'aide à domicile s'est faite au fil du temps en complémentarité de l'aide apportée par la famille.

Les familles deviennent une ressource essentielle pour les pouvoirs publics à l'heure où ceux-ci souhaitent se désengager de certaines aides publiques onéreuses. Cela se traduit par la création de la prestation spécifique dépendance (PSD) en 1997 puis de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) dès 2002 qui permet de rémunérer une personne non qualifiée pour l'aide qu'elle apporte à la personne âgée dépendante. Ainsi l'aidant informel qui jusque là se distinguait de l'aidant professionnel par l'absence de formation et de rémunération ne repose plus que sur l'absence de formation.

En 2006, le plan solidarité grand âge souligne la nécessité de venir en aide aux aidants en créant un droit de répit (recours à l'hébergement temporaire principalement).

La terminologie utilisée pour désigner les proches est variable on parle d'aidants naturels, d'aidants informels, d'aidants non professionnels, de personne-soutien...

Indépendamment des terminologies usitées leur action auprès des malades se caractérisent par informelle au sens de non professionnelle.

La personne âgée fait appel aux personnes les plus proches comme le conjoint, les enfants et en l'absence de réseaux familiales aux relations amicales ou de voisinage.

L'aidant informel principal est l'aidant qui va au quotidien assurer la majeure partie de la prise en charge.

Une des caractéristiques remarquable dans l'aidant tient dans le lien qui existait préalablement à l'instauration de la relation d'aide. Cette relation est forcément amenée à évoluer au cours de la prise en charge.

La cohorte REAL.FR permet d'estimer quelques caractéristiques des aidants des personnes âgées atteintes de maladie d'Alzheimer : dans 54,5% des cas les aidants sont les conjoints, dans 38,1% des cas les enfants ; l'âge moyen des aidants est de 64,7 ans et l'aidant est une femme dans 59,1% des cas.

1.3.2 Rôle des aidants :

A domicile, le nombre d'heures consacrées par l'aidant à son proche malade est considérable. Un certain nombre d'enquêtes réalisées en France (CNAVTS, Insee) montrent que le volume d'aide informelle représente deux à trois fois le volume d'aide professionnelle. Selon les études, il existe une grande variabilité du volume d'aide informelle déclaré. Cette variabilité est due à plusieurs raisons : cela dépend des caractéristiques de l'aidant (cohabitation, disponibilité, niveaux de revenus...); de la personne aidée, ainsi qu'à la difficulté pour l'aidant d'estimer le temps passer.

En institution, le rôle endossé par l'aidant reste important : persistance de contacts relationnels, participation à l'aide essentiellement pour la toilette ou le ménage ou à la prise de décision concernant la prise en charge.

Au-delà de l'aide effective qu'amène l'aidant, celui-ci constitue un témoin privilégié permettant de collecter une information précise utilisable par le médecin et les autres intervenants professionnels.

1.3.3 Principales difficultés :

L'aidant au cours du parcours de la maladie de son proche traverse des étapes clefs fondamentale dans sa perception de la situation : l'annonce du diagnostic, le recours aux aides professionnelles, la rupture de l'aide à domicile, le décès de la personne aidée et la période qui suit le décès. Ces moments de la maladie doivent être des périodes de

soutien également vis-à-vis de l'aidant de la part des autres intervenants. Ce soutien ne va pourtant pas de soi, même si l'action des aidants est simultanée à celles des professionnels l'intégration de l'aidant informel dans le plan de prise en charge n'est pas évidente et peut être mal ressentie.

Il est possible de mesurer le ressenti de l'aide par l'aidant il s'agit du concept de fardeau. L'objectif est d'étudier les conséquences de l'aide sur la vie de l'aidant à travers différentes dimensions : physique, psychologique, socioprofessionnelle et financière. Un niveau de fardeau élevé est essentiel à repérer que cela précède fréquemment une rupture de prise en charge à domicile et un placement en institution. (Gold et coll. 1995). La notion de fardeau renvoie également au seuil de tolérance de l'aidant risquant de conduire dans certaines situations à des actes de maltraitance qui seraient plus fréquents entre conjoints et en cas de dépression de l'aidant. (Beach et coll.2005)

Il existe une offre d'aide aux aidants sous la forme de services de répit, groupe de soutien, associations de malades.

2 L'offre de soins :

2.1 Organisation générale :

L'élément incontournable de l'offre de soins est le caractère incurable de la pathologie. La réponse apportée est de toute façon jugée comme insuffisante car ne visant pas à la guérison du malade mais bel et bien à le prendre en charge pour que sa pathologie soit tolérable pour le patient lui-même et pour son entourage. Si la maladie d'Alzheimer demeure une maladie que l'on ne guérit pas, il est cependant possible de la soigner ou tout du moins de freiner son évolution.

Cet objectif passe nécessairement par un diagnostic précoce de la maladie, ceci imposé par l'efficacité des thérapeutiques plus notable en cas d'instauration précoce. Il est possible de distinguer plusieurs groupes de structures ou de services :

2.1.1 Information, coordination :

Les lieux d'information et/ou de coordination gérontologiques sont les centres locaux d'information et de coordination (CLIC). Il existe différents types de CLIC en effet le conseil général et l'Etat labellise (1, 2 ou 3) selon l'étendue des missions et des services offerts.

- Le label 1 est attribué aux CLIC qui assurent des missions d'accueil, d'écoute, d'information, de conseil et de soutien aux personnes et à leur entourage ;
- Le label 2 est attribué aux CLIC qui prolongent les missions de niveau 1 par l'évaluation des besoins des personnes et l'élaboration d'un plan d'aide personnalisé ;
- Le label 3 est attribué aux CLIC qui mettent en œuvre, suivent et adaptent un plan d'aide personnalisé.

En termes de personnels, le profil des professionnels composant les équipes d'un CLIC est très variable d'un territoire à l'autre, on retrouve principalement les professions suivantes : médicale, paramédicale, administrative, travailleur social, ingénierie sociale ou DESS social et autre.

D'autres lieux d'information et de coordination existent également. Ce sont les réseaux et coordinations gérontologiques. Les réseaux gérontologiques ont pour objectif de répondre aux besoins des personnes âgées par une amélioration de l'efficacité du service rendu. Ils sont constitués de professionnels médico-sociaux et d'institutions (d'hébergement et à domicile) de compétences complémentaires. Ces professionnels jouent le rôle de facilitateurs de l'ajustement rapide des réponses en fonction de l'évolution des besoins des personnes prises en charge ;

- Les coordinations gérontologiques visent à mutualiser les ressources en termes d'information des usagers, de formation des professionnels, d'équipements et de services sur un même territoire.

A côté des réseaux et coordinations gérontologiques, les structures d'aides aux aidants, dont la plupart sont souvent associatives, jouent aussi un rôle important dans la prise en charge de la maladie.

2.1.2 Les lieux de diagnostic :

Les centres mémoire de ressources et de recherche (CMRR) et les consultations mémoire de proximité (CMP) constituent les principaux lieux de diagnostic. Les Centres Mémoire de Ressource et de Recherche sont des structures nationales, labellisées par les Agences Régionales de Santé, localisées dans les centres hospitaliers universitaires (CHU).

Leurs missions consistent à assurer, dans le domaine de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées, la coordination et l'organisation de l'enseignement, de la recherche et des soins en concertation avec les "Consultations Mémoire" de la région.

La consultation mémoire est ouverte à toutes les personnes adultes présentant des troubles de la mémoire ou des troubles apparentés qui peuvent paraître inhabituels ou inquiétants.

L'accès peut être direct mais il est préférable qu'il se fasse sur requête du médecin traitant ou d'un autre spécialiste. Les consultations sont assurées par des médecins spécialistes, neurologues, gériatres ou psychiatres. Ils décident pour chaque patient si des explorations complémentaires sont nécessaires : imagerie cérébrale, examens biologiques, etc...

Parmi les explorations complémentaires, les tests neuropsychologiques ou orthophoniques tiennent une place importante. D'une durée d'une à deux heures, ils sont assurés par des neuropsychologues et des orthophonistes hautement qualifiés qui peuvent ainsi déterminer si certaines fonctions intellectuelles (mémoire, langage, écriture, fonctions visuo-spatiales, gestes, etc.) sont perturbées ou préservées.

En collaboration avec le médecin spécialiste, ils contribuent au diagnostic, au suivi et à l'organisation de la prise en charge de chaque patient. En cas de nécessité ou de problèmes liés aux démarches administratives, les familles peuvent bénéficier des conseils d'une assistante sociale.

Schématiquement, existe donc trois niveaux de consultation mémoire :

- Les consultations mémoires libérales en dispensées en médecine de ville par les neurologues de ville essentiellement.
- Les consultations mémoires en établissement de court séjour ayant accès à un plateau technique. Elles participent à la mise en place d'un projet de soins personnalisé avec le plan d'aide à la personne ainsi qu'au suivi des malades en coordination avec les différents professionnels.
- Les CMRR reçoivent les cas les plus complexes issus des consultations mémoire mais peuvent également assurer une prise en charge de premier niveau.

De par leur rôle dans le diagnostic, dans les modes de traitement et dans les soins prodigués, les médecins de ville constituent des acteurs importants dans la prise en charge des malades. La médecine de ville englobe des généralistes et des spécialistes (neurologues, psychiatres et neuropsychiatres) libéraux. Si les généralistes jouent un rôle fondamental dans l'initiation du processus diagnostique de la maladie d'Alzheimer, les spécialistes sont les responsables de la première prescription et les régulateurs de la demande de médicament.

2.1.3 La prise en charge en ville :

Outre les médecins généralistes et spécialistes libéraux la prise en charge intègre des infirmiers libéraux seuls ou au sein de SSIAD (services de soins infirmiers à domicile).

La prise en charge médico-sociale est assurée au niveau des services d'aide à domicile et, en particulier, les services d'aide aux personnes âgées à domicile. Le but de ces services est de permettre aux personnes âgées de vivre chez elles le plus longtemps possible, même lorsqu'une aide extérieure s'avère nécessaire.

Cette perspective se matérialise par la mise à disposition de ces personnes d'un personnel d'aidants professionnels dont le rôle principal est d'accomplir certaines activités de la vie quotidienne à leur place ou de les accompagner dans ces tâches (le ménage, la lessive, le repassage, ou la toilette, l'habillage, l'aide à la prise des repas ou des médicaments, *etc...*).

La prise en charge en ville intègre également les structures d'accompagnement et de répit que sont l'accueil de jour et l'hébergement temporaire. En effet, dans la mesure où la maladie d'Alzheimer retentit sur la vie quotidienne et sociale des personnes malades et de leur entourage, ces structures constituent des alternatives au maintien à domicile. Ce dispositif permet d'accueillir pour une période d'une demi-journée à plusieurs jours par semaine des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées et vivant à domicile. Ces accueils ponctuels aident les malades à maintenir un lien social, les stimulent par des activités thérapeutiques adaptées destinées à ralentir les effets de la maladie et soulagent également les proches en leur offrant des périodes de répit. L'accueil de jour permet à des personnes atteintes de troubles neuro-dégénératifs de poursuivre leur vie à domicile dans les meilleures conditions possibles grâce à des activités de stimulation. Il soulage également les proches, leur offre des périodes de répit afin d'être par la suite plus disponibles. Ces temps de prise en charge par une équipe de professionnels aident aussi les malades à maintenir un lien social.

La prise en charge financière de l'accueil de jour peut faire partie du plan d'aide proposé dans le cadre de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie à domicile (A.P.A.).

2.1.4 Prise en charge en institution :

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) assurent un hébergement collectif en chambres individuelles ou doubles ainsi que des services obligatoirement fournis comme l'entretien ménager et le blanchissage.

L'objectif est d'offrir un hébergement permanent avec une prise en charge globale dans un cadre de vie rassurant où le patient peut tenter de conserver des repères.

D'autres structures de prise en charge existent :

- les services psychiatriques où sont particulièrement hébergés des sujets jeunes.

- les familles d'accueil mais qui s'avèrent peu développer en France.

2.1.5 Prise en charge hospitalière:

La prise en charge à l'hôpital s'opère soit dans des établissements hospitaliers comme les centres hospitaliers universitaires, soit dans certaines maisons de retraite rattachées à l'hôpital. Ces structures répondent essentiellement aux demandes urgentes.

2.2 Les pouvoirs publics face à la maladie d'Alzheimer :

2.2.1 De 1906 à l'année 2000 : la prise de conscience.

Le premier cas de maladie d'Alzheimer fut comme nous l'avons abordé précédemment diagnostiqué en 1906. Depuis cette date de nombreux travaux scientifiques ont permis d'avancer dans la compréhension des symptômes ainsi que de la physiopathologie de la maladie.

Malgré l'intérêt des scientifiques, des chercheurs et des nombreux travaux qui en découlent la maladie d'Alzheimer n'intéresse que très peu les pouvoirs publics. Le docteur Lavallart rapporte dans un article intitulé « les pouvoirs publics face à la maladie d'Alzheimer » que « longtemps, on a parlé de gâtisme ou de démence sénile » pour parler des patients et le sort des « gâteux » n'est pas très porteur.

Le changement de vue sur cette pathologie vient de l'étranger et notamment des Etats-Unis où nombre de personnalité du cinéma et du spectacle accepte de parler de leur maladie et ainsi de faire entrer la maladie sur la place publique.

La première marque d'intérêt des pouvoirs publics Français date de l'année 2000 sous la forme du rapport de mission de J-F Girard. La maladie d'Alzheimer représente déjà pour les auteurs un défi pour la société. Ce défi existe pour trois raisons : le nombre de patients atteints, la nature même des symptômes et la gravité de l'évolution de cette pathologie. Ce rapport met au jour une comparaison intéressante pour concevoir la perception dans la société Française de la maladie d'Alzheimer en 2000 : « *Le même débat a eu lieu, il y a quelques années, lorsqu'il a fallu faire face à l'installation de l'épidémie du SIDA qui fut un défi d'une toute autre nature mais qui, à bien des égards, a posé des questions comparables à celles posées par la maladie d'Alzheimer et les autres démences. En fait dans l'un et l'autre cas, il s'agit de situations qui interrogent la société sur sa capacité à faire face à un **problème de société " dérangeant "**, à faire preuve de tolérance, d'écoute et de compassion et à mettre en place rapidement des solutions adaptées.* »

Ce rapport pointe également du doigt deux insuffisances : l'insuffisance quantitative des solutions les plus satisfaisantes et l'absence de coordination des interventions des différents acteurs. Un autre problème est soulevé celui de problème de la gestion coordonnée des financements sanitaires et sociaux.

2.2.2 Le plan Alzheimer 2001 : première tentative de réponse globale.

(Plan Kouchner, gouvernement Jospin)

Le plan 2001- 2005 est plus particulièrement centré sur le diagnostic de la maladie et la création de consultations mémoire, sur la création d'accueils de jour et de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), mise en place le 1er janvier 2002, enfin sur le lancement d'une réflexion éthique : « *Ce devoir d'humanité, nous devons le porter par ce programme au-delà de ceux qui sont directement touchés, auprès de l'ensemble de nos concitoyens pour que le regard de chacun devienne plus ouvert pour éviter la solitude, le repli, pour qu'autour de nous cette maladie soit mieux connue et mieux acceptée* », Paulette Guinchard- Kunstler, secrétaire d'État aux Personnes âgées, octobre 2001.

Ce premier programme d'actions pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer et des pathologies apparentées était articulé autour de six objectifs avec des actions correspondantes à développer :

Objectifs	Actions correspondantes
1-Identifier les symptômes et orienter le diagnostic	<ul style="list-style-type: none"> - Création des outils d'évaluation des fonctions cognitives - Formations des médecins et autres personnels paramédicaux.
2-Structurer un accès à un diagnostic de qualité	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en place de centres de consultations mémoire de proximité - Mise en place des CMRR - Mise en place d'une procédure de labellisation des centres
3- Améliorer la prise en charge	<ul style="list-style-type: none"> - Amélioration de la qualité des établissements d'hébergements pour personnes âgées dépendantes - Développement des places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire
4- préserver la dignité des personnes	<ul style="list-style-type: none"> - Caractérisation d'un point de vue

	<p>éthique des particularités de la prise en charge par un référentiel commun à l'ensemble des professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> - Création d'un espace éthique dans chaque CMRR
5- Soutenir les malades et leurs familles	<ul style="list-style-type: none"> - Développement des accueils de jour en améliorant leur qualité - Mise en œuvre de l'APA - Développement des CLIC
6- Favoriser les études et la recherche	<ul style="list-style-type: none"> - Développement de la recherche des facteurs de risque - Développement de la recherche clinique - Elaboration de manière consensuelle de projet de soins.

Source : circulaire n°2002-122 du 16 avril 2002

2.2.3 Le plan Alzheimer 2004-2007 : poursuite de l'action.

(Plan Douste-Blazy, du gouvernement Raffarin)

Le deuxième plan poursuit les actions du premier en le complétant par des mesures portant sur la reconnaissance de la maladie à part entière (nouvelle affection de longue durée ALD 15), par la création d'outils de formation et d'information et par le renforcement de la médicalisation des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Ces deux plans combinent des mesures spécifiques à la maladie d'Alzheimer et des mesures générales de la politique des âges et de la dépendance.

2.2.4 Rapport Gallez : juillet 2005

Les membres de l'OPEPS (Office Parlementaire d'Evaluation des Politiques de Santé) étudient chaque année deux problèmes de santé Publique. En 2005, le choix s'était porté sur l'obésité et la maladie d'Alzheimer sous la responsabilité de la députée Cécile Gallez. L'objet de ce rapport est de faire un point sur les connaissances et de tenter d'améliorer la prise en charge des malades et de leurs familles. L' OPEPS a pour but d'informer le Parlement des conséquences des choix de santé publique afin d'éclairer ses décisions et

de contribuer au suivi des lois de financement de la sécurité sociale. Pour cela, l'office met en œuvre des programmes d'études et procède à des évaluations.

Le rapport établit une large revue de la prise en charge de la maladie d'Alzheimer en France ainsi que dans certains pays d'Europe. A l'issue du rapport, des recommandations sont formulées :

- 1) Changer l'image de la maladie dans la population par des campagnes d'information, notamment pour promouvoir une détection plus rapide et dédramatiser le vécu de la maladie.
- 2) Développer une politique de prévention primaire et secondaire de la maladie.
- 3) Poursuivre les efforts de formation pour le personnel à domicile, en établissement et au niveau des études médicales pour la prise en charge spécifique de la maladie d'Alzheimer.
- 4) Conforter l'offre de soin de façon à ce que les CMP, les spécialistes et les CMRR puissent jouer pleinement leur rôle et être accessible à tous dans des délais raisonnables.
- 5) Aider le médecin généraliste et coordonner l'ensemble des prises en charge par la création d'un interlocuteur unique, le « case manager ». Ce case manager serait responsable de la coordination des soins.
- 6) Saisir la Haute Autorité de Santé pour établir des recommandations officielles pour le suivi des patients.
- 7) Répondre aux besoins urgents de lits d'EHPAD dans les 5 ans qui viennent tout en réduisant les déséquilibres régionaux
- 8) Développer les accueils de jours et les hébergements temporaires par des aides spécifiques et une tarification plus incitative.
- 9) Inciter à la souscription d'une assurance dépendance en complément de la couverture publique.
- 10) Donner un nouvel élan à la recherche clinique et en santé publique, sans oublier la recherche fondamentale par la réalisation d'un appel d'offre ambitieux couvrant tous les aspects de la prise en charge de la maladie.

2.2.5 2007 : la maladie d'Alzheimer devient grande cause nationale.

En 2007, le label « grande cause nationale » est attribué à la campagne organisée par le collectif d'associations *Collectif Alzheimer grande cause nationale* sur le thème de la maladie d'Alzheimer.

Le premier août 2007, le président de la République confie pour mission au Pr Menard, le soin d'élaborer des propositions pour un plan Alzheimer. Le travail de la commission

s'appuie sur le témoignage de malades et de leurs proches, ainsi que sur le travail d'une centaine de chercheurs, de praticiens, d'acteurs du monde médical et social. Cette réflexion pluridisciplinaire aboutit à de multiples propositions, touchant à la fois les politiques de recherche, de santé et de solidarité.

2.2.6 Le plan actuel : plan Alzheimer 2008-2012.

Le plan Alzheimer est présenté le 1er février 2008 par le président de la République. Il reprend quasiment intégralement les mesures proposées par le rapport de la commission présidée par le professeur Ménard. Ce plan se décompose en trois volets : recherche, santé, solidarité.

Ce plan comprend 44 mesures regroupées au sein de onze objectifs. Les mesures les plus attendues sont les suivantes :

- Mesure n°1 : développement et diversification des structures de répit
- Mesure n°4 : Labellisation sur tout le territoire de porte d'entrée unique les « maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer » MAIA
- Mesure n°5 : Mise en place de coordonnateurs sur l'ensemble du territoire
- Mesure n°6 : Renforcement du soutien à domicile en favorisant l'intervention de personnels spécialisés
- Mesure n°8 : élaboration et mise en œuvre d'un dispositif d'annonce et d'accompagnement
- Mesure n°13 : Renforcement des consultations mémoire à forte activité
- Mesure n°16 : création ou identification au sein des EHPAD d'unités adaptées pour les patients souffrant de troubles comportementaux
- Mesure n°19 : identification d'un centre national de référence pour les malades d'Alzheimer jeunes
- Mesure n°21 : création d'une fondation de coopération scientifique pour stimuler et coordonner la recherche scientifique
- Mesure n°35 : Mise en place d'un numéro unique et d'un site internet d'information et d'orientation local.

De façon générale, ce plan vise à mettre l'accent sur le diagnostic précoce, sur l'adaptation de l'offre de soins au plus près des besoins, sur la nécessaire coordination de tous les professionnels de la maladie d'Alzheimer, sur un accès à l'information facilité et enfin la recherche.

3 Le point de vue des médecins généralistes d'Ille-et-Vilaine :

3.1 Cas particuliers de l'Ille-et-Vilaine et présentation de l'échantillon de médecins généralistes interrogés :

3.1.1 Ille-et-Vilaine : bilan de l'existant :

A) La population d'Ille-et-Vilaine : cadrage démographique

Au premier janvier 2007, selon les projections de population de l'INSEE (source : INSEE projections de populations issus du modèle Omphale), la Bretagne comptait plus de 3 024 000 habitants dont 711 000 personnes âgées de 60 ans et plus. A l'horizon 2015, cette tranche d'âge comprendrait environ 149 000 personnes de plus qu'en 2007.

En 2007, près d'un habitant de Bretagne sur 10 était âgé de 75 ans et plus, soit environ 289 000 personnes. En 2015, cette tranche d'âge représenterait près de 330 000 personnes, soit 41 000 individus de plus qu'en 2007.

Le département d'Ille-et-Vilaine se positionne comme le département le plus jeune des départements bretons puisque la proportion des personnes âgées de 60 ans et plus y est la plus faible (20% de l'ensemble de la population ce qui représente 184 000 personnes). A l'horizon 2015, cette tranche d'âge comprendrait 231 000 personnes, soit près de 47 000 personnes de plus qu'en 2007 et représenterait environ un habitant sur 4 (23%)

Moins d'un habitant d'Ille-et-Vilaine sur 10 (8%) était âgé de 75 ans et plus en 2007, soit environ 73 000 personnes. En 2015, cette tranche d'âge dénombrerait plus de 85 000 personnes, soit environ 13 000 individus de plus qu'en 2007.

B) Les Affections de longue durée (ALD)

L'Ille-et-Vilaine a enregistré en 2008, 478 nouvelles demandes d'ALD au motif de la maladie d'Alzheimer et des démences apparentées. La maladie d'Alzheimer seule représente 283 dossiers.

Au 31 décembre 2008, le département recensait 3441 personnes âgées de soixante ans et plus qui bénéficiaient d'une ALD pour maladie d'Alzheimer et autres démences. Cela représente un taux de 18,7 bénéficiaires pour 1000 personnes âgées de 60 ans et plus. Il s'agit du taux le plus de Bretagne derrière les côtes d'Armor (taux de 16,5).

C) Sanitaire : l'activité gériatrique

En 2007, la DHOS recense 4 courts séjours gériatriques en Ille-et-Vilaine : Rennes, Chantepie, Bain-de-Bretagne et Saint-Malo pour une capacité totale de 153 lits. Ces

quatre villes disposent également de soins de suite et réadaptation à orientation gériatrique. Pour connaître la capacité totale il faut ajouter les places à Cancale : 203 places au total. En 2007 le nombre de places disponibles en hospitalisation de jour gériatrique sur le département est seulement de 7.

Le département compte 6 unités de soins de longue durée : 2 à Rennes, Montfort, Chantepie, Fougères, Vitré pour un total de 392 lits.

L'Ille-et-Vilaine compte un CMRR (Rennes), 3 équipes mobiles de gériatrie et 4 consultations mémoire.

D) Médico-social :

- Hébergement Permanent : En Ille-et-Vilaine on ne recense pas moins de 121 établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ce qui représente 9348 lits soit un taux d'équipement de 127,5 lits pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus. La moyenne régionale se situe à 126,9 pour mille.
- Hébergement temporaire : 57 structures sont habilitées à accueillir des patients de façon temporaires pour une capacité de 187 lits au total.
- Accueil de jour : 37 structures pour 147 places
- CLIC : Au nombre de 13 en Ille-et-Vilaine auxquelles il faut ajouter des Equipes-Médico-sociales pluridisciplinaire complémentaires des CLIC qui interviennent dans la prise en charge. 18 médecins et 38 conseillères sociales en gérontologie composent ces équipes.

E) Expériences innovantes :

On retrouve en Bretagne un lieu d'expérimentation des MAIA ou guichet unique cependant cette expérimentation se tient à Saint Pol de Léon dans le Finistère ; aucune structure de ce genre n'existe en Ille-et-Vilaine.

Il existe d'autres prises en charge alternatives sur le département. On dénombre par exemple 4 bistrots mémoire à Rennes, Vitré, Antrain et Bain de Bretagne. L'objectif de ces structures est d'accueillir les malades et leurs familles ou proches. Un encadrement par un ou une psychologue est organisé, il s'agit de temps de libre échange et de partage d'expériences.

F) Soutien aux aidants :

En Ille-et-Vilaine plusieurs dispositifs ont été mis en place pour venir en aide aux aidants. Il existe des groupes de parole dans trois centres départementaux d'actions sociales

(CDAS Saint-Malo, CDAS Saint Aubin d'Aubigné, CDAS du pays de Guichen) et sur deux territoires (Couronne Rennaise Nord-Ouest, territoire des marches de Bretagne).

On retrouve une aide psychologique au sein de nombreux CLIC. Par ailleurs depuis 2006 a été créé une équipe mobile de soutien aux aidants (EMSA) qui intervient en outre aux domiciles des personnes âgées dépendantes.

3.1.2 Présentation de l'échantillon de médecins généralistes d'Ille-et-Vilaine interrogés :

Afin de connaître le point de vue des médecins généralistes concernant leur action auprès des populations des malades Alzheimer et de leurs aidants ; ainsi que sur l'influence des politiques publiques sur leurs pratiques quotidiennes, j'ai décidé d'interroger un certains de mes confrères. L'élaboration de la grille d'entretien a été effectuée en amont à la suite des nombreuses lectures qui concernent le sujet de la prise en charge des patients Alzheimer. Les entretiens se sont déroulés soit au cabinet des praticiens soit au département de médecine générale de la faculté de Rennes où j'effectuais mon stage.

J'ai interrogé douze médecins généralistes installés dans le département d'Ille-et-Vilaine. Le choix des omnipraticiens s'est fait afin d'équilibrer l'échantillon sur trois critères principaux : le genre, l'âge et le lieu d'exercice.

L'échantillon comprend un effectif parfaitement équilibré en genre de six hommes et six femmes. Cet équilibre n'est pas le reflet du profil démographique national en 2007 selon le conseil national de l'ordre des médecins la part des femmes parmi les généralistes en activités est de 40%.

En ce qui concerne l'âge des participants, le plus âgé à 63 ans et la plus jeunes 31. L'âge moyen est de 44,9 ans et 3 médecins ont moins de 35 ans, 4 médecins entre 35-45 ans, 3 médecins entre 45-55 ans et enfin 2 médecins sont âgés de plus de 55 ans.

En 2008, au niveau national selon le conseil national de l'ordre des médecins l'âge moyen des généralistes est de 48,7 ans contre 47,5 en 2005 confirmant ainsi le vieillissement de la population des diplômés de médecine générale.

Par ailleurs, cinq d'entre eux exercent en milieu semi-rural, trois en milieu rural, et quatre en milieu urbain. L'activité moyenne est de 4000 actes par avec des extrêmes à 2000 et 5000. Ils sont majoritairement issus de la Faculté de médecine de Rennes et ils suivent tous une formation médicale continue mais aucun n'a assisté à une FMC sur le sujet de la prise en charge des patients Alzheimer.

Un des médecins de l'échantillon ne compte aucun patient Alzheimer tandis qu'un autre en dénombre 20. Le nombre moyen de patients malades suivis est de 6. Le nombre de

nouveaux cas découverts au cours l'année est en moyenne de 1,5, les extrêmes allant de 0 à 4. Ces chiffres diffèrent de ceux retrouvés dans l'étude Cantegreil 2004 puisque on dénombrait cinq cas de démences suivi par les médecins et deux nouveaux cas.

L'augmentation du nombre de cas suivi par les médecins généralistes peut-être expliqué par la démarche diagnostic plus encadré et par une formation et une information de meilleure qualité dans la population des patients que dans la population des médecins.

3.2 L'activité des médecins généralistes : tentative de définition

Définir l'exercice de la médecine n'est pas chose aisé, en effet celui-ci recouvre un champ d'activité très large et multidimensionnel tout à la fois technique et relationnel, ponctuel et inscrit dans la durée, ouvert à toutes les pathologies ainsi qu'à toutes les demandes.

En 2007, les médecins généralistes ont déclaré travaillé en moyenne entre 55 et 59 heures hebdomadaires. (Aulagnier, 2007). Cette durée de travail tout compris c'est à dire en tenant compte des gardes et astreintes varie d'une région à l'autre, d'un genre à l'autre (les hommes déclarent 57 à 61 heures contre 49 à 56 pour les femmes) ainsi qu'en fonction de l'âge.

D'autres facteurs agissent sur le temps de travail : la densité médicale, l'exercice en zone rurale, et l'âge des patients.

L'effet de l'âge des patients n'est pas linéaire et ce sont les patients de 60 à 69 ans qui semble jouer le plus sur la durée de travail hebdomadaire. Ce fait est probablement expliqué par une fréquence d'instauration des pathologies à ces âges très élevée : l'état de santé commence à se dégrader et l'instauration de traitement au long cours devient parfois nécessaire.

Les médecins généralistes voient beaucoup plus souvent des adultes que des enfants : 60% des patients ont 45 ans et plus et 28% ont plus de 70 ans.

L'activité se caractérise par une grande diversité (Labarthe 2004, Amar, Pereira 2005).

Le recours le plus souvent signalé (42% des actes) concerne le contrôle et suivi des pathologies chroniques stables le plus souvent d'origine cardio-vasculaire, psychiatrique ou rhumatologique. On retrouve ensuite les affections aiguës (36%) : atteintes ORL, toux, douleurs diverses, état fébrile... Le troisième recours (10%) au médecin généraliste comprend des actes en rapport avec des conseils, recours administratifs, geste de

prévention, délivrance de certificats médicaux. Les autres consultations ou visites relèvent d'un premier diagnostic ou d'une affection en cours d'exploration.

Près d'un tiers des consultations ou visites concernent des patients en ALD dont des patients atteints de la maladie d'Alzheimer.

Cette description de l'exercice médicale générale et libérale ne rend compte qu'imparfaitement de la diversité des situations rencontrées. La société française de médecine générale a élaboré une typologie des actes de médecine générale (Kandel et Al.) répartis en 11 classes : consultation du nourrisson, consultation de l'adolescent, éducation dans le cadre d'une pathologie, apparition de pathologie de l'âge adulte, consultation de l'enfant, geste technique, prise en charge psychologique, recours, polyopathologies et grande polyopathologies. Cette typologie est surtout intéressante pour illustrer l'étendue des activités médicales du médecin généraliste.

Le médecin généraliste est fréquemment cité comme un acteur clé de la santé publique confirmé par le rôle important conféré par les politiques publiques. On peut distinguer quatre types d'activités de santé Publique.

Le premier est le conseil en matière d'hygiène de vie, d'hygiène alimentaire, d'activités physiques...ce conseil participe directement à la consultation.

Le second est l'orientation vers un confrère dans la cadre d'un acte de dépistage (mammographie) ou de prise en charge de facteurs de risque (diététicienne).

Le troisième est un acte ponctuel : vaccin, dépistage, prévention.

Le quatrième et dernier se caractérise par une prise en charge nécessitant un suivi : obésité, maladie d'Alzheimer par exemple.

Une part de l'activité est de nature administrative : les dossiers à construire, à gérer en particulier en cas de demande d'affection de longue durée (ALD), les certificats à remplir, les démarches sociales. L'ensemble de ces tâches administratives est ressenti par la majorité des omnipraticiens comme une charge pour laquelle ils sont peu ou pas préparés et comme une activité peu valorisante. Ce ressenti négatif influe sur l'implication du médecin au cours de ces tâches.

3.3 Action auprès des malades d'Alzheimer :

L'activité habituelle du médecin généraliste s'appuie sur colloque singulier entre lui et son patient. De ce point de vue, la perte d'autonomie qui accompagne la maladie d'Alzheimer va reconfigurer l'objet et les modalités d'activités du généraliste en l'obligeant à intégrer dans sa démarche et dans sa réflexion les conséquences sociales des pathologies. Cela nécessite une ouverture potentielle du champ d'action qui va interroger le médecin sur la limite de ses pratiques, son identité professionnel.

Le soin aux patients Alzheimer renforce le besoin de relais familiaux. Une stratégie de soins devra se négocier dans des configurations de relations parfois complexes entre médecins généralistes, famille, médecins spécialistes et tout autre intervenant auprès du patient. Le colloque singulier se transforme en « colloque singulier pluriel » (Pennec, 2004).

Le processus qui aboutit à une situation de dépendance est généralement progressif et marqué par l'apparition d'incapacités, il se situe à la rencontre d'éléments médicaux et du contexte social sur lequel ces problèmes de santé vont retentir (Colvez, 2006). Cette situation inhabituelle sort du stricte cadre de l'activité clinique du praticien et l'interroge sur sa capacité à appréhender ce genre de situation. En effet, le prise en charge requiert de conduire une évaluation et un accompagnement de la personne dans son environnement social ce qui implique une ouverture vers des éléments peu médicaux et donc rarement centraux aux yeux des médecins généralistes. La plupart des médecins interrogés considèrent que « *le traitement des aspects sociaux de la maladie d'Alzheimer n'est pas de mon (leur) ressort... Il existe des assistantes sociales pour cela !* ». La dépendance reste alors abordée sous le prisme des pathologies qui la constituent sans tenir compte de la situation de handicap qui en découle.

3.3.1 La démarche et l'annonce du diagnostic :

A) Démarche diagnostic :

Le diagnostic de la maladie d'Alzheimer est complexe à établir du fait d'une faible lisibilité des signes cliniques. De plus la mise en évidence de ces signes doit se faire entre qui a tendance à donner à voir au médecin les signes de l'autonomie alors qu'au contraire la famille souligne les éléments dégradation de la situation. Le patient s'investit dans le court moment de la consultation pour réussir à donner le change. La difficulté réside dans le ressenti du patient qui ne se sent pas nécessairement malade. Avec de plus toute la difficulté de devoir se positionner avant tout en tant que médecin de la personne âgée et pas du reste de l'entourage.

a) *Les motifs de consultations :*

Les motifs de consultations conduisant à évoquer une maladie d'Alzheimer ou du moins un syndrome démentiel sont multiples. Ils sont également variables dans leurs expressions puisque pouvant émaner du patient directement ou de l'entourage. Deux motifs de recours au médecin ressortent de l'analyse des entretiens.

Le motif le plus fréquemment cité par tous les médecins interrogés est le trouble mnésique certains insistant sur l'atteinte de la mémoire immédiate, les autres ne distinguant pas forcément la nature des troubles. Le second motif couramment retenu est celui de l'humeur dépressive avec repli sur soi et désinvestissement des activités du

quotidien. D'autres causes évoquées moins souvent sont : les accidents de prise des thérapeutiques habituelles, la désorientation temporo-spatiale et même pour l'un d'entre eux « la difficulté pour remplir le chèque en fin de consultation ». Ces motifs correspondent à ceux retrouvés dans un article intitulé « La détection de la maladie d'Alzheimer par le médecin généraliste : résultats d'une enquête préliminaire auprès des médecins du réseau sentinelle » (Cantegreil .I, 2004). Les motifs étaient : troubles de mémoire (84%), une perturbation du fonctionnement des activités de la vie quotidienne (70%), une désorientation (51%), des troubles du comportement (43%).

b) *L'attitude diagnostic :*

Le diagnostic de la maladie d'Alzheimer a été « encadré » pour la première fois en 2000. Cet encadrement a pris la forme de recommandations de bonne pratique émises par l'ANAES (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé). Ces recommandations ont été actualisées en mars 2008 dans le contexte du plan Alzheimer 2008-2012. L'attitude a été détaillée précédemment. Cependant ce qui ressort des entretiens est la notion que les médecins ne connaissent pas le détail de cette recommandation. Un seul d'entre eux (l'un des plus jeunes) déclare avoir lu en détail cette recommandation. Le manque de temps est l'argument le plus fréquemment avancé pour expliquer cette méconnaissance : « *avec mes journées, les gardes et éventuellement une formation je n'ai vraiment pas le temps d'étudier les recommandations de l'HAS* » explique ce médecin de 53 ans qui exerce en milieu urbain.

Malgré tout l'attitude diagnostique retenue par les médecins ne diffère que très peu des recommandations. La majorité d'entre eux organise à la suite de la consultation initiale une seconde consultation afin de tester la mémoire du patient à l'aide d'outils tels que le MMSE, test de l'horloge. Nombre d'entre eux prescrivent un bilan afin d'éliminer une étiologie organique. Le bilan le plus classique est le suivant prise de sang avec numération formule sanguine, bilan thyroïdien, syphilis, recherche de carences vitaminiques... L'examen suivant le plus souvent prescrit est un examen d'imagerie cérébrale : scanner ou l'IRM. Pour autant tous n'adoptent pas cette attitude puisque l'une d'elle reconnaît que : « en cas de suspicion de maladie d'Alzheimer j'adresse directement les patients vers un spécialiste sans faire un quelconque bilan. De toute façon je connais bien mes patients et pour la plupart à cet âge là, ils ont eu un bilan sanguin récent ».

De façon globale même en ne connaissant pas précisément les recommandations l'attitude adoptée se s'y superpose. Cette superposition s'explique probablement par le consensus autour de la question du diagnostic de la maladie d'Alzheimer qui repose sur un faisceau d'argument et se fait forcément après avoir éliminer d'autres pathologies organiques.

c) *Le recours et les relations aux spécialistes :*

Après le temps de l'initiation du diagnostic par le médecin généraliste à travers l'évaluation cognitive, le bilan biologique et l'imagerie, vient le moment de céder la main aux spécialistes. Ce recours peut intervenir très vite dès la suspicion ou bien plus tardivement. Parmi les 12 médecins interrogés 100% d'entre eux ont recours à un avis spécialisé. Ils adressent soit en consultation mémoire d'un neurologue libéral, soit vers une consultation mémoire soit vers le CMRR. Les patients sont adressés pour une consultation de confirmation à laquelle ils se rendent avec l'ensemble des examens déjà réalisés. Certains utilisent le recours aux gériatres avec une idée en tête : « *moi je préfère les adresser (les patients) en gériatrie à Chantepie comme cela, ils (toujours les patients) sont identifiés là-bas et en cas de soucis urgents ou de maintien à domicile impossible, je peux plus facilement les faire hospitaliser dans la structure* ». La structure d'orientation dépend que critères géographiques et d'habitudes plutôt qu'un choix délibéré d'orienter le patient vers un neurologue ou vers un gériatre en priorité.

B) *Le temps de l'annonce :*

Le moment de l'annonce est un moment particulièrement essentiel qu'il est nécessaire de maîtriser. Cette exigence de maîtrise naît de l'image particulièrement négative de la maladie d'Alzheimer. Ce moment clé représente une des mesures du plan 2008-2012. La mesure n°8 insiste sur la nécessité d'élaborer et de mettre en œuvre un dispositif d'annonce et d'accompagnement. Cette mesure insiste sur le caractère concertée et répétée que doit prendre une telle annonce.

En pratique, la publication du plan a conduit à l'élaboration par la HAS d'un document de recommandation pour encadrer ce moment particulier.

L'objectif était d'aboutir à l'élaboration d'une démarche « guide », comme cela se pratique déjà lors de l'annonce d'un cancer, en prenant en compte chaque situation individuelle ainsi que la nécessaire coordination des intervenants.

Ce document s'appuie sur des textes législatifs et du code de déontologie médicale :

- la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a consacré le droit, pour toute personne, d'être informée sur son état de santé (art. L. 1111-2 du Code de la santé publique) et d'accéder, directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'elle désigne, à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues par des professionnels et établissements de santé (art. L. 1111-7 du même Code).
- l'article 35 alinéa 1er du Code de déontologie médicale : « *le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose* ».

La Haute autorité retient les éléments de bonne pratique suivants :

« Il est recommandé que le **médecin spécialiste** qui a établi le diagnostic l'**annonce** de façon **explicite**. La consultation d'annonce du diagnostic de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée est une consultation longue et dédiée. Le processus d'annonce

- **doit s'adapter au patient** afin de tenir compte de son rythme d'appropriation ;
- peut comporter une ou plusieurs consultations si nécessaire.

Le patient est informé le premier de son diagnostic. À sa demande, cette annonce est partagée avec une personne de son choix.

Il est recommandé que les éléments suivants (diagnostic, termes utilisés, patient venu seul ou non, réactions du patient et de l'aidant, questions posées, etc.) soient inclus dans le **compte rendu adressé au médecin traitant**. Le médecin ayant établi le diagnostic doit inviter le patient à consulter rapidement son médecin traitant.

Il est recommandé que le médecin traitant soit informé avant qu'il ne revoie le patient et que le compte rendu de la consultation d'annonce du diagnostic lui soit envoyé. Cette coordination avec le médecin traitant est un gage de sécurité et de continuité des soins, dans le respect du libre choix et des souhaits du patient.

Le médecin traitant évalue la bonne compréhension par le patient de l'annonce qui lui a été faite, lui demande ce qu'il sait et ce qu'il croit sur sa maladie et, à partir de ce recueil d'information et du compte rendu écrit qui lui a été transmis, il reformule, explicite le diagnostic et répond aux questions au cours d'une consultation dédiée.

Il revient au médecin traitant de présenter le plan de soins et d'aides et d'en assurer la mise en place en collaboration avec le médecin ayant établi le diagnostic et les structures de coordination. »

Au quotidien, le formalisme de ce document est pour les médecins de l'étude impossible à respecter. Tous reconnaissent avoir reçu un compte rendu détaillé du spécialiste qui effectuait le diagnostic mais aucun n'a revu le patient dans les suites immédiates afin de s'assurer de la bonne compréhension du diagnostic. Par ailleurs, une difficulté a été soulevée « en dehors de quelques spécialistes identifiés qui font diligence la plupart du temps les courriers mettent entre quinze jours et un mois pour arriver jusqu'à nous (médecins généralistes) pour assurer la pérennité d'une telle mesure il faudrait d'abord trouver un mode de communication sur et rapide ce qui aujourd'hui n'est pas encore le cas ».

L'annonce du diagnostic est un moment crucial également pour le médecin généraliste. Deux médecins interrogés reconnaissent avoir déjà annoncé à un de leur patient le diagnostic de maladie d'Alzheimer. Pour les deux médecins il s'agissait d'un moment délicat pour lequel ils se sont entourés de précautions : Une consultation de longue durée pour pouvoir prendre suffisamment de temps et de précautions oratoires, des consignes à la secrétaire pour ne pas être dérangé, la présence de la famille en plus du malade.

Trois autres médecins ont participé à une annonce de diagnostic mais en différenciant l'annonce entre le malade et sa famille. Le malade se voyait révéler un diagnostic de trouble de la mémoire, la famille étant confrontée au diagnostic de maladie d'Alzheimer. Cette attitude paternaliste pose question s'agit-il de protéger le patient argument avancé par les trois médecins « *L'annonce de la maladie est très anxiogène et n'apporte rien au patient* » ou s'agit-il d'un comportement permettant au médecin de se protéger des réactions du malade et de sa famille. Il est probable que les deux explications s'entremêlent sans s'exclure.

Les avis divergent quand il s'agit de savoir si cette annonce est du ressort du médecin généraliste ou du spécialiste. L'une d'entre elles considère que puisqu'elle adresse son patient pour une confirmation d'un diagnostic qu'elle a elle-même envisagé, c'est bel et bien le spécialiste qui doit se charger de formuler le diagnostic. D'autres plus nombreux penchent pour le médecin généraliste considérant que l'intervention ponctuelle du spécialiste ne permet pas de connaître suffisamment le patient et son entourage afin de déterminer le moment adapté de l'annonce. Enfin, les derniers considèrent que les deux doivent se saisir du moment de l'annonce de façon complémentaire et adapté mais en insistant tout de même sur la nécessaire impulsion par le spécialiste à l'issue de la consultation mémoire.

3.3.2 L'élaboration du plan d'aide et le suivi :

De façon comparable à la question de l'annonce du diagnostic de la maladie d'Alzheimer, la place et l'action du généraliste dans l'élaboration du plan d'action et du suivi fait débat. Les positions sont diamétralement opposées et peuvent se résumer en trois points de vue différents. Le premier point de vue consiste par une minorité de médecins à penser qu'il n'occupe aucune place dans cette prise en charge « *On est juste là pour faire des renouvellements et gérer les urgences quand personne d'autres ne peut le faire* ». A l'opposé une minorité de médecins (mais plus nombreux que pour la position précédente) assurent que leur position est centrale en tant que « *coordonnateurs des soins et des différents intervenants* ». La majorité du panel est plus mesurée et ressent l'action du médecin généraliste comme importante dans la prise en charge du patient Alzheimer mais déplore l'absence de concertation. Ils jugent leurs actions importantes au titre de leur participation aux décisions à leur rôle de « *recours disponible* » pour le patient et la famille.

Les médecins travaillent dans la prise en charge de ses patients avec une longue liste de professionnels : gériatres, neurologues, orthophonistes, kinésithérapeutes, CLIC, CIAS (centre intercommunal d'actions sociales), cadre de santé hospitalier, Infirmières libérales, assistantes sociales, SSIAD (services de soins infirmiers à domicile), CCAS (centre

communal d'actions sociales), psychologues. Il existe un consensus tous s'accordent pour déplorer les liens entretenus qui sont qualifiés d'insuffisants à totalement inexistantes.

3.3.3 Obstacles :

Au quotidien, les médecins généralistes relèvent de nombreux obstacles dans la prise en charge des patients Alzheimer. L'absence de coordination est retenue par tous. Deux propositions sont faites pour y remédier. La première consisterait à des rencontres dans un lieu dédié entre tous les professionnels pour évoquer la prise en charge d'un patient donné. Cette première proposition se heurte aux exigences du métier de généralistes et d'ailleurs de nombre des autres intervenants et à l'absence de disponibilité. Comment s'organiser quand un des praticiens suit vingt malades d'Alzheimer ?

La seconde rejoint la mesure numéro cinq du plan Alzheimer en souhaitant pouvoir échanger avec un interlocuteur chargé de faire le lien et le liant entre le patient, sa famille et les nombreux professionnels qui interviennent dans la prise en charge.

Une autre des difficultés notées concerne l'insuffisance de formation de certains qui avouent « *vouloir passer la main rapidement* ».

Enfin, le nombre insuffisant de structures et de places est mis en avant par tous.

Les difficultés rencontrées au quotidien sont parfaitement superposables aux objectifs du plan Alzheimer. Pour autant, le plan Alzheimer est-il la réponse adaptée ?

Avant d'aborder la question de l'impact ressenti des politiques publiques par les médecins généralistes du panel, il faut insister sur les conséquences de ces obstacles qui font de la maladie d'Alzheimer une maladie sous diagnostiquée.

Les causes de sous diagnostic en lien avec les médecins eux-mêmes ont été étudiées une équipe de chercheurs Canadiens (Bush et Coll. 1997). L'étude conclue que les médecins sous diagnostiquent la maladie d'Alzheimer essentiellement pour trois raisons :

- Le manque de temps,
- La peur de choquer le patient ou sa famille,
- La peur de l'effet néfaste de l'annonce du diagnostic.

De ces trois arguments, celui qui semble être le facteur clef est celui du manque de temps : si les médecins avaient plus de temps, ils pourraient expliquer avec plus de justesse et de détails la réalité de la maladie d'Alzheimer et ainsi éviter toutes réactions péjoratives de la part du malade ou de sa famille.

3.3.4 La santé des aidants :

La santé est actuellement au cœur des préoccupations des médecins ainsi que des décideurs politiques. Des recommandations de bonne pratique ont été élaborées pour répondre à cet impératif.

Le document de la HAS a été élaboré à la demande de la Direction de la Sécurité Sociale afin de répondre aux exigences de la mesure n°3 du plan Alzheimer 2008-2012. Cette mesure intitulée : « amélioration du suivi sanitaire des aidants naturels » s'appuie sur des chiffres alarmants. Plus de la moitié des conjoints de malade développent une dépression et il existe un risque de surmortalité de plus de 60% des aidants dans les trois années qui suivent le début de la maladie. L'objectif annoncé est de permettre aux aidants d'avoir une consultation médicale annuelle et de définir les attentes d'une telle consultation.

« L'aidant naturel, très impliqué dans l'accompagnement de son proche souffrant d'une maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée, peut progressivement négliger son propre état de santé. La consultation annuelle est un temps spécifique, dédié à l'état de santé de l'aidant naturel, dont les objectifs sont la prévention, la détection et la prise en charge des effets délétères sur sa santé que l'accompagnement peut induire. »

Le contenu précis de la consultation attendue est ensuite détaillé. Il est à titre d'exemple conseillé d'évaluer : son « fardeau » dans ses composantes médico-psycho-sociales et une détection des problématiques de santé spécifiques inhérentes à l'accompagnement de la personne atteinte de maladie d'Alzheimer.

Le document procède à l'énumération des outils utilisables par le médecin généraliste (échelle d'Hamilton, Mini-zarit....).

Ce sujet remporte l'adhésion de tous. Il est nécessaire de prendre soin des aidants afin de tenter de diminuer le fardeau que représente le malade d'Alzheimer. Les façons de prendre en charge l'aidant diffèrent d'un médecin à l'autre mais il existe des points communs. La première caractéristique commune la plus frappante est qu'aucun médecin généraliste n'utilise et même ne connaît les échelles d'évaluation du fardeau des aidants. Un des médecins justifie la non utilisation de ces outils de la façon suivante : « Il s'agit de patients que je connais depuis de nombreuses années, leur parler me suffit ». La seconde est que pour compenser l'absence d'utilisation d'outils d'évaluation, les médecins insistent sur la nécessaire écoute des aidants. Enfin, ils formalisent cette aide en tentant au maximum de convaincre l'aidant qu'il n'est pas seul à savoir prendre en charge la maladie et que le fait de prendre du temps pour lui ou elle ne doit en aucun cas provoquer de la culpabilité. L'ensemble des médecins du panel utilise les hébergements temporaires pour offrir une période de répit à l'aidant. Ils jugent par contre insuffisantes le nombre de structures ainsi que le nombre de places disponibles.

3.3.5 La fonction de coordonnateur ou « case manager » en question :

Pour un médecin généraliste la lecture du plan Alzheimer interpelle surtout à la lecture de la mesure n°5. Cette mesure prévoit la mise en place de « coordonnateurs » dont la

fonction serait d'incarner un véritable chef d'orchestre assurant une liaison entre les équipes et garantissant une véritable prise en charge multidisciplinaire adaptée à la situation de chacun.

Les médecins interrogés sont d'accord pour reconnaître l'intérêt de la mise en place d'une telle mesure. L'un d'entre eux proposant même cette solution sans savoir quelle était formalisée dans le plan Alzheimer. Derrière cet accord de l'ensemble du groupe se cache malgré tout une diversité de vues sur qui doit endosser ce rôle et comment. Deux des médecins a l'énoncé de la mesure 5 ont simplement réagi en disant : « bref un médecin généraliste ! » pour eux il ne fait aucun doute que la fonction se doit d'être endossée par un généraliste. Ils soulignent toutefois un élément important en l'état actuel de la rémunération des médecins généralistes à l'acte comment fait-on pour rémunérer cette fonction ?

L'avis opposé existe et défend la position qu'au contraire le médecin généraliste ne doit pas être coordonnateur. Cette position est fondée sur la conviction qu'il doit s'agir d'une mission à temps plein et qu'un généraliste ne s'occupant que de ses patients sera inefficace. Pour autant le profil idéal du poste reste « *un médecin bien formé...* ».

D'autres ont des avis plus nuancés sur la question estimant que les deux positions sont valables : « *OUI, les généralistes doivent être coordonnateurs car il est le premier recours des patients et des aidants et qu'il connaît l'ensemble des problèmes posés. NON car, ils n'ont pas les compétences coordinatrice et organisationnelle* »

Les arguments contre la fonction pour un généraliste sont donc le manque de temps, une rémunération inadaptée et une méconnaissance des dispositifs sociaux.

Les arguments pour sont la bonne connaissance du malade et des aidants, un rôle de coordonnateur déjà dédié et un recours simple et direct.

Il y a donc un consensus sur la fonction pas sur les caractéristiques de la fonction.

3.3.6 L'impact des politiques publiques dans leur pratique quotidienne :

Les médecins qui ont participé aux entretiens ont donné leur point de vue sur les politiques successives en matière de maladie d'Alzheimer. Les réponses sont sans appel. Seulement la moitié assure avoir eu connaissance du dernier plan Alzheimer et par le biais des grands médias nationaux. Aucun médecins n'a lu ce document et donc ne sait ce qu'il contient. Pas un ne pense que ces politiques ont un impact sur sa façon de travailler et en particulier de prendre en charge les patients Alzheimer.

Conclusion

La maladie d'Alzheimer est aujourd'hui ressentie par un grand nombre comme un enjeu majeur de Santé Publique. Ses particularismes expliquent la difficulté d'assurer une prise en charge adaptée et de qualité. Cette pathologie n'est, de plus, pas sans conséquence sur l'entourage du malade et non pas uniquement le malade. La prise en charge telle quelle est effectuée actuellement fait intervenir un très grands nombre d'aidants professionnels en plus des aidants informels. Le médecin généraliste est l'un d'eux. Son action est primordiale surtout lors de l'instauration du processus diagnostique. Son action ne s'arrête pas une fois le diagnostic fait et il accompagne le malade tout au long de sa maladie. Il veille également à la bonne maintenir la santé de l'aidant et à lui servir d'interlocuteur privilégié. Son action se heurte à de nombreux obstacles dont le manque de temps inhérent à son activité, un mode de rémunération inadapté à ce genre de patient et une méconnaissance des autres acteurs de la prise en charge et en particulier des acteurs sociaux ou médicaux-sociaux.

Les pouvoirs publics tentent d'impulser des réalisations dans le but d'améliorer la prise en charge de ces patients. Cette impulsion a pris plusieurs formes dont les plus visibles sont les plans Alzheimer successifs. Les constats de ces plans sont communs avec ceux réalisés par les généralistes : absence de coordination, nécessité de mieux former, efforts financiers fait pour la recherche. Les plans proposent des mesures effectives qui découlent sur des recommandations de bonnes pratiques.

L'influence ressentie de ces actions est pourtant très limitée voir inexistante ceci s'explique principalement car la communication autour de ces politiques se fait vers le grand public afin de les rassurer et de les assurer que leur sort est entre de bonnes mains, cependant la communication vers les professionnels est un échec. Aucun médecin n'avait lu le plan Alzheimer 2008-2012. L'analyse de la situation est partagée, certaines solutions également mais l'attitude quotidienne du médecin généraliste consiste plus à se débrouiller seul en faisant face aux patients et aux aidants. Ce constat amène à s'interroger sur l'exercice même de la médecine générale sur son enseignement et sur sa rémunération. L'ensemble de ces questions doit être résolu afin d'améliorer la prise en charge des patients Alzheimer en particulier et de l'ensemble des patients en général.

Bibliographie

Alzheimer: "Oubliions, d'oublier". (2006, Octobre). *Inserm actualités n°202* , pp. 8-31.

Association . (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders.

Aulagnier, M., Obadia, Y., & A., P. (2007). L'exercice de la médecine générale libérale. premiers résultats d'un panel dans cinq régions françaises. *DREES, Etudes et résultats n°10* .

Beach, S., Schulz, R., Williamson, & GM. (2005, 53). Risk factors for potentially harmful informal caregiver behavior. *journal of the american geriatrics society* , pp. 255-261.

Berr, C., & Vercambre, M.-N. (2009, juillet). Epidémiologie de la maladie D'Alzheimer: aspects méthodologiques et nouvelles perspectives. *Psychologie et neuropsychiatrie du vieillissement* , pp. 7-14.

Bond, J., Stave, C., Scanga, A., & O'Connell, B. (2005). Inequalities in dementia care across Europe: Keys finding of the facing dementia survey. *International journal of clinic practice* , pp. 8-14.

Bush, C., Kozak, J., & Elmslie, T. (1997). Screening for cognitive impairment in the elderly. *Canadian family physician* , 43 , 1763-1768.

Cantegreil-kallen, Lieberherr, Garcia, Cadilhac, Rigaud, & Flahault. (2004). La détection de la maladie d'Alzheimer par le médecin généraliste: résultats d'une enquête préliminaire auprès des médecins du réseaux sentinelles. (Elsevier, Éd.) *La revue de médecine interne* , pp. 548-555.

Corner, L., & Bond, J. (2004). Being at risk of dementia: fears and anxiety of older adults. *Journal of Aging studies* , pp. 143-155.

Gallez, C. (6 juillet 2005). *Rapport pour l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé sur la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées*. douzième législature enregistrée à la présidence de l'Assemblée nationale le 6 juillet 2005.

Girard, J.-F., & Canestri, A. (2000). *La maladie D'alzheimer*. Rapport de mission.

Gold, D., Reis, M., & Andres, D. (1995, 43). When home caregiving ends: a longitudinal study of outcomes for caregivers of relatives with dementia. *journal of the american geriatrics society* , pp. 10-16.

(INSERM), I. n. (2007). *la maladie d'Alzheimer: enjeux scientifiques, médicaux et sociétaux*. Rapport INSERM.

Lambert, J., & Amouyel, P. (2007,32). Genetic heterogeneity of Alzheimer's disease: complexity and advances. *Psychoneuroendocrinoly* , pp. 62-70.

Lambert, J., Heath, S., Even, G., & Campion, D. (2009). genome-wide association study identifies variants at CLU and CR1 associated with Alzheimer disease. *Nature Genetics* .

Laroque, P. (1962). *Politique de la vieillesse: rapport de la commission d'étude des problèmes de la vieillesse*. Paris: La documentation Française.

Lavallart, B. (2008, décembre). Les politiques publiques face à la maladie d'Alzheimer. *Actualité et dossier en Santé Publique, n°65* , pp. 25-30.

Lobo, A., Launer, L., & Fratiglioni, L. (2000;54). Prevalence of dementia and major subtypes in Europe: a collaboration study of population-based cohorts. *Neurology* , pp. 4-9.

Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées: annonce et accompagnement du diagnostic. (2009, septembre). *recommandations de bonnes pratiques* . HAS.

McKhann, G., & Drachman, D. (1984). Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: report of the NINCDS-ADRDA work group under the auspices of departement of health and human services task force on Alzheimer's disease. *Neurology* , pp. 939-944.

Ménard, J. (nov 2007.). *Commission nationale chargée de l'élaboration de propositions pour un plan national concernant la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées*. Rapport au président de la République,.

Mura, T., & Dartigues, J. (2009). How many dementia cases in France and Europe? Alternative projections and scenarios 2010-2050. *European journal of Neurology* .

Pin, S., & Arwidson, P. (2008, septembre). Perceptions, connaissances, attitudes et opinions à l'égard de la maladie d'Alzheimer. Résultats d'une étude qualitative auprès de la population générale, des aidants familiaux et des professionnels de santé. INPES.

Plan maladie d'Alzheimer et maladies apparentées 2004-2008. ministère des Solidarités de la Santé et de la famille. (sept 2004).

Programmes pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées. ministère de l'emploi et de la solidarité. (oct 2001).

Recommandations. (mars 2008). *Diagnostic et prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des pathologies apparentées*. HAS.

Schweyer, F., & Bloy, G. (2010). *Singuliers généralistes*. Presses de l'Ecole des Hautes études en Santé Publique.

Liste des annexes

- Grille d'entretien
- Auguste D.
- MMSE
- Tableau récapitulatif des entretiens

Annexe 1 : Grille d'entretien :

1. Eléments de cadrage

1.1 Vous et votre activité de médecin généraliste :

- Homme/ femme ?
- Age ?
- Lieu d'exercice ?
- Lieu de formation ?
- Participez-vous à la formation continue ?
Si oui avez-vous suivi une ou des formations concernant la maladie d'Alzheimer ?
- Activité : nombre d'actes/an ?
- Milieu rural ? semi-rural ? urbain ?
- Distance par rapport à un centre de référence ?

1. 2. Vos patients Alzheimer

- Nombre de patients atteints de la maladie d'Alzheimer dans votre patientèle ?
- Nombre de nouveaux cas diagnostiqués en 2009 ?
- Avez-vous remarquez des caractéristiques communes à ces patients ?
- Quels sont selon vous les besoins des patients Alzheimer ?

2. Votre rôle en tant que médecin généraliste

2.1 Au moment du diagnostic :

- Quels symptômes vous font suspecter une maladie d'Alzheimer ?
- Utilisez-vous des outils diagnostiques (MMSE, IADL, autres...) ? si oui lesquels ? si non pourquoi ?
- Prescrivez vous des examens complémentaires, si oui lesquels ?
- Vers quels spécialistes orientez vous les patients ? (neurologues, gériatre, psychiatre, consultations mémoire....)

2.2 Au moment de l'annonce :

- Avez-vous déjà annoncé le diagnostic de maladie d'Alzheimer à un patient ? à sa famille ? si oui dans quelles conditions ?
- Connaissez vous les recommandations de l'HAS à ce sujet, considérez vous qu'elles soient adaptées et qu'elles représentent une aide ?
- Pour vous l'annonce du diagnostic est-elle à la charge du médecin généraliste ou du spécialiste ? et pourquoi ?

2.3 Au moment de l'élaboration de la prise en charge et du suivi ?

- Quelle place occupe le médecin généraliste dans l'élaboration de la prise en charge médico-sociale du patient ?
- Quels sont vos interlocuteurs privilégiés (professionnels de santé médicaux et paramédicaux ainsi qu'institutionnels) dans la prise en charge de ces patients ?
- Quels liens avez-vous avec les professionnels du secteur médico-social impliqués dans la prise en charge des patients atteints de la maladie d'Alzheimer ?
- Quelles sont les difficultés que vous rencontrez en pratique ?
- Quelles améliorations, évolutions dans la prise en charge de ce type de patients vous semblent pertinentes ?

2.4 Cas particuliers des aidants :

- Apportez-vous une attention particulière aux aidants ? si oui comment ?
- Comment en pratique prenez vous en charge les aidants de ces patients ?
- Utilisez-vous des outils d'évaluation du fardeau des aidants type MINI ZARIT ? si oui lesquelles et si non pourquoi ?
- Avez-vous recours pour vos patients aux structures dites de répit ? si oui lesquelles et si non pourquoi ?

3. Les plans Alzheimer

3.1 Contenu du plan :

- Avez-vous connaissance du plan Alzheimer 2008-2012 ?
- Que pensez-vous des mesures concernant les médecins généralistes ?

3.2 Impact du plan :

- Quel impact du plan Alzheimer sur votre activité auprès de ces patients ?
- Votre action a-t-elle évolué depuis l'élaboration des plans Alzheimer successifs ?

3.3 Rôle de coordonnateur :

- La mesure n°5 du plan Alzheimer prévoit la mise en place de « coordonnateurs » dont la fonction serait d'incarner un véritable chef d'orchestre assurant une liaison entre les équipes et garantissant une véritable

prise en charge multidisciplinaire adaptée à la situation de chacun . Que pensez-vous de cette proposition ?

- Pensez vous que ce rôle doit revenir au médecin généraliste ? pour quelles raisons ?
- Quelles difficultés identifiez-vous pour un médecin généraliste acceptant cette fonction?
- Quel professionnel intervenant dans la prise en charge des patients Alzheimer voyez vous pour occuper cette fonction ?

4. Déroulement d'un cas

A propos de votre dernier cas de maladie d'Alzheimer :

- Homme / femme ?
- Age ?
- Niveau socioculturel ?
- Date de la première consultation ?
- Motif de la consultation ?
- Le patient était-il accompagné ?
- Quelle a été votre attitude (TDM, recours aux spécialistes) ?
- Avez-vous reçu un compte rendu de la part du spécialiste ?
- Avez-vous annoncé vous-même le diagnostic à votre patient(e) ? à sa famille ?
- Avez-vous participé à l'élaboration de la prise en charge ? et pouvez vous la présenter ?
- La prise en charge a-t-elle fait intervenir d'autres professionnels ? Si oui lesquels ?
- Votre patient est-il pris en charge à domicile ou en institution ? a-t-il recours à des hébergements temporaires ?

Annexe II : Auguste D., la première malade

Le dossier médical d'Auguste D. a été retrouvé. Il contient les observations manuscrites d'Alzheimer. En voici un extrait : "Elle s'assoit sur son lit, l'air hébété. Quel est votre nom? Auguste. Votre nom de famille? Auguste. Quel est le nom de votre mari? Auguste, je crois. Votre mari? Ah, mon mari. Elle semble ne pas comprendre la question. Etes vous mariée? A Auguste. Madame D.? Oui, Oui, Auguste D. [...] Quand on lui montre des objets, elle ne se souvient pas, après un court instant, ce qu'elle a vu. Entre-temps, elle parle continuellement de jumeaux. Quand on lui demande d'écrire, elle tient le livre de telle façon qu'on a l'impression qu'elle a perdu une partie du champ visuel droit [...] Désordre de l'écriture d'origine amnésique. Dans la soirée, son discours spontané est plein de déraillements paraphrastiques et de persévérations."

Annexe III : MMSE

3.3.7 1. Feuille de test et passation de l'examen

Date :

Nom du patient :

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

Compter 1 point par réponse exacte

3.3.8 Orientation

Quelle est la date complète d'aujourd'hui ?

Si la réponse est incorrecte ou incomplète, poser les questions dans l'ordre suivant :

1/ En quelle année sommes-nous ?

2/ En quelle saison ?

3/ En quel mois ?

4/ Quel jour du mois ?

5/ Quel jour de la semaine ?

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

6/ Quel est le nom de l'hôpital ou du centre d'examen où nous sommes ?

7/ Dans quelle ville se trouve-t-il ?

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

9/ Dans quelle province ou région est situé ce département ?

10/ A quel étage sommes-nous ici ?

3.3.9 Apprentissage

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

11/ Cigare

12/ Fleur

13/ Porte

Répétez les 3 mots ?

3.3.10 Attention et calcul

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

14/ $100-7=93$

15/ $93-7=86$

16/ $86-7=79$

17/ $79-7=72$

18/ $72-7=65$

Pour tous les sujets, même ceux qui ont obtenus le maximum de points à l'épreuve de calcul, demander :

"voulez-vous épeler le mot "MONDE" à l'envers ? --> EDNOM

Nombre de lettres données dans l'ordre correct :

(Ce chiffre ne doit pas figurer dans le score global)

3.3.11 Rappel

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

19/ Cigare

20/ Fleur

21/ Porte

3.3.12 Langage

22/ Montrer un crayon : *"Quel est le nom de cet objet ?"*

23/ Montrer une montre : *"Quel est le nom de cet objet ?"*

24/ *"Ecoutez bien et répétez après moi : Pas de MAIS, de SI ni de ET"*

25/ Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : *"Ecoutez bien et faite ce que je vais vous dire : prenez cette feuille de papier avec la main droite, "*

26/ *Pliez-la en deux,*

27/ *Et jetez-la par terre*

28/ Montrer au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractères

"FERMEZ LES YEUX" et dire au sujet : *"Faites ce qui est écrit"*

29/ Tendre une feuille de papier au sujet et lui demander : *"Voulez-vous écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière."*

3.3.13 Praxies constructives

Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander : *"Voulez-vous recopier ce dessin"*
(Figure de Rey)

Score total (de 0 à 30):

Seuil pathologique : 24. En dessous, forte suspicion de démence.

Annexe IV : Tableau récapitulatif des entretiens.

Entretien	date	lieu	Genre	Age	exercice
1	10/05	cabinet	F	47	urbain
2	12/05	DMG	F	32	Semi-rural
3	12/05	cabinet	H	45	Semi-rural
4	17/05	cabinet	H	31	urbain
5	19/05	DMG	H	53	Urbain
6	19/05	cabinet	H	43	rural
7	21/05	cabinet	F	62	Semi-rural
8	22/05	cabinet	H	64	urbain
9	25/05	DMG	F	34	rural
10	25/05	cabinet	H	50	rural
11	26/05	cabinet	F	41	Semi-rural
12	26/05	cabinet	F	37	Semi-rural

Au total : 6 hommes et 6 femmes,
3 médecins de moins de 35 ans,
4 médecins de 35-45 ans,
3 médecins de 45-55 ans,
2 médecins de > 55 ans,
5 exercent en milieu semi-rural,

3 exercent en milieu rural,
4 exercent en milieu urbain.