REPUBLIQUE DU BENIN

****

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

****

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

****

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

****

UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE EN MEDECINE

****

Année 2021 **N° 2393**

CONNAISSANCES ATTITUDES ET PRATIQUES DES ÉTUDIANTS EN SANTÉ SUR LES TROUBLES NEUROCOGNITIFS AU BENIN EN 2021

THESE

Présentée et soutenue publiquement pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

DIPLOME D'ETAT

Par

Vilishka Ornella Fumilayo FANDOHAN

Née le 24 Novembre 1997 à Cotonou (BENIN)

Directeur de thèse

Pr Dismand S. HOUINATO

Co-Directrice de thèse

Dr Elvyre KLIKPO

Président du Jury

Pr Dismand S. HOUINATO

Membres du jury

Pr Constant K. ADJIEN

Pr Magloire G. GANSOU

REPUBLIQUE DU BENIN
*****
MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE
****

N/1386/2021/UAC/FSS/VD Ecoles/VD-UFR Pharma/VD UFR Méd/SSE/CP/SA

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

DOYEN : Professeur MEHINTO Delphin K.

VICE-DOYEN U.F.R Médecine : Professeur ZOUMENOU Eugène

VICE-DOYEN U.F.R Pharmacie : Maître de Conférences Agrégé YEMOA Loconon Y. Achille

VICE-DOYENNE /ECOLES : Professeur EZIN-HOUNGBE Josiane

Année : 2020-2021 (version novembre 2021)

Source : Service du Personnel

PROFESSEURS TITULAIRES

1.	Dr EZIN-HOUNGBE Josiane.....	Psychiatrie Adulte
2.	Dr HOUINATO Dismand Stéphan.....	Neurologie
3.	Dr ADJIBABI Wassi.....	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
4.	Dr KINDE GAZARD Dorothée Akoko.....	Parasitologie Mycologie
5.	Dr MEHINTO Delphin Kuassi.....	Chirurgie Viscérale
6.	Dr VIGNIKIN -YEHOUESSI Bernadette	ORL-Chirurgie- Cervico- Faciale
7.	Dr GANGBO Flore	Histologie- Embryologie-Cytogénétique
8.	Dr DALEYE Anatole O. A	Histologie-Embryologie-Cytogénétique
9.	Dr AMOUSSOU-GUENOU Marcellin Kuassi.	Biophysique, Médecine Nucléaire
10.	Dr FIOGBE Michel Armand.....	Chirurgie Pédiatrique
11.	Dr HANS-MOEVI Aristote	Orthopédie -Traumatologie
12.	Dr KPADONOU Toussaint Godonou.....	Médecine Physique – Réadaptation
13.	Dr SOUNOUVOU Ignace.....	Ophtalmologie
14.	Dr BIAOU Olivier	Imagerie Médicale
15.	Dr ODOULAMI-YEHOUESSI Lisette.....	Ophtalmologie
16.	Dr JOUBERNOU Eugène.....	Anesthesie-Réanimation
17.	Dr DENAKPO Justin Lewis	Gynécologie Obstétrique
18.	Dr DOSSOU Francis Moïse.....	Chirurgie Générale
19.	Dr ADEGBIDI Hugues Daniel Gpadébo	Dermatologie Vénérologie
20.	Dr AFFOLABI Dissou.....	Bactériologie-Virologie
21.	Dr ALAO Modjere Ola Maroufou Jules.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
22.	Dr ATADOKPEDE Agbomènou Félix.....	Dermatologie- Vénérologie
23.	Dr AWEDE Bonaventure Lucien Sévérin.....	Physiologie
24.	Dr [illegible]	Pédopsychiatrie
25.	Dr TONATO-BAGNAN Josiane Angéline A.	Gynécologie-Obstétrique
26.	Dr ADJIEN Kodjo Constant	Neurologie
27.	Dr OGOUYEMI-HOUNTO Aurore Bertille.	Parasitologie
28.	Dr SAGBO Gratien.....	Pédiatrie
29.	Dr SEHONOU Jean	Hépato-Gastro-Entérologie
30.	Dr AGODOKPESSI Gildas	Pneumo-Phtisiologie
31.	ALAMOU Soulé.....	Ophtalmologie
32.	Dr ALADE [illegible]	Pharmacologie Clinique

LE DOYEN

Source : Service du Personnel

33. Dr AVAKOUDJO Josué D. Georges	Urologie-Andrologie
34. Dr AYELO Ahounmènou Paul	Médecine du Travail
35. Dr GNONLONFOUN Dieu donné	Neurologie
36. Dr HOUNKPATIN Benjamin I. Bodounrin.....	Gynécologie Obstétrique
37. Dr TSHABU AGUEMON Christiane	Gynécologie Obstétrique
38. Dr ZOMALHETO Zavier Cossi	Rhumatologie
39. Dr GBENOU Antoine Séraphin	Chirurgie Pédiatrique
40. Dr YEKPE Hermione Patricia Frida épouse AHOUANSOU	Imagerie Médicale

MAÎTRES DE CONFERENCES AGREGES

1. Dr ASSOUTO A. Pamphile.	Anesthésie –Réanimation
2. Dr AVAKOUDJO François	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
3. Dr HOUNKPE Pierre Claver	Anesthésie-Réanimation
4. Dr LAWSON AFOUDA Sonia.....	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
5. Dr AGUEMON Badirou Din.....	Santé Publique
6. Dr ALAGNIDE Hountondji Etienne	Médecine Physique et de Réadaptation
7. Dr AZON KOUANOU Angele	Médecine Interne
8. Dr GBESSI Dansou Gaspard	Chirurgie Générale
9. Dr HINSON Vikkey Antoine	Médecine du Travail
10. Dr LALYA Francis Honorat.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
11. Dr SISSINTO SAVI DE TOVE Yolande.....	Parasitologie-Mycologie
12. Dr VIGAN Jacques	Néphrologie
13. Dr YEMOA Loconon Y. Achille	Chimie Analytique-Bromatologie
14. Dr AGBODANDE Kouessi Anthelme	Médecine Interne
15. Dr [illegible]	Neurochirurgie
16. Dr BAGNAN TOSSA Léhila.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
17. Dr GANFON Habib M. Yoel.	Pharmacognosie
18. Dr KEREKOU Annelie Célestine.	Endocrinologie
19. Dr VODOUHE Ulrich B.	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
20. Dr WANVOEGBE Armand.....	Médecine Interne

Université d'Abomey-Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

ARCHIVE 2021

Source : Service du Personnel

MAITRES ASSISTANTS

1.	Dr GANDAHO Hugues Jean-Thierry	Neurochirurgie
2.	Dr AGBOTON Bruno Léopold	Néphrologie
3.	Dr ALIHONOU Florence	Pédiatrie et Génétique Médicale
4.	Dr ABOUKI Chakiratou Olaïdé Adoukè.....	Ophtalmologie
5.	Dr AKPADJAN Gbèmawonmédè Fabrice.....	Dermatologie-Vénérologie
6.	Dr CHIGBLO Sègla Pascal Eric.....	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
7.	Dr DEGBOE Kaï Bérénice Esthelle	Dermatologie-Vénérologie
8.	Dr DJOSSOU Médéssè David (Demande de mise à disponibilité).....	Odontologie Pédiatrique
9.	Dr HODONOU Détondji Fred Jean-Martin...	Urologie-Andrologie
10.	Dr LAWANI Ismaïla.....	Chirurgie Viscérale
11.	Dr OGOUDJOBI Ogourindé Mathieu.....	Gynécologie-Obstétrique
12.	Dr ZOHOUN-GUIDIGBI Lutécia Myria A.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
13.	Dr ABOUBACAR Moufalilou	Gynécologie-Obstétrique
14.	Dr ADJADOHOUN Sonia B.M. Gwladys....	Radiologie
15.	Dr ADJAGBA D. Philippe M	Cardiologie
16.	[illegible]	Traumatologie-Orthopédie
17.	Dr ATTOLOU Sètondji Roger Gilles.....	Chirurgie Générale
18.	Dr AZONBAKIN Azandégbé Simon	Histologie-Embryologie-Cytogénétique
19.	Dr BADOU Agnès Oladun Sylvie.....	Ethnologie
20.	Dr GNANGNON Freddy Houehanou R.....	Cancérologie Chirurgicale
21.	Dr GNINKOUN Comlan Jules.....	Endocrinologie Métabolisme et Nutrition
22.	Dr IMOROU SOUAÏBOU Yacoubou.....	Chirurgie Générale
23.	Dr KPOSSOU Aboudou Raïmi	Gastroentérologie et Hépathologie
24.	Dr LOKOSSOU M. Symphorose.....	Gynécologie-Obstétrique
25.	Dr PADONOU Abiodoun Djossè.....	Traumatologie-Orthopédie
26.	Dr PADONOU Sètondji Géraud Roméo.....	Santé Publique
27.	Dr SEHOU Fabrice	Anatomie Pathologique
28.	Dr SONOU Djidjoho Joël A.....	Cardiologie
29.	Dr TOGNIFODE M. Véronique.....	Gynécologie-Obstétrique
30.	Dr TOKOUDAGBA Kossi Jean-Marie Dénis...	Chimie Organique et Chimie des Substances Naturelles
31.	Dr WACHINOU Ablo Prudence.....	Pneumo-Phtisiologie
32.	Dr YEVI Dodji Magloire Inès.....	Urologie Andrologie
33.	Dr ADJOBIMEY Mênonli.....	Santé au Travail
34.	Dr AKODJENOU Joseph	Anesthésie Réanimation
35.	Dr ANAGONOU Lary Lucrèce.....	Pédopsychiatrie
36.	Dr BANCOLE POGNON Sylvie Arlette A.....	Chirurgie Buccale
37.	Dr BIGOT Cédric Egnonwa Parfait	Médecine Légale
38.	Dr BOGNON Gilles M.....	Pédiatrie
39.	Dr KLIKPO Elvire	Psychiatrie Adulte
40.	Dr MIKPONHOUE Rose Christelle épse OLOU.....	Médecine du Travail
41.	Dr PADONOU Caroline	Pédiatrie

Université d'Abomey-Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

MBK 4/10

Source : Service du Personnel

42. Dr ZOHOUN Comlan Gildas Alban	Hématologie
43. Dr AHOUNOU Ernest Stéphane.....	Anesthésie-Réanimation
44. Dr AÏGBE Nestor.....	Ophtalmologie
45. Dr DANGBEMEY Djima Patrice.....	Gynécologie-Odstrétique
46. Dr DO SANTOS ZOUNON Alexis.....	OTO-Rhino Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale
47. Dr HOUNKPONOU Eliane Kayivi Murielle epouse AMOUSSOU-GUENOU.....	Cardiologie
48. Dr LALEYE Christel Marie Fortunat Olatumbossum B.I.	Anatomie
49. Dr MIZEHOUN Gbèdécon Carmelle.....	Nutrition et Diététique

ASSISTANTS

1. Dr VIGNON Cyprien K.(Procédure d'appel en cours pour service abandonné)	Chirurgie Générale
2. Dr LANKPEKO-AFFOLABI Clémence M.	Pédiatrie et Génétique Médicale
3. Dr YAKOUBOU YOBO Annatou	Pédiatrie et Génétique Médicale
4. Dr SOSSA Jean	Urologie
5. Dr VIGNON Koffi Rodolphe	Hépato-Gastroentérologie
6. Dr AMONLES Yves D.	Psychiatrie
7. Dr LAWSON Roland F (Situation non connue).....	Pharmacologie
8. Dr [illegible] PONTO [illegible]	Chimie Analytique
9. Dr HOUESSOU ENIANLOKO Nicole Zinhoué épse TCHIAKPE.....	Pédiatrie
10. Dr HOUNDETOUNGAN David Gilles.....	Biophysique
11. Dr AZA-GNANDJI Guy-Gérard.....	Psychiatrie
12. Dr DADJO Kinski Aumar.....	Traumatologie Orthopédie
13. Dr GOUKODADJA Oswald.....	Traumatologie Orthopédie
14. Dr ASSANHOU Assogba Gabin.....	Pharmacie Galénique
15. Dr BAGLO Dédé Priscillia Tatiana.....	Hématologie Biologie

MBK 5/10

Université d'Abomey-Calavi • FACULTÉ DES SCIENCES DE LA SANTÉ • LE DOYEN

Source : Service du Personnel

EMERITES

1- Dr [illegible] Soulèymane.....

2- Dr AHYI Réné A. Galbert.....

3- Dr PADONOU Nazaire.....

4- Dr HOUNKPE Célestin.....

5- Dr Do ANGO-PADONOU Florencia.....

6- Dr GNINAFON Martin.....

7- Dr ALIHONOU Eusèbe Magloire.....

COLLABORATEURS

A- COLLABORATEURS EXTERIEURS

1- Dr LECLERCQ Joëlle.....	Professeur de Pharmacognosie à l'Université Catholique de Louvain (UCL)
2 - Dr CREPPY Edmond.....	Professeur de Toxicologie à la retraite - Université de Bordeaux 2
3 - Dr ATINDEHOU Eugène.....	Professeur de Chimie Analytique à la retraite - Université Félix HOUPHOUËT BOIGNY
4 - Dr GRISLAIN Luc.....	Professeur de Galénique à l'Université Bordeaux 2
5 - Dr [illegible] Jacques.....	Professeur de Chimie Pharmaceutique à la retraite – Université Catholique de Louvrain
6 - Dr EVRARD Brigitte.....	Professeur de Galénique à l'Université de Liège
7-Dr ROBERT Jean-Michel	Professeur de Chimie Thérapeutique/UFR Pharmacie Université de Nantes
8-Dr ZIME DIAWARA H. Hermine	Maître-Assistant de Pharmacie Galénique à l'Université Joseph KI-ZERBO ; Burkina-Faso
9-Dr OUATTARA Mahama.....	Maître de Conférences Agrégé de Chimie Médicale à l'Université Félix HOUPHOUËT BOIGNY
10- [illegible]	Maître de Conférences Agrégé de Toxicologie à l'Université Félix HOUPHOUËT BOIGNY

Source : Service du Personnel

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

NOVEMBRE 2021

COLLABORATEURS

A- COLLABORATEURS EXTERIEURS

1- Dr LECLERCQ Joëlle.....	Professeur de Pharmacognosie à l'Université Catholique de Louvain (UCL)
2 - Dr CREPPY Edmond.....	Professeur de Toxicologie- Université de Bordeaux 2
3 - Dr ATINDEHOU Eugène.....	Professeur de Chimie Analytique à l'Université Félix HOUPHOUËT BOIGNY
4 - Dr GRISLAIN Luc.....	Professeur de Galénique à l'Université Bordeaux 2
5 - Dr POUPAERT Jacques.....	Professeur de Chimie Pharmaceutique à l'UCL (Belgique)
6 - Dr EVRARD Brigitte.....	Professeur de Galénique à l'Université de Liège
7-Dr ROBERT Jean-Michel	Professeur de Chimie Thérapeutique/UFR Pharmacie Université de Nantes
8-Dr ZIME DIAWARA H. Hermine	Maître-Assistant en Sciences Pharmaceutiques : Option Pharmacie Galénique.-Burkina Faso
9-Dr OUATTARA Mahama.....	Professeur de Chimie Médicale à l'Université Félix HOUPHOUËT BOIGNY
10-Dr SANGARE Béatrice.....	Professeur de Toxicologie à l'Université Félix HOUPHOUËT BOIGNY

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

B- COLLABORATEURS NATIONAUX

1- Dr LOKO Frédéric Simplice	Professeur Titulaire de Biochimie à l'Ecole Polytechnique de l'UAC
2–Dr AHISSOU Hyacinthe.....	Professeur Titulaire de Biochimie à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
3–Dr GBENOU Joachim	Professeur Titulaire de Chimie Organique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
4- Dr OUENDO Marie-Edgard Dona.....	Professeur Titulaire en Santé Publique, Epidémiologie, Nutrition

MAK

C- AUTRES ENSEIGNANTS ASSOCIES

1 - Mr JADIN Olivier	Kinésithérapie
2 - Mr YEHOUESSI Jacques	Soins Infirmiers
3 - Mme QUENUM Marie	Soins Infirmiers
4 - Mr AFANUH Matthew	Anglais
[illegible]	Législation Pharmaceutique
6 - Dr AHLONSOU Prosper	Législation Pharmaceutique
7 - Mr ANANI Yves	Techniques de kinésithérapie passive
8 - Mr ASSOGBA Franck	Techniques de kinésithérapie active
9 - Mr GNIMASSOU Karol	Techniques de kinésithérapie respiratoire
10- Mme DJIVOH Yolande	Périnéologie
11- Mr AHO Audrey	Electrothérapie
12 - Dr HOUNGBEDJI Germain	Analyse du mouvement, Biomatériaux et Thérapie Manuelle Orthopédique
13 - Mr SOGBOSSI Emmanuel	Anatomie palpatoire
14 - Mme ZOUNON Diane	Analyse du mouvement
15 - Mr OLOUKA Jean	Techniques de kinésithérapie en neurologie adulte
16 - Mme BABI Josiane	Techniques de kinésithérapie en neurologie-pédiatrie
17 - Mr ACAKPO Abdel	Nutrition
18- Mr KADI Christophe	Anglais
20 - Mr DJOSSOU A. K. Alfred	Anglais
21 - Mr SOUMANOU Mohamed	Technologie alimentaire
22 - Mr ABOU Adam	Technologie alimentaire
23 - Mme CAPO-CHICHI Callinice	Biologie moléculaire
24 - Mr SANNI Ambaliou	Biologie moléculaire
25 - Dr ALASSANI Adébayo	Médecine interne/Nutrition
26 - Mr MIKODE Denis	Nutrition
27 - Mme LOKOSSOU Céline	Nutrition

Source : Service du Personnel

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

SPECIMEN 2021

28 - Mme HOUNGBO Hermance.....	Nutrition
29 - Mr ADOMAHOU David.....	Nutrition
30 -Mme DOSSOU-SINTONDJI Reine.....	Nutrition
31- Dr SOSSA Charles.....	Nutrition
32 - Mr [illegible]	Nutrition
33 - Mme MELOME Marie Constance	Communication
34 - Mme COSSI Reine.....	Méthodologie
35 – Dr MOROU Karim	Nutrition
36– Dr AZANDJEME Colette	Nutrition
39-Mme Napporn Clarisse.....	Psychologie Sociale, (Maître-assistant à la FLASH)
40 - Mr ADJOU M[illegible]	Finances Publiques
41 -Mr AMOUSSOU YEYE Denis	Psychologie générale, Psychologie du couple
42- Dr BODEA Gilbert	Méthodologie de la recherche, Sociologie de la famille
43 - Mr ZANNOU Jules.....	Droit Administratif et Constitutionnel
44 - Mr KEKE Jean-Claude.....	Economie
45 - Mr AVOCE Viagamou.....	Economie
46- Mr EKPINSE Emile.....	Rédaction administrative
47 - Mme SAGBOHAN Mireille.....	Economie Familiale, Economie Sociale
48- Mr HOUEDJISSIN Benoit.....	Déviance et délinquance juvénile
49 - Mme AKINHOLA Valérie.....	Méthodologie d'intervention, intervention sociale d'aide à la personne
50 - Mme IDOSSOU Valérie.....	Introduction à la politique sociale, politique de protection des personnes âgées, cadre théorique, service social de groupe
51- Mr ADJAÏ Olivier.....	Politique de protection sociale de l'enfant
52 - Mr TONI Mathias.....	Politique de la jeunesse, Politique de protection sociale des personnes handicapées
53- Mr COMAHOUE Franck	Politique de protection sociale de l'enfant, TD devoir médico-social (Méthodologie d'intervention)
54- Mme SESSOU Fidélia	TD Devoir social (Méthodologie d'intervention)

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

MBK 9/10

Source : Service du Personnel

NOVEMBRE 2021

55- Dr de SOUZA Pélagie Léchidia.....	Socio-Anthropologie Générale
56 - Mr SOSSOU Janvier	Technique d'animation
57 - Mr HOUNTONDJI Albert	Droit du travail
58 - Mr HOUNTONDJI Jules	Service social communautaire
59- Mr ALADATIN Prévert	Droit Pénal Général, Procédure Pénal
60 - Dr IBIKUNLE Charles	Introduction au Droit, Droit civil
61 - Mme TCHIBOZO Pauline	Intervention d'aide à la personne
62- Mr ATODJINOU Candide	Statistique
63- Mr AKOCHAYE Nicolas	Démographie
64 - Dr VISSOH Séraphin.....	Méthodologie de la Recherche
65 – Mr GBEHINTO Bruno	Gestion de projet
66- Mr NANSI Célestin	Sécurité Sociale
67- Mr AGBOGBE Nestor	RBC et Pédiatrie Sociale
68- Mme DARBOUX Marie Antoinette Brigitte	Littérature Anglaise et Américaine

Le Doyen,

01/12/21

Professeur Delphin K. MEHINTO

Source : Service du Personnel

DEDICACES

A LA GLOIRE DE

DIEU TOUT PUISSANT

Pour Ton Amour et ta Grâce infinis,

Seigneur, reçois toute ma gratitude.

A jamais je louerai ton Nom car tu fais pour moi des merveilles.

Tu me combles de ton amour et de ta paix.

Que ce travail soit un témoignage à ta Grandeur.

Et maintenant, je te prie Seigneur de remplir mon âme d'humilité

afin que je puisse toujours me souvenir que c'est Toi qui guéris.

Affermis ma Foi, renforce ma compétence et accorde-moi plus de sagesse

dans la pratique quotidienne de cet art délicat.

Puisse son exercice me rapprocher davantage de Toi.

In aeternum

A mon père Sylvestre FANDOHAN

Tous les mots ne sauraient exprimer toute ma gratitude et ma reconnaissance pour ton amour, ton dévouement et tes sacrifices. Tu as toujours été pour moi un ami, un soutien et un appui ; un vrai modèle de travail et de persévérance.

Merci pour tout Papa.

Puisse l'Éternel te bénir et t'accorder de longs jours afin que tu puisses jouir des fruits de ton sacrifice !

A ma mère, Douceline Romaine Assiba TOKPO

Symbole d'amour et du sacrifice, tu m'as toujours soutenu dans tout ce que j'entreprends et tu as toujours été attentive et disponible. Merci pour ton éducation, ton amour et tes prières qui ont accompagné chacun de mes pas. Reçois ce travail en signe de reconnaissance et de fierté.

Puisse l'Éternel te bénir et t'accorder de longs jours afin que tu puisses jouir des fruits de ton sacrifice !

A mes frères et sœurs : Inès, Belarmain, Charlemagne, Wilfried, Yered

Pour toute votre affection et votre soutien. Que ce travail soit pour vous la preuve qu'avec de la volonté et beaucoup d'efforts, nous pouvons tout.

Puisse l'Éternel vous guider sur le chemin du succès.

Qu'Il nous accompagne tous, afin que nous réussissions sans trop d'embûches et que nous sachions toujours nous relever toujours unis !

A mon oncle Casimir FANDOHAN

J'aurais souhaité que tu sois présent en ce moment pour partager ma joie comme tu l'avais promis. Tu as toujours fait preuve d'amour et d'affection à mon égard. Tu restes toujours présent dans mon esprit et dans mon cœur. Que ton âme repose en paix ! **In memoriam**

REMERCIEMENTS

A mon deuxième papa Paul DJOGBENOU

Merci pour tout.

Puisse l'Éternel te bénir et t'accorder de longs jours !

A MINE

Merci pour ton soutien constant et indéfectible, pour les bons moments passés et à venir.

Puisse l'Éternel nous unir davantage, « *Un peu plus chaque jour* » !

A Dr Fidel ZOSSOUNGBO

Merci tout simplement !

A Salim DJAOUGA

Merci d'être toi tout simplement ! Merci d'avoir facilité ce travail.

Reçois, cher ami, toute ma gratitude.

A mes amis Annabelle AZILINON, Amira ADJIBABI, Jeff OGOUBIYI, Waaris Adéwalé AMINOU, Spéro Kpessou ADEN-HENRI, Crédo LOKOSSOU, Franel KPEDOTOSSI, Adrielle ATONDE, Ornelly SANTOS, Joël LAINE

Avec le temps, vous êtes devenus plus que des amis ; vous êtes la famille qui m'a été donnée pendant mon parcours scolaire et universitaire. Merci pour les moments passés ensemble. Merci pour votre amitié et votre soutien.

Que le Tout Puissant nous gratifie de beaux jours que nous pourrons partager ensemble comme nous savons si bien le faire !

Au Professeur titulaire Zavier Cossi ZOMALHETO

Vos qualités humaines font de vous un mentor exceptionnel !

Reconnaissance infinie !

A tout mon groupe de stage interné,

Ce fut une belle expérience d'avoir passé ma sixième année de médecine avec vous.

Que le Seigneur nous garde et bénisse nos carrières respectives ! Brillante carrière !

A la 43ème promotion de l'UFR Médecine de la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou

Nous avons partagé tant d'épreuves. Nous voilà ayant franchi une étape importante.

Mais, la réalité est que ce n'est qu'un début !

Merci à chacun et belle carrière à nous !

A Dr Maryse HOUINATO

Merci pour tout chère aînée. Brillante carrière à vous !

A tous les collaborateurs de LEMACEN

Merci pour votre sympathie !

Merci pour tout Térence TOTAH, Fabrice HOUNTONDJI.

Merci à vous Dr Hélène SACCA pour votre simplicité et votre disponibilité.

Aux Directeurs des écoles enquêtées,

Merci d'avoir facilité l'enquête sur le terrain. Gratitude renouvelée.

Aux étudiants enquêtés

Merci de m'avoir accueillie et d'avoir accepté de m'accorder un peu de votre précieux temps pour la réalisation de cette étude. Du courage à vous pour la suite.

A tous ceux qui de près ou de loin ont participé à la réalisation de ce travail, Merci infiniment !

HOMMAGES

A notre Directeur de thèse, le Pr titulaire Dismand Stéphan HOUINATO

Cher maître

Malgré votre emploi du temps chargé et vos multiples responsabilités, vous n'avez pas hésité à accepter de diriger ce travail. Nous vous serons éternellement reconnaissante pour votre accompagnement lors de ces pas dans la recherche. Vous avez su nous inspirer et insuffler le goût du travail et le désir de perfection. Ce fut un honneur pour nous de travailler à vos côtés, cher maître, nos sincères remerciements et notre profonde gratitude.

Hommages respectueux

A notre co-directrice de thèse, le Dr Elvyre KLIKPO

Bien que très occupée, vous avez accepté de codiriger ce travail. Infiniment merci, pour l'exemple que vous êtes ! Puissions-nous vous emboîter le pas.

Hommages respectueux

Au Président du Jury

Cher maître

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury malgré vos lourdes responsabilités. Nous sommes persuadés que vos recommandations et conseils nous permettront d'améliorer la qualité de ce travail.
Recevez, monsieur le président du jury, le témoignage de notre profonde gratitude.

Hommages respectueux

Aux honorables membres du Jury

Chers Maîtres

Merci pour l'immense honneur que vous nous faites en acceptant de juger notre travail malgré vos multiples occupations. Nous vous promettons de prendre en compte vos précieuses recommandations qui permettront d'améliorer la qualité de notre travail. Veuillez recevoir l'expression de notre profond respect.

Hommages respectueux

A tous les maîtres de cette faculté

Il vous revient le mérite de nous avoir prodigué un enseignement rigoureux, profitable et une formation complète. Nous vous promettons de toujours vous faire honneur de par notre travail, et partout où nous serons. Veuillez accepter nos remerciements les plus sincères.

Hommages respectueux

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

ADI	Alzheimer's Disease International
APA	American Psychiatric Association
APOE	Gène de l'Apolipoprotéine E
CAMDEX	Cambridge Mental Disorders of Elderly Examination
CAP	Connaissances Attitudes et Pratiques
CIM-10	Classification Internationale des Maladies, 10ème révision
CNHU-HKM	Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou MAGA
CSI-D	Community Screening Interview for Dementia
DRG	Dementia Research Group
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual Disorders – 4th edition
DSM-V	Diagnostic and Statistical Manual disorders – 5th edition
DV	Démence Vasculaire
EPIDEMCA	Epidemiology of Dementia in Central Africa
IC 95%	Intervalle de Confiance à 95%
IRM	Imagerie par résonance magnétique
MA	Maladie d'Alzheimer
MCI	Mild Cognitive Impairment
MMS(E)	Mini Mental State Examination
NINCDS-ADRDA :	National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke and the Alzheimer's disease and Related Disorders Association
NINCDS-AIREN :	Neurological and Communication Disorders and Stroke-Association Internationale pour la Recherche et l'Enseignement en Neurosciences
OMS	Organisation Mondiale de la Santé

PEC	Prise en Charge
PED	Pays En Développement
PIB	Produit Intérieur Brut
PS	Promotion de la Santé
ROC	Receiver Operating Characteristic
TNC	Troubles Neurocognitifs
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Liste des tableaux

Tableau I : Résultats de quelques études sur la prévalence des TNC majeurs en Afrique……16

Tableau II : Critères diagnostiques des troubles cognitifs majeurs 24

Tableau III: Critères diagnostiques des troubles neurocognitifs légers.....25

Tableau IV: Opérationnalisation des variables sociodémographiques 44

Tableau V: Opérationnalisation des variables liées aux informations sur les TNC 45

Tableau VI: Répartition selon les caractéristiques sociodémographiques des étudiants, Étude CAPSES Bénin 2021 50

Tableau VII: Répartition des étudiants en fonction de leurs sources d'information, Étude CAPSES Bénin 2021.....52

Tableau VIII: Répartition des étudiants en fonction de leur connaissance sur le plan clinique, Étude CAPSES Bénin 2021 54

Tableau IX: Score de connaissance chez les étudiants, Étude CAPSES Bénin 2021 56

Tableau X: Répartition des étudiants selon leur attitude, Étude CAPSES Bénin 2021 57

Tableau XI: Score des attitudes chez les étudiants, Étude CAPSES Bénin 2021..58

Tableau XII: Répartition des sujets enquêtés selon les pratiques par rapport au diagnostic des TNC, Étude CAPSES Bénin 2021 59

Tableau XIII: Répartition des sujets enquêtés selon les pratiques par rapport à la prise en charge des TNC, Étude CAPSES Bénin 2021 60

Tableau XIV: Score des pratiques chez les étudiants, Étude CAPSES Bénin 2021 61

Tableau XV: Répartition des sujets enquêtés selon la spécialité médecine, Étude CAPSES Bénin 2021 62
Tableau XVI: Répartition des sujets enquêtés selon la spécialité pharmacienne, Étude CAPSES Bénin 2021 63
Tableau XVII: Répartition des sujets enquêtés selon la spécialité infirmière, Étude CAPSES Bénin 2021 64
Tableau XVIII: Répartition du score global CAP en fonction des données sociodémographiques, Étude CAPSES Bénin 2021 66
Tableau XIX: Répartition du score global CAP en fonction du niveau d'information des étudiants enquêtés, Étude CAPSES Bénin 2021 67
Tableau XX: Comparaison des scores moyens de connaissance, attitude et pratique selon chaque spécialité, Étude CAPSES Bénin 2021 68

Liste des figures

Figure 1 : Prévalence des TNC majeurs chez les personnes âgées de 60 ans et plus en 2009 15
Figure 2 : Facteurs de risque et de protection des troubles neurocognitifs. 19
Figure 3 : Diagramme présentant les différents types de MCI 23
Figure 4 : Diagramme de flux de l'échantillonnage 49
Figure 5: Répartition des étudiants en fonction de leur niveau d'information sur les TNC, Étude CAPSES Bénin 2021 51
Figure 6 : Répartition des étudiants selon leur connaissance de la fréquence des TNC majeurs, Étude CAPSES Bénin 2021 55
Figure 7: Répartition des sujets enquêtés selon le score global CAP, Étude CAPSES Bénin 2021 65

Par délibération, la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou a arrêté que les opinions émises dans cette thèse n'engagent que leur auteur.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....1

1. PROBLEMATIQUE 5

2. GENERALITES.....9

3. CADRE ET METHODES D'ETUDE 37

4. RESULTATS.....48

5. DISCUSSION.....69

CONCLUSION ET SUGGESTIONS 78

Conclusion.....79

Suggestions.....80

REFERENCES.....82

ANNEXES.....A

TABLE DES MATIERES.....B

INTRODUCTION

Dans le monde, 450 millions de personnes sont touchées par des troubles mentaux ou du comportement [1]. Les données épidémiologiques sur ces maladies mettent en évidence des pathologies ubiquitaires, présentes dans toute culture et sous toute latitude, avec des prévalences élevées, notamment dans les Pays en Développement (PED) [2].

Les troubles neurocognitifs sont définis comme un ensemble de maladies provoquant une perte d'autonomie suite à une altération acquise, progressive et évolutive des fonctions cognitives et comportementales. Ils touchent 46,8 millions de personnes dans le monde. Cette proportion devrait presque doubler tous les 20 ans, pour atteindre 74,7 millions en 2030 et 131,5 millions en 2050 [2].

Anciennement appelés démences, les troubles neurocognitifs majeurs sont l'une des causes principales de handicap et de dépendance parmi les personnes âgées dans le monde. Ils sont particulièrement éprouvants, non seulement pour les malades, mais aussi pour les soignants et les familles. Ils ont des conséquences qui peuvent être physiques, psychologiques, sociales ou économiques pour les personnes atteintes, les familles, les soignants et les sociétés. L'Organisation Mondiale de la Santé considère les troubles cognitifs majeurs comme une priorité de santé publique. On estime dans l'ensemble de la population qu'entre 5 et 8% des personnes âgées de 60 ans et plus sont atteintes de troubles cognitifs majeurs à un moment donné [3]. Les troubles cognitifs majeurs ont des conséquences sociales et économiques importantes en termes de coûts médicaux et sociaux directs, ainsi que de frais engagés pour les soins informels. En 2015, le coût sociétal total de troubles cognitifs majeurs dans le monde était estimé à 818 milliards de dollars (US), soit 1,1% du produit intérieur brut (PIB) mondial. Le coût total en pourcentage du PIB variait de 0,2% dans les pays à revenu faible à 1,4% dans les pays à revenu élevé [3]. Les troubles cognitifs sont éprouvants pour les familles des personnes touchées et pour

les personnes qui prodiguent les soins. Les pressions physiques, psychologiques et économiques peuvent peser lourdement sur les unes comme sur les autres, et l'appui des systèmes sanitaire, social, financier et juridique est nécessaire [3]. Il s'agit d'une réalité méconnue qui suscite l'incompréhension et le manque de sensibilisation engendre la stigmatisation, la discrimination, l'exclusion sociale et des obstacles au diagnostic et aux soins [3]. Il est donc urgent d'améliorer les soins de santé pour les personnes atteintes de troubles cognitifs majeurs dans le monde, aujourd'hui et à l'avenir car un diagnostic précoce, un traitement efficace ainsi que des soins de haute qualité peuvent retarder la progression de la maladie et permettre aux malades de vivre bien et d'atteindre une meilleure qualité de vie liée à la santé [4]. Cependant, plus de 50 % des personnes atteintes de troubles cognitifs dans les pays développés sont sous-détectées et sous-diagnostiquées [5]. Dans les pays en développement, le taux de diagnostic n'est que de 5 à 10 % [5]. Même lorsque les personnes atteintes de ces troubles reçoivent un diagnostic, les soins fournis sont souvent non coordonnés, fragmentés et ne répondent pas aux besoins individuels [4]. Des soins de haute qualité nécessitent une collaboration interdisciplinaire afin de répondre aux besoins de soins individuels associés à la maladie et à d'autres comorbidités [6, 7]. Les professionnels de la santé, tels que les infirmières, les médecins généralistes, les neuropsychologues et les gériatres, doivent travailler en collaboration pour apporter leurs connaissances spécialisées au diagnostic, au traitement et aux soins palliatifs des personnes atteintes de troubles cognitifs [6, 8]. Cette collaboration suggère ainsi une bonne formation de base et une maîtrise des notions sur les troubles cognitifs.

Les programmes d'étude en médecine, en pharmacie et en sciences infirmières jouent un rôle crucial dans la formation sur les troubles cognitifs au personnel de santé [9, 10]. Pourtant, le manque d'éducation sur les troubles cognitifs dans les programmes de premier cycle semble être un problème international [11]. Aux États-

Unis, plus de la moitié des professionnels de la santé estiment qu'ils ne disposent pas d'une éducation et de ressources adéquates pour prendre en charge les personnes atteintes de troubles cognitifs majeurs au fur et à mesure de l'évolution de leur état [4]. Des études ont révélé une connaissance et une compréhension médiocres des troubles cognitifs au sein de la population générale ainsi que des soignants des personnes atteintes de troubles cognitifs, en particulier en Afrique Sub-Saharienne [12]. Le manque de connaissances et d'attitudes envers les troubles cognitifs peut entraîner un retard dans le diagnostic et la prise en charge et ainsi avoir un impact sur la progression de la maladie.

Actuellement, aucune étude au Bénin n'a évalué les connaissances et l'attitude de la population générale vis-à-vis des troubles cognitifs. Les étudiants universitaires en santé seront les professionnels de santé de demain. Ils doivent pouvoir jouer un rôle important dans la diffusion de l'information et la prestation de soins aux patients atteints de troubles cognitifs au sein des communautés.

La présente étude vise à déterminer les connaissances, les attitudes et les pratiques des étudiants en santé envers les troubles cognitifs au Bénin.

1. PROBLEMATIQUE

1.1 Énoncé du problème

Les troubles cognitifs constituent un problème urgent pour la famille et la société. Les fournisseurs de soins de santé de la prochaine génération, qui sont actuellement des étudiants du programme de soins de santé, constituent une partie importante du système de soins professionnels. En particulier, une bonne connaissance des troubles cognitifs et une bonne attitude envers les personnes qui en sont atteintes seront des éléments clés pour fournir les meilleurs soins à ces dernières.

La majorité des personnes atteintes de troubles cognitifs majeurs vit dans des pays à revenu faible ou intermédiaire (PRFM) et sont prises en charge par des membres de la famille à domicile. Les professionnels de santé communautaires ont un rôle important à jouer dans la prise en charge des troubles cognitifs, mais les études sur leur capacité à fournir des soins aux personnes atteintes de ces troubles sont limitées et proviennent principalement de pays à revenu élevé. Des études ont démontré que la détection et le diagnostic précoces de troubles cognitifs majeurs permettaient aux personnes atteintes de recevoir un traitement adéquat, d'aider leurs aidants familiaux à gérer ces troubles à domicile et de réduire le déclin fonctionnel et les complications évitables associées [13, 14]. Les soins post-diagnostics précoces et les soins continus ont été associés à une amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de troubles cognitifs majeurs et à un allègement de la charge des aidants [5, 15]. En outre, il a été démontré que la prise en charge des personnes atteintes de troubles cognitifs majeurs par le biais de services de proximité était beaucoup moins coûteuse que dans les établissements de soins pour personnes âgées [13, 16]. Des études ont révélé que les professionnels de la santé communautaire déclarent avoir des connaissances insuffisantes en matière de troubles cognitifs, des difficultés à détecter les signes précoces et à poser un diagnostic de trouble cognitif ; ainsi que des difficultés à gérer la situation après le diagnostic [14, 15]. D'autres ont également

révélé des attitudes inadéquates des professionnels de la santé à l'égard des personnes atteintes de trouble cognitif et de leurs aidants [17, 18]. Par exemple, une enquête à grande échelle menée en Angleterre a révélé que les professionnels de santé considéraient que la gestion des troubles cognitifs majeurs est plus souvent frustrante que gratifiante et que l'équipe de soins primaires a un rôle limité à jouer dans les soins aux personnes atteintes de ces troubles [19]. Ce déficit de connaissances sur les troubles cognitifs est l'un des facteurs les plus importants qui affectent la capacité des professionnels de santé communautaire à identifier et à diagnostiquer les personnes atteintes de troubles cognitifs [20, 21]. Un traitement inapproprié et tardif des troubles cognitifs majeurs et une mauvaise interprétation des symptômes comportementaux et psychologiques dus à ces troubles ont été signalés et attribués au manque de connaissances sur les troubles neurocognitifs [22, 23]. En outre, les attitudes négatives des professionnels de la santé à l'égard des personnes atteintes de troubles cognitifs sont associées à une moindre reconnaissance de ces troubles [24]. Par ailleurs, les professionnels de la santé ayant un niveau élevé de connaissances sur les troubles neurocognitifs et des attitudes positives étaient plus susceptibles de détecter et de diagnostiquer à temps ces troubles et avaient davantage tendance à utiliser une approche de soins centrée sur la personne, par rapport à ceux ayant des connaissances et des attitudes médiocres [18, 25]. L'évaluation des connaissances, des attitudes et de l'approche des soins des troubles cognitifs par les professionnels de la santé est une étape essentielle dans l'identification des données probantes permettant d'étayer l'éducation et la formation aux soins des troubles cognitifs.

Au Bénin, plusieurs études sur les connaissances, attitudes et pratiques des professionnels de santé en rapport avec diverses pathologies ont été réalisées. Mais aucune ne concernait les troubles neurocognitifs. Cette étude a donc été initiée pour

combler ce vide et ainsi améliorer la prise en charge des troubles neurocognitifs par tous les agents de santé.

1.2 Objectifs

1.2.1 Objectif général

L'objectif général de notre étude était d'analyser les connaissances, les attitudes et les pratiques (CAP) des étudiants sur les troubles neurocognitifs à la sortie des études en santé au Bénin en 2021.

1.2.2 Objectifs spécifiques

De façon spécifique il était question de :

- déterminer le niveau de connaissance des étudiants en santé en fin de formation sur le diagnostic et le traitement des troubles neurocognitifs ;
- décrire les attitudes des étudiants en santé en fin de formation face aux troubles neurocognitifs ;
- apprécier les pratiques des étudiants en santé en fin de formation face aux troubles neurocognitifs.

2. GENERALITES

2.1 Définition des concepts

➢ Fonctions cognitives

Ce sont des fonctions qui organisent et contrôlent les actes volontaires d'une personne. Les fonctions cognitives (intellectuelles, encore dites « supérieures ») regroupent :

- les fonctions mnésiques : mémoire à court et long terme ;
- les fonctions instrumentales : le langage (communication : expression et compréhension), les praxies et le schéma corporel, les gnosies, le calcul;
- les fonctions exécutives et l'attention : la flexibilité mentale, le contrôle d'inhibition, la résolution des problèmes, la planification, le raisonnement et le jugement [26].

➢ Troubles neurocognitifs

Selon la nouvelle nomenclature, dans la nouvelle version V du manuel de diagnostic neuropsychiatrique nord-américain (le DSM-V), les termes « démence » et « troubles cognitifs légers » ou Mild Cognitive Impairment (MCI) sont remplacés par « trouble neurocognitif majeur et mineur d'origine spécifique ».

Démence : deux définitions des démences sont principalement reconnues dans le monde : celle de l'OMS (CIM-10) et celle de l'American Psychiatric Association (APA) [27].

Le terme « démence » a été défini par **l'OMS**, dans la 10ème édition de la classification internationale des maladies (CIM-10), comme étant une « altération progressive de la mémoire et de l'idéation, suffisamment marquée pour handicaper les activités de la vie de tous les jours. Cette altération doit être apparue depuis au moins six mois et être associée à un trouble d'au moins une des fonctions suivantes : le langage, le calcul, le jugement, la pensée abstraite, les praxies, les gnosies, ou à

des modifications de la personnalité » [27]**.** Par ailleurs, l'association américaine de psychiatrie (APA, 2000) décrit la démence comme un « Syndrome insidieux et progressif se caractérisant par des déficits multiples, à la tête desquels figurent nécessairement les troubles de la mémoire. Les troubles de la mémoire doivent s'accompagner d'au moins un autre type de déficit (langage, praxie, gnosie ou fonction exécutive). Ces déficits cognitifs doivent constituer un déclin par comparaison aux capacités antérieures et ils doivent compromettre les activités professionnelles ou sociales de la personne. Enfin, ils ne doivent pas être liés à un delirium ou à une affection psychiatrique » [27]**.** En 2013, une nouvelle définition a vu le jour, il s'agit de la définition issue de la cinquième édition du Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (DSM-V) ; Le DSM-V a supprimé le terme « démence » qui a été remplacé par la notion de **« troubles neurocognitifs majeurs »** et mentionne l'existence des **troubles cognitifs légers**. Hormis ce changement de nomenclature, pour ce qui est des critères diagnostiques, **le DSM-V** à la différence du DSM-IV ne requiert plus nécessairement que la mémoire soit l'un des domaines affectés, il permet dorénavant de prendre en compte des déficits cognitifs limités à un seul domaine [28].

Selon le DSM-V :

Un **trouble neurocognitif (TNC)** est une réduction acquise, significative et évolutive des capacités dans un ou plusieurs domaines cognitifs. Ce déclin cognitif est persistant, non expliqué par une dépression ou des troubles psychotiques, souvent associé à un changement de comportement, de personnalité [29].

Un **TNC majeur** (anciennement démence) : une réduction acquise, significative et évolutive des capacités dans un ou plusieurs domaines cognitifs, suffisamment importante pour ne plus être capable d'effectuer seul les activités de la vie quotidienne (perte d'autonomie) : gérer son budget, ses traitements, faire ses courses,

utiliser les transports, le téléphone. Ce trouble diffère d'un syndrome confusionnel [29].

Un **TNC léger** (Mild Cognitive Impairment) : une réduction acquise, significative et évolutive des capacités dans un ou plusieurs domaines cognitifs, mais avec des capacités préservées permettant d'effectuer seul les activités de la vie quotidienne [29].

Le TNC léger est également défini comme un « stade clinique dans lequel les sujets sont partiellement symptomatiques mais ne manifestent pas l'ensemble des symptômes d'un syndrome démentiel » (Petersen et al, 1999) [30]**.** Il peut être asymptomatique ou évoluer vers un TNC majeur. Les sujets atteints de TNC léger évoluent souvent vers un TNC majeur avec un taux de conversion variable selon les études (6 à 25% par an) [31]**.** Cependant, il existe d'autres modes d'évolution du TNC léger : stabilisation de l'état cognitif ou réversibilité des troubles. Le TNC léger peut être d'origine toxique (alcoolisme), traumatique, dégénérative (Maladie d'Alzheimer, ...), infectieux (VIH) [28].

- **Connaissances**

Les connaissances en promotion de la santé (PS) sont définies comme un ensemble des informations acquises par des personnes sur une question de santé donnée. Elles permettent à chaque personne de cerner son niveau de vulnérabilité face à cette question. Elles portent tant sur la capacité pour une personne à définir le concept étudié, mais aussi à énoncer les différents éléments qui le constituent tels la prévention, la transmission, le traitement. Les connaissances sont toujours mesurées avec précision, de manière à pouvoir comparer les données (avant/après, expert/profane, ici/ailleurs). L'enquête Connaissances Attitudes et Pratiques (CAP) évalue la connaissance complète, ainsi que les sources de cette connaissance. La

connaissance complète est définie comme la possession à la fois, des informations exactes sur les moyens de prévenir les risques, et des principales idées fausses concernant ces risques. La juste évaluation de la connaissance complète permet d'identifier le besoin éducationnel exact, tandis que celles des sources d'information permet d'identifier les canaux de communication [32].

- **Attitudes**

Déterminer les attitudes d'une cible, c'est mettre en œuvre un dispositif d'observation anthropologique des perceptions, des croyances, des représentations face à un phénomène : épidémie, service de santé, prestataire, etc. Ceci permet de prendre en compte les spécificités socioculturelles qui influencent l'adoption de bonnes pratiques. L'identification des attitudes permet de contextualiser les actions de prévention et de spécifier les activités de PS. Ce qu'une personne perçoit d'un risque est souvent diffus. C'est donc à travers un discours orienté que l'enquête CAP l'amène à verbaliser ses intentions, ses difficultés à appréhender le phénomène, ses obstacles à modifier les pratiques. Les attitudes sont l'écart entre les connaissances et les pratiques, et résultent des contraintes diverses pesant sur la personne [32].

- **Pratiques**

Les pratiques sont des actes réels accomplis par la personne en situation, dans son contexte. Ce sont elles qui exposent ou préservent face au problème de santé étudié. Elles sont objectives ou subjectives, mais constituent le principal indicateur de promotion de la santé. Dans ce processus d'autonomisation des populations, la compétence de santé est donc du domaine de l'observation directe des faits. Cette démarche est plus souvent employée en anthropologie qu'en épidémiologie. Les indicateurs mesurables de résultats, en sont un reflet [32].

2.2 Épidémiologie des troubles neurocognitifs

Les troubles cognitifs, affections neuropsychiatriques retrouvées partout dans le monde, semblent affecter des humains de plus de 30 ans, des deux sexes, dans toutes les communautés, toutes les ethnies, toutes les religions, avec ou non une histoire génétique familiale et dans toutes les classes sociales. Leur répartition n'est pas homogène. Sur le plan épidémiologique, quelques indicateurs aident à faire la description de leur distribution et la comparaison entre les différentes classes.

2.2.1 Prévalence des Troubles Neurocognitifs (TNC)

Selon le World Alzheimer Report 2015, la prévalence des TNC majeurs chez les personnes âgées de 60 ans et plus varie de 4,6% en Europe centrale à 8,7% en Afrique du Nord / Moyen Orient, toutes les autres estimations se trouvant entre 5,6% et 7,6%. En comparaison avec les estimations de 2009, la prévalence estimée est plus élevée en Asie de l'Est et en Afrique. Cinquante-huit pour cent (58%) de toutes les personnes avec un TNC majeur vivent actuellement dans des pays avec des revenus faibles ou moyens. Cette proportion devrait augmenter jusqu'à 63% en 2030 et 68% en 2050 [2]. En 2009, les prévalences les plus élevées étaient observées en Amérique Latine et les plus faibles sur le continent africain et en Chine.

Au Bénin, la prévalence des troubles cognitifs est de 16,3% et celle des troubles cognitifs majeurs est de 3,1% selon une étude réalisée en 2020 sur la prévalence des troubles cognitifs chez les personnes âgées dans l'arrondissement de Tanvè.

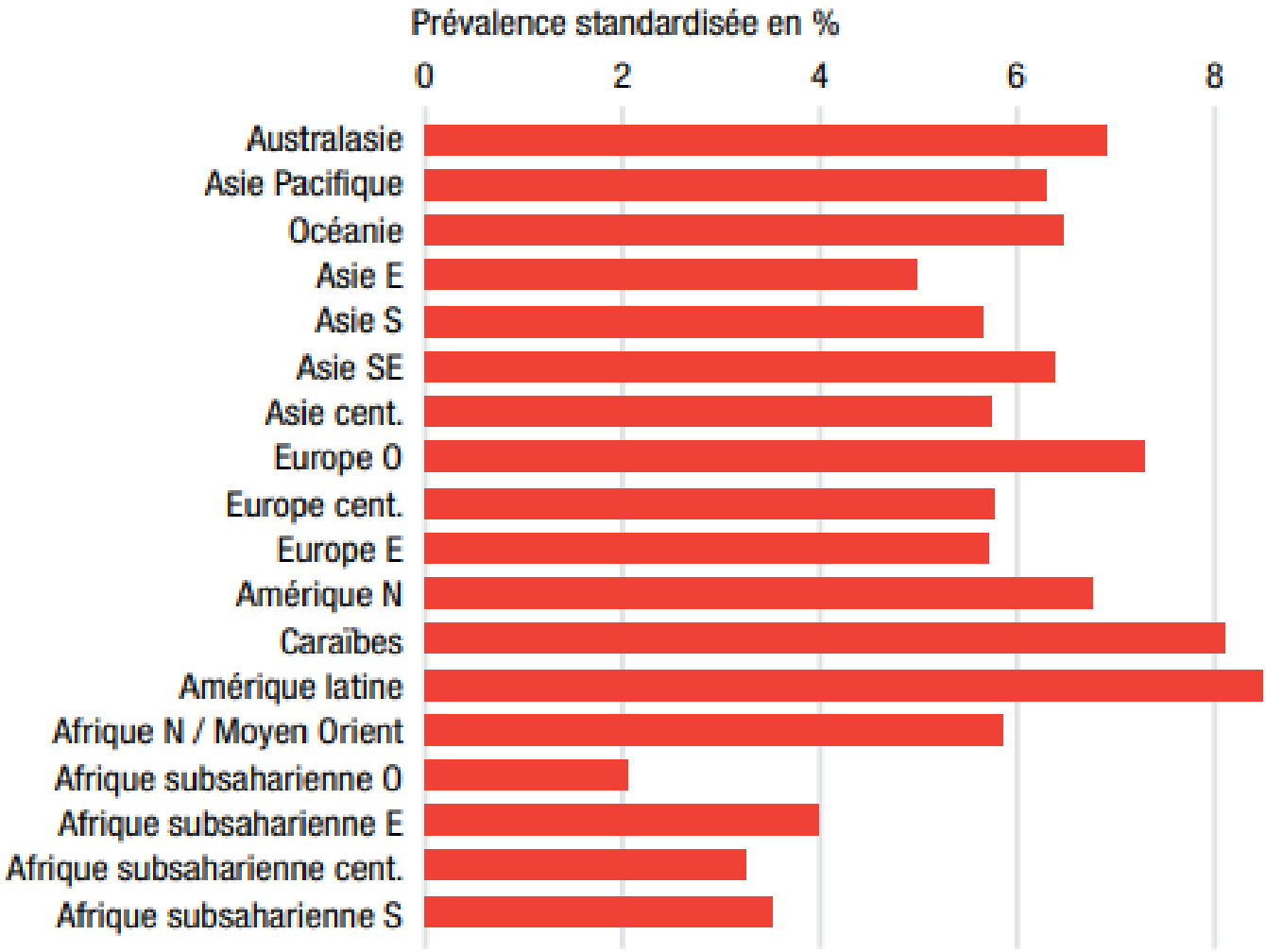


Figure 1 : Prévalence des TNC majeurs chez les personnes âgées de 60 ans et plus en 2009 [33]

Selon les dernières estimations publiées par l'**ADI** (Alzheimer's Disease International)**,** la plus forte augmentation du nombre de cas de troubles cognitifs majeurs est attendue sur le continent africain, avec une augmentation de 34% faisant passer le nombre de cas de 2,78 millions en 2013 à 12,35 millions d'ici 2050, soit un chiffre multiplié par 4,44 en moins de 40 ans [34]**.** Cependant, malgré un intérêt grandissant pour les troubles cognitifs majeurs depuis une vingtaine d'années, la littérature sur les troubles cognitifs sur le continent africain est encore limitée.

Tableau I : Résultats de quelques études sur la prévalence des TNC majeurs en Afrique

Pays	Année	Milieu	Population d'étude	Échantillon	Age	Diagnostic TNC majeurs	Prévalence TNC majeurs
Égypte	2012	Rural	Population générale	8173	≥50ans	Arabic screening test et MMSE	2,3% (2-2,6)
Sénégal	2008	Urbain	Population centre sante	872	≥55ans	Test du Sénégal	6,6% (5,1- 8,5)
Congo	2010	Urbain	Population générale	520	≥65ans	CSI'D et test des 5 mots	6,7% (4,7- 9,2)
Nigéria	1995	Urbain	Population générale	2494	≥65ans	CSI'D	2,3% (1- 3,4)
Bénin	2009	Rural	Population générale	502	≥65ans	CSI'D et test des 5 mots	2,5% (1,1-3,8)
Bénin	2011	Urbain	Population générale	1139	≥65ans	CSI'D et test des 5 mots	3,7% (2,6- 4,8)

2.2.2. Incidence des Troubles Neurocognitifs

En Europe, un réseau d'investigateurs européens (Danemark, France, Pays-Bas et Royaume-Uni) travaillant sur les TNC majeurs a créé le réseau EURODEM à la fin des années 90. Ils ont standardisé les protocoles d'études permettant ainsi de regrouper les données et de comparer les études. Dans le cadre de ce réseau, le taux d'incidence des TNC majeurs a été estimé à 18,4 pour 1 000 personnes-années (PA - 528 cas/28 678 personnes-année) [35]. En Afrique, quelques études ont estimé l'incidence, notamment celle réalisée au Nigeria à Ibadan qui a montré que

l'incidence annuelle de 1,35% observée chez les Yoruba d'Ibadan était significativement inférieure à celle des Afro américains d'Indianapolis [36]. Au Congo, l'incidence sur la cohorte de sujets non déments de la base EPIDEMCA suivis pendant deux ans (Juillet 2012 et Septembre 2014) était de 15,79 pour 1000 personnes années [30]**.**

2.2.3 Mortalité des Troubles Neurocognitifs

Une étude a été réalisée au Congo chez les personnes âgées de 65 ans et plus habitant Brazzaville (zone urbaine) et Gamboma (zone rurale) issues de la cohorte EPIDEMCA. Au terme des deux années de suivi, le taux global de mortalité était de 9,8%. La comparaison des taux de mortalité en fonction du statut cognitif a montré que les sujets déments avaient un risque de décès plus important. Ce risque était 2,5 fois plus élevé par rapport aux sujets indemnes [30]. La comparaison entre les Yoruba d'Ibadan (Nigeria) et les Afro-Américains d'Indianapolis (États-Unis) du risque entre les TNC majeurs et la mortalité dans les pays en développement a montré que le risque de mourir d'un TNC majeur est accru avec la même ampleur dans les deux groupes [37]**.** Dans les deux populations, la mortalité était significativement plus élevée chez les sujets déments que chez les sujets non-déments (p=0,05 pour les Yorubas et p=0,001 chez les afro-américains) [36]**.**

2.2.4 Facteurs de risque des troubles neurocognitifs

- **L'âge et le sexe**

Le plus grand facteur de risque connu des troubles cognitifs majeurs (maladie d'Alzheimer) est l'âge. La plupart des personnes atteintes de la maladie sont âgées de 65 ans ou plus. Les individus de 30 et 40 ans peuvent connaître une apparition précoce d'Alzheimer s'il y a une histoire familiale de l'affection. La probabilité de

développer la maladie d'Alzheimer tous les cinq ans après l'âge de 65 ans est multipliée par deux. Après 85 ans, le risque atteint à peu près 50%.

En ce qui concerne le sexe, la plupart des études ont confirmé une augmentation de l'incidence et la prévalence des TNC majeurs chez les femmes, particulièrement la maladie d'Alzheimer [37, 38].

- **Le niveau d'instruction**

En Afrique, précisément en Égypte, dans une étude sur les personnes âgées atteintes de troubles cognitifs, il a été constaté que le taux de prévalence de troubles cognitifs était significativement plus élevé parmi les analphabètes (6,35%) que les sujets instruits (0,6%). Ce taux a été par ailleurs significativement plus élevé en milieu rural (3,25%) qu'en milieu urbain (1,87%) [38].

- **Le statut matrimonial**

The FINE study a réuni des personnes âgées de 70 à 89 ans de la Finlande, de l'Italie et des Pays-Bas dans une étude longitudinale pour trouver des facteurs associés. Il a été observé que les hommes qui ont perdu une partenaire, ceux qui n'étaient pas mariés, ceux qui vivent seuls ou qui ont vécu seuls pendant cinq ans au moins couraient un grand risque d'avoir un déclin cognitif contrairement aux hommes en couple. Il a été démontré que vivre avec un partenaire pourrait avoir un effet protecteur contre la déficience cognitive [39].

- **Les facteurs génétiques et l'Apolipoprotéine E (APOE)**

De nombreuses études ont évoqué les facteurs liés aux gènes et aux antécédents familiaux de troubles cognitifs [40]. La plupart des études ont soutenu dans leur conclusion qu'à microenvironnement familial égal, l'identité génétique caractérisant

les jumeaux monozygotes augmente la probabilité de développer la maladie d'Alzheimer.

- **Les facteurs de risque cardiovasculaires**

Le diabète, l'hypertension artérielle, le surpoids, la maigreur et le tabagisme ont été rapportés comme des facteurs de risque des troubles cognitifs [41].

- **Autres facteurs**

Les traumatismes crâniens, l'aluminium dans l'eau de boisson et les anesthésies sont suspectés, mais les données restent controversées. La richesse du réseau social et des activités de loisir, le mode de vie (activités physiques, intellectuelles ou cognitives, consommation modérée d'alcool) sont des facteurs pouvant être protecteurs [42, 43].

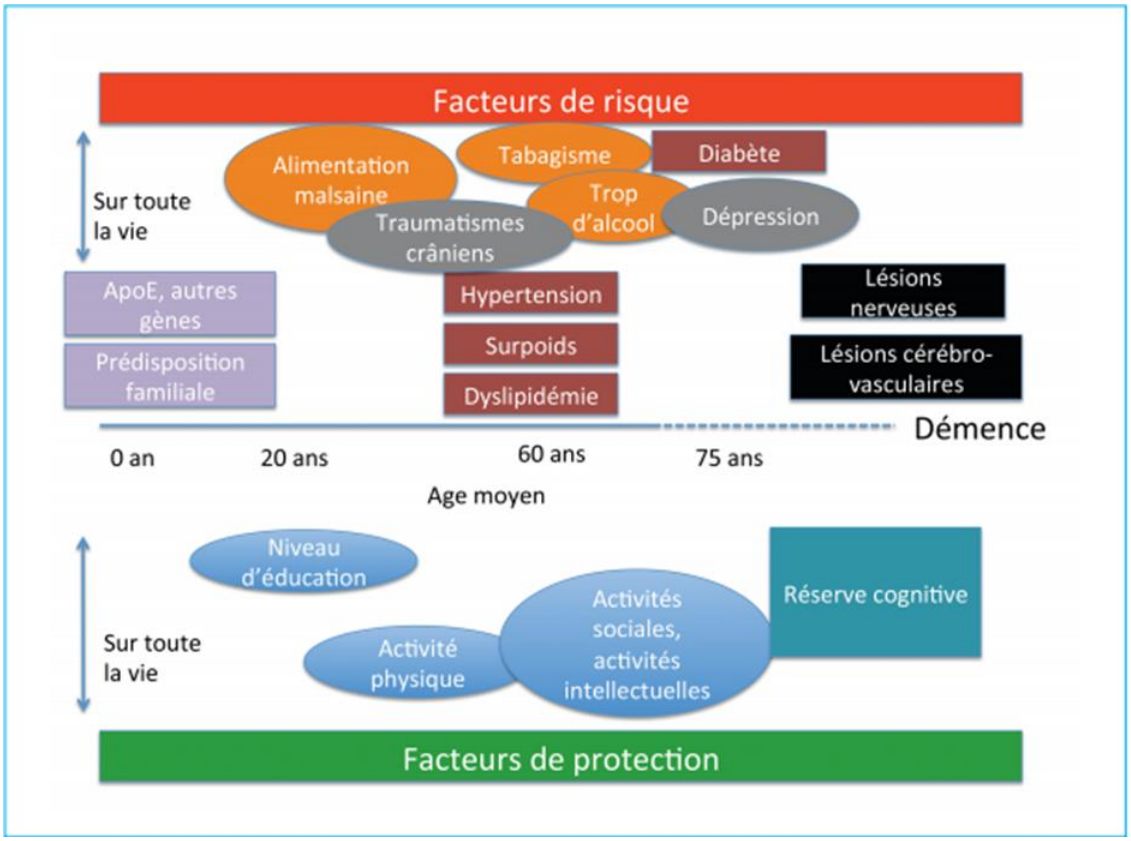


Figure 2 : Facteurs de risque et de protection des troubles neurocognitifs [43].

2.3 Classification des troubles neurocognitifs

2.3.1 Classification des TNC majeurs

Il existe deux groupes de troubles cognitifs majeurs : les TNC majeurs dégénératifs et les TNC majeurs non dégénératifs.

- **Les TNC majeurs neurodégénératifs**

Les TNC majeurs dégénératifs sont dus à une dégénérescence des cellules nerveuses cérébrales. Cette catégorie de troubles cognitifs regroupe les atteintes :

Corticales sans troubles moteurs

- Maladie d'Alzheimer (MA)
- Dégénérescence lobaire fronto-temporale (trouble cognitif fronto-temporal, trouble cognitif sémantique, aphasie progressive primaire non fluente)
- Autres atrophies corticales focales

Sous corticales avec troubles moteurs

- Maladie de Parkinson
- Paralysie progressive supra nucléaire
- Maladie de Huntington

Cortico sous-corticales avec troubles moteurs

- Maladie à corps de Lewy diffus
- Dégénérescence cortico-basale

La MA est la plus courante des TNC majeurs neurodégénératifs. Elle est à prédominance corticale et représente la principale cause de TNC majeur chez les personnes âgées. Deux types de lésions cérébrales sont à la base de la MA : **les plaques séniles** (amyloïdogénèse) et la **neurodégénérescence fibrillaire**. Les critères diagnostiques établis pour la MA sont ceux du NINCDS-ADRDA. Ces critères permettent de distinguer trois niveaux de certitude dans le diagnostic de la

MA : **le diagnostic probable, possible et certain**. La certitude du diagnostic n'est possible que lors d'un examen neuropathologique (l'autopsie ou la biopsie) qui permet de confirmer la présence des caractéristiques neuropathologiques de la MA (atrophie corticale, plaques séniles et dégénérescences neurofibrillaires). Afin d'améliorer le diagnostic de la MA, d'autres éléments de diagnostic ont été reconsidérés. Ces éléments portent notamment sur : **la recherche et le dosage des marqueurs biologiques de la MA** (peptide Aβ42, de la protéine Tau et de sa forme phosphorylée) dans différents fluides de l'organisme (le LCR ou plasma) [44]. L'utilisation de biomarqueurs spécifiques qui permettent de réaliser des marquages du cerveau grâce à des produits de contraste utilisés notamment par IRM, la volumétrie de l'hippocampe et par la Tomographie par émission de positons (TEP). Pour les formes atypiques, on peut avoir recours à la scintigraphie cérébrale, au typage de l'ApoE4 ou à d'autres types d'imageries. La prise en compte de ces nouveaux éléments pour le diagnostic de la MA a permis de définir divers stades de la maladie : **à risque de MA, forme préclinique de la MA, forme prodromale de la MA et TNC dû à la MA** [45, 46]**.**

- **Les TNC majeurs non dégénératives**

TNC majeurs dus à une maladie vasculaire

- Trouble cognitif par infarctus unique ou multiple
- Maladie de Binswanger
- Hématomes intracérébraux multiples (angiopathie amyloïde)

Troubles cognitifs post - traumatiques ou apparentés

- Traumatisme crânio-encéphalique
- Microtraumatismes multiples et répétés (trouble cognitif pugilistique des boxeurs)
- Hématome sous-dural

- Hydrocéphalie à pression normale
- Métastases ou tumeurs cérébrales primitives

Troubles cognitifs d'origine infectieuse

- Troubles cognitifs liés au virus de l'immunodéficience humaine (VIH)
- Maladie de Creutzfeldt-Jakob
- Maladie de Whipple

Troubles cognitifs d'origine toxique et métabolique

- Déficience en vitamine B12 ou en folates
- Trouble cognitif dû aux maladies endocriniennes
- Alcoolisme chronique
- Encéphalopathie hépatique chronique
- Médicaments

Les TNC dus à une maladie vasculaire constituent le deuxième type de TNC le plus fréquent chez les sujets âgés. Le diagnostic peut s'appuyer sur l'histoire du patient, le score de Hachinski modifié et également sur les critères NINCDS-AIREN. Dans certains cas, on parle de troubles cognitifs mixtes au cours desquels un trouble dégénératif de type Alzheimer s'associe à des lésions vasculaires cérébrales. A côté de ces grands types de troubles cognitifs, on distingue les troubles cognitifs d'origine génétique qui sont responsables des formes sporadiques (héréditaires) de la MA retrouvés chez les moins de 65 ans [46].

2.3.2 Classification du Mild Cognitive Impairment (MCI)

Le MCI peut être classé selon son étiologie. On distingue le MCI neurodégénératif, vasculaire, dépressif, traumatique ou lié à des comorbidités médicales. En pratique, on classe selon le type de fonctions cognitives affectées.

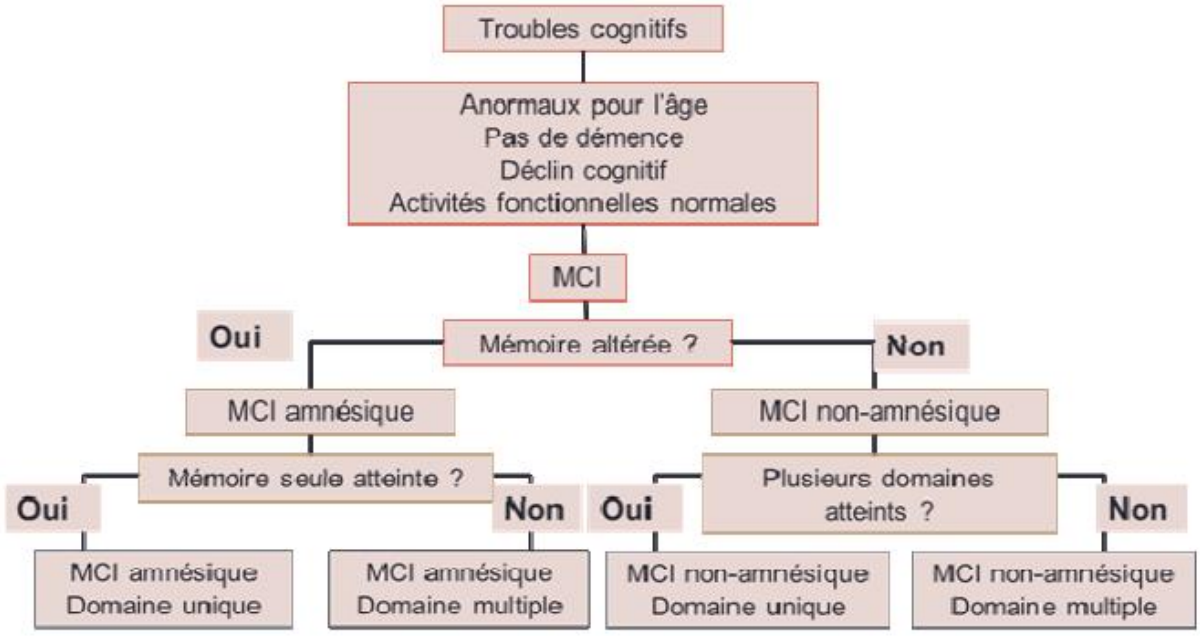


Figure 3 : Diagramme présentant les différents types de MCI [31]

Le diagnostic du MCI repose principalement sur une évaluation clinique. Ces critères se distinguent de ceux des TNC majeurs par l'absence obligatoire du déficit mnésique, par une durée minimale plus brève (au moins deux semaines), enfin par un retentissement plus faible des déficits cognitifs sur la vie socioprofessionnelle. Le diagnostic clinique est basé sur le DSM-V actuellement.

2.4 Diagnostiques des troubles neurocognitifs

2.4.1 Critères diagnostiques

- Troubles cognitifs majeurs

Tableau II: Critères diagnostiques des troubles neurocognitifs majeurs [28]

Critères diagnostiques
A. Preuves d'un déclin cognitif significatif par rapport à un niveau antérieur de fonctionnement dans un ou plusieurs domaines cognitifs (attention complexe, fonctions exécutives, apprentissage et mémorisation, langage, activités perceptivomotrices ou cognition sociale) reposant sur : 1. Une préoccupation du sujet, d'un informant fiable, ou du clinicien concernant un déclin significatif du fonctionnement cognitif ; et 2. Une altération importante des performances cognitives, idéalement documentée par un bilan neuropsychologique standardisé ou, à défaut, par une évaluation clinique quantifiée. B. Les déficits cognitifs interfèrent avec l'autonomie dans les actes du quotidien (c.-à-d. tout au moins une aide nécessaire dans les activités instrumentales complexes de la vie quotidienne comme payer ses factures ou gérer la prise de ses médicaments). C. Les déficits cognitifs ne surviennent pas exclusivement dans le contexte d'un état confusionnel (delirium). D. Les altérations cognitives ne sont pas mieux expliquées par un autre trouble mental (p. ex. un trouble dépressif caractérisé, une schizophrénie).

- Troubles cognitifs légers

Tableau III: Critères diagnostiques des troubles neurocognitifs légers [28]

Critères diagnostiques
A. Preuves d'un déclin cognitif modeste par rapport à un niveau antérieur de fonctionnement dans un ou plusieurs domaines cognitifs (attention complexe, fonctions exécutives, apprentissage et mémorisation, langage, activités perceptivomotrices ou cognition sociale) reposant sur : 1. Une préoccupation du sujet, d'un informant fiable, ou du clinicien concernant un léger déclin du fonctionnement cognitif ; et 2. Une altération modeste des performances cognitives, idéalement documentée par un bilan neuropsychologique standardisé ou, à défaut, par une évaluation clinique quantifiée.
B. Les déficits cognitifs n'interfèrent pas avec les capacités d'autonomie dans les actes du quotidien (c.-à-d. les activités instrumentales complexes de la vie quotidienne comme payer ses factures ou gérer la prise de ses médicaments sont préservées mais un plus grand effort, des stratégies compensatoires ou un aménagement peuvent être nécessaires).
C. Les déficits cognitifs ne doivent pas survenir exclusivement dans le contexte d'un état confusionnel (delirium).
D. Les déficits cognitifs ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (p. ex. un trouble dépressif caractérisé, une schizophrénie).

2.4.2 Outils de dépistage des troubles cognitifs :

- **Tests cognitifs les plus utilisés**
  - **Mini Mental State**

Le Mini Mental State (MMS ou MMSE) de Folstein et al. (1975) est un instrument d'évaluation des fonctions cognitives qui a été élaboré afin de dépister rapidement des déficits cognitifs. Il explore les domaines de l'orientation, de la mémoire, de l'attention, du langage et des praxies constructives en 30 items, correspondant à un score maximum de 30 points. Il est l'un des instruments les plus utilisés et existe dans de multiples langues. Un score <24 est considéré comme anormal.

  - **Batterie cognitive courte**

Cette batterie de tests neuropsychologiques de dépistage a été développée pour améliorer la discrimination entre les patients malades d'Alzheimer, les patients dépressifs et les patients sains. Cette batterie est composée de 4 tests brefs : l'orientation temporelle (5 questions), le test des 5 mots (5M), le test de l'horloge et un test de fluence verbale. Le test 5M est un test de mémoire épisodique verbale qui repose sur le principe encodage/stockage/récupération des informations et permet de mettre en évidence un trouble de stockage très évocateur de la MA. Concernant la MA, un score inférieur à 10 permettait de dépister 91% des patients atteints, avec une spécificité de 87%.

- **Tests cognitifs utilisés dans les pays en développement**
  - **Cross-Cultural Cognitive Examination**

Le CCCE est un des premiers tests conçus pour évaluer des fonctions cognitives basiques pouvant être affectées par les TNC dans des populations de différentes cultures. Les 8 domaines testés lors du passage de cette évaluation sont les suivants:

l'attention, le langage, la mémoire verbale et visuelle, la mémoire récente, l'abstraction, la vitesse psychomotrice et les fonctions visuo-spatiales.

La sensibilité et la spécificité du CCCE étaient égales ou supérieures à celles du MMSE. Cet outil semble donc utile et pertinent dans l'identification de sujets déments lors d'études neuroépidémiologiques transculturelles [47].

- **Community Screening Interview for Dementia**

C'est un questionnaire qui a été développé et validé par le Pr Kathleen Hall et son équipe en 1993 afin de constituer un outil qui ne comportait pas de biais selon la culture et le niveau d'éducation des sujets [48]. Le Community Screening Interview for Dementia comprend deux parties distinctes : une évaluation cognitive du sujet et un entretien d'évaluation fonctionnelle avec un proche du sujet (informant), dans le but de repérer les cas possibles de trouble cognitif lors d'études épidémiologiques en deux phases. Combiner une autre source d'information (un proche ou la famille) aux résultats des tests cognitifs pourrait contribuer à minimiser les biais dus au niveau d'éducation. Les items pour les deux parties du questionnaire ont été sélectionnés afin d'évaluer la mémoire, la pensée abstraite, le jugement, des dysfonctionnements des fonctions corticales supérieures (aphasie, apraxie, agnosie, difficultés constructives), des changements de personnalité ainsi que le comportement au travail et en société, dans un court entretien, conformément aux critères cliniques de démence du Diagnostic and Statistical Manual disorders 3rd Edition (DSM-III-R, American Psychiatric Association, 1987). Les items sélectionnés pour leur pertinence avec les critères recherchés appartenaient aux instruments les plus couramment utilisés dans le dépistage des troubles cognitifs : le MMSE (Folstein et al., 1975), le CAMDEX, la Dementia Rating Scale, le CARE, et le East Boston Memory Test. Ce questionnaire a été construit par une équipe multidisciplinaire (psychiatres, psychologues, épidémiologistes, anthropologues,

infirmiers). Les items choisis pour chaque dimension fonctionnelle ont été discutés par l'équipe et revus à chaque étape de traduction. Les questions peuvent être dispensées oralement, compte tenu de la possibilité que les personnes âgées interrogées ne puissent pas lire ou écrire dans certains milieux. Seuls deux items sur les praxies demandent au sujet de copier des figures. La partie cognitive du questionnaire contient 39 questions et la passation prend environ 20 minutes, tandis que la partie informant comporte 30 items et dure environ 15 minutes. Une fonction discriminante a été élaborée suivant ces données afin d'attribuer le poids adapté à la combinaison des scores cognitifs et « informant », pour différencier au mieux les sujets déments des non-déments. Cette fonction discriminante est équivalente à une régression multivariée ayant comme variable dépendante dichotomique, la démence. Le score-seuil a été choisi pour avoir une sensibilité de 100% et une spécificité de 89% sur le prétest. Ce score a ensuite été utilisé pour le dépistage lors d'une enquête en population générale ultérieure dans les mêmes communautés. L'étude en population générale a été menée chez 216 volontaires de plus de 65 ans vivant dans deux réserves Cree et 252 volontaires anglophones vivant à Winnipeg. La prévalence des démences était de 4,2% chez les Cree et chez les anglophones. Cette étude montra la comparabilité des scores obtenus par les non-déments des deux populations et la bonne discrimination des scores cognitifs et « informant » entre les sujets déments et non-déments. Elle a permis de ré-établir une fonction discriminante qui différencie les sujets déments des sujets non-déments. Cet outil a par la suite été adapté et utilisé lors des études comparatives en population générale de prévalence et d'incidence de la MA chez les Yorubas d'Ibadan (Nigéria) et les Afro-américains d'Indianapolis (États-Unis). Dans ces deux populations confondues, le CSI-D avait une sensibilité de 87% et une spécificité de 83%. Les analyses des courbes ROC montraient que le score de la fonction discriminante différenciait mieux les sujets

déments des sujets non-déments que les scores cognitifs seuls. L'utilisation des informations provenant de l'informant sur la vie quotidienne du sujet âgé contribuait à une meilleure prédiction du diagnostic clinique de démence. Le score informant a un effet significatif indépendant dans la prédiction des démences. Depuis, ce test cognitif transculturel a été traduit et adapté dans d'autres langues : espagnol, portugais, chinois, français, tamoul, etc. Il est recommandé et utilisé par le 10/66 Dementia Research Group lors des études en population générale menées en Amérique Latine, en Amérique du Sud, en Asie et en Inde (Prince et al, 2007). Il fait partie intégrante de l'algorithme et du critère diagnostique mis en place par le 10/66 DRG dans leurs études de prévalence des démences en une phase sujets [49].

Ils existent d'autres tests notamment :

- **Test du Sénégal**

N'a pas une vocation transculturelle mais a récemment été développé pour évaluer les fonctions cognitives des personnes âgées sénégalaises en tenant compte de leurs réalités socioculturelles.

- **Protocole 10/66**

Le 10/66 a développé un algorithme permettant de diagnostiquer les TNC majeurs à partir de 3 mesures : le GMS (Geriatric Mental State), le CSID et l'apprentissage d'une liste de 10 mots (CERAD), dans le but de disposer d'un instrument de diagnostic non biaisé par la culture et l'éducation. Cet algorithme a été validé lors d'une étude multicentrique incluant les centres 10/66 d'Inde, de Chine, d'Asie du Sud-Est, d'Amérique Latine, des Caraïbes et d'Afrique [50].

2.5 Attitude thérapeutique

Les troubles cognitifs curables sont actuellement rares. Le but du traitement est double : stabiliser ou au moins retarder la progression de la maladie et améliorer les

troubles psycho-comportementaux souvent associés. La prise en charge médicale des troubles cognitifs fait intervenir deux types de traitements : traitements médicamenteux et non médicamenteux.

Les traitements médicamenteux appartiennent à deux classes :

- **Les inhibiteurs des cholinestérases**

Ils sont utilisés dans le but d'empêcher la dégradation de l'acétylcholine indiqué pour le traitement des formes légères et modérées de la MA et des troubles cognitifs vasculaires pures ou mixtes. On distingue trois types de molécule : le donépézil (Aricept®), la galantine (Reminyl ®) et la rivastigmine (Exelon ®) [51].

- **Les antiglutamates**

Les antiglutamates permettent de bloquer les récepteurs NMDA (N-méthyl-D-aspartate) du glutamate, molécule impliquée dans l'excitation toxique du système nerveux. L'utilisation de cette molécule permet une nette amélioration des fonctions cognitives et est indiquée pour le traitement des formes modérées à sévères. Le seul médicament de ce type commercialisé est la mémantine (Exiba ®) [51].

- **Autres thérapies**
    - Différentes thérapies non médicamenteuses ont été développées, dont l'objectif est de stabiliser voire d'améliorer le fonctionnement cognitif ;
    - Une thérapie préventive est utilisée pour les DV ; elle cible la prise en charge des facteurs de risque vasculaire (diabète et hypertension, …) ;
    - Le travail de biographie qui permet d'identifier l'importance que revêtent certains comportements de la personne concernée ;
    - La communication qui permet d'assurer le contact social et la pratique de la fonction de langage ;

- L'ergothérapie qui permet d'entraîner les facultés motrices du patient;
- La thérapie d'autogestion qui renforce la perception de soi et de son entourage ;
- Psychothérapie de soutien pour les patients et leurs aidants.

2.6 Revue de la littérature

Plusieurs études ont cherché à évaluer les connaissances, les attitudes et les approches des professionnels de la santé en matière de troubles neurocognitifs. On en retrouve très peu en Afrique.

Dans une étude transversale menée par Lin et ses collègues auprès de 387 infirmières hospitalières à Taïwan, en 2013, les caractéristiques sociodémographiques des professionnels de santé étaient associées à la connaissance des démences [52]. Dans cette étude, le fait d'être plus âgé, d'être titulaire d'une licence et de s'intéresser aux soins aux personnes atteintes de démence était positivement associé à la connaissance de ces maladies. Ces résultats font écho à ceux d'une autre étude dans laquelle les professionnels de santé plus âgés ont obtenu de meilleurs résultats en matière de connaissances sur les démences que leurs homologues plus jeunes [53], mais sans qu'il y ait de relation entre le sexe et les connaissances et attitudes en matière de démences. Cependant, d'autres études ont montré que le niveau d'éducation avancé était un facteur prédictif de la connaissance de la démence [54, 55]. Dans une étude transversale à grande échelle menée auprès de 1 047 infirmières et aides-soignantes dans des établissements de soins pour personnes âgées à Hong Kong, les chercheurs ont constaté que l'exposition à une formation sur la démence était associée à une attitude positive envers les soins aux personnes atteintes de démence [56]. Cette constatation corrobore l'étude de Lee et de ses collègues selon laquelle les infirmières ayant reçu une formation sur les soins aux personnes atteintes

de démence ont obtenu des scores plus élevés en matière de connaissances sur la démence que celles n'ayant pas reçu de formation [52]. Des études antérieures ont montré que le manque d'opportunités pour les professionnels de santé de s'engager dans une formation spécifique à la démence constitue un obstacle majeur à l'établissement d'un diagnostic en temps utile et à la prise en charge de la démence dans le cadre des soins primaires en Chine [15, 57]. L'éducation à la démence n'est pas encore intégrée dans les programmes d'éducation formelle des étudiants en médecine, ni dans les programmes de développement professionnel continu en Chine [15, 57]. Il n'y a pas de sujets autonomes ni de contenu d'apprentissage intégré sur les soins aux démences dans les programmes d'enseignement formel, et les démences ne sont que très brièvement présentées comme l'une des nombreuses maladies neurologiques dans les programmes d'enseignement [15].

Plus d'études sur les troubles neurocognitifs ont été menées dans des pays à haut revenus ainsi que dans les pays à moyen et faible revenu.

En Italie, une faible connaissance de la prévalence et de l'incidence des troubles neurocognitifs mais une bonne connaissance de la gestion de la maladie et du diagnostic avaient été rapportées chez les médecins [58]. Au Royaume-Uni, les infirmiers manquaient d'uniformité dans le choix de l'approche thérapeutique et avaient des connaissances inadaptées pour dispenser des soins sur la personne atteinte de troubles neurocognitifs [59].

En 2012, une enquête effectuée auprès des étudiants maltais en soins infirmiers a permis de noter qu'ils avaient une connaissance adéquate et montraient des attitudes positives envers la maladie d'Alzheimer et les patients atteints de TNC majeurs. L'âge, l'année universitaire, la formation et la prise en charge antérieure de patients atteints de démence au cours de leur stage clinique ont tous été associés à une meilleure connaissance et à des attitudes positives [60].

Une enquête transversale a également été réalisée à l'Université Queen's de Belfast (Irlande du Nord) et à l'Université de l'Iowa (États-Unis) dans le but d'explorer les attitudes des étudiants de dernière année en médecine, en sciences infirmières et en pharmacie envers les personnes atteintes de démence et évaluer leur compétence et leur confiance perçues face aux problèmes biomédicaux et psychosociaux dans le contexte de la prestation de soins palliatifs aux patients atteints de démence. Il a été conclu que les étudiants en soins de santé ont des attitudes positives envers les personnes atteintes de démence, certaines tâches cliniques restent difficiles et une formation de base supplémentaire peut être bénéfique. Les étudiants américains en soins infirmiers ont signalé des attitudes significativement plus positives que les étudiants en médecine des États-Unis et de l'Irlande du Nord. Les étudiants en médecine étaient plus susceptibles de déclarer avoir une faible confiance dans les discussions sur les aspects non médicaux de la mort, tandis que les étudiants en sciences infirmières étaient plus susceptibles de se sentir préparés et confiants pour le faire. Les étudiants en médecine et en sciences infirmières ont fait état d'une faible confiance dans les aspects des soins liés aux médicaments ; cependant, les données des échantillons de pharmacies d'Irlande du Nord et des États-Unis suggèrent que ces étudiants se sentent en confiance pour conseiller d'autres professionnels de la santé sur les problèmes liés aux médicaments [61].

En 2016, un échantillon de 189 étudiants a été invité à participer à une étude visant à évaluer les connaissances sur la démence et l'attitude des étudiants à son égard pendant le dernier semestre du cours de médecine dans deux des plus importantes facultés de médecine brésiliennes. Un total de 155 étudiants a accepté de participer à l'étude ; 92 (59,7%) ont considéré avoir eu une bonne formation sur les altérations cognitives au cours de leur cursus médical de premier cycle, tandis que 67 (58,8%) d'entre eux ont déclaré n'avoir eu qu'une formation théorique. En ce qui concerne les

connaissances, les étudiants ont obtenu une moyenne de 6,9, sur une échelle de 0 à 14 points. En ce qui concerne les attitudes, les étudiants ont convenu qu'ils peuvent contribuer à la qualité de vie du patient et de l'aidant, et qu'il est utile de communiquer le diagnostic à la famille [62].

En Corée du sud, une étude a été menée en 2012 auprès de 451 étudiants en soins infirmiers et en bien-être social dans une université de J-do afin de fournir des ressources de base pour le cours et les programmes de production en identifiant leurs connaissances et attitudes envers la démence. Les participants ont montré un niveau de connaissance relativement élevé. Les étudiants en soins infirmiers (16,42 ± 1,77 point, fourchette 0～20) ont montré un niveau de connaissances plus élevé que les étudiants en bien-être social (16,02 ± 2,30 points, fourchette 0～20) (p=0,015). Les deux catégories d'étudiants ont montré des attitudes relativement positives (soins infirmiers 40,48±4,29 points, aide sociale 40,54±4,62 points, intervalle 10～50). Plus les participants avaient de connaissances et d'intérêts pour la démence, plus les attitudes envers la démence étaient positives [63].

En 2018, une enquête transversale a été menée auprès des étudiants inscrits à un programme de baccalauréat en médecine de 5 ans et à un programme de baccalauréat en sciences infirmières de 4 ans de quatre universités avec des campus dans l'est, l'ouest, le sud et le nord de la Chine pour examiner leurs connaissances sur la démence, leurs attitudes et leur approche de soins perçue. Le nombre d'étudiants en médecine et en sciences infirmières ayant répondu au sondage était de 526 et 467 respectivement. Les connaissances générales des élèves sur la démence étaient médiocres, mais les attitudes étaient généralement positives. Le score moyen global des connaissances des étudiants sur la démence examiné par l'ADKS était de 19,49 (SD = 2,82) sur 30, les attitudes des étudiants envers la démence étaient de 29,92 (SD = 3,35) sur 40, et l'approche de soins de la démence centrée sur la personne des

étudiants était de 5,42 (SD = 2,20) sur 13. Les étudiants en médecine affichaient des scores de connaissance de la démence plus élevés et des scores d'attitude moins positifs que les étudiants en soins infirmiers ($p < 0,05$). Les étudiants n'appliqueraient pas une approche de soins centrés sur la personne. Il n'y avait pas de différences statistiquement significatives dans les scores moyens de l'ADCQ entre les étudiants en sciences infirmières et les étudiants en médecine [5].

En 2019, une étude quantitative avec un plan transversal a été menée auprès de 334 étudiants en soins infirmiers à l'Université Gadjah Mada, Yogyakarta. Cette étude avait pour but d'identifier les connaissances et les attitudes envers la démence chez les étudiants en soins infirmiers en Indonésie. Il a été conclu qu'en général, parmi les étudiants en soins infirmiers, les connaissances sur la démence étaient relativement faibles avec une médiane du DKAS à 24 (min - max = 7 - 40), tandis que les attitudes (SD = 10,25) à l'égard de la démence étaient relativement élevées par rapport à d'autres recherches. L'âge ($r = 0,332$, $p < 0,001$), la classe ($H = 72,253$, $p < 0,001$) et l'expérience ($U = 3314$, $p = 0,047$) dans la prise en charge des personnes atteintes de démence présentaient des corrélations significatives avec le score de connaissances des étudiants. Enfin, l'âge ($r = 158$, $p = 0,004$) avait également une corrélation significative avec le score d'attitude des étudiants [64].

Des études ont été également retrouvées en Afrique. En 2020, une étude descriptive et transversale en ligne a été menée auprès d'étudiants de premier cycle de 11 universités ougandaises afin d'évaluer leurs connaissances et attitude envers la démence. Un questionnaire d'étude validé a été utilisé pour collecter des données sur les caractéristiques sociodémographiques, les connaissances et les attitudes vis-à-vis de la démence. Un score inférieur à 60 % était considéré comme une mauvaise connaissance, tandis qu'un niveau ≥ 80 % de bonne connaissance et plus de 80 % reflétaient des attitudes positives. Les résultats suivants ont été obtenus :

Dans l'ensemble, 1005 participants avec un âge médian de 23 ans (intervalle interquartile : 18 à 35 ans) ont participé à l'étude. La majorité des étudiants étaient des hommes (56,5 %, n=568) et près de la moitié poursuivaient des programmes en sciences humaines ou en médecine. Le score moyen de connaissance était de 65,5% (SD±18,5). Trente-deux pour cent des participants à l'étude avaient une mauvaise connaissance et seulement 26,8 % (n=269) avaient une bonne connaissance de la démence. Plus de la moitié des participants à l'étude croyaient que la démence faisait partie du vieillissement normal et que la perte de mémoire arrivait à toutes les personnes à mesure qu'elles vieillissaient. Les attitudes envers les patients atteints de démence étaient positives avec un score moyen de 81,9% (SD ± 19,6) et 65,2% des participants à l'étude avaient des attitudes positives envers la démence. Les personnes âgées de plus de 24 ans étaient significativement associées à des attitudes positives (rapport de cotes ajusté (AOR) : 1,5, IC à 95 % : 1,1-2. 0, p=0,019). Il y avait une faible corrélation entre les scores de connaissance et d'attitude ($\rho = 0,341$, $p < 0,001$).

Il a donc été conclu que la majorité des étudiants universitaires a des attitudes positives envers les patients atteints de démence. Cependant, un nombre important en a encore une mauvaise connaissance. Une éducation sanitaire continue est suggérée pour améliorer les connaissances sur la démence dans cette population. D'autres études pour comprendre la perception dans la population générale sont recommandées [13].

3. CADRE ET METHODES D'ETUDE

3.1 Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée à Cotonou (au BENIN), plus précisément à la Faculté des Sciences de la Santé (FSS) et à l'Institut National Médico-Sanitaire (INMeS).

- **FSS de Cotonou**

La faculté des sciences de la santé de Cotonou est une faculté à caractère d'école appartenant à l'Université d'Abomey-Calavi et créée en 1977. Elle assure la formation des étudiants en sciences de la santé et est constituée de :

- Deux unités de formation et de recherche (UFR) : en médecine et en pharmacie assurant la formation des futurs médecins et pharmaciens
- Une école supérieure de kinésithérapie (ESK)
- Une école supérieure des assistants sociaux (ESAS)
- Une école de nutrition et de Diététique
- Une école doctorale.

Elle contient également un bloc administratif ainsi que plusieurs laboratoires de recherche en épidémiologie et en santé publique.

Le doctorat d'état est obtenu après 7 ans d'étude en médecine et 6 ans en pharmacie. Pendant le cursus, les étudiants en médecine bénéficient de 28 heures de cours en neurologie réparties en 12 heures de sémiologie (2ème année), 10 heures de pathologie (4ème année) et 6 heures de thérapeutique (5ème année). En dehors des cours de thérapeutiques, les pharmaciens ont le même programme de neurologie que les médecins, mais dispensé en 2ème et 3ème année. Des stages hospitaliers sont également effectués au cours de la formation. Le stage dans un service de neurologie est un choix optionnel ; tous les étudiants ne passent donc pas dans ce service.

- **INMES**

L'Institut National Médico-Sanitaire (INMES) est un établissement public de formation et de recherche en Soins Infirmiers et Obstétriques (SIO) de l'Université d'Abomey-Calavi (UAC). Situé à Cotonou, au quartier AHOUANLEKO, il est limité au Nord et à l'Est par le CNHU-HKM, au Sud par l'Avenue Pape Jean-Paul II et à l'Ouest par le Ministère de la décentralisation.

L'INMES comprend deux écoles que sont l'École Supérieure des Infirmiers et Infirmières d'État (ESIIE) et l'École Supérieure des Sages-Femmes d'État (ESSFE). Il dispose également d'un cycle de formation au grade académique de Master dans quatre spécialités médicales à savoir, l'Anesthésie-Réanimation, la Gynécologie-Obstétrique, la Puériculture-Pédiatrie et la Santé mentale.

L'École Supérieure des Infirmiers et Infirmières d'État (ESIIE) forme ses apprenants au niveau licence (BAC + 3). Les étudiants bénéficient, en 3ème année, de 8 heures de cours de neurologie dont 2 heures consacrées aux troubles neurocognitifs. Ils effectuent également des stages hospitaliers au cours de leur cursus, notamment dans le bloc médecine où se situe le service de neurologie.

3.2 Méthode d'étude

3.2.1 Type et période d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale à visée descriptive et analytique sur les connaissances des étudiants à la fin des études de santé, leurs attitudes à l'égard des aspects sociaux et de la stigmatisation des patients, et leurs pratiques en matière de diagnostic et de traitement des patients souffrant de troubles neurocognitifs. Le recrutement des étudiants et la collecte des données ont été effectués du 28 juillet 2021 au 23 septembre 2021.

3.2.2 Population d'étude

La population d'étude était constituée des étudiants en fin de cursus issus de la FSS (6ème année de médecine et 5ème année de pharmacie) et de l'INMeS (3ème année de sciences infirmières) ayant terminé leur cycle théorique et leurs stages en neurologie.

- **Critères d'inclusion**

Ont été inclus dans l'étude, les étudiants répondant aux critères suivants :

- être en dernière année de formation de base en médecine, en pharmacie ou en soins infirmiers,
- être présent le jour de la collecte,
- avoir donné leur consentement écrit libre et éclairé.

- **Critères de non inclusion**

N'ont pas été inclus :

- les médecins généralistes,
- les pharmaciens,
- les infirmiers diplômés.

3.2.3 Échantillonnage

- Méthode et technique d'échantillonnage

La méthode non probabiliste a été utilisée pour toutes les cibles.

Il s'agissait d'un recrutement exhaustif de tous les étudiants en santé répondant aux critères d'inclusion.

- Taille de l'échantillon

Effectif d'étudiants en santé : 193 (130 médecins, 22 pharmaciens, 41 infirmiers)

3.2.4 Collecte de données

- Outil de collecte :

Un auto-questionnaire a été élaboré (Annexe1) et utilisé pour chaque étudiant. La collecte a été faite sur support électronique via le logiciel KoBoCollect (plateforme numérique permettant la saisie et l'enregistrement automatique des données d'enquête sur un serveur en ligne).

Le questionnaire comportait trois sections :

- la première regroupait des informations sociodémographiques et des questions générales sur les TNC (SD1-SD9)
- la deuxième, (5 questions connaissances codées de C1 à C5, 5 questions Attitudes de A1 à A5, 5 questions Pratiques de P1 à P5) évaluant les connaissances basiques que devrait avoir tout personnel médical sur les TNC. Cette partie pouvait être subdivisée en trois domaines (connaissances, attitudes et pratiques)
- la dernière section est composée de questions CAP spécifiques pour chaque catégorie professionnelle. En fonction des spécialités : 5 questions spécialité médecine (SpM1 à SpM5) ou 5 questions spécialité pharmacie (SpP1 à SpP5) ou 5 questions spécialité infirmier (SpI1 à SpI5).

Toute bonne réponse a été cotée 1 et toute mauvaise réponse 0. Le score de chaque domaine a été la somme des bonnes réponses à l'ensemble des questions du domaine considéré.

Ainsi, les scores variaient de 0 à 5 pour toutes les catégories (Connaissances, les Pratiques et l'Attitude des étudiants par rapport aux TNC). Le score CAP global variait de 0 à 20.

Pour l'interprétation des résultats, le score global a été transformé en une grille de classement qualitatif ordonné. La grille comprenait 3 classes :

Le Score était qualifié de faible quand l'étudiant a coché moins de 50% de bonnes réponses (<10/20),

Le Score était qualifié de moyen quand l'étudiant a coché entre 50 et 80% de bonnes réponses (notes comprises entre 10 et 16/20),

Le Score était qualifié d'élevé quand l'étudiant a coché plus de 80% de bonnes réponses (>16/20).

- Technique de collecte :

Après avoir reçu l'accord des directeurs respectifs de la FSS et de l'INMeS nous avons organisé une rencontre avec les étudiants en fin de cursus. Les étudiants ont été rencontrés dans leurs établissements ou sur les lieux de stage par sous-groupes selon leur spécialité. Cette rencontre nous a permis d'exposer le but, la nature et l'importance de notre étude.

L'enquête s'est menée en ligne, à l'aide de l'outil de collecte de données KoBoCollect. Un lien a été mis à la disposition des étudiants pour accéder aux questionnaires juste avant le début de l'enquête. Le remplissage du questionnaire a été fait devant nous sans l'usage de document ni concertation des étudiants. Ledit remplissage a duré en moyenne 30min à 45min maximum en fonction du degré de réflexion et de rapidité de chaque étudiant.

A la fin du remplissage, nous avons vérifié que le questionnaire a été bien rempli et envoyé et nous avons répondu aux préoccupations des étudiants en ce qui concerne le questionnaire puis l'entretien a été clôturé.

3.2.5 Variables étudiées

3.2.5.1 Variables dépendantes

- Connaissances

Il s'agissait des informations médicales que les étudiants en fin de cursus possèdent sur les troubles neurocognitifs.

- Attitudes

Il s'agissait d'analyser les attitudes des étudiants en fin de cursus face à un patient atteint de trouble neurocognitif, nouvellement diagnostiqué ou encore suivi depuis longtemps.

- Pratiques

C'est l'ensemble des actes et des actions médicaux faits par un étudiant en fin de cursus devant un cas de trouble neurocognitif.

- Spécialité

Il s'agissait des CAP spécifiques à chaque catégorie professionnelle.

Ces trois variables sont des variables composites obtenues à partir du calcul du score. Chaque score était qualifié de mauvais s'il est inférieur ou égal à 3 et de bon s'il est strictement supérieur à 3.

3.2.5.2 Variables indépendantes

- Données sociodémographiques
  - Âge
  - Sexe
  - Cursus
  - Entité
- Informations sur les troubles neurocognitifs

3.2.5.3 Opérationnalisation des variables indépendantes

- Données sociodémographiques

Tableau IV: Opérationnalisation des variables sociodémographiques

Variable	Type	Modalités
Age	Quantitative discrète	En nombre d'années révolues
Sexe	Qualitative dichotomique	Masculin, Féminin
Cursus	Qualitative nominale	Médecins, Pharmaciens, Infirmiers
Entité	Qualitative dichotomique	UAC/FSS, UAC/INMeS

- Informations sur les troubles neurocognitifs

Tableau V: Opérationnalisation des variables liées aux informations sur les TNC

Variable	Type	Modalités
Enseignement sur les TNC	Qualitative nominale	Oui/Non/je ne sais pas
Année de dispensation enseignement sur TNC	Qualitative nominale	1ère année, 2ème année, 3ème année, 4ème année, 5ème année, 6ème année, 7ème année
Heure de cours sur les TNC pendant le cursus	Temporelle horaire	1 heure, 2 heures, 3 heures, plus de 3heures, je ne sais pas
Modalité enseignement sur les TNC	Qualitative nominale	Cours magistraux/théoriques, Stages (formation pratique)
Spécialité enseignant	Qualitative nominale	Neurologue, interniste, psychiatre, médecin généraliste, infirmière
Niveau d'information sur les TNC	Qualitative ordinale	Pas du tout, un peu, bien, très bien informé
Source d'information sur les TNC	Qualitative nominale	Médias, presse écrite, radio, internet, bouche-à-oreille, littérature scientifique ou congrès
Contact avec une personne atteinte de TNC	Qualitative dichotomique	Oui/Non
Contexte du contact avec personne atteinte de TNC	Qualitative nominale	En famille, Hôpital, autres

3.2.6 Traitement et analyse des données

La saisie des données a été faite directement sous KoboCollect pendant la collecte des données de même que l'apurement des données. Les données ont été analysées

avec la version 15.1 de STATA. Les variables quantitatives ont été exprimées en moyenne avec l'écart-type lorsque la distribution était normale et par la médiane et son intervalle interquartile lorsque la distribution était asymétrique (appréciée au test de Shapiro-Wilk). Les variables qualitatives ont été exprimées en effectif et pourcentage. La comparaison des fréquences a été faite à l'aide du test de Chi2 ou du test exact de Fisher quand son utilisation était requise. Le test non-paramétrique de Kruskal-Wallis a été réalisé pour la comparaison de moyennes. Une p-value inférieur à 0,05 a été considérée comme statistiquement significative pour l'ensemble des tests

3.2.9 Considérations éthiques

- ✓ **Dispositions administratives**

Nous avons obtenu l'autorisation du Comité local d'Éthique pour la recherche biomédicale de l'université de Parakou (réf : 0412/CLERB-UP/P/SP/R/SA) ; ainsi que l'autorisation du Doyen de la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou et de la Directrice de l'Institut National Médico-Sanitaire (INMES) de l'Université d'Abomey- Calavi (UAC) pour la réalisation de l'étude dans des conditions adéquates.

- ✓ **Consentement pour participer à l'étude**

La participation à cette étude a été volontaire. Tous les étudiants recrutés étaient libres de refuser ou d'accepter de participer à l'étude. Pour participer à l'étude, l'étudiant devrait être présent le jour de la collecte des données et avoir donné son consentement écrit libre et éclairé, après avoir lu la notice d'information.

Par ailleurs, le déroulement de l'étude s'est fait dans un climat de confidentialité et le remplissage du questionnaire a été fait dans l'anonymat.

4. RESULTATS

4.1 Diagramme de flux de participants à l'étude

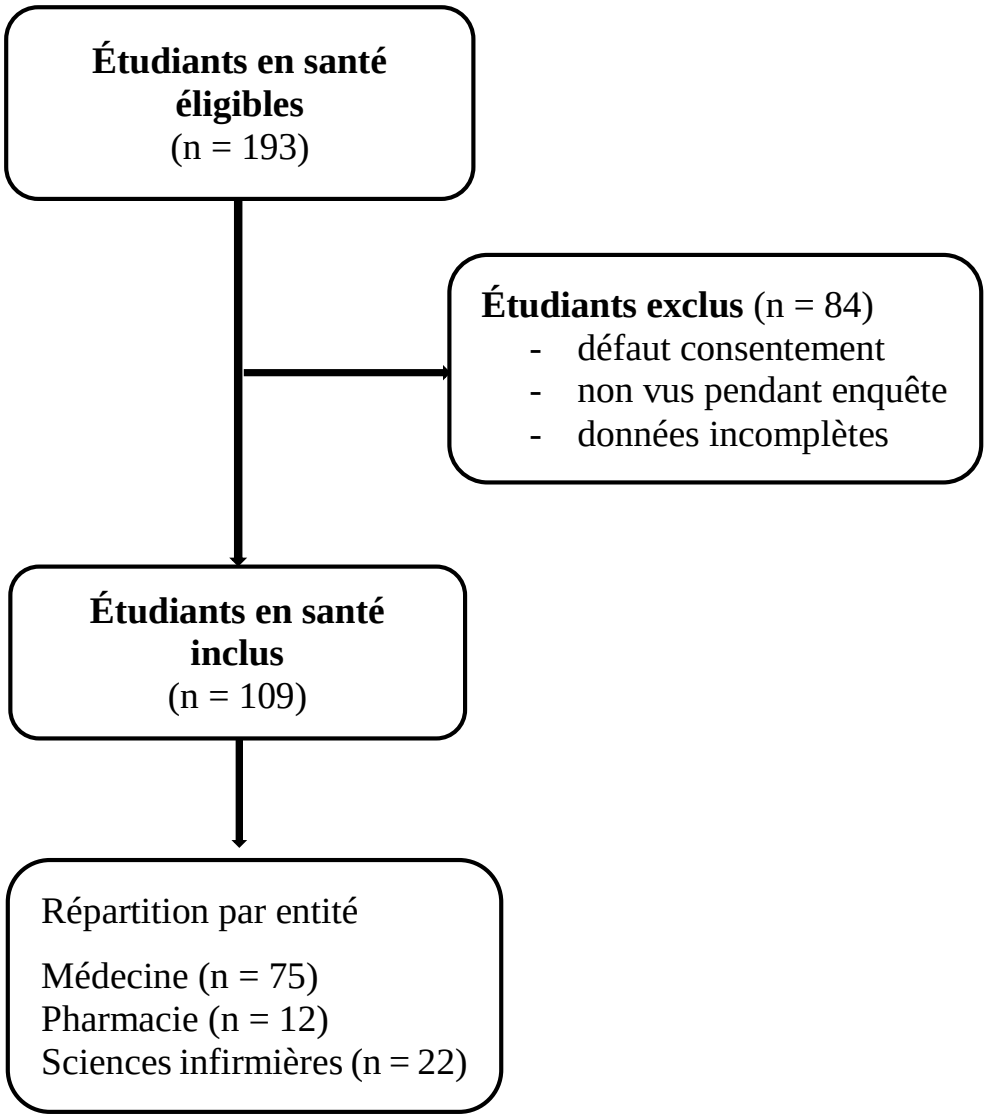


Figure 4 : Diagramme de flux de l'échantillonnage

Le taux de participation des étudiants en santé est de **56,48%**.

4.2 Description de la population d'étude

4.2.1 Caractéristiques sociodémographiques des étudiants enquêtés au Bénin en 2021

Le tableau VI montre la répartition des étudiants selon les caractéristiques sociodémographiques. Parmi les 109 étudiants enquêtés, 59 étaient de sexe masculin et 50 étaient de sexe féminin soit une sex-ratio de 1,18. L'âge moyen des étudiants était de 23,52 ans ± 2,28 ans avec des extrêmes de 18 ans et 30 ans. La tranche d'âge des moins de 25 ans était la plus représentée.

Les médecins étaient les plus représentés dans notre échantillon (68,81%) et plus de trois-quarts (79,82%) des sujets enquêtés provenaient de la faculté des sciences de la santé de Cotonou (UAC/FSS).

Tableau VI: Répartition selon les caractéristiques sociodémographiques des étudiants, Étude CAPSES Bénin 2021

	Effectif	**Pourcentage (%)**
Age (N=109)		
< 25	74	67,89
≥ 25	35	32,11
Entité (N=109)		
UAC /FSS	87	79,82
UAC/INMeS	22	20,18
Sexe (N=109)		
Féminin	50	45,87
Masculin	59	54,13
Spécialité (N=109)		
Infirmier	22	20,18
Médecine	75	68,81
Pharmacie	12	11,01

4.2.2 Répartition des étudiants selon leur niveau d'information sur les TNC

Plus de trois sujets sur quatre (77,98%) avaient affirmé avoir reçu une formation sur les troubles neurocognitifs dans leur cursus universitaire. Parmi ces derniers, 56,47% avaient reçu cet enseignement en 4ème année de leurs études. Cet enseignement avait duré plus de 3 heures de temps dans 41,18% des cas tandis que 35,29% des étudiants avaient déclaré que l'enseignement avait été dispensé en 2 heures de temps. Pour 78,82 % des enquêtés, le cours avait été dispensé de façon magistrale/théorique et dans 55,29% des cas, ce sont les psychiatres qui avaient dispensé ce cours.

Par ailleurs, la figure 5 montre la répartition des étudiants selon leur niveau d'information sur les TNC. La majorité des enquêtés (86,24%) avait affirmé être un peu informés sur les troubles neurocognitifs et 41,28% avaient affirmé avoir déjà vu une personne présentant des troubles neurocognitifs.

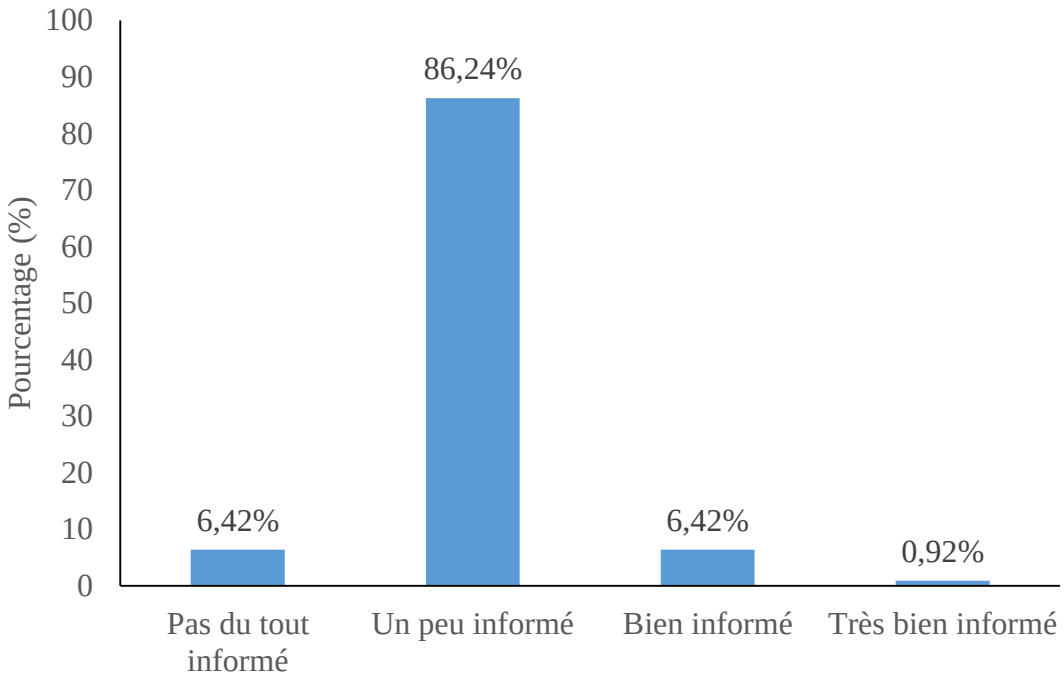


Figure 5: Répartition des étudiants en fonction de leur niveau d'information sur les TNC, Étude CAPSES Bénin 2021

4.2.3 Sources d'information des étudiants enquêtés sur les TNC

Les sources d'information les plus citées par les étudiants étaient l'internet (58,72%) et la littérature scientifique/congrès (52,29%). Ces informations sont résumées dans le tableau VII.

Tableau VII: Répartition des étudiants en fonction de leurs sources d'information, Étude CAPSES Bénin 2021

	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Moyen d'information (N=109)		
Médias	19	17,43
Internet	64	58,72
Bouche-à-oreille	20	18,35
Littérature scientifique ou congrès	57	52,29
Autre	13	11,93

4.3 Connaissances sur les TNC chez les étudiants enquêtés

4.3.1 Évaluation des connaissances des étudiants sur les troubles neurocognitifs

Plus de la moitié (58,72%) des sujets enquêtés avaient déclaré que les troubles neurocognitifs majeurs étaient définis comme une altération progressive de plusieurs fonctions cognitives et/ou comportementales qui n'entraînent pas de perte de l'autonomie dans la vie quotidienne. Par ailleurs, pour 88,07% des étudiants, l'âge était un facteur de risque de TNC majeurs et 78,90% des étudiants avaient déclaré qu'on ne peut pas guérir des TNC majeurs.

Le tableau VIII montre la répartition des étudiants en fonction de leur connaissance clinique sur les TNC. La majorité des étudiants avait cité les troubles mnésiques comme le symptôme le plus fréquent dans les TNC (94,50%). Plus de trois étudiants

sur quatre (77,06%) avaient déclaré que les troubles neurocognitifs majeurs étaient différents du vieillissement normal. Plus de quatre étudiants sur cinq (82,57%) ont attesté que les TNC surviennent chez les sujets âgés et quatre-vingt-douze pour cent des étudiants avaient déclaré que les TNC pouvaient être pris en charge par un accompagnement psychologique.

Tableau VIII: Répartition des étudiants en fonction de leur connaissance sur le plan clinique, Étude CAPSES Bénin 2021

	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Déficits présents dans les TNC N=109		
Troubles de la mémoire	103	94,50
Troubles du langage	78	71,56
Troubles de la conscience	58	53,21
Douleur	3	2,75
Perte de motivation	37	33,94
Agitation	28	25,69
Désorientation temporelle et spatiale	90	82,57
Difficultés de reconnaissance des visages	72	66,06
TNC ≠ vieillissement physiologique		
Vrai	84	77,06
Faux	6	5,50
Je ne sais pas	19	17,43
Age auquel les TNC peuvent survenir N=109		
Enfants	15	13,76
Adolescents	24	22,02
Adultes	48	44,04
Sujets âgés	90	82,57
Qui peut reporter les symptômes des TNC N=109		
Pharmaciens	45	41,28
Médecins	98	89,91
Infirmiers	61	55,56
Famille	94	86,24
Voisins	84	77,06
Patient lui-même	46	42,20
PEC proposée pour les TNC majeurs N=109		
Phytothérapie	16	14,68
Prière religieuse	2	1,83
Rituels	1	0,92
Accompagnement psychologique	101	92,66
Accompagnement social	87	79,82
Activités de réadaptation	66	60,55
Autre	1	0,92

4.3.2 Fréquence des TNC majeurs

Les informations relatives à la répartition des étudiants selon leur connaissance de la fréquence des troubles neurocognitifs sont illustrées par la figure 6. La majorité des étudiants avait cité la maladie d'Alzheimer comme la plus fréquente des TNC majeurs (66,06%).

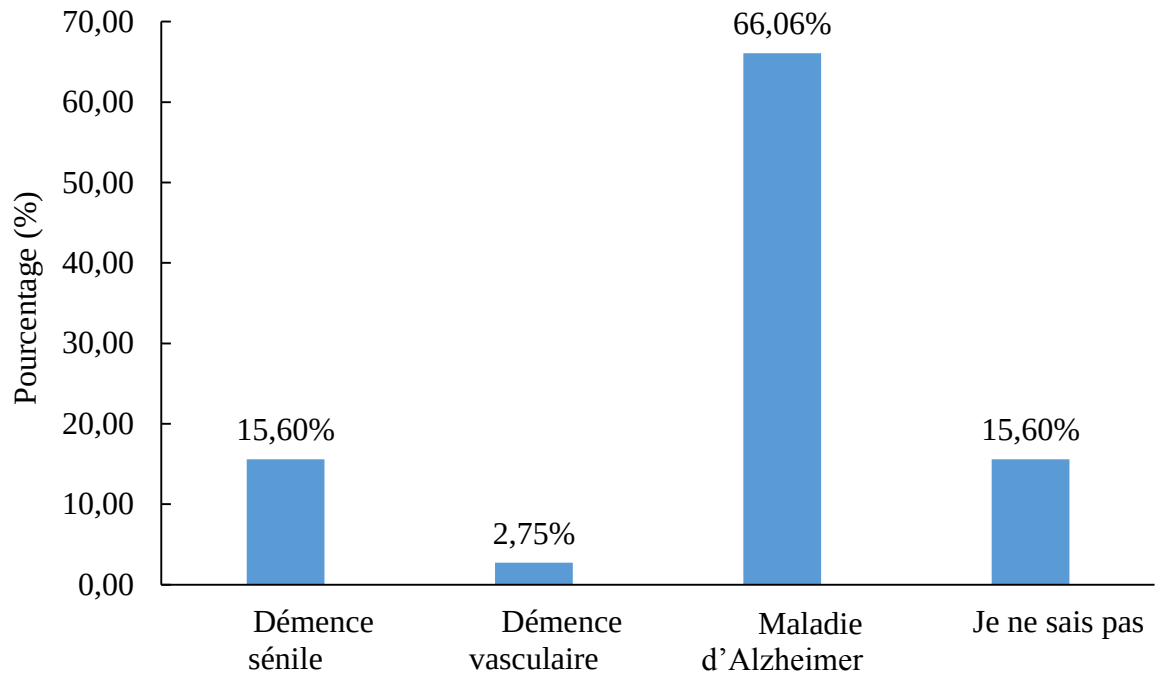


Figure 6 : Répartition des étudiants selon leur connaissance de la fréquence des TNC majeurs, Étude CAPSES Bénin 2021

4.3.3 Niveau de connaissance des étudiants enquêtés sur les TNC

Parmi les 109 étudiants enquêtés, 76 avaient un bon score de connaissance (Score > 3), soit une proportion de 69,72%. Le score moyen de connaissance des étudiants sur les TNC était de 3,91 ± 1,00.

Tableau IX: Score de connaissance chez les étudiants, Étude CAPSES Bénin 2021

	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Connaissance N=109		
Mauvaise	33	30,28
Bonne	76	69,72

4.4 Attitude des étudiants par rapport aux TNC

4.4.1 Évaluation des attitudes des étudiants envers les personnes atteintes de TNC

Le tableau X montre les attitudes des étudiants par rapport aux TNC. Plus de neuf étudiants sur dix considéraient que le fait de conduire une voiture présentait un risque élevé pour les personnes atteintes de TNC (92,66%) et qu'un suivi devrait être proposé aux personnes qui aident un proche atteint de TNC majeurs (91,74%). Aussi, 74,31% des étudiants enquêtés, considéraient que l'accès à certains lieux publics ne devrait pas être interdit aux personnes atteintes de TNC majeurs. Par ailleurs, 38,53% des étudiants enquêtés considéraient que la société avait une attitude tolérante envers les personnes atteintes de TNC majeurs.

Tableau X: Répartition des étudiants selon leur attitude, Étude CAPSES Bénin 2021

	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Les situations à risque pour une personne atteinte de TNC majeurs N=109		
Conduire une voiture	101	92,66
Prendre seul ses médicaments	84	77,06
Dépenser son argent	58	53,21
Cuisiner ses repas	60	55,05
Se promener seul	95	87,16
Regarder la television	8	7,34
Les risques de se marier avec un conjoint dont un parent souffre de TNC majeurs N=109		
Risque de transmission aux enfants	53	48,62
S'occuper du parent souffrant	63	57,80
Etre ensorcelé	0	0,00
Coût élevé	52	47,71
Une personne souffrant de TNC majeurs peut contribuer à la vie en société		
Oui	58	53,21
Une personne souffrant de TNC majeurs peut participer aux :		
Décisions familiales	34	31,19
Activités sportives	62	56,88
Activités culturelles	64	58,72
Fête	67	61,47
Décisions concernant sa santé	50	45,87
La famille peut souffrir de la situation engendrée par un TNC majeur chez un proche		
Oui	102	93,58
Un suivi est nécessaire aux personnes qui aident un proche atteint de TNC majeurs		
Oui	100	91,74
Lieux interdits aux personnes atteintes de TNC majeurs		
Cinéma	15	13,76
Marchés	25	22,94
Universités	19	17,43
Écoles	21	19,27
Stades	23	21,10
Les personnes souffrant de TNC majeurs pourraient bénéficier d'aides		
Oui	103	94,50
Il est préférable qu'une personne souffrant de TNC majeurs réside dans une structure spécialisée		
Conseillé	88	80,73

4.4.2 Niveau d'attitude des étudiants enquêtés sur les TNC

Parmi les 109 étudiants enquêtés, 69 avaient un bon score d'attitude (Score > 3), soit une proportion de 63,30%. Le score moyen d'attitude des étudiants sur les TNC était de 3,78 ± 0,96.

Tableau XI: Score des attitudes chez les étudiants, Étude CAPSES Bénin 2021

	Effectif (n)	**Pourcentage (%)**
Attitude N=109		
Mauvaise	40	36,70
Bonne	69	63,30

4.5 Pratiques des étudiants par rapport aux troubles neurocognitifs

4.5.1 Évaluation des pratiques des étudiants

Le tableau XII montre les pratiques des étudiants par rapport au diagnostic des TNC. Pour plus de neuf étudiants sur dix (95,41%), une consultation était nécessaire pour poser le diagnostic de la maladie d'Alzheimer.

Tableau XII: Répartition des sujets enquêtés selon les pratiques par rapport au diagnostic des TNC, Étude CAPSES Bénin 2021

	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Professionnels de santé capable de poser le diagnostic d'Alzheimer		
Neurologue	90	82,57
Gériatre	60	55,05
Psychiatre	80	73,39
Infirmière	9	8,26
Médecin généraliste	40	36,70
Médecin interniste	26	23,85
Agent communautaire	2	1,83
Tradipraticien	0	00,00
Facteurs de risque de TNC majeurs		
Fièvre	5	4,49
Hypertension artérielle	32	29,36
Neuro paludisme	37	33,94
Troubles psychiques	90	82,57
Epilepsie	69	63,30
Alcoolisme	52	47,71
Faible niveau d'instruction	5	4,59
Déficit nutritionnel	24	22,02
Médicaments pouvant provoquer les TNC		
Diazépam	29	26.61
Lopéramide	11	10.09
Atorvastatine	9	8,26
Carbamazépine	21	19,27
Fluindione	5	4,59
Halopéridol	32	29,36
Tramadol	15	13,76

Le tableau XIII montre les pratiques des étudiants en rapport avec la prise en charge des TNC. La majorité des étudiants (99,08%) enquêtés avait déclaré qu'un suivi régulier était préconisé chez les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer. En cas d'agitation, 86,24% des étudiants considéraient qu'il fallait rassurer le patient et le surveiller.

Tableau XIII: Répartition des sujets enquêtés selon les pratiques par rapport à la prise en charge des TNC, Étude CAPSES Bénin 2021

	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Spécialiste pouvant assurer un suivi régulier pour une personne atteinte de maladie d'Alzheimer		
Neurologue	89	81,65
Gériatre	63	57,80
Psychiatre	80	73,39
Infirmière	11	10,09
Médecin généraliste	21	19,27
Médecin interniste	14	12,84
Agent communautaire	3	2,75
Contenu d'un suivi régulier pour une personne atteinte de maladie d'Alzheimer		
Examen clinique	100	91,74
Bilan biologique	69	63,30
État nutritionnel	47	43,12
Qualité du sommeil	76	69,72
État psychologique	96	88,07
Ponction lombaire	6	5,50
Scanner/IRM	53	48,62
Tests cognitifs	88	80,73
Besoins habituels des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer		
D'être seules	6	5,50
D'être avec leurs proches	95	87,16
De repos	63	57,80
De se sentir utiles	69	63,30
D'un exercice physique régulier	39	35,78
D'un régime hyperprotéiné	13	11,93
D'une consommation régulière de vin	2	1,83
Conduite à tenir pendant une phase d'agitation		
Contrôler par la force	20	18,35
Injecter un traitement par voie intraveineuse	56	51,38
Renforts	60	55,05
Rassurer la personne	94	86,24
Surveiller la personne	87	79,82
Conséquences possibles sur l'état de santé des aidants d'une personne atteinte de maladie d'Alzheimer		
Troubles du sommeil	37	33,94
Anxiété	40	36,70
Pathologie cardiovasculaire	5	4,59
Pathologie hépatique	0	0,00
Dépression	27	24,77
Trouble cognitif	8	7,34
Troubles thyroïdiens	43	39,45

4.5.2 Niveau de pratique des étudiants enquêtés

Parmi les 109 étudiants enquêtés, 55 avaient un bon score de pratique (Score > 3), soit une proportion de 50,46%. Le score moyen de pratique des étudiants sur les TNC était de 3,40 ± 0,84.

Tableau XIV: Score des pratiques chez les étudiants, Étude CAPSES Bénin 2021

	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Pratique N=108		
Mauvaise	54	49,54
Bonne	55	50,46

4.6 Paramètre selon les spécialités des étudiants enquêtés

Le tableau XV montre la répartition des étudiants en médecine enquêtés selon les connaissances spécifiques à leur domaine sur les TNC. La majorité des étudiants en médecine enquêtés affirmait que le diagnostic des troubles neurocognitifs était clinique (78,67%). Aussi, dans 74,67% des cas, ils déclaraient qu'une personne atteinte de maladie d'Alzheimer au stade léger conservait une certaine autonomie.

Tableau XV: Répartition des sujets enquêtés selon la spécialité médecine, Étude CAPSES Bénin 2021

	Effectif	Pourcentage (%)
Une personne atteinte de maladie d'Alzheimer au stade léger conserve-t-elle une certaine autonomie ? (N=75)		
Oui	56	74,67
Non	19	25,33
Le diagnostic de troubles neurocognitifs est-il basé sur la clinique ? (N=75)		
Non	16	21,33
Oui	59	78,67
Y a-t-il un intérêt à réaliser un diagnostic étiologique de troubles neurocognitifs majeurs ? (N=75)		
Oui	60	80,00
Non	15	20,00
Existe-t-il des outils de repérage de la Maladie d'Alzheimer ? (N=75)		
Non	36	48,00
Oui	39	52,00
Existe-il des affections générales pouvant entraîner des troubles cognitifs ? (N=75)		
Oui	0	0,00
Non	75	100,00

Le tableau XVI montre la répartition des étudiants en pharmacie enquêtés selon les connaissances spécifiques à leur domaine sur les TNC. Les étudiants en pharmacie enquêtés affirmaient dans 83,33% des cas que la dépression était une comorbidité fréquemment associée à la maladie d'Alzheimer. Aussi, dix étudiants pharmaciens enquêtés sur douze (83,33%) pensaient qu'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer au stade léger gardait une certaine autonomie

Tableau XVI: Répartition des sujets enquêtés selon la spécialité pharmacienne, Étude CAPSES Bénin 2021

	Effectif	Pourcentage (%)
Les traitements médicamenteux utilisés pour la maladie d'Alzheimer sont-ils curatifs ? (N=12)		
Oui	11	91,67
Non	1	8,33
Les traitements médicamenteux sont obligatoires pour corriger les symptômes comportementaux des troubles neurocognitifs (N=12)		
Oui	2	16,67
Non	10	83,33
Une personne atteinte de maladie d'Alzheimer au stade léger garde-t-elle une certaine autonomie ? (N=12)		
Non	2	16,67
Oui	10	83,33
La délivrance des médicaments pour la maladie d'Alzheimer se fait-elle sous ordonnance ? (N=12)		
Oui	10	83,33
Non	2	16,67
La dépression est-elle une comorbidité fréquemment associée à la maladie d'Alzheimer ? (N=12)		
Non	2	16,67
Oui	10	83,33

Le tableau XVII montre la répartition des étudiants infirmiers selon les connaissances spécifiques à leur domaine sur les TNC. Les étudiants infirmiers enquêtés affirmaient dans 68,18% des cas que les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer risquaient de s'opposer aux soins. Pour tous les étudiants infirmiers enquêtés, la maladie évolue sur de nombreuses années. La majorité (81,82%) des étudiants infirmiers pensait qu'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer au stade léger gardait une certaine autonomie.

Tableau XVII: Répartition des sujets enquêtés selon la spécialité infirmière, Étude CAPSES Bénin 2021

	Effectif	Pourcentage (%)
Les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer souffrent rarement de dépression (N=22)		
Oui	19	86,36
Non	3	13,64
La personne atteinte de maladie d'Alzheimer risque-t-elle de s'opposer aux soins ? (N=22)		
Non	7	31,82
Oui	15	68,18
Une personne atteinte de maladie d'Alzheimer au stade léger garde-t-elle une certaine autonomie ? (N=22)		
Non	4	18,18
Oui	18	81,82
La maladie évolue sur de nombreuses années (N=22)		
Non	0	0,00
Oui	22	100
Un suivi régulier n'est pas nécessaire pour les aidants des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (N=22)		
Oui	15	68,18
Non	7	31,82

4.7 Scores CAP

4.7.1 Score global CAP

Le score global CAP moyen des étudiants enquêtés sur les TNC était de 14,27 ± 1,92. Le minimum était de 9 points et le maximum de 19 points sur 20. Parmi les étudiants enquêtés, 11,01% avaient obtenu un bon score CAP sur les TNC (figure 7).

Aucun étudiant n'a eu 20/20 points. Seulement 02 étudiants (1.83%) avaient eu une note inférieure à 10/20.

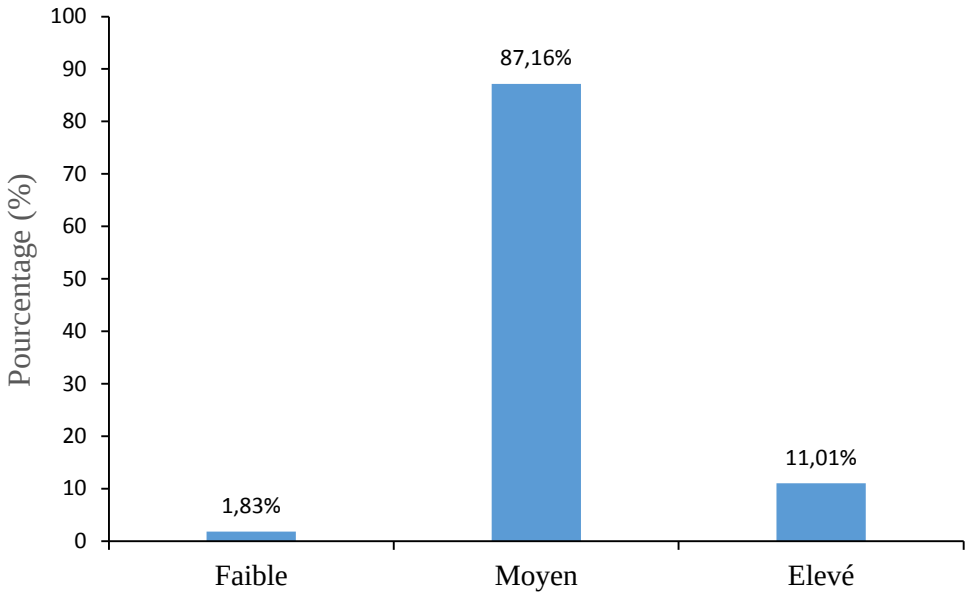


Figure 7: Répartition des sujets enquêtés selon le score global CAP, Étude CAPSES Bénin 2021

4.7.2 Répartition du score CAP en fonction des données sociodémographiques

Les étudiants en pharmacie avaient un score global CAP moyen significativement plus élevé par rapport aux étudiants en médecine qui eux aussi avaient un score global CAP moyen significativement plus élevé que ceux en sciences infirmières. Notre étude n'a pas pu mettre en évidence une différence significative de score global CAP moyen entre les variables telles que : l'âge, le sexe et l'entité. Ces informations sont résumées dans le tableau XVIII.

Tableau XVIII: Répartition du score global CAP en fonction des données sociodémographiques, Étude CAPSES Bénin 2021

	N	Score CAP Moyen/Faible	Score CAP Bon	p
		n (%)	n (%)	
Age (N=109)				
< 25	74	66 (89,19)	8 (10,81)	0,92
> 25	35	31 (88,57)	4 (11,43)	
Sexe (N=109)				
Féminin	50	44 (88,00)	6 (0,12)	0,76
Masculin	59	53 (89,83)	6 (10,17)	
Spécialité (N=109)				
Infirmier	22	19 (86,36)	3 (13,64)	
Médecine	75	69 (92,00)	4 (5,33)	0,001
Pharmacie	12	7 (58,33)	5 (41,67)	
Entité (N=109)				
UAC / FSS	87	78 (89,66)	9 (10,34)	0,659
UAC/INMES	22	19 (86,36)	3 (13,64)	

4.7.3 Répartition du score global CAP en fonction du niveau d'information des étudiants

Le tableau XIX montre la répartition du score global CAP en fonction du niveau d'information des étudiants enquêtés. Aucune différence statistiquement significative n'a été trouvée.

Tableau XIX: Répartition du score global CAP en fonction du niveau d'information des étudiants enquêtés, Étude CAPSES Bénin 2021

	N	Score CAP Moyen/Faible	Score CAP Bon	p
		n (%)	n (%)	
A quel point pensez-vous être informés sur les troubles neurocognitifs ? (N=109)				0,962
Bien informé	7	6	1	
Pas du tout	7	6	1	
Très bien informé	1	1	0	
Un peu	94	84	10	
Avez-vous déjà été en contact avec une personne présentant un trouble neurocognitif ? (N=109)				0,980
Non	64	57	7	
Oui	45	40	5	

4.7.4 Comparaison des scores CAP

Le tableau XX montre les différents scores moyens (scores moyens de connaissance, d'attitude et de pratique et score global CAP moyen) en fonction de chaque spécialité. Aucune différence statistiquement significative n'a été trouvée.

Tableau XX: Comparaison des scores moyens de connaissance, attitude et pratique selon chaque spécialité, Étude CAPSES Bénin 2021

	N	Connaissance		Attitude		Pratique		CAP Global	
		moyenne (SD)	**p**	**moyenne (SD)**	**p**	**moyenne (SD)**	**p**	**moyenne (SD)**	**p**
Spécialité									
Infirmier	22	3,45(1,22)		3,68(0,99)		3,45(0,86)		14,64(1,71)	
Médecine	75	4,01(0,92)	0,18	3,77(0,95)	0,65	3,37(0,85)	0,92	14,01(1,96)	0,11
Pharmacie	12	4,08(0,90)		4,00(0,95)		3,50(0,80)		15,17(1,80)	

5. DISCUSSION

La discussion des résultats de l'étude s'articulera autour des points suivants :

- l'atteinte des objectifs de l'étude,
- la qualité et la validité des résultats,
- les difficultés et limites de l'étude,
- la comparaison de nos résultats avec ceux de la littérature.

5.1 Atteinte des objectifs de l'étude

L'objectif principal de ce travail était d'évaluer les connaissances, attitudes et pratiques (CAP) des étudiants sur les troubles neurocognitifs à la sortie des études en santé au Bénin en 2021.

Au terme de notre étude, nous avons pu déterminer le niveau de connaissance des étudiants en fin de formation sur les troubles neurocognitifs, décrire leurs attitudes et apprécier leurs pratiques face à ces troubles. En effet, 69,72% des étudiants enquêtés avaient une bonne connaissance sur les troubles neurocognitifs. Cette étude a également révélé que 63,30% et 50,46% des étudiants enquêtés avaient respectivement une attitude correcte et une pratique conseillée face aux troubles neurocognitifs. Le score global CAP moyen (incluant à la fois les scores de connaissance, d'attitude et de pratique) des sujets enquêtés sur les troubles neurocognitifs était de 14,27 points ± 1,92. Parmi les sujets enquêtés, seulement 11,01% avaient obtenu un score global CAP élevé sur les troubles neurocognitifs.

Au regard des résultats obtenus, nous pouvons affirmer que tous les objectifs fixés ont été atteints.

5.2 Qualité et validité des résultats

Nous avons effectué une étude transversale. La méthode utilisée était en adéquation avec les objectifs spécifiques de l'étude.

Le recrutement était exhaustif et avait porté sur tous les étudiants en fin de formation issus de la FSS et de l'INMeS présents lors de la collecte. Ce type de recrutement pourrait occasionner des biais de sélection d'autant plus que les étudiants qui ont répondu aux questions étaient les plus intéressés par la recherche et les plus motivés. Pour pallier à cet état de chose nous avons sensibilisé, deux semaines au préalable, l'ensemble des étudiants en médecine, en pharmacie et en sciences infirmières sur l'importance de notre étude afin qu'ils aient tous le même niveau de motivation.

Le questionnaire étant auto-administré, il pourrait y avoir d'une part des biais d'information et d'autre part certains étudiants auraient pu avoir des problèmes de compréhension de certaines questions. Afin de réduire les biais d'information, le remplissage des questionnaires a été réalisé sous la supervision d'un sénior de Neurologie.

Un biais de contamination pourrait être relevé. Vu que cette recherche a été menée sur plusieurs semaines, il y avait une possibilité que les étudiants qui ont été soumis au questionnaire en premier, discutent des questions avec leurs collègues. Pour pallier à ce biais, nous avons enquêté par sous-groupes géographiquement distants les uns des autres.

Malgré ces écueils, les résultats de cette étude sont assez valides et présentent plusieurs forces. Il s'agit de la toute première étude CAP auprès des étudiants en santé sur les troubles neurocognitifs au Bénin et en Afrique de l'Ouest. Elle nous a permis de faire l'état des lieux sur cette problématique et permet d'avoir une idée précise et réelle de la situation permettant de définir des actions correctrices ciblées

pour améliorer la prise en charge des TNC dans un milieu avec une pénurie en neurologues.

5.3 Difficultés et limites de l'étude

Au cours de ce travail, nous avons fait face à l'indisponibilité de certains étudiants malgré les prises de rendez-vous. En effet, les étudiants en médecine ayant été enquêtés sur leurs lieux de stage avaient du mal à se rendre disponibles pour notre étude. Les étudiants en pharmacie étant tous en stage d'officine, étaient pour la plupart indisponibles. Lors de la collecte, nous avons également noté une réticence de certains étudiants qui trouvaient le questionnaire trop long ; d'autres étudiants avaient par contre des problèmes de connexion internet.

Par ailleurs, le nombre d'étudiants enquêtés nous paraît insuffisant, bien qu'il ait été question d'une enquête qualitative.

5.4 Comparaison des résultats avec ceux d'autres auteurs

Plusieurs études indiquent que le niveau de connaissance des étudiants sur les troubles neurocognitifs reste encore moyen. Les études sont en général plus centrées sur les professionnels de santé que sur les étudiants en sciences de la santé. Ces études portent sur de nombreuses cibles différentes avec des questionnaires différents ; ce qui rend parfois la comparaison difficile.

5.4.1 Caractéristiques sociodémographiques des étudiants

5.4.1.1 Age

L'âge moyen des étudiants enquêtés était de 23,52 ans ± 2,28 ans avec des extrêmes de 18 ans et 30 ans. La tranche d'âge des moins de 25 ans était la plus représentée. Ceci s'explique par la scolarisation à un âge de plus en plus jeune des enfants (entre

4 et 5 ans au Bénin) les conduisant très jeunes aux études universitaires. Ces résultats sont similaires à ceux de l'étude CAP réalisée auprès des étudiants en santé par **De Witt Jansen et al** [61] aux États-Unis en 2012 où l'âge moyen était de 23,9 ans. Aussi, dans une étude CAP réalisée en Chine en 2020 auprès des étudiants en soins infirmiers et en médecine, **Wang et al** [4] avaient trouvé un âge moyen plus bas que celui de notre étude, soit 19,9 ± 1,8. Ces résultats témoignent, de façon globale, de la jeunesse des professionnels de santé.

5.4.1.2 Sexe

Dans notre étude, le sex-ratio était en faveur des hommes soit 1,18.

Certaines études avaient trouvé un sex-ratio allant dans le même sens que le nôtre. **Jacinto et al** [58] dans une étude réalisée en 2016 auprès des étudiants en médecine en fin de formation avaient trouvé un sex-ratio de 1,01. **Musoke et al** [12], dans une étude réalisée dans les universités de premier cycle en Ouganda en 2020, notaient un sex-ratio à 1,30. La faible population de notre étude pourrait expliquer ce ratio en faveur des hommes.

Néanmoins, dans la plupart des études consultées, le sex-ratio était largement en faveur des femmes ; allant de 1,78 à 16,07 [4, 60, 61, 63, 64, 65]. Ceci était le cas dans l'étude réalisée en Chine par **Wang et al,** en 2020 [4], où le sex-ratio était de 2,91. Dans une étude réalisée au Gabon, par **Auditeau E et al** [65] en 2021, auprès des 75 étudiants en santé en fin de formation, le sex-ratio était de 1,78 en faveur des femmes soit 48 femmes (64%) et 27 hommes (36%). Ces résultats s'expliquent d'une part par le taux croissant de femmes qui entreprennent de long cursus universitaire et d'autre part par le fait qu'on retrouve beaucoup plus de femme dans les études de sciences infirmières.

5.4.1.3 Cursus et formation sur les TNC

Plus de trois-quarts des étudiants (77,98%) avaient reçu un enseignement sur les troubles neurocognitifs dans leur cursus universitaire. Ce taux qui devrait être de 100% pourrait tirer son explication du fait que certains curricula de formation n'incluent pas les TNC dans leur programme. Les cours étaient dispensés de façon magistrale (78,82%) et par un psychiatre dans 55,29% des cas. Plus de la moitié des étudiants (58,72%) n'avaient jamais vu une personne présentant des troubles neurocognitifs et 86,24% des étudiants affirmaient être un peu informé sur les TNC. En outre, la plupart des étudiants avait obtenu des informations sur les troubles neurocognitifs via l'internet (58,72%) et la littérature scientifique /congrès (52,29%).

Dans l'étude réalisée au Gabon en 2021, les étudiants avaient également reçu une formation sur les TNC (88%) et étaient peu informés sur les TNC dans 66,7% des cas. Contrairement aux étudiants de notre étude, 92% des étudiants enquêtés au Gabon connaissaient des personnes atteintes de troubles neurocognitifs.

Sunaryo et al (2020) [64] ont trouvé des résultats allant dans le même sens que les nôtres. En effet, dans leur étude, 65,6% des enquêtés n'avaient jamais été en contact avec des personnes atteintes de TNC et 61,1% des enquêtés avaient obtenu des informations sur les TNC via internet. Par contre **Shin et al (2015)** [66] avaient trouvé dans leur étude que la plupart des sujets enquêtés avaient obtenu des informations sur les TNC via des émissions et des enseignements universitaires. Ceci pourrait s'expliquer par la différence de nombre de sujets enquêtés et le lieu de l'enquête. Aussi, les étudiants de notre étude se jugeant peu informés sur les TNC faisaient probablement recours à internet pour une meilleure compréhension du sujet.

5.4.2 Connaissances sur les TNC

De cette étude, il ressort que le niveau de connaissances des étudiants en santé du Bénin sur les TNC est globalement bon alors que **Jacinto et al** [58] et **Sunaryo et al** [64] rapportaient respectivement que les étudiants en médecine en fin de formation et les étudiants en soins infirmiers avaient des connaissances insuffisantes. Cette différence s'expliquerait par le nombre plus important d'étudiants enquêtés et l'absence de formation pratique sur les TNC.

Bien que peu d'études aient été effectuées sur les CAP des étudiants en santé, les exemples ne manquent pas.

Dans une étude réalisée dans les universités de premier cycle en Ouganda en 2020, **Musoke et al** [12] avaient trouvé que 68% des étudiants avaient un bon score de connaissance face aux TNC contre 69,72% dans notre étude. Aussi, contrairement aux étudiants de notre étude, la majorité des étudiants pensait que les troubles neurocognitifs majeurs faisaient partie du vieillissement normal et que les troubles mnésiques arrivaient à toutes les personnes avec l'âge. Par ailleurs, 2,0% des étudiants pensaient que les TNC majeurs étaient une punition des dieux. Ceci s'expliquerait par le fait que cette étude impliquait plusieurs universités, donc des étudiants en santé et des étudiants d'autres filières.

Malgré un enseignement dûment reçu au cours des études universitaires, complété par un stage universitaire pour certains et pour d'autres encore par la découverte des notions sur les TNC via leurs propres recherches, les notions sur les TNC ne semblent pas totalement maîtrisées. Les déterminants pourraient tirer leurs sources dans le fait que la masse horaire consacrée à l'enseignement de la pathologie neurologique en général et aux TNC en particulier au cours du cursus soit insuffisante, à la qualité de l'enseignement : le cours magistral ne permettant pas toujours à l'apprenant de vite comprendre les notions complexes. Les étudiants en

santé en fin de formation, bien qu'ils aient reçu les cours théoriques, ne sont pas totalement outillés sur cette thématique, par manque de pratique quotidienne.

5.4.3 Attitudes relatives aux TNC

Globalement, les étudiants avaient une bonne attitude dans 63,30% des cas. Ces résultats sont similaires à ceux des études consultées [58, 60, 64]. Ainsi, **Scerri et Scerri** dans leur étude CAP réalisée auprès des étudiants maltais en soins infirmiers rapportaient que les étudiants avaient des attitudes positives face aux TNC [60]. Disposant des connaissances nécessaires sur les TNC, les étudiants sont plus à même d'avoir une approche correcte et convenable face aux patients atteints de TNC.

5.4.4 Pratiques relatives aux TNC

En ce qui concerne la pratique des étudiants face aux patients atteints de TNC, le niveau était bon dans 50,46% des cas.

Sunaryo et al [64] avaient déclaré que 49,40% des étudiants savaient qu'une hypertension artérielle étaient un facteur de risque de TNC majeurs contre 29,36% dans notre étude. En effet, au Bénin, le stage en neurologie n'est pas obligatoire pour tous les étudiants, ce qui fait que beaucoup d'étudiants peuvent n'avoir jamais fait un stage en neurologie pour avoir l'opportunité de mieux fixer les notions théoriques apprises. De même, les étudiants ne suivant pas les consultations neurologiques ambulatoires, ils rencontrent peu de cas de TNC en hospitalisation où ils effectuent tout leur stage. Par ailleurs, l'effectif de plus en plus pléthorique sur les lieux de stages des étudiants ne leur permet pas d'acquérir de bonnes pratiques durant leurs stages qui sont souvent de courte durée.

5.4.5 Niveau CAP global des étudiants

De façon générale, les étudiants avaient une bonne connaissance, attitude et pratique dans notre étude. Dans l'étude réalisée au Gabon en 2021, le score global CAP moyen était de 14,8 points ± 1,9 sur 20 [65] contre 14,27 points ± 1,92 dans notre étude. Cette étude a été réalisée chez des étudiants en santé avec une méthode d'enquête transversale comme la nôtre. Par ailleurs, parmi les 109 étudiants enquêtés, 87,16% avaient un niveau moyen de CAP global sur les troubles neurocognitifs. Ceci rend probablement compte de la moyenne assimilation des cours sur les TNC par la plupart des étudiants. La nécessité de mieux former ce maillon essentiel de la chaîne de prise en charge que constituent les étudiants (futurs professionnels de santé) se révèle comme étant la pierre angulaire pour améliorer le pronostic des patients atteints de TNC. Cela passera par un enseignement à la faculté plus insistant sur les notions clés et une augmentation de la masse horaire de l'enseignement avec un accent particulier sur les stages pratiques, la tenue régulière des enseignements postuniversitaires et si possible l'animation d'applications mobiles interactives entre étudiants, généralistes et neurologues (e-formations).

CONCLUSION ET SUGGESTIONS

Conclusion

Les troubles neurocognitifs représentent un véritable problème de santé publique de par leur fréquence dans la population. Ils altèrent la qualité de vie et représentent un handicap socio-économique important pour l'individu. Les objectifs visés en réalisant cette étude CAP des étudiants sur les troubles neurocognitifs à la fin des études en santé au Bénin ont été atteints. Le niveau de connaissances, d'attitudes et de pratiques des étudiants était généralement bon. Il ressort que le score global CAP était moyen. Il est donc nécessaire de poursuivre et d'améliorer les enseignements pour relever le niveau des étudiants en santé, futurs professionnels de santé, sur les troubles neurocognitifs en vue d'une meilleure prise en charge communautaire de cette pathologie. Le e-learning, les séances d'enseignement postuniversitaire sont autant de techniques qui aideraient à hausser le niveau des étudiants.

Suggestions

A l'endroit des autorités politico-administratives

- ✓ Mettre en place une politique de vulgarisation des troubles neurocognitifs ;
- ✓ Organiser des campagnes ou des séances d'information, d'éducation, de sensibilisation et de dépistage des troubles neurocognitifs chez la population ;
- ✓ Doter le programme national de lutte contre les maladies non transmissibles (PNLMNT) et le programme national de soins palliatifs des ressources nécessaires pour mener efficacement cette lutte contre les troubles neurocognitifs ;
- ✓ Œuvrer à la formation des étudiants sur les troubles neurocognitifs en offrant des bourses d'études de spécialisation.

A l'endroit des enseignants de la FSS et de l'INMES

- ✓ Allouer plus de volume horaire à la neurologie dans le programme de cours des étudiants ;
- ✓ Améliorer le contenu des chapitres sur les troubles neurocognitifs en insistant sur le diagnostic et la prise en charge globale ;
- ✓ Rendre obligatoire les stages dans les services de neurologie et de psychiatrie pour les étudiants en science de la santé et mettre à leur disposition des tutoriels de cas cliniques de personnes souffrant de troubles neurocognitifs ;
- ✓ Organiser des programmes de formation médicale continue régulière en lien avec les troubles cognitifs.

A l'endroit des étudiants en santé et du personnel médical

- ✓ Compléter les informations reçues en cours par des travaux de recherche personnelle sur des plates-formes électroniques ;
- ✓ Organiser des séances d'échanges avec les patients afin de les informer sur les troubles neurocognitifs, de discuter de leurs appréhensions sur ces troubles et d'acquérir de l'expérience en ce qui concerne cette pathologie ;
- ✓ Initier des séances de psychothérapie de soutien afin de mieux accompagner les patients et leurs aidants dans la vie quotidienne ;
- ✓ Contribuer à déstigmatiser les troubles neurocognitifs dans le monde.

REFERENCES

1. Organisation mondiale de la Santé. Investir dans la santé mentale. [En ligne]. Organisation mondiale de la santé, Genève. 2004. disponible sur : http://www.who.int/mental_health.

2. Prince M, Guerchet M, Ali G-C, Wu Y-T, and Prina M. World Alzheimer Report 2015, The Global Impact of Dementia: An analysis of prevalence, incidence, cost and trends. [Online]. Alzheimer's Disease International, London. August 2015. 87. available on: https://www.alzint.org/u/WorldAlzheimerReport2015.pdf.

3. World Health Organization. Dementia. [Online]. World Health Organization. available on: http://who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia (accessed 21 August 2021).

4. Wang yao, Lily Dongxia Xiao, Rong Huang. A comparative study of dementia knowledge, attitudes and care approach among Chinese nursing and medical students. BMC Medical Education. Epub ahead of print 16 November 2020. DOI: 10.1186/s12909-020-02365-1.

5. Prince M, Comas-Herrera A, Knapp M, Guerchet M, Karagiannidou M. World Alzheimer Report 2016 - Improving healthcare for people living with dementia: Coverage, quality and costs now and in the future. [Online]. Alzheimer's Disease International, London. September 2016. 140. available on: https://www.alzint.org/u/WorldAlzheimerReport2016.pdf.

6. Michalowsky B, Xie F, Eichler T, Hertel J, Kaczynski A, Kilimann I et al. Cost-effectiveness of a collaborative dementia care management-Results of a cluster-randomized controlled trial. Alzheimer’s & Dementia 2019; 15: 1296–1308.

7. Cartwright J, Franklin D, Forman D, Freegard H. Promoting collaborative dementia care via online interprofessional education: Dementia care and interprofessional education. Australasian Journal on Ageing 2015; 34: 88–94.

8. MacDonald S, Grand, Caspar. Clinical features and multidisciplinary approaches to dementia care. JMDH 2011; 125.

9. Collier E, Knifton C, Surr C. Dementia education in Higher Education Institutions. Nurse Education Today 2015; 35: 731–732.

10. Downs M, Capstick A, Baldwin PC, Surr C, Bruce E. The role of higher education in transforming the quality of dementia care: dementia studies at the University of Bradford. Int Psychogeriatr 2009; 21: S3–S15.

11. Hvalič-Touzery S, Skela-Savič B, Macrae R, Jack-waugh A, Tolson D, Hellström A et al. The provision of accredited higher education on dementia in six European countries: An exploratory study. Nurse Education Today 2018; 60: 161–169.

12. Musoke P, Olum R, Kembabazi S, Nantaayi B, Bongomin F, Kaddumukasa M. Assessment of the Knowledge and Attitude Towards Dementia Among Undergraduate University Students in Uganda. AMEP 2021; 12: 635–646.

13. Huang H-L, Shyu Y-IL, Huang H-L, Chen S-T, Li H-J, Shiu M-N et al. Factors associated with dementia care practices among community health nurses: Results of a postal survey. International Journal of Nursing Studies 2013; 50: 1219–1228.

14. Wang Y, Xiao LD, Ullah S, He G-P, De Bellis A. Evaluation of a nurse-led dementia education and knowledge translation programme in primary care: A cluster randomized controlled trial. Nurse Education Today 2017; 49: 1–7.

15. Lian Y, Xiao LD, Zeng F, Wu X, Wang Z, Ren H et al. The Experiences of People with Dementia and Their Caregivers in Dementia Diagnosis. JAD 2017; 59: 1203–1211.

16. World Health Organization. Global action plan on the public health response to dementia 2017–2025. Geneva: World Health Organization, https://apps.who.int/iris/handle/10665/259615 (2017, accessed 22 August 2021).

17. Lin P-C, Hsieh M-H, Lin L-C. Hospital Nurse Knowledge of and Approach to Dementia Care. Journal of Nursing Research 2012; 20: 197–207.

18. Surr CA, Smith SJ, Crossland J, Robins J. Impact of a person-centred dementia care training programme on hospital staff attitudes, role efficacy and perceptions of caring for people with dementia: A repeated measures study. International Journal of Nursing Studies 2016; 53: 144–151.

19. Bryans M, Keady J, Turner S, Wilcock J, Downs M, Iliffe S. An exploratory survey into primary care nurses and dementia care. British Journal of Nursing 2003; 12: 1029–1037.

20. Eichler T, Thyrian JR, Hertel J, Köhler L, Wucherer D, Dreier A et al. Rates of Formal Diagnosis in People Screened Positive for Dementia in Primary Care: Results of the DelpHi-Trial. JAD 2014; 42: 451–458.

21. Yokomizo JE, Simon SS, de Campos Bottino CM. Cognitive screening for dementia in primary care: a systematic review. Int Psychogeriatr 2014; 26: 1783–1804.

22. Kim H, Chang M, Rose K, Kim S. Predictors of caregiver burden in caregivers of individuals with dementia: Predictors of caregiver burden. Journal of Advanced Nursing 2012; 68: 846–855.

23. Spector A, Orrell M, Schepers A, Shanahan N.A systematic review of 'knowledge of dementia' outcome measures. Ageing Research Reviews 2012; 11: 67–77.

24. Ahmad S, Orrell M, Iliffe S, Gracie A. GPs' attitudes, awareness, and practice regarding early diagnosis of dementia. Br J Gen Pract 2010; 60: e360–e365.

25. Tsaroucha A, Benbow SM, Kingston P, Mesurier N. Dementia skills for all: A core competency framework for the workforce in the United Kingdom. Dementia 2013; 12: 29–44.

26. Collège des Enseignants de Neurologie. Sémiologie des fonctions cognitives. [En ligne] Collège des Enseignants de Neurologie, 2016. Disponible sur: https://www.cen-neurologie.fr/fr/premier-cycle/s%C3%A9miologie-analytique/syndrome-myogene-myopathique/syndrome-myogene-myopathique-4 (accessed 18 October 2021).

27. Guerchet M. Démences en Afrique Subsaharienne : outils, prévalence et facteurs de risque. Thèse Med. Faculté de Médecine de Limoges, 2010, N°57, 286p.

28. American Psychiatric Association et American Psychiatric Association - 2013 - Diagnostic and statistical manual of mental disord.pdf.

29. Haute Autorité de Santé. Troubles_cognitifs_et_trouble_neurocognitifs. [En ligne] Haute Autorité de Santé, 2018. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-05/fiche_1_troubles_cognitifs_et_trouble_neurocognitifs.pdf (consulté le 18 Octobre 2021).

30. Samba HA-C. Épidémiologie des démences en Afrique centrale : Mortalité et incidence en population congolaise. Thèse 2016.170.

31. Petersen RC. Mild cognitive impairment as a diagnostic entity. J Intern Med 2004; 256: 183–194.

32. Essi MJ, Njoya O. L'enquête CAP (Connaissances, Attitudes, Pratiques) en Recherche médicale. Enq CAP En Rech Médicale. Juin 2013; 14(2).

33. Prince M, Jackson J. World Alzheimer Report 2009, The global prevalence of dementia. [Online]. Alzheimer's Disease International, London. September 2009. 96. available on: https://www.alzint.org/u/WorldAlzheimerReport-Francais.pdf (accessed 28 August 2021).

34. Prince M. Epidemiology of dementia. Psychiatry 2007; 6: 488–490.

35. Launer L.J. Rates and risk factors for dementia and Alzheimers disease: results from EURODERM Incidence Research Group anf Work Groups. European Studies of Dementia.Neurolpgy. 1999

36. Hendrie HC, Ogunniyi A, Hall KS, Baiyewu O, Unverzagt F, Gureje O et al. Incidence of Dementia and Alzheimer Disease in 2 Communities: Yoruba Residing in Ibadan, Nigeria, and African Americans Residing in Indianapolis, Indiana. JAMA 2001; 285: 739.

37. Nitrini R, Caramelli P, Herrera Jr E, Bahia V.S, Caixeta L. F, Radanovic M, et al. Incidence of Dementia in a Community-Dwelling Brazilian Population. Alzheimer Dis Assoc Disord 2004; 18: 241-246.

38. El Tallawy HN, Farghly WMA, Shehata GA, Rageh T. A, Hakeem N. A, Abo-Elfetoh N et al. Prevalence of Dementia in Al Kharga District, New Valley Governorate, Egypt. Neuroepidemiology 2012; 38: 130–137.

39. van Gelder BM, Tijhuis M, Kalmijn S, Giampaoli S, Nissinen A, Kromhout D. Marital Status and Living Situation During a 5-Year Period Are

Associated with a Subsequent 10-Year Cognitive Decline in Older Men: The FINE Study. The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences 2006; 61: P213–P219.

40. Graff-Radford NR, Green RC, Go RCP, Hutton M. L, Edeki T, Bachman D et al. Association Between Apolipoprotein E Genotype and Alzheimer Disease in African American Subjects. Arch Neurol 2002; 59: 594

41. Touré K, Coumé M, Ndiaye/ ndongo N, Thiam Mamadou M, Zunzunegi M, Bacher T, et al. Facteurs de risque de démence dans une population de personnes âgées sénégalaises. African Journal of Neurological Sciences; 28. Epub ahead of print 3 June 2010. DOI: 10.4314/ajns.v28i1.55126..

42. Larson EB, Wang L, Bowen JD, McCormick WC, Teri L, Crane P et al. Exercise Is Associated with Reduced Risk for Incident Dementia among Persons 65 Years of Age and Older. 10.

43. Sindi S, Mangialasche F, Kivipelto M. Advances in the prevention of Alzheimer's Disease. F1000Prime Rep; 7. Epub ahead of print 12 May 2015. DOI : 10.12703/P7-50.

44. Gabelle A, Touchon J, Lehmann S. Les biomarqueurs du LCR et du plasma : utilisation diagnostique et pronostique dans la maladie d'Alzheimer et les syndromes apparentés. Pratique Neurologique - FMC 2013 ; 4: 65–72.

45. Cummings JL, Dubois B, Molinuevo JL, Scheltens P. International Work Group Criteria for the Diagnosis of Alzheimer Disease. Medical Clinics of North America 2013; 97: 363–368.

46. Masellis M, Sherborn K, Neto P, Sadovnick D. A, Hsiung G-Y R, Black S. E, et al. Early-onset dementias: diagnostic and etiological considerations. Alzheimers Res Ther 2013; 5: S7.

47. Glosser G, Wolfe N, Albert ML, Lavine L, Steele JC, Calne DB, et al. Cross-Cultural Cognitive Examination: Validation of a Dementia Screening Instrument for Neuroepidemiological Research. Journal of the American Geriatrics Society 1993; 41: 931–939.

48. Hall KS, Hendrie HC, Brittain HM, Norton JA, Rodgers DD, Prince CS, et al. The development of a dementia screening interview in two distinct languages. Int J Meth Psychiatr Res. 1993; 3:1–28.

49. Prince MJ, de Rodriguez JL, Noriega L, Lopez A, Acosta D, Albanese E et al. The 10/66 Dementia Research Group's fully operationalised DSM-IV dementia computerized diagnostic algorithm, compared with the 10/66 dementia algorithm and a clinician diagnosis: a population validation study. BMC Public Health 2008; 8: 219.

50. Rodriguez JJL, Ferri CP, Acosta D, Guerra M, Huang Y, Jacob K et al. Prevalence of dementia in Latin America, India, and China: a population-based cross-sectional survey. The Lancet 2008; 372: 464–474.

51. Haute Autorité de Santé. Place des médicaments du traitement symptomatique de la maladie d'Alzheimer. [En ligne]. Haute Autorité de Santé, Mars 2012. available on: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-03/questions_alzheimer_fiche_bum_mars_2012.pdf

52. Lin P-C, Hsieh M-H, Chen M-C, Yang Y-M, Lin L-C. Knowledge gap regarding dementia care among nurses in Taiwanese acute care hospitals: A cross-sectional study: Dementia care knowledge gap. Geriatr Gerontol Int 2018; 18: 276–285.

53. Carpenter BD, Balsis S, Otilingam PG, Hanson PK, Gatz M. The Alzheimer's Disease Knowledge Scale: Development and Psychometric Properties. The Gerontologist 2009; 49: 236–247.

54. Carpenter BD, Zoller SM, Balsis S, Otilingam PG, Gatz M. Demographic and Contextual Factors Related to Knowledge About Alzheimer's Disease. Am J Alzheimers Dis Other Demen 2011; 26: 121–126.

55. Pathak KP, Montgomery A. General practitioners' knowledge, practices, and obstacles in the diagnosis and management of dementia. Aging & Mental Health 2015; 19: 912–920.

56. Lee J, Hui E, Kng C, Auyeung TW. Attitudes of long-term care staff toward dementia and their related factors. Int Psychogeriatr 2013; 25: 140–147.

57. Wang J, Xiao LD, Li X. Health professionals' perceptions of developing dementia services in primary care settings in China: a qualitative study. Aging & Mental Health 2019; 23: 447–454.

58. Jacinto AF, Boas PJFV, Mayoral VF de S, Citero V de A. Knowledge and attitudes towards dementia in a sample of medical residents from a university-hospital in São Paulo, Brazil. Dement neuropsychol 2016; 10: 37–41.

59. Fessey V. Patients who present with dementia: exploring the knowledge of hospital nurses. Nursing Older People 2007; 19: 29–33.

60. Scerri A, Scerri C. Nursing students' knowledge and attitudes towards dementia — A questionnaire survey. Nurse Education Today 2013; 33: 962–968.

61. De Witt Jansen B, Weckmann M, Nguyen CM, Parsons C, Hughes CM. A cross-national cross-sectional survey of the attitudes and perceived competence of final-year medicine, nursing and pharmacy students in relation to end-of-life care in dementia. Palliat Med 2013; 27: 847–854.

62. Jacinto AF, Citero V de A, Lima Neto JL de, Boas PJF, Valle AP, Leite AG. Knowledge and attitudes towards dementia among final-year medical students in Brazil. Rev Assoc Med Bras 2017; 63: 366–370.

63. Kim, Sookhee, Ahn, Ok-Hee, Park, Dahye. Nursing Students and Social Welfare Students' Knowledge and Attitudes toward Dementia. Journal of the Korea Convergence Society [Online]. 2015 Jun 30;6(3):111–7. Available from: https://doi.org/10.15207/JKCS.2015.6.3.111.

64. Sunaryo SR 'Aisy, Saifullah AD, Mulyani S. Knowledge and attitudes toward people with dementia among nursing students in Yogyakarta, Indonesie. Belitung Nurs J 2020; 6: 196–202.

65. Auditeau E, Ibinga E, Boumédiène F, Vergonjeanne M. Connaissances, attitudes et pratiques concernant les troubles psychiques, les troubles neurocognotifs et l'épilepsie à la sortie des études en santé. Revue neurologie Avril 2021; 177:S14. DOI: 10.1016/j.neurol.2021.02.107.

66. Shin JH, Seo HJ, Kim KH, Kim K-H, Lee Y Knowledge about dementia in South Korean nursing students: a cross-sectional survey. BMC nursing 2015 DOI: 10.1186/s12912-015-0116-4.

ANNEXES

ANNEXE 1: QUESTIONNAIRE CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES A LA SORTIE DES ETUDES EN SANTE (CAPSES) : *TROUBLES NEUROCOGNITIFS*

Date : …….

CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

SD1. Pays……

SD2. Ville.....

SD3. Université.....

SD4. Age (années).....

SD5. Sexe □ Masculin □ Féminin

SD6. Cursus □ Médecine □ Pharmacie □Infirmier

SD7. Avez-vous reçu une formation sur les troubles neurocognitifs (anciennement démences) durant vos études ? □ Oui □ Non □ Je ne sais pas	*__SD7a.__ En quelle(s) année(s) avez-vous reçu cette formation ? (réponses multiples)	□ 1re année □ 5e année □ 2e année □ 6e année □ 3e année □ 7e année □ 4e année □ Autre.....
	*__SD7b__. Combien d'heures de cours sur les troubles neurocognitifs avez-vous eu dans votre cursus ? (réponse unique)	□ 1 heure □ Plus de 3 heures □ 2 heures □ Je ne sais pas □ 3 heures
	*__SD7c__. Comment cet enseignement a-t-il été dispensé ? (réponse multiples)	□ Cours magistraux/théoriques □ Stages (formation pratique) □ Autre……..
	*__SD7d.__ Quel était la spécialité de l'enseignant ? (réponses multiples)	□ Neurologue □ Médecin généraliste □ Interniste □ Psychiatre □ Infirmière □ Autre..... □ Je ne sais pas
SD8. A quel point pensez-vous être informés sur les troubles neurocognitifs ? □ Pas du tout □ Un peu □ Bien informé □ Très bien informé	*__SD8a.__ Par quels biais êtes-vous informés ? (réponses multiples) □ Médias □ Bouche-à-oreille □ Presse écrite □ Littérature scientifique ou congrès □ Radio □ Interne □ Autre……..	
SD9. Avez-vous déjà été en contact avec une personne présentant un trouble neurocognitif ?	*__SD9a__. Dans quel contexte avez-vous été en contact avec une personne un trouble neurocognitif ? (réponses multiples) □ En famille □ Hôpital □ Autre…….	

□ Oui □ Non	

I. CONNAISSANCES

C1. Les troubles neurocognitifs majeurs sont définis comme une altération progressive de plusieurs fonctions cognitives et/ou comportementales qui n'entrainent pas de perte de l'autonomie dans la vie quotidienne. □ Vrai ■ Faux	**C1.a.** Quels déficits peuvent être présents dans un trouble neurocognitif majeur? (réponses multiples)	■ Troubles de la mémoire ■ Troubles du langage □ Troubles de la conscience □ Douleur ■ Perte de motivation ■ Agitation ■ Désorientation temporelle et spatiale ■ Difficultés de reconnaissance des visages □ Autre.....
	C1.b. Les troubles neurocognitifs majeurs sont différents du vieillissement physiologique. (réponse unique)	■ Vrai □ Faux □ Je ne sais pas
C2. L'âge est un facteur de risque de troubles neurocognitifs majeurs. ■ Vrai □ Faux	**C2.a.** A quel âge un trouble neurocognitif majeur peut-il survenir ? (réponses multiples)	□ Enfants □ Adolescents ■ Adultes ■ Sujets âgés □ Autre.....
	C2.b. Quelle est la maladie la plus fréquente parmi les troubles neurocognitifs majeurs? (réponse unique)	□ Démence à corps de Lewy ■ Maladie d'Alzheimer □ Démence vasculaire □ Démence fronto-temporale □ Démence sénile □ Je ne sais pas
C3. La maladie d'Alzheimer est-elle contagieuse ? □ Oui ■ Non	*C3.a. En cas de contagiosité, quelles sont les voies de contamination ? (réponses multiples)	□ Contamination du sang □ Contact avec la peau □ Contact avec la salive □ Contact avec l'urine □ Autre.....
C4. Peut-on guérir des troubles neurocognitifs majeurs ? □ Oui ■ Non	**C4.a.** Comment peut-on traiter les personnes atteintes de troubles neurocognitifs majeurs ? (réponse unique)	■ Approche biomédicale □ Médecine alternative / traditionnelle □ Combinaison des deux approches □ Il est inutile de les traiter □ Je ne sais pas
	C4.b. Quelle prise en charge peut-on proposer pour les troubles neurocognitifs majeurs ? (réponses multiples)	□ Traitement par les plantes □ Prière religieuse □ Rituels ■ Accompagnement psychologique ■ Accompagnement social ■ Activités de réadaptation □ Autre.....
C5. La personne atteinte de maladie d'Alzheimer peut-elle ignorer qu'elle est malade ? ■ Oui □ Non	**C5.a.** Les symptômes de la maladie d'Alzheimer peuvent être rapportés par : (réponses multiples)	■ Pharmaciens ■ Médecins ■ Infirmiers ■ Famille ■ Voisins ■ Patient lui-même □ Autre.....

II. ATTITUDES

A1. Doit-on informer une personne atteinte de troubles neurocognitifs majeurs de sa maladie ? ■ Oui □ Non	**A1.a.** Quelles situations peuvent être à risque pour une personne atteinte de troubles neurocognitifs majeurs ? (réponses multiples)	■ Conduire une voiture ■ Prendre seul ses médicaments ■ Dépenser son argent ■ Cuisiner ses repas ■ Se promener seul □ Regarder la télévision □ Autre.....
	A1.b. Quels sont les risques de se marier avec un conjoint dont un parent souffre de troubles neurocognitifs majeurs ? (réponses multiples)	□ Risque de transmission aux enfants ■ S'occuper du parent souffrant □ Être ensorcelé ■ Coût élevé □ Autre.....
A2. Considéreriez-vous qu'une personne souffrant de troubles neurocognitifs majeurs puisse contribuer à la vie en société ? ■ Oui □ Non	**A2.a.** Une personne souffrant de troubles neurocognitifs majeurs peut participer aux : (réponses multiples)	■ Décisions familiales ■ Activités sportives ■ Activités culturelles ■ Fêtes ■ Décisions concernant sa santé □ Autre.....
A3. Considéreriez-vous que la famille puisse jouer un rôle dans la prise en charge des personnes souffrant de troubles neurocognitifs majeurs ? ■ Oui □ Non	**A3.a.** La famille peut-elle souffrir de la situation engendrée par un trouble neurocognitif majeur chez un proche ? (réponse unique)	■ Oui □ Non □ Je ne sais pas
	A3.b Un suivi est-il nécessaire aux personnes qui aident un proche atteint de troubles neurocognitifs majeurs ? (réponse unique)	■ Oui □ Non □ Je ne sais pas
A4. Considéreriez-vous que les lieux publics doivent être interdits aux personnes atteintes de troubles neurocognitifs majeurs ? □ Oui ■ Non	*A4.a Quels lieux devraient être interdits aux personnes atteintes de troubles neurocognitifs majeurs ? (réponses multiples)	□ Cinéma □ Marchés □ Universités □ Ecoles □ Stades □ Autre.....
A5. Considéreriez-vous que la société a une attitude tolérante envers les personnes atteintes de troubles neurocognitifs majeurs ? ■ Oui □ Non	**A5.a.** Les personnes souffrant de troubles neurocognitifs majeurs pourraient bénéficier d'aides. (réponse unique)	■ Oui □ Non □ Je ne sais pas
	A5.b. Une personne souffrant de troubles neurocognitifs majeurs devrait résider dans une structure spécialisée. (réponse unique)	□ Oui ■ Non □ Je ne sais pas

III. PRATIQUES

P1. Une consultation est-elle nécessaire pour poser le diagnostic de maladie d'Alzheimer ? ■ Oui □ Non	*P1.a. Quels professionnels de santé sont capables de poser le diagnostic de la maladie d'Alzheimer ? (réponses multiples)	■ Neurologue ■ Gériatre ■ Psychiatre □ Infirmier(e) ■ Médecin généraliste ■ Médecin interniste □ Agent communautaire □ Tradipraticien □ Autre.....
	P1.b. Identifiez des facteurs de risque de troubles neurocognitifs majeurs. (réponses multiples)	□ Fièvre ■ Hypertension artérielle □ Neuropaludisme □ Troubles psychiques □ Epilepsie ■ Alcoolisme ■ Faible niveau d'instruction ■ Déficit nutritionnel □ Autre.....
P2. Certains médicaments ne sont pas recommandés en cas de troubles neurocognitifs majeurs. ■ Vrai □ Faux	*P2.a. Quels médicaments peuvent provoquer des troubles cognitifs ? (réponses multiples)	■ Diazépam □ Lopéramide □ Atorvastatine ■ Carbamazépine □ Fluindione ■ Halopéridol ■ Tramadol □ Autre.....
P3. Un suivi régulier est-il préconisé chez une personne atteinte de maladie d'Alzheimer ? ■ Oui □ Non	*P3.a. Qui peut assurer un suivi régulier pour une personne atteinte de maladie d'Alzheimer ? (réponses multiples)	■ Neurologue ■ Gériatre ■ Psychiatre ■ Infirmier(e) ■ Médecin généraliste ■ Médecin interniste ■ Agents communautaires □ Tradipraticiens □ Autre.....
	*P3.b. Quel est le contenu d'un suivi régulier pour une personne atteinte de maladie d'Alzheimer ? (réponses multiples)	■ Examen clinique □ Bilan biologique ■ Poids / Etat nutritionnel ■ Qualité du sommeil ■ Etat psychologique □ Ponction lombaire □ Scanner cérébral/IRM ■ Tests cognitifs □ Autre.....
P4. L'apparition de troubles psycho-comportementaux à type d'agitation et d'agressivité chez une personne atteinte de maladie d'Alzheimer majeur est inévitable. □ Vrai ■ Faux	P4.a. De quoi les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ont-elles habituellement besoin ? (réponses multiples)	□ D'être seules ■ D'être avec leurs proches □ De repos ■ De se sentir utiles ■ D'un exercice physique régulier □ D'un régime hyperprotéiné □ D'une consommation régulière d'alcool □ Autre.....

	P4.b. Quelle est la conduite à tenir pendant une phase d'agitation ? (réponses multiples)	▫ Contrôler la personne par la force ▫ Injecter un traitement par voie intraveineuse ■ Demander de l'aide / renforts ■ Rassurer la personne ■ Surveiller la personne ▫ Autre.....
P5. L'aidant familial d'une personne atteinte de maladie d'Alzheimer est exposé à des conséquences sur son état de santé. ■ Oui ▫ Non	*__P5.a.__ Quelles peuvent être les conséquences possibles sur l'état de santé des aidants d'une personne atteinte de maladie d'Alzheimer ? (réponses multiples)	■ Troubles du sommeil ■ Anxiété ■ Pathologie cardiovasculaire ▫ Pathologies hépatiques ■ Dépression ▫ Trouble neurocognitif ▫ Troubles thyroïdiens ▫ Autre.....

SPECIALITE MEDECINS

SpM1. Une personne atteinte de maladie d'Alzheimer au stade léger conserve-t-elle une certaine autonomie ? ■ Oui □ Non	*SpM1.a. Quelles sont les activités généralement préservées au stade léger de la maladie d'Alzheimer ? (réponses multiples)	■ Activités de loisirs ■ Faire seul sa toilette ■ Conduite automobile □ Gérer ses médicaments ■ Prendre des décisions financières □ Autre.....
SPM2. Le diagnostic de troubles neurocognitifs est-il basé sur la clinique ? ■ Oui □ Non	SPM2.a. Quels sont les diagnostics qui doivent être éliminés avant d'envisager le diagnostic de la maladie d'Alzheimer ? (réponses multiples)	■ Dépression □ Epilepsie ■ Accident vasculaire cérébral ■ Confusion mentale ■ Tumeur cérébrale □ Migraine □ Autre.....
SpM3. Y a-t-il un intérêt à réaliser un diagnostic étiologique de troubles neurocognitifs majeurs ? ■ Oui □ Non	SpM3.a Quel moyen paraclinique permet le diagnostic positif de la Maladie d'Alzheimer ? (réponse unique)	□ Radiographie du crâne □ Electroencéphalogramme (EEG) ■ Ponction lombaire avec recherche de biomarqueurs □ Imagerie cérébrale morphologique (scanner, IRM) □ Biopsie cérébrale □ Je ne sais pas
SpM4. Existe-t-il des outils de repérage de la Maladie d'Alzheimer ? ■ Oui □ Non	*SpM4.a. Quels types d'outils peut-on utiliser pour le repérage de la Maladie d'Alzheimer ? (réponse unique)	□ Bilans sanguins ■ Batteries neuropsychologiques □ ECBU □ Electroencéphalogramme (EEG) □ Imagerie cérébrale □ Autre.....
	*SpM4.b. Précisez les tests que l'on peut utiliser dans le repérage de la Maladie d'Alzheimer. (réponses multiples)	■ Montreal Cognitive Assessment (MOCA) □ Score de Hamilton ■ Mini Mental State Examination (MMSE) □ Score de Framinghan □ Batterie Rapide d'Efficience Frontale (BREF) □ Score de Glasgow □ Autre.....
	SpM4.c. Quel est le symptôme majeur de la Maladie d'Alzheimer ? (réponse unique)	□ Troubles du langage □ Troubles de la conscience □ Perte de motivation □ Hallucinations ■ Troubles de la mémoire □ Agitation □ Désorientation temporelle et spatiale □ Difficultés de reconnaissance des visages □ Je ne sais pas
SpM5. Existe-il des affections générales pouvant entraîner des troubles cognitifs ? ■ Oui □ Non	*SpM5.a. Quelles sont les affections générales qui peuvent entraîner des troubles cognitifs réversibles ? (réponses multiples)	■ Affection thyroïdienne ■ Insuffisance rénale □ Mauvaise hygiène □ Parasitose ■ Troubles ioniques ■ Surdosage médicamenteux □ Insuffisance hépatique □ Autre.....
	SpM5.b. Quelles sont les affections neurologiques pouvant s'accompagner de troubles cognitifs ? (réponses multiples)	■ Tumeur cérébrale ■ Neuropaludisme ■ Encéphalite infectieuse ■ Maladie de Parkinson ■ Accident vasculaire cérébral □ Myopathies □ Autre.....

SPECIALITE PHARMACIENS

SpP1. Les traitements médicamenteux utilisés pour la maladie d'Alzheimer sont-ils curatifs ? □ Oui ■ Non	**SpP1.a.** Quelle est la classe médicamenteuse la plus spécifique pour la Maladie d'Alzheimer ? (réponse unique)	■ Anticholinestérasiques □ Anticholinergiques □ Neuroleptiques/Antipsychotiques □ Benzodiazépines □ Tétracyclines □ Je ne sais pas
	SpP1.b. Quels en sont les principaux effets indésirables ? (réponses multiples)	■ Nausées □ Rétention aiguë d'urine ■ Troubles cardiaques ■ Crampes musculaires ■ Perte de poids □ Fièvre □ Dyskinésies □ Autre.....
SpP2. Les traitements médicamenteux sont obligatoires pour corriger les symptômes comportementaux des troubles neurocognitifs. □ Oui ■ Non	**SpP2.a.** Quels traitements peuvent être utilisés pour corriger les symptômes comportementaux ? (réponses multiples)	□ Anticholinestérasiques □ Anticholinergiques ■ Neuroleptiques/Antipsychotiques ■ Benzodiazépines □ Tétracyclines □ Autre.....
	SpP2.b. Quelle est la durée du traitement pour corriger les troubles comportementaux ? (réponse unique)	□ Sevrage rapide dès l'arrêt des symptômes ■ Sevrage progressif après l'arrêt des symptômes □ Prise en continue □ Je ne sais pas
SpP3. Une personne atteinte de maladie d'Alzheimer au stade léger garde-t-elle une certaine autonomie ? ■ Oui □ Non	*SpP3.a. Quelles sont les activités généralement préservées au stade léger de la maladie d'Alzheimer ? (réponses multiples)	■ Activités de loisirs ■ Faire seul sa toilette ■ Conduite automobile □ Gérer des médicaments ■ Prendre des décisions financières □ Autre.....
SpP4. La délivrance des médicaments pour la maladie d'Alzheimer se fait-elle sous ordonnance ? ■ Oui □ Non	*SpP4.a. Dans quelle condition la délivrance se fait-elle sous ordonnance ? (réponse unique)	□ Sous ordonnance uniquement pour la première délivrance ■ Sous ordonnance à chaque délivrance □ Sous ordonnance uniquement s'il y a changement de molécule □ Je ne sais pas
SpP5. La dépression est-elle une comorbidité fréquemment associée à la maladie d'Alzheimer ? ■ Oui □ Non	**SpP5.a.** Chez les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer et souffrant d'une dépression : (réponses multiples)	□ Les sentiments de tristesse font partie de la maladie d'Alzheimer ■ La dépression peut aggraver les troubles cognitifs □ Les traitements de la maladie d'Alzheimer sont efficaces pour soulager les symptômes dépressifs ■ Les antidépresseurs peuvent être prescrits □Les antidépresseurs peuvent prévenir la poursuite du déclin intellectuel □ Autre .....
	SpP5.b. Quel antidépresseur est déconseillé en cas de maladie d'Alzheimer ? (réponse unique)	■ Tricycliques : clomipramine □ Inhibiteurs de la Recapture de la Sérotonine : fluoxétine, escitalopram □ Noradrénergiques : mirtazapine □ Je ne sais pas

SPECIALITE INFIRMIERS

SpI1. Les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer souffrent rarement de dépression. □ Vrai ■ Faux	**SpI1.a.** Chez les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer : (réponses multiples)	□ Les sentiments de tristesse font partie de la maladie d'Alzheimer ■ La dépression peut aggraver les symptômes cognitifs et/ou comportementaux □ Les traitements de la maladie d'Alzheimer peuvent soulager les symptômes dépressifs ■ Les antidépresseurs peuvent être prescrits □Les antidépresseurs peuvent arrêter le déclin intellectuel □ Autre.....
SpI2. La personne atteinte de maladie d'Alzheimer risque-t-elle de s'opposer aux soins ? ■ Oui □ Non	*SpI2.a. Quelles sont les conduites pratiques recommandées pour faire accepter les soins aux personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ? (réponses multiples)	■ Rassurer le patient □ Donner de l'argent ■ Mettre de la musique □ Tenter de convaincre le patient ■ Passer le relais à un autre soignant □ Donner un sédatif □ Autre.....
SpI3. Une personne atteinte de maladie d'Alzheimer au stade léger garde-t-elle une certaine autonomie ? ■ Oui □ Non	*SpI3.a. Quelles activités sont préservées au stade léger de lamaladie d'Alzheimer ? (réponses multiples)	■ Activités de loisirs ■ Faire seul sa toilette □ Gérer des médicaments ■ Prendre des décisions financières ■ Conduite automobile □ Autre.....
SpI4. La maladie évolue sur de nombreuses années. ■ Oui □ Non	**SpI4.a.** Quelles situations peuvent entrainer une aggravation réversible au cours de la maladie d'Alzheimer? (réponses multiples)	■ Déshydratation □ Perte d'appétit □ Constipation chronique ■ Manque de sommeil ■ Perte d'un proche ■ Infection □ Autre.....
	SpI4.b. Quelles mesures peuvent favoriser la stabilisation d'une personne atteinte de maladie d'Alzheimer ? (réponses multiples)	■ Maintenir un bon équilibre tensionnel chez les patients hypertendus ■ Pratiquer une activité physique régulière ■ Avoir une alimentation équilibrée □ Eviter la pollution □ Consommer quotidiennement du vin □ Autre.....
SpI5. Un suivi régulier n'est pas nécessaire pour les aidants des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. □ Oui ■ Non	**SpI5.a.** Informer les aidants au sujet de la maladie d'Alzheimer a pour conséquences : (réponses multiples)	■ Une attitude plus tolérante de l'aidant □ Un stress supplémentaire pour le patient ■ Une meilleure implication de l'aidant dans les soins ■ Une surveillance de la prise de médicaments par l'aidant □ Autre.....
	SpI5.b. Quels conseils sont utiles pour les aidants de personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ? (réponses multiples)	■ Etre attentif à leur propre santé ■ Accepter les aides professionnelles proposées ■ Avoir une alimentation équilibrée ■Prendre des traitements pour la dépression si besoin □ Consommer quotidiennement du vin □ Autre.....

ANNEXE 2: FORMULAIRE DE CONSENTEMENT SUR LES CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES A LA SORTIE DES ETUDES EN SANTE SUR LES TROUBLES NEUROCOGNITIFS

Madame, Monsieur,
Il vous est proposé de participer à une étude multicentrique CAPSES ayant pour thème *« Les CONNAISSANCES, ATTITUDES et PRATIQUES (CAP) à la Sortie des Études en Santé sur les TROUBLES NEUROCOGNITIFS ».* Avant de donner votre accord pour participer volontairement à cette étude, il est important que vous lisiez attentivement cette page qui vous apportera les informations nécessaires.
Après avoir lu cette note d'information, n'hésitez pas à poser toutes les questions que vous désirez au référent de l'étude.

Pourquoi cette recherche ?
Les médecins généralistes, les pharmaciens, les infirmiers sont au premier plan pour repérer les troubles et adresser leurs patients en consultation spécialisée. Ils sont aussi au centre du dispositif de prise en charge allant de l'annonce diagnostic à l'accompagnement personnalisé du patient et des proches aidants, à toutes les étapes de la maladie. Dans le diagnostic, la prise en charge et le suivi des troubles neurocognitifs, l'OMS a pu mettre en évidence une prévalence, un sous-diagnostic et un déficit thérapeutique élevés.

Quels sont les objectifs de cette étude ?
L'étude « *Les CONNAISSANCES, ATTITUDES et PRATIQUES à la Sortie des Études en Santé sur les TROUBLES NEUROCOGNITIFS*» s'adresse aux étudiants en dernière année de médecine, pharmacie et sciences infirmières dans l'objectif d'évaluer les connaissances, attitudes et pratiques (CAP) sur ces pathologies auprès de futurs médecins, pharmaciens et infirmiers dans plusieurs pays à faible et moyen revenu de la zone tropicale.
L'étude aura aussi pour objectif de coordonner une action de formation par la recherche en zone tropicale, de favoriser les échanges entre jeunes chercheurs internationaux et de soutenir l'émergence de projets internationaux.
Vous ne serez pas notés ou jugés sur la réponse aux questions.

Comment se déroulera cette étude ?
Durant l'étude, nous vous demanderons de remplir un questionnaire sur les Connaissances, Attitudes et Pratiques sur les troubles neurocognitifs. Dans un second temps, vous serez invités à une conférence sur le thème qui donnera des éléments épidémiologiques dans le contexte de la recherche, suivie d'échanges. Les

informations recueillies seront rendues anonymes avant leur traitement. La gestion des données sera coordonnée par l'équipe UMR 1094 Inserm Neuroépidémiologie Tropicale (NET).

Si vous ne souhaitez pas participer à cette recherche, il vous suffira de le signaler au référent de votre centre le jour de l'étude.
Si vous souhaitez participer à l'étude, merci de signer le formulaire ci-dessous.
Je soussigné
……
……., est disposé à participer à l'étude dans les conditions décrites ci-dessus.
Date : ……..
Lieu : ……
Signature

Nous vous remercions de votre participation.

ANNEXE 3 : Autorisation comité d'éthique

UNIVERSITE DE PARAKOU

COMITE LOCAL D'ETHIQUE POUR LA RECHERCHE BIOMEDICALE

(CLERB-UP)

Parakou le 18 mai 2021

REF : 0412/CLERB-UP/P/SP/R/SA

Le COMITE LOCAL D'ETHIQUE POUR LA RECHERCHE BIOMEDICALE de l'Université de Parakou (CLERB-UP) s'est réunie en sa session du 18 mai 2021. Il a étudié le dossier du projet intitulé « **Connaissance Attitude et Pratique à la Sortie des Etudes en Santé sur Troubles Psychiques, Troubles Neurocognitifs et Epilepsie**».

Ledit projet d'étude est soumis par Pr **Dismand HOUINATO** (LEMACEN BENIN).

Les observations suivantes ont été faites.

I. Présentation

✓ Rien à signaler.

II. Conformité

Le protocole respecte les règles Ethiques. Avis favorable.

Pour le CLERB-UP, le Président

Comité Local d'Ethique pour la Recherche Biomédicale Université de Parakou Président

Professeur Simon A AKPONA

NOTE IMPORTANTE : Les avis du CLERB-UP ne concernent que des avis et la responsabilité du CLERB-UP ne peut nullement être engagée dans le déroulement et la conduite des projets qui lui sont soumis. Cet avis n'est valable que pour ce projet.

COMITE LOCAL D'ETHIQUE POUR LA RECHERCHE BIOMEDICALE DE L'UNIVERSITE DE PARAKOU (CLERB-UP), BP 123 Parakou, Faculté de Médecine

UNIVERSITE DE PARAKOU

COMITE LOCAL D'ETHIQUE POUR LA RECHERCHE BIOMEDICALE

(CLERB-UP)

Parakou le 18 mai 2021

REF: 0442/CLERB-UP/P/SP/R/SA

AVIS ETHIQUE

Le COMITE LOCAL D'ETHIQUE POUR LA RECHERCHE BIOMEDICALE de l'Université de Parakou (CLERB-UP) s'est réunie en sa session du 18 mai 2021. Il a étudié le dossier du projet d'étude « **Connaissance Attitude et Pratique à la Sortie des Etudes en Santé sur Troubles Psychiques, Troubles Neurocognitifs et Epilepsie** ».

Ledit projet d'étude est soumis par Pr **Dismand HOUINATO** (LEMACEN BENIN).

Après étude et clarification, ledit projet tel que présenté est conforme et respecte les principes éthiques fondamentaux (respect de la dignité et de la liberté des personnes, respect du principe de bienfaisance et de non malfaisance).

En conséquence le CLERB-UP déclare que ce projet respecte les principes éthiques et en donne un avis favorable.

Pour le CLERB-UP, le Président

Comité Local d'Ethique pour la Recherche Biomédicale Université de Parakou Président

Professeur Simon A AKPONA

NOTE IMPORTANTE : Les avis du CLERB-UP ne constituent que des avis et la responsabilité du CLERB-UP ne peut nullement être engagée dans le déroulement et la conduite des projets qui lui sont soumis. Cet avis n'est valable que pour ce projet.

COMITE LOCAL D'ETHIQUE POUR LA RECHERCHE BIOMEDICALE DE L'UNIVERSITE DE PARAKOU (CLERB-UP), BP 123 Parakou, Faculté de Médecine

TABLE DES MATIERES

DEDICACES i

REMERCIEMENTS v

HOMMAGES ix

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS xii

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES xv

Liste des tableaux xvi

Liste des figures xviii

INTRODUCTION 1

1.PROBLEMATIQUE 5

1.1Énoncé du problème 6

1.2Objectifs 8

1.2.1Objectif général 8

1.2.2Objectifs spécifiques 8

2. GENERALITES 9

2.1Définition des concepts 10

2.2 Épidémiologie des troubles neurocognitifs 14

2.2.1 Prévalence des Troubles Neurocognitifs (TNC) 14

2.2.2. Incidence des Troubles Neurocognitifs 16

2.2.3 Mortalité des Troubles Neurocognitifs 17

2.2.4 Facteurs de risque des troubles neurocognitifs 17

2.3 Classification des troubles neurocognitifs 20

2.3.1 Classification des TNC majeurs 20

2.3.2 Classification du Mild Cognitive Impairment (MCI).....22

2.4 Diagnostiques des troubles neurocognitifs 24

2.4.1 Critères diagnostiques.....24

2.4.2 Outils de dépistage des troubles cognitifs : 26

2.5 Attitude thérapeutique.....29

2.6 Revue de la littérature 31

3.CADRE ET METHODES D'ETUDE.....37

3.1 Cadre d'étude 38

3.2 Méthode d'étude 39

3.2.1Type et période d'étude 39

3.2.2 Population d'étude 40

3.2.3 Échantillonnage.....40

3.2.4 Collecte de données 41

3.2.5 Variables étudiées 43

3.2.6 Traitement et analyse des données.....45

3.2.9 Considérations éthiques 46

4. RESULTATS 48

4.1 Diagramme de flux de participants à l'étude.....49

4.2 Description de la population d'étude.....50

4.2.1 Caractéristiques sociodémographiques des étudiants enquêtés au Bénin en 2021.....50

4.2.2 Répartition des étudiants selon leur niveau d'information sur les TNC.....51

4.2.3 Sources d'information des étudiants enquêtés sur les TNC 52

4.3 Connaissances sur les TNC chez les étudiants enquêtés 52

4.3.1 Évaluation des connaissances des étudiants sur les troubles neurocognitifs..52

4.3.2 Fréquence des TNC majeurs.....55

4.3.3 Niveau de connaissance des étudiants enquêtés sur les TNC.....55

4.4 Attitude des étudiants par rapport aux TNC 56

4.4.1 Évaluation des attitudes des étudiants envers les personnes atteintes de TNC 56

4.4.2 Niveau d'attitude des étudiants enquêtés sur les TNC 58

4.5 Pratiques des étudiants par rapport aux troubles neurocognitifs 58

4.5.1 Évaluation des pratiques des étudiants 58

4.5.2 Niveau de pratique des étudiants enquêtés 61

4.6 Paramètre selon les spécialités des étudiants enquêtés.....61

4.7 Scores CAP 64

4.7.1 Score global CAP.....64

4.7.2 Répartition du score CAP en fonction des données sociodémographiques ...65

4.7.3 Répartition du score global CAP en fonction du niveau d'information des étudiants 66

4.7.4 Comparaison des scores CAP 67

5. DISCUSSION.....69

5.1 Atteinte des objectifs de l'étude.....70

5.2 Qualité et validité des résultats 71

5.3 Difficultés et limites de l'étude.....72

5.4 Comparaison des résultats avec ceux d'autres auteurs 72

5.4.1 Caractéristiques sociodémographiques des étudiants.....72

CONCLUSION ET SUGGESTIONS 78

Conclusion 79

Suggestions 80

REFERENCES.....82

ANNEXES .....A

TABLE DES MATIERES .....B

SERMENT D'HIPPOCRATE

Devant le peuple béninois et en présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires. Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me sont confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Je ne permettrai pas que les considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers les maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs parents. Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

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

Je le jure

VU LE PRESIDENT DU JURY

VU LE DOYEN

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

LE RECTEUR DE L'UNIVERSITÉ D'ABOMEY-CALAVI

RESUME

Introduction : Les troubles neurocognitifs constituent une altération progressive de plusieurs fonctions cognitives et/ou comportementales. La plupart des études réalisées sur les connaissances de ces troubles retrouvaient un faible niveau de connaissance au sein de la population en général. L'objectif principal de cette étude était d'évaluer les connaissances, attitudes et pratiques (CAP) des étudiants sur les troubles neurocognitifs à la sortie des études en santé au Bénin en 2021.

Méthodes : Il s'agissait d'une étude transversale à visée descriptive et analytique portant sur 109 étudiants à la fin des études en santé. Les données ont été collectées du 28 juillet au 23 septembre 2021 à l'aide d'un auto-questionnaire standardisé qui comprenait, outre les données sociodémographiques, des questions sur la connaissance, les attitudes et pratiques. Les variables qualitatives ont été décrites en utilisant les pourcentages et les quantitatives par une moyenne et un écart type. Les fréquences ont été comparées à l'aide du test de Chi2 (α=5%).

Résultats : Au terme de notre étude, 109 étudiants ont été enquêtés avec un âge moyen de 23,52 ans ± 2,28 ans et un sex-ratio de 1,18. Les étudiants avaient une bonne connaissance sur les troubles neurocognitifs dans 69,72% des cas, tandis qu'on retrouvait que 63,30% et 50,46% des étudiants avaient respectivement une attitude correcte et une pratique conseillée. Le score moyen CAP des sujets enquêtés sur les troubles neurocognitifs était de 14,27 points ± 1,92 sur 20 points. Seulement 11,01% des sujets enquêtés avaient obtenu un score CAP élevé sur les TNC.

Conclusion : Cette étude suggère que les étudiants en santé en fin de formation ont un niveau de connaissance, d'attitude et de pratique acceptable. Cependant une amélioration est nécessaire pour parfaire le niveau actuel.

Mots-clés : étudiants, connaissance, attitudes, pratiques, troubles neurocognitifs, Bénin

ABSTRACT

Introduction: Neurocognitive disorders are a progressive alteration of several cognitive and/or behavioral functions. Most studies on knowledge of neurocognitive disorders have found a poor level of knowledge in the general population. The main objective of this study was to assess the knowledge, attitudes and practices (KAP) of students on neurocognitive disorders upon leaving health studies in Benin in 2021.

Methods: This was a descriptive and analytical cross-sectional study of 109 students at the end of their health studies. Data were collected from July 28 to September 23, 2021, using a standardized self-administered questionnaire that included, in addition to sociodemographic data, questions on knowledge, attitudes, and practices. Qualitative variables were described using percentages and quantitative variables by mean and standard deviation. Frequencies were compared using Chi2 test (α=5%)

Results: At the end of our study, 109 students were surveyed with a mean age of 23.52 ± 2.28 years and a sex ratio of 1.18. The students had a good knowledge on neurocognitive disorders in 69.72% of the cases, while 63.30% and 50.46% of the students had a correct attitude and a recommended practice respectively. The mean CAP score of the surveyed subjects on neurocognitive disorders was 14.27 points ± 1.92 on 20 points. Only 11.01% of the subjects surveyed had a high CAP score on NCDs.

Conclusion: This study suggests that health students at the end of training have an acceptable level of knowledge, attitude and practice. However, an improvement is needed to enhance the current level.

Keywords: students, knowledge, attitudes, practices, neurocognitive disorders, Benin