

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTE DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2023

THÈSE POUR LE DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN
MÉDECINE

Titre de la thèse :

**Croyances et ressentis du médecin généraliste lors de l'adressage d'un
patient suspect de troubles cognitifs en consultation mémoire : étude
qualitative par entretiens compréhensifs auprès de médecins généralistes
du Nord et du Pas-de-Calais**

Présentée et soutenue publiquement le 08 juin 2023 à 18h00
au Pôle Formation
par **Stacy PARENT**

JURY

Président : Monsieur le Professeur François PUISIEUX

Assesseurs : Madame le Docteur Anita TILLY

Madame le Docteur Juliette GELLENS

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Romain NAESSENS

« La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs. »

Liste des abréviations

ALD - Affection longue durée

CPP - Comité de protection des personnes

COREQ - COnsolidated criteria for REporting Qualitative research

EMC - Elsevier Masson Consulte

EMG – Equipes mobiles de gériatrie

ESAD - Equipe Spécialisée Alzheimer à domicile

FMC - Formation médicale continue

HAS - Haute autorité de Santé

HDJ – Hospitalisation de jour

IACH-E - Inhibiteurs de l'acétylcholine-estérase

INSEE - Institut national de la statistique et des études économiques

IRM - Imagerie par Résonance magnétique

LISSA – Littérature scientifique en santé

MMSE - Mini-Mental State Examination

PAQUID - Personnes âgées Aquitaine ou QUID des personnes âgées

PEC – Prise en charge

Sommaire

I.	Introduction.....	9
II.	Méthode	13
I.	Type d'étude	13
II.	Population étudiée	13
1.	Critères d'inclusion	13
2.	Méthode de recrutement	13
III.	Recueil de données.....	14
1.	Entretien individuel compréhensif.....	14
2.	L'enquêtrice.....	14
3.	Conditions de recueil.....	15
4.	Canevas d'entretien	15
5.	Caractéristiques des participants	16
6.	Suffisance des données	17
IV.	Analyse des données	17
1.	Méthode inspirée de la théorisation ancrée.....	17
2.	Triangulation des données	18
V.	Aspect éthique	18
VI.	Recherche bibliographique.....	18
III.	Résultats.....	21
I.	Réalisation de l'étude.....	21
1.	Caractéristiques de la population	21
2.	Description des entretiens.....	22
II.	Ressentis lors d'une demande de consultation de la mémoire	23
1.	Contextualisation de la demande	23

a)	Détection des troubles neurocognitifs	23
(1)	Personnes repérant les troubles neurocognitifs.....	23
(2)	Signes d'alerte évoquant des troubles neurocognitifs.....	24
(3)	Explorations complémentaires.....	24
b)	Difficultés propres à la prise en charge des troubles neurocognitifs	26
(1)	Les particularités du patient atteint de troubles neurocognitifs	26
(2)	La nécessité d'un aidant	27
(3)	La problématique du maintien à domicile	27
2.	Modalités de recours à la consultation mémoire	28
a)	Accès à la consultation mémoire	28
b)	L'orientation en consultation mémoire	28
3.	Bénéfices attendus lors de l'orientation vers la consultation mémoire	29
III.	La prise en charge en consultation mémoire.....	30
1.	Déroulement de la consultation mémoire	30
2.	Evaluation gériatrique standardisée	30
3.	Propositions médicamenteuses et non médicamenteuses.....	32
a)	Iatrogénie médicamenteuse.....	32
b)	Maintien des capacités fonctionnelles et cognitives.....	32
c)	Amélioration des conditions de vie au domicile.....	33
d)	Soutien de l'aidant	33
4.	Organisation du suivi en consultation mémoire	33
IV.	Ressentis des médecins généralistes dans les suites d'une consultation mémoire.....	34
1.	Support de communication avec le gériatre	34
2.	Pertinence de la consultation mémoire	35
a)	Apports de la consultation mémoire	35

b)	Limites de la consultation mémoire	37
V.	Relation ville-hôpital.....	41
1.	Communication interprofessionnelle	41
a)	Mode de communication avec le gériatre	41
b)	Qualité des échanges	41
2.	Leviers d'amélioration de la relation ville-hôpital	42
IV.	Discussion	45
I.	Modélisation des résultats	45
II.	Discussion de la méthode.....	46
1.	Forces de l'étude.....	46
a)	Choix de la méthode	46
(1)	Choix de la méthode qualitative.....	46
(2)	Choix de l'entretien compréhensif	46
b)	Validité interne	47
(1)	Crédibilité.....	47
(2)	Fiabilité	47
c)	Validité externe	47
2.	Faiblesses de l'étude.....	48
a)	Recrutement	48
b)	Recueil des données	48
c)	Analyse des données.....	49
III.	Discussion des principaux résultats	50
1.	Les troubles cognitifs : un diagnostic précoce difficile	50
2.	La consultation mémoire : un atout majeur pour la triade Médecin-Patient-Aidant	53
3.	Persistance de freins à l'utilisation de la consultation mémoire.....	55

4. Développer la filière gériatrique du territoire.....	58
5. L'importance de la coordination ville-hôpital.....	60
V. Conclusion.....	63
VI. Annexes.....	65
VII. Bibliographie	227

I. Introduction

Un trouble neurocognitif majeur est un syndrome caractérisé par la présence concomitante des deux critères suivants :

- L'altération durable et acquise d'une ou plusieurs fonctions cognitives et/ou comportementales ;
- L'altération de l'autonomie dans la vie quotidienne.

Il existe une gradation de la sévérité des troubles neurocognitifs en fonction de leur retentissement dans la vie quotidienne (légère, modérée et sévère). (1) (2)

Au 1er janvier 2020, selon l'INSEE, les personnes âgées d'au moins 65 ans représentaient 20,5 % de la population, contre 20,1 % un an auparavant et 19,7 % deux ans auparavant. (3) Au 1er janvier 2023, la France recensait ainsi environ 805000 femmes et hommes de 65 ans, et 404000 de 80 ans. (4)

Selon les projections de populations effectuées par l'INSEE, si les tendances démographiques récentes se maintenaient, la population âgée de 75 ans ou plus serait deux fois plus nombreuse en 2070 qu'en 2013 (+ 7,8 millions). (5)

En France, l'étude de cohorte PAQUID2 fait référence dans le champ de l'épidémiologie des troubles neurocognitifs. D'après les données réactualisées en 2003, leur prévalence est évaluée à 17,8%, avec comme principale cause la maladie d'Alzheimer (79,6% des cas de démence). (6)

A partir de projections à l'ensemble du territoire français, cette étude a permis d'estimer à environ 1 000 000 le nombre de personnes de plus de 65 ans qui souffriraient de démence en 2010 en France ; le nombre de cas attendu en 2030 s'élèverait à environ 1 750 000. (7)

Récemment, une nouvelle approche a été développée par Santé publique France, en utilisant les données de prise en charge au titre de l'Affection Longue Durée (ALD) « Maladie d'Alzheimer et autres démences ».

Ainsi, 525 000 personnes âgées de 40 ans et plus ont été détectées comme souffrant de démence, parmi les bénéficiaires du régime général de la Sécurité sociale vivants au 31 décembre 2014. En rapportant ce nombre de cas à l'ensemble de la population française de la même tranche d'âge, le nombre de personnes prises en charge par le système de soins avec une démence en France en 2014 est estimé à environ 770 000 (dont 68,7 % de femmes). (7)

Ainsi, le coût des maladies neuro-dégénératives, et notamment de la Maladie d'Alzheimer, est considérable pour la société française. (8)

Selon une estimation de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé, les dépenses totales médicales de la maladie d'Alzheimer s'élevaient en 2005, à 933,57 millions d'euros, et comprenaient notamment les dépenses liées aux consultations, aux médicaments et aux hospitalisations. (9)

Les dépenses médico-sociales sont également importantes, et regroupent, d'une part, les dépenses de prise en charge à domicile et, d'autre part, les dépenses de prise en charge en institution. En 2005, les dépenses totales médico-sociales annuelles de la maladie d'Alzheimer étaient estimées à 8 966,42 millions d'euros. (9)

Ce retentissement économique a amené une réflexion politique quant à la prise en charge des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentées.

La France a ainsi développé le Plan contre les maladies neuro-dégénératives 2014-2019, faisant suite au Plan Alzheimer 2008-2012. Ce plan comprend 3 grandes priorités : améliorer le diagnostic et la prise en charge des malades (en privilégiant une coordination renforcée entre le médecin traitant et le neurologue) ; assurer la qualité de vie des malades ainsi que de leurs aidants ; et développer et coordonner la recherche. (10)

En première ligne face aux troubles neurocognitifs, les médecins généralistes prennent en charge un nombre important de consultations. (11) Ils sont conscients de l'importance d'un diagnostic précoce (12) ; et considérés comme le pivot de la coordination des soins. (12)

Cependant, la complexité de la prise en charge des troubles neurocognitifs amène régulièrement le médecin généraliste à avoir recours à un avis spécialisé. Selon une étude réalisée auprès de médecins généralistes de la région montpelliéraine, 86% d'entre eux adressent le patient à un spécialiste. (13)

Dans ce contexte médico-socio-économique difficile et dans un souhait de maintenir la personne âgée malade au domicile, la consultation mémoire apparaît donc essentielle, permettant de faire le lien entre la médecine ambulatoire et hospitalière, et d'offrir au médecin généraliste cet avis spécialisé.

Elle est effectuée par un médecin habilité à la réalisation de cette consultation parmi : neurologue, gériatre, psychiatre ou médecin généraliste titulaire d'une capacité de gériatrie.

Elle a pour rôle de :

- confirmer ou infirmer le diagnostic de trouble neurocognitif évolutif et significatif, d'en déterminer le mécanisme physiopathologique, son caractère réversible ou non ;
- déterminer l'étiologie du trouble neurocognitif et le stade de gravité
- explorer les situations diagnostiques complexes (association maladies cognitives et maladies psychiatriques, par exemple) ;
- proposer un programme de soins interdisciplinaire ;
- proposer un suivi annuel.(1)

Il existe deux types de consultations mémoire : les consultations mémoire réalisées à l'hôpital, et les consultations mémoire réalisées par des médecins libéraux habilités. (14)

Selon la Fondation Médéric Alzheimer, dans la Lettre de l'Observatoire publiée en 2021, 602 centres mémoire ont été recensés en 2019 (dont 436 labellisés et 50 rattachés à un Centre Mémoire de Ressources et de Recherche). (15) Le réseau des consultations mémoire accueille environ 200 000 personnes par an (file active 2013-2015). (16)

Peu d'études qualitatives françaises ont étudié les représentations des médecins généralistes concernant la consultation mémoire.

Une thèse qualitative, réalisée entre octobre 2018 et avril 2019 dans le Nord Isère, montre que certains médecins la sollicitent de façon systématique, dès qu'un doute sur d'éventuels troubles neurocognitifs est admis. (17)

Une autre thèse, basée sur une étude qualitative réalisée en 2013 en Bourgogne de l'Est, confirme que les consultations mémoire représentent un relai primordial pour les médecins généralistes, et liste également leurs principales attentes vis à vis de cette dernière : le diagnostic, le relai pluridisciplinaire pour la prise en charge et le suivi, le rôle de recours, et l'information et le suivi des aidants. (18)

L'objectif principal de cette étude est d'explorer les croyances et les ressentis des médecins généralistes du Nord et du Pas-de-Calais lors de l'adressage d'un patient suspect de troubles neurocognitifs en consultation mémoire.

Les objectifs secondaires sont :

- l'étude des difficultés du médecin généraliste dans le diagnostic des troubles neurocognitifs,
- l'étude du ressenti du médecin généraliste sur la communication ville-hôpital dans le cadre de la prise en charge des patients atteints de troubles neurocognitifs.

II. Méthode

I. Type d'étude

Il s'agit d'une analyse qualitative, par entretiens individuels compréhensifs, avec une méthode de recueil inspirée de la théorisation ancrée.

II. Population étudiée

1. Critères d'inclusion

La population étudiée a été constituée de médecins généralistes exerçant sur le territoire du Nord et du Pas-de-Calais. (*Annexe 1*)

Le seul critère d'inclusion était le suivant : « avoir envoyé un patient en consultation mémoire ».

2. Méthode de recrutement

Le recrutement des médecins généralistes a été effectué par échantillonnage de convenance (sélection de médecins de proximité et volontaires) puis par échantillonnage théorique (sélection de participants selon un rationnel fondé sur les concepts qui émergent en cours d'étude, de sorte que les questions clés soient correctement représentées).

Le premier contact avec les médecins généralistes s'est déroulé par appel téléphonique ou par e-mail.

L'investigatrice se présentait brièvement en précisant son identité et son mode d'exercice (médecin remplaçant dans la région Hauts de France).

Il était précisé que le thème abordé pour ce travail de thèse serait celui de la consultation mémoire. Aucun détail supplémentaire n'était donné sur le sujet de l'étude afin de ne pas influencer l'interviewé dans l'élaboration de ses futures réponses.

Il était ensuite proposé un rendez-vous pour la réalisation d'un entretien, soit en présentiel ou soit en visio-conférence, à la convenance du médecin contacté.

Un seul médecin contacté a refusé de participer à l'étude, car peu intéressé par le sujet (patientèle essentiellement pédiatrique).

III. Recueil de données

1. Entretien individuel compréhensif

Les données ont été recueillies par entretiens individuels compréhensifs.

Ces entretiens se sont déroulés entre le 23 décembre 2021 et le 19 octobre 2022.

L'investigatrice a préalablement réalisé deux entretiens « tests » auprès de médecins de son entourage afin de parfaire sa technique d'entretien.

2. L'enquêtrice

L'enquêtrice a étudié la littérature pour se former à la réalisation des entretiens compréhensifs. (19) (20)

Ainsi, elle a tenté de rompre la hiérarchie, en faisant preuve d'empathie, de souplesse, mais aussi d'engagement grâce à une présence, forte bien que discrète, afin de fournir des repères à l'interviewé pour développer son propos.

L'investigatrice s'est efforcée de réduire ses interventions et de respecter les temps de silence ; pour laisser l'interlocuteur s'exprimer, ne pas conseiller ni juger. Elle est intervenue pour préciser la pensée de l'interviewé et tenter d'approfondir certains thèmes par l'intermédiaire de questions dites « de relance ». (20)

Des prises de notes étaient réalisées, afin d'aider à la technique d'entretien, mais sans en faire perdre le fil.

3. Conditions de recueil

Chaque entretien était enregistré avec deux dictaphones (Dictaphone COVVEY®, Dictaphone du Samsung Galaxy S21®), puis retranscrit en totalité sur le logiciel WORD®. Ils ont ensuite été anonymisés.

Les verbatims n'ont pas été retournés aux interviewés pour correction afin de conserver l'authenticité du verbatim.

La chercheuse n'ayant pas les compétences nécessaires, la communication non verbale n'a pas été retranscrite.

La retranscription a été manuelle ; certaines répétitions non significatives ont été réduites et certains tics de langage ([euh]) ont été supprimés, afin de permettre une lecture plus fluide des verbatims. Les répétitions et tics de langage marquant un doute ou une hésitation n'ont pas été retirés.

Aucun passage n'a été supprimé lors de la rédaction des entretiens.

Le ressenti de la chercheuse était noté en fin d'entretien et en fin de retranscription. L'enquêtrice a procédé à la destruction des enregistrements après chaque retranscription.

4. Canevas d'entretien

Le canevas d'entretien a été rédigé suite à l'analyse de la littérature et notamment des résultats de deux thèses précédemment effectuées et abordant le thème de la consultation mémoire. (*Annexe 2*)

Cette recherche bibliographique a permis d'établir une liste de pistes d'exploration et de questions de relance, utilisables lors des entretiens afin de répondre à la question de recherche.

Ces questions se voulaient ouvertes et neutres, afin de ne pas influencer l'interviewé. Elles n'ont été posées que si le thème était préalablement abordé par le médecin interrogé.

Le canevas d'entretien initial a été complété au fur et à mesure des entretiens, retranscription et analyse des verbatims ; en fonction des thématiques abordées par les interviewés ; pour aboutir au canevas d'entretien final. (*Annexe 3*)

Chaque entretien débutait par une brève présentation de l'investigatrice et du projet de thèse. Ensuite, il était posé une question dite « brise-glace », qui était : « Pouvez-vous me raconter la dernière consultation ou vous avez décidé d'avoir recours à la consultation mémoire pour un patient atteint de troubles cognitifs ? »

5. Caractéristiques des participants

Les caractéristiques suivantes des participants ont été recueillies à chaque début d'entretien :

- Sexe
- Age
- Zone d'exercice (rurale, semi-rurale, urbaine)
- Nombre d'habitants dans la commune d'exercice
- Nombre d'années d'exercice
- Mode d'exercice (seul, cabinet de groupe)
- Activité de maître de stage (oui, non)
- Obtention d'un DU ou d'une capacité de gériatrie (oui, non)

6. Suffisance des données

Le nombre de sujets interrogés n'a pas été défini préalablement (absence de limite de coût ou de temps). Le recueil des données a été poursuivi jusqu'à obtenir la suffisance des données, c'est-à-dire jusqu'à l'entretien numéro 9. La suffisance des données a ensuite été confirmée par les entretiens 10 et 11.

IV. Analyse des données

1. Méthode inspirée de la théorisation ancrée

L'analyse des données a été effectuée selon une méthode inspirée de la théorisation ancrée. L'investigatrice s'est préalablement formée à cette méthode d'analyse à l'aide de la littérature et de formations universitaires.

L'analyse des verbatims a été effectuée avec l'aide du logiciel NVivo® Version 1.7. Les verbatims ont été analysés au fur et à mesure des entretiens, après chaque retranscription.

Il était tout d'abord réalisé un codage dit « ouvert » de chaque entretien grâce au processus d'étiquetage, qui a permis l'obtention d'étiquettes caractérisant un vécu et amorçant une conceptualisation. Chaque étiquette se devait de caractériser une catégorie théorique et d'en constituer une composante, c'est-à-dire une propriété.

Il a ensuite été réalisé un codage dit « axial » à partir des étiquettes créées lors du codage ouvert, visant à les organiser, les articuler et les intégrer.

Enfin, un codage dit « sélectif » ou « analyse intégrative », consistant à additionner les articulations de propriétés afin qu'elles intègrent progressivement un système, a permis d'aboutir à la création des concepts exposés. (21)

Des exemples issus des verbatims ont été sélectionnés afin d'illustrer chaque thème ou sous-thème.

2. Triangulation des données

Une triangulation des données a été effectuée avec l'aide d'une autre médecin remplaçante en médecine générale, formée à la méthode qualitative avec analyse inspirée de la théorisation ancrée, afin de discuter le codage ouvert et de limiter le biais d'interprétation.

V. Aspect éthique

L'étude a bénéficié d'un avis auprès d'un Délégué de la Protection des Données affilié à l'université de Lille, ne jugeant pas nécessaire l'obtention d'un accord préalable d'un CPP (*Annexe 4*).

Le consentement a été obtenu lors du premier contact avec l'interviewé. Il a été précisé à chaque début d'entrevue, que le retrait de son entretien de l'étude était possible jusqu'à son anonymisation.

VI. Recherche bibliographique

La recherche bibliographique a été réalisée en langue française et anglaise via les moteurs de recherche suivants : Google Scholar, Pubmed, EMC (EM-Premium), Sudoc, Bibliothèque Inter-Universitaire de Médecine (LILLOCAT, PEPITE), Base de Données en Santé Publique, LISSA.

Voici la liste des mots-clés utilisés seuls ou associés avec les opérateurs booléens (AND, OR, NOT) :

- « consultation mémoire » ; « bilan mémoire » ; « memory consult » ; « geriatric assessment » ; « geriatric consulting »
- « gériatrie » ; « mémoire » ; « démence » ; « memory » ; « dementia »
- « médecine générale » ; « médecin généraliste » ; « general practice » ; « primary health care » ; « general practitioner ».

Le logiciel Zotero a été utilisé pour l'organisation et la rédaction de la bibliographie en référence Vancouver.

III. Résultats

I. Réalisation de l'étude

1. Caractéristiques de la population

Tableau 1 : Caractéristiques de la population

Individu	Mode d'exercice	Age	Nombre d'années d'exercice	Obtention d'un DU ou d'une capacité de gériatrie	Zone d'exercice	Maître de stage	Nombre d'habitants dans la commune d'exercice	Genre
Médecin 1	En groupe	34	6	NON	Semi-rurale	NON	1100	Femme
Médecin 2	Seul	35	7	NON	Urbaine	NON	25000	Homme
Médecin 3	En groupe	61	38	NON	Urbaine	OUI	11000	Homme
Médecin 4	En groupe	34	7	NON	Rurale	OUI	2000	Femme
Médecin 5	En groupe	61	35	OUI	Semi-rurale	NON	5500	Homme
Médecin 6	En groupe	76	52	NON	Rurale	NON	2000	Homme
Médecin 7	En groupe	42	14	NON	Semi-rurale	OUI	3000	Femme
Médecin 8	Seul	62	34	NON	Rurale	NON	5500	Homme
Médecin 9	En groupe	62	31	OUI	Rurale	OUI	3500	Femme
Médecin 10	Seul	51	23	OUI	Urbaine	NON	35000	Femme
Médecin 11	Seul	60	29	OUI	Urbaine	NON	230000	Homme

Onze médecins généralistes libéraux des départements du Nord et du Pas de Calais ont été interrogés. (*Annexe 1*)

La moyenne d'âge de l'échantillon était de 52 ans, pour un âge allant de 34 à 76 ans.

La médiane d'âge était de 60 ans.

La moyenne du nombre d'années d'exercice de chaque médecin de l'échantillon était de 25 ans, pour un nombre d'années d'exercice allant de 6 à 52 ans.

Cinq femmes pour six hommes ont été interrogés, soit 45.4% de femmes pour 54.6% d'hommes.

Quatre médecins interrogés étaient titulaires d'un DU ou d'une capacité de gériatrie.

2. Description des entretiens

Tableau 2 : Caractéristiques des entretiens

Individu	Durée	Lieu
Entretien 1	29,49	En présentiel
Entretien 2	17,29	En présentiel
Entretien 3	35,15	En visio-conférence
Entretien 4	27,45	En visio-conférence
Entretien 5	56,44	En présentiel
Entretien 6	23,42	En présentiel
Entretien 7	28,10	En présentiel
Entretien 8	17,48	En visio-conférence
Entretien 9	41,12	En visio-conférence
Entretien 10	44,16	En visio-conférence
Entretien 11	33,54	En visio-conférence

La durée des entretiens oscillait entre 17 minutes et 29 secondes pour le plus court et 56 minutes et 44 secondes pour le plus long, pour une moyenne de 32 minutes et 14 secondes.

Cinq entretiens se sont déroulés en présentiel, au cabinet du médecin interrogé, contre six entretiens réalisés en visio-conférence.

Le recueil des données a été identique pour l'ensemble des médecins interrogés. Le même support d'enregistrement a été utilisé pour tous les entretiens. Aucun entretien n'a été réalisé en présence de non-participant.

II. Ressentis lors d'une demande de consultation de la mémoire

1. Contextualisation de la demande

a) Détection des troubles neurocognitifs

(1) *Personnes repérant les troubles neurocognitifs*

Les troubles neurocognitifs peuvent être repérés par différents acteurs proches du patient.

Les enfants et les conjoints du patient semblent le plus fréquemment déceler les troubles.

« Mais c'est [euh] c'est vraiment les proches proches, donc soit le conjoint s'il y en a un, soit la personne qui vit au domicile s'il y en a une qui vit au domicile, donc ça peut être un enfant, soit oui oui, soit les voisins, mais ça c'est plus rare, c'est plus rare »

E11

Ils peuvent d'ailleurs être à l'origine d'une demande de consultation auprès du médecin généraliste.

« Enfin il ne se considère jamais malade, donc en fait c'est son épouse qui a déjà un passé médical assez chargé qui m'en parlait depuis quelques temps en consultation. Donc j'avais conseillé de venir avec lui et puis que l'on fasse un peu le point. » E3

Dans certains cas, le patient semble prendre conscience de lui-même de ses troubles mnésiques.

« L'orientation vers la consultation mémoire, elle est principalement sur une demande de mon patient qui s'interroge [euh] sur ses ; sur l'évolution de ses, de ses troubles mnésiques ; débutants toujours dans ce cadre-là. » E7

Plus rarement, les troubles neurocognitifs sont évoqués par l'équipe paramédicale prenant en charge le patient au domicile

« Et en fait j'ai été contacté par [euh] son aide ; enfin ce n'est pas une aide-ménagère ; mais il est aux [NOM DE RESIDENCE POUR PERSONNE AGEE] ce monsieur, donc c'est quelqu'un qui [euh]... Il a quelqu'un qui vient l'aider à faire le ménage etc... » E11

Les troubles de la mémoire peuvent parfois être détectés lors d'une consultation ambulatoire dédiée à un autre motif.

« Alors c'était dans le cadre d'un renouvellement, mais je pense que sa fille en a profité pour [euh], pour me faire part justement des anomalies qu'ils avaient constatées à la maison, qu'on ne voit pas forcément ici au cabinet. » E2

Occasionnellement, le médecin généraliste évoque lui-même l'apparition de troubles neurocognitifs lors de la consultation.

« c'est que ça m'est déjà arrivé aussi de voir moi des troubles mnésiques francs, avec des gens qui arrivent en retard en consultation, [euh] qui paraissent perdus et dont on voit l'évolution sur quelques mois ; [euh] péjorative. » E7

(2) Signes d'alerte évoquant des troubles neurocognitifs

Les signes d'alerte évoqués par l'entourage, le patient ou repérés par le médecin sont multiples : troubles de la mémoire, perte d'autonomie avec difficulté dans la réalisation des actes de la vie quotidienne, désorientation dans l'espace, chutes à répétition au domicile.

« Elle oubliait beaucoup de choses. Et puis en fait [euh] ; mais bon comme elle était très entourée parce que son mari était malade ; si vous voulez au début ça ne se voyait pas trop. Et en fait, quand son mari est décédé, bon, ils se sont aperçus que faire à manger, c'était compliqué [euh] ; des choses comme ça quoi. » E10

(3) Explorations complémentaires

L'évaluation des fonctions cognitives est effectuée par le médecin généraliste par la réalisation d'un MMSE, en vue d'une consultation mémoire.

« Il légitime [euh] ce qu'on pressent, ce qu'on a diagnostiqué, ce qu'on a certifié parce qu'on a fait un MMS et puis [euh] avec le MMS on se dit « oui il est à 14 ou à 15, OK c'est quand même... », par exemple. » E3

A contrario, certains médecins généralistes n'y ont recours que très rarement, majoritairement par manque de temps.

« Je vous dis [euh] non, soit je n'ai pas le temps, soit [euh], soit ça me saoule. Je sais que ça va être fait de toute façon, je sais que ça va être fait de toute façon dans le cadre de cette consultation, donc à la limite... [...], mais c'est très très rare que je le fasse. » E11

Le repérage de signes d'alerte entraîne fréquemment la prescription de bilans complémentaires, afin d'écartier une cause organique : bilan sanguin, bilan cardiologique et IRM cérébrale.

« Les prises de sang, bon, et puis voire aussi sur le plan cardio en général. Donc [euh], j'essaye de prévoir la consultation cardio déjà, un bilan biologique, voir s'il n'y a pas des carences, une anémie et puis le [euh], et puis après l'IRM. » E10

Parfois, les bilans complémentaires sont demandés de façon concomitante à la consultation mémoire, principalement afin d'accélérer l'établissement du diagnostic.

« Si c'est possible hein, l'imagerie est faite, la biologie est faite, donc on perd moins de temps quoi je veux dire. Ça va plus vite quoi, parce que s'il faut attendre qu'ils aillent à la consultation, qu'on leur dise de faire une IRM, donc du coup ça va encore prendre du temps ; à chaque fois ça recule quoi. » E11

b) Difficultés propres à la prise en charge des troubles neurocognitifs

(1) *Les particularités du patient atteint de troubles neurocognitifs*

Les médecins évoquent être en difficulté en raison de l'anosognosie du patient, qui représente un frein dans l'initiation et l'organisation de la prise en charge.

« *Quand je vois que j'ai des patients avec des francs troubles mnésiques ; et que [euh], qui eux ne sont pas du tout demandeur ni [euh] ne s'en rendent même pas compte. »*

E7

Les troubles neurocognitifs débutants peuvent être une source d'anxiété pour le patient ; le médecin généraliste peut être confronté à une dissimulation volontaire des symptômes par le patient.

« *elle cherche même quand elle est en consultation à mon cabinet [euh], elle cherche pas mal de choses, mais [euh]... Comment, [euh] elle essaye de [euh] de cacher, cacher ça... Elle trouve comme prétexte : « Oh, je suis un petit peu stressée de venir chez le médecin donc [euh] je me souviens plus, aide moi... ». »* E9

Le patient atteint de troubles neurocognitifs consulte rarement pour ce motif, et les troubles neurocognitifs peuvent être difficiles à repérer sur un temps de consultation court, ce qui tend également à rarifier les opportunités d'un diagnostic précoce.

« *Après quand on a un patient qui vient jamais nous voir ou une fois tous les trois ans [euh], c'est sûr que c'est pas toujours évident sur une consultation pour autre chose, de faire un petit peu la part des choses. »* E3

(2) *La nécessité d'un aidant*

Le patient atteint de troubles neurocognitifs sévères ne peut plus être « acteur » de sa prise en charge ; rendant nécessaire la présence d'un aidant familial et constituant une difficulté propre à la prise en charge de ces patients.

« Après c'est le souci aussi, quand les gens [euh], quand les enfants travaillent, ou des choses comme ça, pour accompagner, ce n'est pas toujours [euh] » E10

L'aidant principal est exposé à un risque d'épuisement et de troubles anxieux.

« c'est des situations comme ça, qui sont angoissantes pour l'aidant. Et souvent le problème, c'est le problème de l'aidant. » E3

« mais pourtant [euh], l'épuisement y est quoi. » E9

Le médecin généraliste doit prendre en considération l'environnement familial dans lequel évolue le patient, et personnaliser les propositions diagnostiques et thérapeutiques.

« Voilà, c'est vraiment s'adapter ; vraiment chaque cas est différent » E5

« Il n'y a pas de la famille, il n'y a pas de famille, il y a des enfants qui sont actifs ou qui ne sont pas actifs... Il y a une, il y a des transports possibles ou pas... Voilà, c'est tout ça. » E5

(3) *La problématique du maintien à domicile*

Les médecins généralistes sont désireux de privilégier le maintien à domicile du patient, mais semblent se heurter à la difficulté de sa mise en œuvre, imputable selon eux au manque de personnel aidant au domicile.

« Enfin moi quand j'ai commencé à côtoyer la gériatrie, c'était institutionnalisation plus, plus plus ; maintenant je pense qu'on est en train de freiner des quatre fers, pour maintien à domicile plus plus plus quoi. Et pour le maintien à domicile plus plus plus, ben il faut des acteurs. » E9

Les réseaux gériatologiques de proximité ont été très peu évoqués par les médecins généralistes, ce qui peut constituer une limite dans l'organisation de la prise en charge.

« Parce que je, je, je n'ai pas de, de [euh], de connaissances franches dans le secteur des réseaux existants et des [euh], et des choses à mettre en place pour les patients et les aidants » E7

2. Modalités de recours à la consultation mémoire

a) Accès à la consultation mémoire

La consultation mémoire est pratiquée dans la majorité des cas dans des structures hospitalières.

« Bah c'est [euh] au sein des structures hospitalières où ils ont des consultations dédiées... [euh] pour les consultations mémoire. » E2

L'accès à la consultation mémoire semble généralement facile, mais variable selon le secteur d'activité géographique du médecin. Elle est majoritairement réalisée par des gériatres, mais peut l'être par des neurologues libéraux.

« L'accès est assez facile, et dans notre coin, c'est l'une des spécialités la plus accessible. » E3

b) L'orientation en consultation mémoire

L'orientation en consultation de la mémoire varie en fonction des habitudes du médecin demandeur. Certains l'utilisent rapidement dès la détection de troubles neurocognitifs, tandis que d'autres médecins y ont recours plus tardivement dans la prise en charge.

« Je pense que c'est vraiment quand on se rend compte qu'il y a ça, voilà, il faudrait l'appliquer très vite. » E1

« S'il y a une plainte, oui. Après rapidement, je vais dire en pratique non. Non, pas rapidement. » E8

3. Bénéfices attendus lors de l'orientation vers la consultation mémoire

L'attente rapportée par les médecins généralistes est celle d'une exploration étiologique, d'une confirmation diagnostique et d'écarter un diagnostic différentiel.

« Ah ben oui, oui. On aime bien savoir donc [euh], si, comment dirais-je, c'est un trouble oui plutôt vasculaire, si c'est un Alzheimer typique, si c'est une maladie intriquée, oui oui oui. » E11

« C'est [euh] faire quand même un travail prospectif [euh], affiner un diagnostic, ne pas passer à côté de quelque chose » E5

Les autres attentes découlent des difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans la prise en charge des patients atteints de troubles neurocognitifs.

Les médecins espèrent obtenir une évaluation gériatrique standardisée comprenant :

- une évaluation du mode de vie,

« Bah en fait finalement c'est surtout la répercussion ... Fin, si c'est quelqu'un qui vit seul à domicile... C'est savoir quelles répercussions ça a exactement sur son quotidien. » E1

- la mise en place des aides techniques, humaines et sociales,

« Et après, c'est de voir tout ce qui est demande d'APA, des choses comme ça, pour essayer d'avoir un peu d'appui pour les aides. » E10

« mais [euh] plus sur [euh], plus sur ce qui est encore une fois social et [euh] organisation du domicile » E4

- un soutien pour lutter contre le fardeau de l'aidant et ses répercussions psychologiques,

« Et bah c'est surtout [euh], aider l'aidant, parce que quand ils commencent à faire les démarches et qu'ils arrivent déjà à être un peu au bout du rouleau [euh] [...] Donc c'est déjà cette souffrance de l'aidant, pour moi c'est la chose principale ... » E3

- une mise en relation avec les réseaux gérontologiques de proximité.

« Et là nous on ne sait pas, qui ! Vous voyez ? En fait c'est la ressource de réseau, c'est ça qui est intéressant, c'est d'avoir les ressources du territoire. » E5

III. La prise en charge en consultation mémoire

1. Déroulement de la consultation mémoire

Pour les médecins généralistes, la consultation mémoire semble se dérouler en trois temps :

- une première consultation contenant l'évaluation gériatrique globale, décrite comme longue.

« Enfin bref donc là, lors de cette première consultation, le [euh], la mesure des choses est prise » E11

« Alors je n'ai aucune idée combien de temps elle dure à peu près, mais je pense que c'est des consultations de plus d'une heure... » E4

- une hospitalisation de jour afin d'effectuer les investigations complémentaires nécessaires.

« une HDJ complète et où on fait vraiment le bilan un petit peu global d'un point de vue gériatrique. » E4

- une troisième consultation dédiée à l'annonce du diagnostic.

« Et il y a une annonce qui est faite aussi, ils ont des consultations d'annonce quand le diagnostic est posé, la plupart du temps. » E2

Les médecins traitants relatent la présence de l'aidant principal lors de la consultation.

« Et souvent ils demandent aussi à ce qu'il y ait un accompagnant. Enfin, il y a la famille justement pour voir les problèmes, parce que la personne elle va te dire tout va bien. » E10

2. Evaluation gériatrique standardisée

Pour les médecins généralistes, la consultation mémoire propose une évaluation neuropsychologique, permettant une évaluation plus exhaustive que celle pouvant être réalisée au cabinet de médecine générale.

« ils avaient refait un MMS forcément, les tests de mémoire épisodique, de fonction exécutive, de langage, de gestualité au niveau des praxies... » E4

« Ils font les bilans psychométriques, mais beaucoup plus poussés. » E10

Une évaluation des capacités fonctionnelles, et particulièrement de la marche, peut être effectuée notamment avec l'aide d'un kinésithérapeute et d'un ergothérapeute.

« Le Tinetti, la marche aussi, c'est vrai qu'ils évaluent la marche, le time up and go, la vitesse de marche, l'appui unipodal, les anticipations posturales. » E4

« Je trouve ça bien aussi quand ils ont une évaluation ergothérapeutique » E1

Une évaluation de l'état nutritionnel du patient et un bilan cardio vasculaire leurs paraissent fréquemment réalisés.

« Quelquefois, je [euh], je sais qu'ils font aussi une évaluation de la nutrition. [euh] »

E9

« Ah, j'ai oui, j'ai même une patiente là, je repense à ça, [euh] c'était détaillé sur le plan cardiovasculaire, doppler enfin tout... » E10

Une évaluation thymique du malade semble être régulièrement effectuée, notamment grâce à l'intervention de psychologues.

« Bon ils ont évalué aussi tout ce qui est état psychologique. Donc pas de syndrome dépressif » E1

Pour certains médecins, la consultation mémoire comporte une évaluation du ressenti de l'aidant et des répercussions des troubles sur sa vie quotidienne.

« Et que ; mais par contre, ce qui ressortait de tout ça c'est qu'il y avait un épuisement de l'aidant principal qui était son conjoint. » E1

3. Propositions médicamenteuses et non médicamenteuses

a) Iatrogénie médicamenteuse

La consultation mémoire propose aux médecins généralistes la réalisation d'une évaluation du risque iatrogène. Cette aide semble être appréciée, notamment devant la complexité d'utilisation de certains traitements.

« Alors nous on donne toujours les médicaments que l'on donne... [...] Parce que des fois, comme je le dis, je n'ai pas tendance à les casser, mais on peut vite être néfaste, avec les traitements que l'on donne, s'ils ont pas l'habitude. Donc voilà nous orienter là dessus. » E1

Les propositions thérapeutiques semblent concerner principalement les domaines de la cardiologie et de la psychiatrie.

« Ils modifient les traitements qui ne leur paraissent pas adaptés, qui sont principalement à visée cardiologique où psychiatrique. » E7

b) Maintien des capacités fonctionnelles et cognitives

Des propositions non pharmacologiques émanant de l'expertise réalisée par le gériatre, en vue d'un maintien des capacités du patient, sont proposées aux médecins généralistes, comme :

- une prise en charge par un kinésithérapeute, un orthophoniste ou un ergothérapeute,

« ils font souvent un plan d'aide. Enfin un plan d'aide, ils disent : « bon il faut... », admettons s'il faut de la kiné pour faire marcher et renforcer le [euh], le renforcement musculaire. S'il y a des problèmes de marche, donc ils mettent un plan à ce niveau pour faire de la kiné. » E10

« Entre éventuellement faire de l'orthophonie si besoin » E11

- des séances de stimulation cognitives comme l'ESAD,

« qu'ils insistent sur le [euh] les choses qu'il est possible de faire, notamment on pense aussi à la stimulation cognitive chez certains patients. Donc tout ça c'est vraiment décrit dans les courriers » E2

- des accueils en hôpital de jour.

« Oui, ils faisaient des ateliers ; ils font des fois des ateliers cuisine, ateliers maquillage, ateliers chanson. Et c'est vrai qu'elle était très demandeuse ». E10

c) Amélioration des conditions de vie au domicile

Les médecins interrogés rapportent que des propositions sont faites de façon adaptée aux capacités des malades dans l'optique d'améliorer leurs conditions de vie comme : le portage des repas, la mise en place d'aides humaines (infirmières et aides-soignantes), la mise en place d'aides techniques (téléalarme).

« C'est ces petites choses là au quotidien : une infirmière qui va passer pour vérifier si tout est bien pris correctement » E1

« [euh] Service de portage des repas à domicile » E5

« Mise en place d'une téléalarme, ils nous disent tout ce qu'il faut faire » E10

d) Soutien de l'aidant

La proposition d'un accueil de jour ou la mise en relation avec la maison des aidants sont fréquemment utilisées afin de prendre en charge un éventuel épuisement de l'aidant.

« Ce dont on parlait, c'est-à-dire, la maison des aidants [euh], ou l'accueil de jour et cetera ; c'est suggéré à l'entourage. » E11

4. Organisation du suivi en consultation mémoire

Un suivi est organisé dans les suites d'une consultation mémoire, de manière annuelle ou bi annuelle, et sa fréquence est adaptée en fonction de l'état général du patient et de l'évolution des troubles.

« Et après en règle générale, ils sont vus une fois par an ou tous les six mois et encore. » E10

IV. Ressentis des médecins généralistes dans les suites d'une consultation mémoire

1. Support de communication avec le gériatre

Les médecins semblent recevoir le compte rendu de la consultation mémoire sous la forme d'un courrier papier ou informatisé de manière protégée type APYCRYPT®.

« C'est un courrier... Oui, pour l'instant on travaille encore par voie courrier » E4

« Moi, je demandais à les recevoir sous APICRYPT®, une messagerie cryptée, ou des fois en papier, ça dépend. C'est l'un ou l'autre... » E11

Le courrier est lu avant de revoir le patient, afin de préparer la consultation, puis est relu en présence du patient et de l'aidant principal s'il est présent.

« Mais bon c'est toujours moins délicat je trouve de lire les courriers en amont et de pouvoir accueillir le patient [euh] ; voilà en sachant un petit peu ce qu'il s'est passé et ce qui a pu être redit avec le gériatre. » E4

Il semble servir de support de communication aux médecins généralistes, afin de s'assurer que le déroulement de la consultation mémoire, le diagnostic et les propositions qui en découlent ont bien été comprises par le patient.

« Et [euh] je relis, je reprends les explications qui ont été données par le gériatre en cours de consultation avec la famille ou le patient pour [euh] reformuler, réexpliquer, et répondre aux questions des [euh], des patients. La plupart du temps, ils n'ont pas bien compris, hein qu'il y avait un trouble mnésique grave. » E7

Les médecins généralistes semblent satisfaits et ont valorisé le courrier reçu par le gériatre, qui est décrit principalement comme clair, complet et détaillé.

« Je suis ravie, nous les gériatres avec qui on travaille ils sont [euh], enfin pour le coup ils sont vraiment complets. Moi il n'y a rien à dire, tout est... A chaque fois tout est bien ; tout est bien détaillé, tout est bien expliqué, tout est bien... » E4

L'exhaustivité du courrier et son contenu sont parfois perçus comme complexe pour certains médecins généralistes. Certains d'entre eux ont déclaré ne lire que la conclusion du courrier, dans une optique de gain de temps.

« Les [euh] les courriers qu'on nous adresse sont souvent assez long » E7

« Je ne lis pas le courrier, mais je vais juste regarder la partie [euh], de ce qu'ils mettent en conclusion... » E8

2. Pertinence de la consultation mémoire

a) Apports de la consultation mémoire

Pour la plupart des médecins généralistes, la consultation mémoire occupe une place importante dans la prise en charge des patients atteints de troubles neurocognitifs, au vu des adjectifs gratifiants utilisés pour la décrire : « fondamentale, importante, centrale, indispensable, essentielle, primordiale. »

« Enfin en tout cas chez les patients qui ont des troubles cognitifs, et pour qui elle est indiquée, elle est primordiale. » E4

La consultation mémoire apporte un bénéfice pour chacun des trois acteurs : le médecin, le patient et l'aidant.

Elle permet tout d'abord une facilitation de la prise en charge par le médecin généraliste.

Les médecins ont en effet souligné l'importance de différencier les compétences propres du médecin généraliste et du gériatre et semblent ainsi reconnaître l'importance de l'obtention d'un avis spécialisé qui permet :

- de confronter les hypothèses diagnostiques du médecin généraliste et d'y apposer une expertise gériatrique.

« ça permet de [euh], de mettre un cadre, et d'avoir une « autorité spécialiste » qui dit « bah voilà, c'est comme ça ». » E3

- de conforter ainsi le diagnostic auprès du patient tout en facilitant son annonce auprès du couple aidant-aidé.

« Le mari, on dirait qu'il refusait d'accepter finalement le diagnostic que j'avais posé moi-même, en demandant des Il se renseignait pour avoir des bilans complémentaires en tout genre, alors qu'une consultation mémoire que je lui ai proposée a permis de trancher et ça a été finalement accepté après ça. » E2

Les médecins généralistes rapportent par ailleurs que la prise en charge des patients atteints de troubles neurocognitifs requiert un temps de consultation au cabinet conséquent, et que de ce fait des propositions peuvent être oubliées. La consultation mémoire réduit la fréquence de ces oublis.

« Il y a des choses que l'on peut faire. Dès fois on ne pense pas toujours à tout ... Donc ça permet [euh] de passer en revue toutes les possibilités ; il y a des choses que l'on oublie » E3

Enfin, plusieurs médecins ont souligné l'apport d'un suivi en consultation mémoire, pour surveiller l'évolution chronique de la pathologie et réévaluer les conditions de vie au domicile.

« Pour réévaluer le MMS régulièrement, c'est quand même [euh] ... Voilà, on voit un peu la rapidité de [euh], de progression de la maladie » E9

Ensuite, pour les médecins généralistes, la consultation mémoire améliore la qualité de vie du patient au domicile, en permettant une coordination globale ville-hôpital et la mise en relation avec certaines structures d'accueil et les réseaux gérontologiques.

« en ambulatoire en tout cas, avec l'assistante sociale, ce n'est pas facile, et que quand on peut bénéficier de ce, de cet appui-là, par l'intermédiaire des consultations et du suivi gériatrique là-bas [euh], c'est confortable. » E4

Elle permet ainsi une sécurisation du patient au domicile en limitant les situations qui pourraient le mettre en danger.

« Enfin c'est toute cette évaluation là en fait, pour pas que le patient se mette en danger, finalement. » E1

Pour les médecins généralistes, la consultation mémoire semble également endosser le rôle de soutien psychologique, face à l'isolement social ressenti par le couple aidant-aidé.

« donc finalement les gens sont assez satisfaits parce que déjà ils ont l'impression que l'on s'intéresse au problème. Parce que les troubles cognitifs on a toujours l'impression que c'est une fatalité. » E1

Elle permet de faciliter la prise en charge de l'aidant et de le rassurer, notamment en apportant des réponses à ses questions sur le diagnostic et le devenir du patient.

« En tout cas pour [euh], c'est surtout pour l'entourage ; que l'on ait un [euh] un nom sur les troubles. » E9

« Bah la question pratique c'est : « est ce que je peux le laisser tout seul ? » ; « bah si je m'en vais est-ce qu'il ne va pas faire des bêtises ? » ; « est ce qu'il peut prendre sa voiture ? », « qu'est-ce que je fais des clés ». Voilà c'est des choses pratiques quoi. »

E3

b) Limites de la consultation mémoire

Les médecins interrogés rapportent un vécu subjectif contrasté sur l'intérêt accordé à la consultation mémoire, et les bénéfices qui lui sont attribués. Cela tend à diminuer la fréquence d'initiation de la demande d'une consultation mémoire.

« Bah et puis après, enfin moi ça ne me concerne pas, mais c'est le bon vouloir du médecin quoi. [...] Aussi hein, c'est bête hein mais... Qui estime que oui ou non et c'est très subjectif. » E1

Pour certains médecins, la consultations mémoire apporterait peu, voir aucune modification dans la prise en charge du patient atteint de troubles neurocognitifs.

« *Moi non, peut-être pour les autres, mais moi non, ça ne change rien.* » E11

« *on fait des grands diagnostics, on fait plein d'examens, et au bout du compte on dit bah oui, il y a un Alzheimer et après bah derrière : rien !* » E8

Il a été évoqué comme éléments déterminants l'expérience du médecin généraliste au travers de formation diplômante, et de son vécu professionnel.

« *Alors, [euh] j'orientais. Avant, je dirais, en début de carrière et jusqu'il y a cinq-six ans, j'orientais facilement parce que ce n'était pas quelque chose qui était [euh] aisé pour moi et j'étais pas, ni formée, ni à l'aise avec ça.* » E7

Les délais pour obtenir une consultation mémoire sont un frein dans l'initiation du suivi spécialisé du patient.

« *Deux mois, deux mois et demi ; dans le dans le meilleur des cas hein ! C'est que ça peut être beaucoup plus long hein, mais ouais au moins deux mois, deux mois et demi.* » E11

De ce fait, le délai avant la réalisation de la consultation peut résigner un patient, occasionnant une perte de chance pour celui-ci.

« *Sauf que le seul frein aussi des fois, c'est que [euh] les délais sont longs, enfin c'est compliqué quoi, de le mettre dans le parcours. [...] Et puis des fois en fait les gens comme les délais sont longs, bah les patients changent d'avis, ou les familles de patients changent d'avis.* » E1

La longueur des délais semble source d'un vécu difficile pour les médecins généralistes, notamment car elle retarde l'obtention d'un diagnostic à annoncer aux familles.

« On a parfois des [euh] des familles, des enfants qui reviennent vers nous en nous disant que la consultation est dans 6 mois, 8 mois. [euh] Et c'est quand même peu agréable pour eux, pour nous de [euh] de mettre le point sur un souci de santé important et d'avoir un délai [euh] sur des inquiétudes familiales qui soit si long. » E7

Pour les médecins généralistes, la pertinence d'un recours à la consultation mémoire semble varier également en fonction des caractéristiques et des besoins du patient, tel que :

- L'âge de début des troubles neurocognitifs et leurs répercussions sur la vie quotidienne,

« autant quelqu'un de 85, 90 ans, je dirais [euh] ; pour moi j'estime qu'il n'y a pas d'urgences. A 72 ans, c'est un peu embêtant quand même. » E11

- La nécessité d'un recours aux aides humaines extérieures, pour favoriser le maintien au domicile,

« S'il y a vraiment quelque chose qui me préoccupe dans la prise en charge durable pour favoriser le maintien à domicile, là à ce moment-là je demande l'avis du spécialiste. » E5

- Le degré d'autonomie du patient pour se rendre sur le lieu de la consultation.

« Et parfois ça perturbe, quand ils avancent après dans la maladie, ça perturbe hein les gens d'aller à l'hôpital. De devoir les déplacer, ça les angoisse ; et des fois c'est, c'est très compliqué de [euh] d'y aller quoi. » E10

Ainsi, la consultation mémoire leur semble moins bénéfique pour les patients présentant des troubles neurocognitifs importants, et paraît plus profitable aux patients présentant des troubles neurocognitifs débutants.

« Après, ça dépend du stade de la personne, si on l'envoie au tout début, je pense que ça [euh]... C'est faire prendre conscience qu'il faut stimuler tout, là je crois que c'est pas mal. C'est sûr que si on voit les gens, et s'ils sont déjà bien [euh], bien avancés dans la maladie, malheureusement bon... [euh] » E10

Les médecins semblent également renoncer à la consultation mémoire si elle peut s'avérer éprouvante financièrement pour le patient.

« Et le problème aussi c'est le transport ; enfin tant qu'ils ne sont pas étiquetés ou qu'on n'a pas le [euh], je ne sais pas, posé l'indication pour une ALD de démence ; bah s'il faut [euh]... [...] Ils doivent payer plein pot. Vous savez, c'est des choses compliquées aussi [euh]... » E10

Le recours à la consultation mémoire nécessite également l'acceptation du patient et de l'aidant principal.

Il a pas été opposant, ce qui est une bonne chose quoi, parce que souvent il y a des réticences » E3

Pour les médecins les causes de refus de prise en charge par les aidants sont principalement le souci de confort du patient et l'absence de solution thérapeutique curative.

« La famille peut être aussi hein, « on va pas l'embêter plus que ça, hein ». » E5
« j'ai même une autre dame, son fils il disait « Bah est-ce qu'il faudrait voir les docteurs, à quoi ça sert, de toute façon il n'y a plus de médicament, on ne peut plus rien faire » E10

Certains médecins ont insisté sur le caractère incurable et imprévisible des troubles neurocognitifs, qui remet en doute la pertinence du suivi en consultation mémoire.

« On sait que ça ne va pas aller en s'arrangeant. [...] Avec un résultat de consultation mémoire, j'ai l'impression d'être dans un cul de sac. » E6

Ainsi, pour certains médecins généralistes, depuis le déremboursement des inhibiteurs de l'acétylcholinestérase, l'intérêt d'une consultation mémoire semble limité à l'évaluation et la mise en place des aides. Celles-ci pouvant être réalisées par le médecin généraliste lui-même ; la pertinence de la consultation mémoire et du suivi s'en trouve diminuée.

« Bah s'il faut mettre en place des aides, ça je le devine. Je veux dire, s'il faut mettre en place un passage infirmier, ça je le fais. » E1

V. Relation ville-hôpital

1. Communication interprofessionnelle

a) Mode de communication avec le gériatre

La majorité des médecins généralistes ont rapporté communiquer avec le gériatre par téléphone, en l'appelant directement. Ce mode de communication semble apprécié de par sa facilité. A noter qu'un médecin a valorisé également la communication par e-mail.

« On a chacun les numéros de téléphone personnels de chacun des praticiens donc là, il n'y a vraiment aucun souci. » E4

D'une manière générale, les médecins semblent avoir une bonne connaissance des contacts disponibles à l'hôpital.

« Mais moi, ça va, j'ai les bons numéros [rires]. » E11

Les médecins semblent essentiellement contacter directement le gériatre lors d'un problème rencontré dans la prise en charge d'un patient, d'autant plus en cas d'urgences.

« après si on a une demande plus urgente, dans le sens ou enfin voilà ; ça devient urgent et dangereux pour le patient, il suffit juste de prendre notre téléphone et le gériatre il... Il [euh] ; enfin voilà il fait les choses plus rapidement. » E4

b) Qualité des échanges

La majorité des médecins ont valorisé la relation ville-hôpital, décrivant des échanges constructifs.

« Le discours est confraternel et agréable, et les hospitalisations en plus sont réalisées et simples, dans des délais courts. Du coup, pas de souci avec le monde gériatrique en règle générale ici, ça se passe bien. » E7

L'accès à une aide des gériatres semble facile, et permet de simplifier la prise en charge des patients.

« le terrain est très favorable puisqu'on a un service de gériatrie de court séjour, et on a un service à [VILLE] de long séjour. Donc si on a besoin d'une aide ponctuelle pour une situation médicale dans le cadre d'une démence par exemple, c'est très facile d'hospitaliser quelqu'un à [VILLE]. » E5

Même si pour certains d'entre eux, l'interaction ville-hôpital semble difficile.

« Malheureusement, comme toutes les relations avec les spécialistes de tout corps actuellement, [euh] elles sont nulles. [...] Maintenant on est.... On travaille tous dans notre coin, c'est [euh] c'est dur, les... Enfin je suis déjà allée à des réunions où on veut un échange hôpital ville ; mais c'est compliqué quoi. Ouais, on est tous pressés, que ce soient nos confrères à l'hôpital, que ce soit nous et ... À moins d'avoir des interlocuteurs qu'on connaisse personnellement où, peut-être ça peut faciliter la chose mais.... Non là, actuellement je ne vais pas vous dire que j'ai des relations avec mes confrères gériatres en milieu hospitalier, non, non. » E9

2. Leviers d'amélioration de la relation ville-hôpital

Certains médecins semblent vouloir améliorer la relation ville-hôpital avec les gériatres, en améliorant la coordination des soins.

« Un réseau de coordination, puis de se connaître, c'est bien ! [...] Oui je parle de l'hôpital oui, je parle de coordination entre confrères quoi, je veux dire. [euh]... Voilà, entre la médecine de ville et le réseau gériatrique, je pense que c'est important d'avoir cette [euh] ; cette [euh] oui c'est ça c'est cette coordination. C'est pas coordination, je ne sais pas comment dire, c'est le mélange de nos compétences quoi. » E3

Plusieurs pistes d'amélioration ont été évoquées telles que :

- développer la téléexpertise et son accessibilité ;

« Ou alors une plateforme... Il y en a une de plateforme, mais bon le problème, c'est qu'on ne tombe pas forcément sur la bonne personne, que [euh] que ça prend du temps, hein, c'est long, c'est... » E11

« Du coup voilà, avoir un annuaire de médecins qui donnerait leurs coordonnées perso ou pro plus facilement serait très agréable pour l'avenir. » E7

- privilégier une communication directe, en développant les formations médicales continues.

« Mais c'est vrai qu'on pas le temps non plus. Mais il faudrait faire des réunions pour que tout le monde se présente et expliquer un peu comment fonctionne le service. »

E10

« Je pense que de notre part, on devrait peut-être faire un effort, [euh] pour aller dans les centres hospitaliers. » E6

Les médecins généralistes semblent également souhaiter une augmentation de deux types de propositions faites après la consultation mémoire : la stimulation des fonctions cognitives et la prise en charge des aidants.

« Alors moi j'aimerais bien [euh]... Pour les quelques patients qui ont été pris en charge, avoir ces exercices un peu que l'on fait sur la mémoire. » E9

« S'il pouvait y avoir en fait la prise en charge globale de la famille. Je veux dire, pas que la personne malade mais aussi des aidants, que ça soit l'époux ou l'épouse quand ils sont deux, ou les enfants quand c'est les enfants qui se [euh], qui doivent tout faire quoi. » E10

Pour beaucoup de médecins généralistes, il semble important de développer la prise en charge du patient au domicile avec par exemple le déploiement des équipes mobiles de gériatrie, afin d'effectuer le bilan initial puis des réévaluations au domicile du patient.

« Et peut-être que si une équipe mobile pouvait [euh] faire la démarche dans un cadre cohérent de maintien à domicile, ça ce serait sans doute un plus. » E5

Enfin, pour certains médecins généralistes, il semble primordial d'améliorer l'accès à la consultation mémoire, par :

- l'augmentation du nombre de créneaux de consultations et de créneaux réservés aux urgences,

« Alors je pense qu'en fonction de l'importance de la dégradation du trouble, et des répercussions qu'il y a derrière, évidemment on pourrait avoir des rendez-vous plus facilement. » E1

- le développement d'un accès rapide à la prise de rendez-vous en consultation,

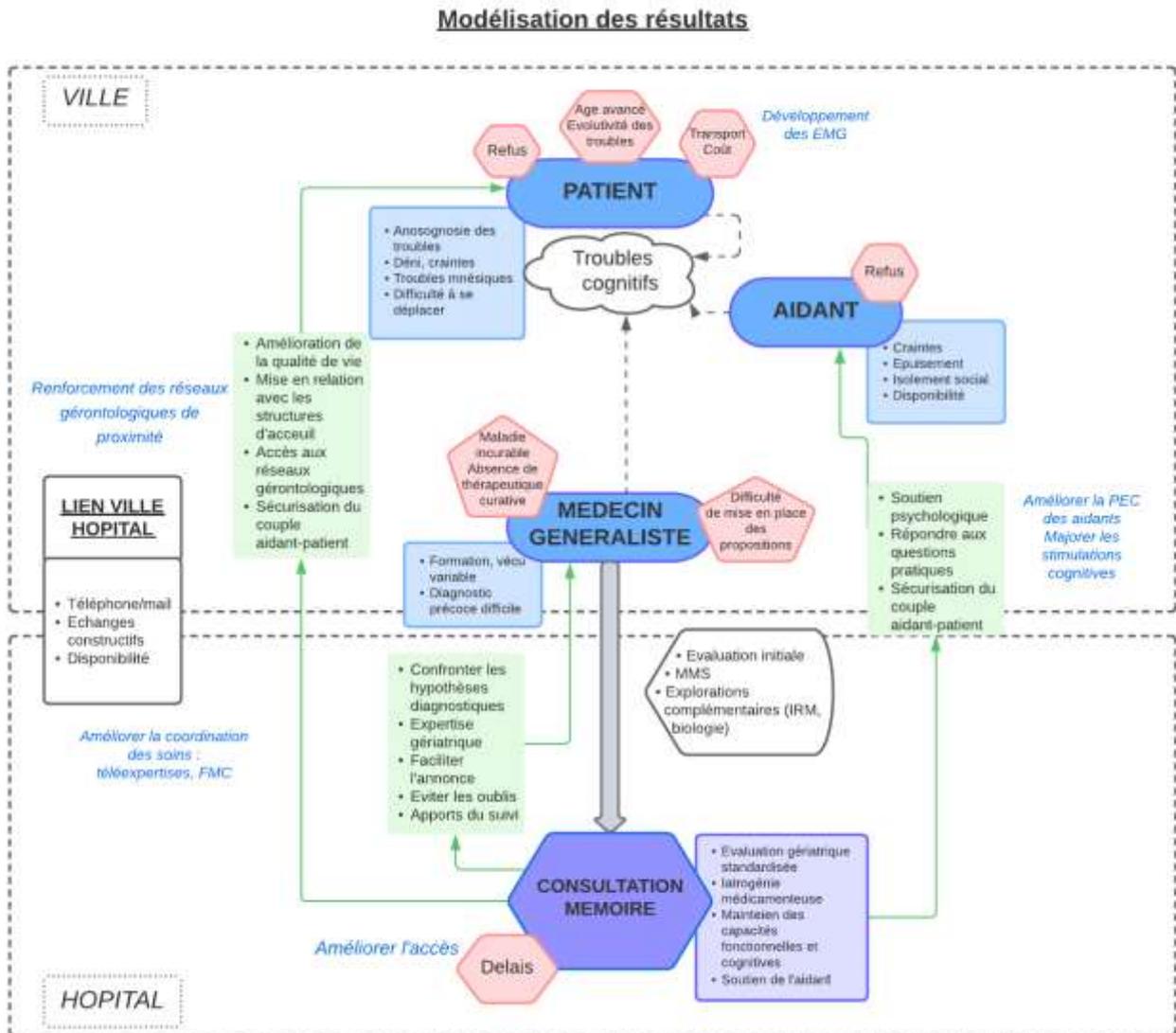
« On n'a pas de prise en ligne de rendez-vous pour ces évaluations-là. [...] Sinon moi j'adhère ! » E5

- le développement de la gériatrie en ambulatoire.

« Est-ce qu'il y aurait un intérêt à accueillir [euh] un médecin d'un centre, ou qui se spécialise et qui viennent proposer deux heures ou trois heures de consultation, donc deux ou trois personnes... Ce serait à nous d'organiser ça, donc ce serait compliqué ça. [...] Vous voyez ce serait [euh]... Comment vous appelez ça à l'hôpital... Une externalisation des consultations. » E5

IV. Discussion

I. Modélisation des résultats



II. Discussion de la méthode

1. Forces de l'étude

a) Choix de la méthode

(1) *Choix de la méthode qualitative*

La méthode qualitative exclut la quantification et se démarque ainsi de l'analyse quantitative qui se propose d'objectiver l'analyse de texte en lui appliquant des traitements statistiques. (21)

Cette méthode a été choisie car elle a davantage vocation à comprendre, à détecter des comportements, des processus et des modèles théoriques, qu'à décrire systématiquement, à mesurer ou à comparer. (20)

La méthode par théorisation ancrée a été privilégiée car elle vise la production de théorie à partir du matériau empirique. Elle convient à toute question visant à comprendre les acteurs et parlant de la façon dont ils vivent et appréhendent ce qui leur arrive. (21)

(2) *Choix de l'entretien compréhensif*

Les entretiens ouverts ont favorisé la libre expression des médecins interrogés sans leur imposer les a priori de l'investigatrice.

La réalisation d'entretiens compréhensifs a été préférée, car elle permet à l'enquêteur de s'engager activement dans les questions, pour provoquer l'engagement de l'enquêté. (20)

La durée des entretiens n'était ni définie ni limitée, laissant libre cours aux médecins interrogés de développer certains aspects qui pouvaient leur sembler plus intéressants.

b) Validité interne

(1) *Crédibilité*

Les différentes étapes de la méthodologie de la recherche qualitative ont été respectées. Ce travail a été évalué à l'aide de la grille COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research), traduite de l'anglais. (*Annexe 5*)

La majorité des critères des colonnes deux et trois a été respectée, hormis la description de l'arbre de codage et la vérification des résultats par les participants.

(2) *Fiabilité*

Le canevas d'entretien a été modifié au fur et à mesure des entretiens selon les idées émergentes.

Les entretiens ont été enregistrés puis retranscrits le plus rapidement possible, afin de ne perdre aucune information de communication verbale ou non-verbale.

Le rappel systématique de l'anonymisation des échanges en début d'entretien et le fait de laisser le choix du type d'entretien à l'interviewé (en présentiel ou en visio-conférence) instaurait un climat propice à la confiance.

La suffisance des données a été obtenue après neuf entretiens, et confirmée par deux entretiens supplémentaires, qui n'ont apporté aucune donnée nouvelle.

c) Validité externe

Les résultats de l'étude sont en cohérence avec les données actuelles et disponibles de la littérature.

2. Faiblesses de l'étude

a) Recrutement

Les premiers médecins ont été recrutés par échantillonnage de convenance, parmi les connaissances de l'enquêteur. L'échantillon, bien que raisonné était donc également opportuniste.

La suite du recrutement, par échantillonnage théorique, a pu également générer un biais de recrutement.

Seulement trois médecins ont été recrutés dans le département du Pas-de-Calais, contre huit pour le département du Nord.

Certains médecins interrogés étaient titulaires d'un DU ou d'une capacité de gériatrie, pouvant modifier leurs croyances et ressentis sur la consultation mémoire.

Il était précisé lors du premier contact avec les médecins, que le thème abordé pour ce travail de thèse serait celui de la consultation mémoire. Et même si aucun détail supplémentaire n'était donné sur le sujet de l'étude, cette précision pouvait constituer un biais de recrutement, au regard de certains médecins généralistes réticents à l'utilisation de cette consultation spécialisée.

L'échantillon est constitué uniquement de onze médecins généralistes, l'inclusion s'étant arrêtée une fois la saturation des données atteinte et confirmée. Les résultats ne sont donc pas extrapolables à l'ensemble des médecins exerçant en France.

b) Recueil des données

Il s'agissait de la première étude qualitative pour l'investigatrice. L'expérience de l'entretien compréhensif a été acquise au fur et à mesure des échanges, ce qui a pu influencer la richesse du discours des participants.

Deux entretiens fictifs ont été réalisés préalablement à l'étude, pour limiter le biais lié au manque d'expérience de l'investigatrice.

L'interviewer étant l'investigatrice principale, la connaissance des objectifs de l'étude a pu influencer le déroulement des entretiens.

Un biais de déclaration réside dans le fait que les verbatim obtenus n'étaient pas vérifiables. Le fait que l'interviewer et l'interviewé exerçaient la même profession a pu accentuer ce biais. En effet, le statut de l'investigatrice, médecin remplaçant en médecine générale, était connu des interviewés, pouvant influencer leurs réponses. Pour limiter ces risques, l'investigatrice s'est employée à adopter une attitude neutre, en s'aidant de son rapport confraternel avec les médecins interrogés.

Certains entretiens ont été interrompus par un tiers, pouvant perturber le déroulement de l'échange.

c) Analyse des données

Cette étude comporte également un biais d'interprétation, qui est inhérent à la recherche qualitative, et lié à la subjectivité de l'investigatrice. Il était toutefois limité par la triangulation des codages ouverts, effectuée en début d'analyse avec l'aide d'une autre médecin remplaçant, elle-même formée à la recherche qualitative.

Il était également limité par un travail réalisé en amont des entretiens par l'investigatrice, de listing de ses a priori vis-à-vis de la consultation mémoire dans son journal de bord, et de leur déconstruction.

III. Discussion des principaux résultats

1. Les troubles cognitifs : un diagnostic précoce difficile

Au travers des résultats, il apparaît clair que les médecins généralistes sont sensibles à la problématique des troubles neurocognitifs et à leur diagnostic précoce. L'étude Aliacar et al., qui avait pour objectif d'analyser l'attitude des médecins face à une plainte mnésique, confirmait ce ressenti avec 79.2% des médecins interrogés jugeant le dépistage précoce utile. (22) Dans l'étude Garnier-Crussard, dont l'objectif était d'évaluer la perception des bénéfices et des risques du diagnostic des troubles neurocognitifs auprès des professionnels de santé, plus de 90% des participants considéraient l'initiation d'un diagnostic comme pertinente sauf au stade sévère. (23)

Il est important de noter que récemment, la notion de « diagnostic précoce » a été affinée. L'étude Brooker D et al met en avant le terme « timely diagnosis », proposant que les patients aient accès à un diagnostic précis à un moment du processus de la maladie où cela peut leur être le plus bénéfique. (24)

De nombreuses difficultés à l'établissement d'un diagnostic ont été soulignées par les médecins généralistes interrogés lors de notre étude. Ceci peut amener à un retard diagnostic, alors même que les médecins traitants sont sensibles à cette problématique.

D'une manière générale, certaines études européennes suggèrent en effet que les troubles neurocognitifs restent sous diagnostiqués, comme le montre l'étude prospective Waldorff et al. où sur 138 patients identifiés avec une possible démence, 102 patients étaient non diagnostiqués. (25)

L'étude M Perry et al. suggère également un diagnostic trop tardif, la détection de la démence ayant lieu environ un an avant l'admission en maison de retraite et trois ans avant le décès. (26)

Plusieurs explications nous permettent de comprendre cette problématique liée à l'obtention d'un diagnostic précoce en ambulatoire.

L'étude Koch et al. avance certains facteurs susceptibles de freiner la détection et la prise en charge des troubles neurocognitifs auprès des acteurs médicaux ambulatoires. Ceux-ci peuvent être classés en trois catégories :

- les facteurs patients ou sociétaux, comme la stigmatisation ou la présentation tardive de la maladie,
- les facteurs dépendants du praticien, comme l'incertitude diagnostique, le manque perçu de connaissances, le nihilisme thérapeutique et les préoccupations concernant l'annonce du diagnostic,
- les facteurs dépendants du système, comme les contraintes de temps ou financières. (28)

Au sein de notre étude, ce « facteur patient » est évoqué par les médecins généralistes, qui rappellent que les troubles neurocognitifs débutants peuvent être une source d'anxiété pour le patient. Cette idée est retrouvée lors de l'enquête d'opinion sur la maladie d'Alzheimer, réalisée par l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé, où parmi une liste de dix maladies les plus redoutées par la population française, la maladie d'Alzheimer arrive en quatrième position, avec 39,1 % des personnes interrogées déclarant craindre cette maladie. (29)

Le diagnostic précoce semble également difficile en raison de l'anosognosie des troubles présentée par le patient. Cette constatation est observée dans l'étude Pin le Corre et al., où il est suggéré que l'anosognosie des troubles entrave les capacités du patient à appliquer un projet de soins même construit conjointement. (30)

L'incertitude diagnostique, à travers l'étude Koch et al., est considérée comme l'un des « facteurs praticien » complexifiant le diagnostic précoce. (28)

Pourtant, d'après les données publiées par le « guide parcours de soins des patients présentant un trouble neurocognitif » de la HAS en mai 2018, le MMSE et les autres tests de repérage (MOCA, GP-COG, 6-CIT, MIS, 5 mots de Dubois) permettent d'objectiver les difficultés des patients dans un ou plusieurs domaines cognitifs

(mémoire, orientation spatio-temporelle, langage, praxies/gnosies, fonctions exécutives, cognition sociale) ; et tendent à limiter ce ressenti. (1) (31)

Dans ce travail, la réalisation du MMSE en consultation ambulatoire est contrastée. Certains médecins l'utiliseraient rarement, majoritairement par manque de temps, ce qui est cohérent avec l'étude Pariet-Madjlessi et Al., qui précise que son temps de passation (environ 15 minutes chez les sujets âgés) est considéré comme long pour des consultations de médecine générale. (32)

L'étude Pêcheur CAH et al., suggère effectivement qu'il est peu utilisé, puisque seulement 20% des lettres d'adressage de patients vers une clinique mémoire, contenaient des résultats de tests cognitifs comme le MMSE. (33)

Des pistes émergent pour le dépistage rapide des troubles neurocognitifs en ambulatoire, grâce à l'utilisation de tests rapides. Récemment, une équipe a mis au point un test pour la détection des troubles neurocognitifs, baptisé Codex, pouvant être réalisé en moins de 3 min et semblant bien adapté à la pratique en médecine de ville. (32)

L'étude Belmin J et al. le décrit, avec une tâche de mémoire correspondant à la mémorisation de 3 mots, puis les rappeler ; au dessin du cadran d'une montre, et en fonction des résultats de ces 2 premières tâches 5 questions d'orientation dans l'espace. Les performances de cet arbre de décision sont prometteuses, avec une sensibilité de 92% et une spécificité de 85% (34). Le temps de passation est effectivement plus court, évalué en moyenne à 1 minute et 43 secondes lors de l'étude Zulfiqar A. et al. (35)

Cette incertitude diagnostique en médecine ambulatoire nous montre toute l'importance de la consultation mémoire.

Cette constatation rejoint les recommandations publiées dans le « guide parcours de soins des patients présentant un trouble neurocognitif associé à la maladie d'Alzheimer ou à une maladie apparentée ».

Ce dernier spécifie que toute personne présentant un trouble neurocognitif documenté par un médecin généraliste doit ainsi être adressée à un médecin spécialiste de la mémoire afin de recueillir un diagnostic étiologique. (1)

2. La consultation mémoire : un atout majeur pour la triade Médecin-Patient-Aidant

Dans ce travail, il est confirmé que la plupart des médecins généralistes ont recours à la consultation mémoire. Ces données sont confortées par l'étude Cantegreil-Kallen I et al., dont l'objectif était de connaître les pratiques diagnostiques de la maladie d'Alzheimer en médecine générale auprès de médecins du réseau Sentinelles, et où 91 % des médecins interrogés ont envoyé le patient en consultation spécialisée. (12) Dans l'étude Turner S et al., un tiers des médecins généralistes estimaient que les soins de la démence relèvent du domaine d'un spécialiste, et non de celui de la médecine générale. (36)

Ce travail met en avant la consultation mémoire comme un atout indispensable pour l'ensemble des trois acteurs de la prise en charge : le médecin généraliste, et le couple aidant-aidé.

Elle est d'abord d'une aide précieuse pour le médecin généraliste ; proposant une exploration étiologique, au travers d'une évaluation neuropsychologique exhaustive, d'examens complémentaires (bilans sanguins, IRM) et d'une évaluation gériatrique standardisée explorant les différents syndromes gériatriques.

Les recommandations HAS publiées dans le « guide parcours de soins des patients présentant un trouble neurocognitif », stipulent que le médecin de la consultation mémoire doit confirmer le diagnostic de trouble neurocognitif et son étiologie grâce un bilan neuropsychologique et des examens complémentaires. Elle permet par une approche pluridisciplinaire, une évaluation multidimensionnelle (statut cognitif, psychique, fonctionnel, familial et social). (1)

De plus, les médecins interrogés lors de notre étude ont fait mention qu'une première consultation peut déboucher dans les suites sur une hospitalisation de jour. Dans l'étude Volpe-Gillot et al., il est souligné que les HDJ permettent de réaliser un diagnostic médico-psycho-social, facilitant l'annonce du diagnostic et la mise en place d'un projet de soins. (37)

Outre un apport certain dans l'acceptation des aides et la sécurisation du patient, la consultation mémoire est surtout facilitante dans l'annonce diagnostic. L'étude Koch et al., identifie les préoccupations concernant l'annonce du diagnostic comme un autre des « facteurs praticien » empêchant les médecins généralistes de détecter et prendre en charge efficacement la démence. (28)

Dans l'étude Johnson H et al., l'annonce est effectuée dans 40% des cas et la maladie d'Alzheimer n'est nommée que dans 25% des cas ; traduisant une véritable difficulté pour le médecin généraliste dans l'annonce diagnostic, et la réelle nécessité d'une consultation mémoire dans ce contexte. (38)

Notre étude suggère également que pour certains médecins généralistes, la consultation mémoire joue un rôle essentiel auprès de l'aidant, comme soutien psychologique face à l'isolement social. Les aidants doivent faire face aux atteintes d'ordre cognitif (troubles de la mémoire, du langage, de l'attention) et d'ordre fonctionnel (aide à la toilette, aide à la prise de repas, gestion des médicaments), ou encore à certains troubles du comportement ; et ressentent, selon l'étude Amieva H. et al., le besoin d'être mieux informé sur la maladie et d'acquérir des habiletés afin d'optimiser au quotidien la prise en charge du proche malade. (39)

La consultation mémoire permet de proposer cet accompagnement, rejoignant les recommandations HAS sur le suivi médical des aidants naturels, publiées en 2010, où un choix d'interventions est proposé (psycho-éducation ; groupe de soutien ; support téléphonique ou internet ; cours de formation sur la maladie d'Alzheimer ou des maladies apparentées, psychothérapie individuelle ou familiale). (40)

Ce soutien est d'autant plus important, que selon l'étude Schulz R et al., les aidant qui fournissent des soins et subissent une pression présentent des risques de mortalité 63 % plus élevés. (41)

3. Persistance de freins à l'utilisation de la consultation mémoire

Notre étude met en évidence un intérêt partagé concernant la consultation mémoire et les bénéfices qui lui sont attribués.

Tout d'abord, les médecins interrogés évoquent l'influence de leur formation et de leur expérience dans l'adressage ou non du patient en consultation mémoire. Ces résultats sont confortés par l'étude Renshaw J et al., où seuls 47,6 % des médecins généralistes ont déclaré avoir reçu suffisamment de formation au diagnostic et à la prise en charge de la démence. (42) L'article Koch et al. identifie également le manque perçu de connaissances comme un « facteur praticien » influençant le diagnostic précoce des troubles neurocognitifs, et révèle donc l'importance d'améliorer les compétences des praticiens de soins primaires en améliorant la formation et l'éducation. (28)

Il apparaît donc qu'une amélioration des connaissances des médecins généralistes dans ce domaine est indispensable, d'autant plus que la spécialité gériatrique reste parfois méconnue pour certains praticiens.

Hors union européenne, des programmes éducatifs pour la mise en œuvre des recommandations nationales ont vu le jour, permettant d'augmenter le taux de diagnostic précoce des troubles neurocognitifs et d'améliorer les connaissances des professionnels, comme le démontre les études Downs M, et al. et Vickrey BG et al. (43) (44)

Les médecins interrogés ont également évoqué le frein constitué par le refus du patient ou de l'aidant à participer à une consultation mémoire. Il apparaît clair que le rôle de l'aidant dans l'acceptation de la maladie et du projet de soin est considérable.

L'étude Fantino Bruno et al., considère le rôle de l'aidant comme majeur, dans plusieurs domaines importants parmi l'aide au diagnostic, l'aide à l'observance et l'évaluation des traitements, l'aide psychologique et la surveillance des patients. (45) Dans son « guide parcours de soins des patients présentant un trouble neurocognitif », la HAS préconise que le médecin traitant renouvèle cette proposition en cas de refus du patient, s'il estime qu'elle est justifiée. (1) Elle recommande également que le médecin généraliste propose à l'aidant naturel une consultation annuelle dédiée, afin de l'informer sur la maladie qui touche son proche, des éléments de sa participation au plan de soin personnalisé du patient, et de l'existence des aides disponibles. (1)

Pour certains médecins de notre étude, le caractère incurable de la maladie et son aggravation progressive diminueraient la pertinence de la consultation mémoire et du suivi en consultation mémoire. Cette constatation renvoie à la vision négative des troubles neurocognitifs dans les représentations, y compris chez les personnels soignants, soulevée dans l'étude Pin Le Corre et al., où le malade d'Alzheimer est le plus souvent présenté à des stades sévères de la maladie. (46)

L'étude Vernooij-Dassen MJ, et al., montre que la stigmatisation de la maladie, ainsi que le sentiment qu'il y ait peu à offrir jusqu'au stade sévère de la maladie, renforcent la réticence des médecins généralistes à diagnostiquer la démence à un stade précoce. (47)

Il apparaît également que le déremboursement des traitements est une source de vécu négatif pour les médecins interrogés. Cette idée est suggérée dans l'étude Hommet C et al., réalisée en France en 2015, où, dans l'hypothèse où les traitements symptomatiques ne seraient plus disponibles, plus des deux tiers (69,4 %) des répondants estimaient que cela aurait un impact sur la qualité des soins qu'ils apporteraient à leurs patients. (48)

L'émergence d'un traitement faciliterait à la fois l'acceptation de l'aidant dans la prise en charge au long cours du patient mais également l'adhésion du médecin traitant. Ce postulat se confirme dans l'étude Wilkinson D, où un peu plus de la moitié des médecins a estimé que la prise en charge de la maladie d'Alzheimer serait facilitée s'il était plus facile d'obtenir un médicament efficace pour le patient. (49)

De ce fait, il semble alors important d'insister auprès de ces médecins sur l'importance des propositions thérapeutiques non médicamenteuses qui peuvent être proposées dans les suites d'une consultation mémoire.

En effet, les prises en charges non médicamenteuses sont multiples, la HAS exposant dans son guide une prise en charge cognitive, psychique, fonctionnelle et sociale ; associant thérapies de réadaptation (fonctionnelle, orthophonique, motrice) et thérapies psychocomportementales. (1)

Certains médecins généralistes interrogés lors de notre étude ont d'ailleurs affirmé désirer une majoration du nombre de propositions de stimulations cognitives faites après une consultation mémoire.

Néanmoins, même si elles sont toujours recommandées, l'efficacité de ces mesures est cependant à nuancer. Dans l'étude Amieva H et al., publié en 2016, trois stratégies thérapeutiques non médicamenteuses ont été testées : la stimulation cognitive (en groupe), la thérapie par réminiscence (en groupe) et un programme de prise en charge individualisée adapté au profil du patient pendant 2 ans. Aucun impact sur le taux de survie à deux années n'a été mis en évidence. Seule la réadaptation cognitive individualisée suggérait une efficacité. (50)

La longueur des délais pour obtenir une consultation mémoire est un autre frein évoqué par les médecins généralistes. Cette longueur semble s'aggraver, puisque selon la lettre de l'observatoire N°57 de la Fondation Médéric Alzheimer publiée en juin 2021, le délai d'accès au diagnostic pour une première consultation en centre mémoire s'élève en moyenne à 74 jours en 2019 contre 51 jours en 2011. (15)

Enfin, dans ce travail, les médecins ont évoqué comme dernier frein potentiel à l'utilisation de la consultation mémoire, la capacité du patient à se déplacer vers le lieu de consultation.

En 2010, l'étude N. Blanchard et al., financée par la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, a montré que le transport pouvait constituer un frein au développement et à l'accessibilité des accueils de jour. Il est à noter que différentes dispositions sont progressivement entrées en vigueur dans l'objectif de faciliter le transport entre

l'accueil de jour et le domicile des personnes accueillies : la prise en charge par l'assurance maladie des frais et l'obligation pour les services d'accueil de jour d'organiser le transport. (15)

Malgré les questionnements soulevés par ce travail, la HAS estime que la balance bénéfices/risques est en faveur du diagnostic étiologique effectué en consultation mémoire, notamment en raison des pertes de chances occasionnées par un diagnostic différentiel non posé, des prises en charge spécifiques retardées et des effets délétères de l'errance diagnostique. (1).

4. Développer la filière gériatrique du territoire

Dans notre étude, les médecins ont très peu évoqué les ressources de la filière gérontologique, ce qui suggère qu'ils en ont peu connaissance. Cette donnée rejoint les résultats d'une thèse effectuée dans le Finistère, où plusieurs médecins regrettaient d'avoir un manque de connaissance des différentes mesures sociales et d'accompagnement des patients. (51)

Pourtant, de multiples ressources existent sur le territoire : les centres mémoire, les places en accueil de jour, les places en établissements d'hébergement et les dispositifs d'appui à la coordination (regroupant les plateformes territoriales d'appui, les méthodes d'action pour l'intégration des services d'aides et de soins dans le champ de l'autonomie, le dispositif « personnes âgées en risque de perte d'autonomie », ainsi que les réseaux territoriaux). L'objectif de ces dispositions est d'informer l'ensemble des professionnels afin de réduire cette méconnaissance.

Néanmoins il est important de rappeler que ce maillage reste très disparate au sein de notre territoire national, comme le rappelle la Fondation Médéric Alzheimer. (15) L'étude Daniel F et al. appuie cet argument notamment concernant les accueils de jour, où cinq régions apparaissent moins équipées (Champagne-Ardenne, Lorraine, Auvergne, Aquitaine et Corse), et ce malgré un accroissement global. (55)

Même si les médecins généralistes interrogés se disent désireux de privilégier le maintien à domicile du patient, ils semblent donc se heurter à la difficulté de sa mise en œuvre. Elle serait également imputable au manque de personnel aidant au domicile.

Ces éléments laissent à supposer que face au vieillissement de la population, les besoins en infirmiers, aides-soignants et autres professions paramédicales augmentent. Malheureusement, la récente crise sanitaire représentée par la pandémie COVID19, fait craindre une aggravation de la situation. Dans l'article Debout C. et al, publié en 2020 dans la revue francophone de recherche infirmière, on retrouve la confirmation du départ massif de soignants (principalement des infirmières) dans les domaines touchés par la première vague de covid. (53)

Toujours dans l'optique de promouvoir le maintien à domicile du patient, il a été suggéré par les médecins interrogés dans le cadre de notre étude, de développer les équipes mobiles de gériatrie, afin d'effectuer le bilan initial puis les réévaluations au domicile du patient.

Cette mesure semble effectivement prometteuse, puisque l'étude Stuck AE et al. suggère les programmes préventifs de visites à domicile comme efficaces, avec des interventions basées sur une évaluation gériatrique multidimensionnelle (médicale, fonctionnelle et psychosociale), et comprenant de multiples visites de suivi au domicile. (54)

Les médecins traitants bénéficiant de l'intervention de ces équipes mobiles de gériatrie, semblent satisfaits, comme le montre un travail de recherche réalisé auprès de médecins généralistes du Grand Versailles. La satisfaction globale des médecins interrogés provenait de l'avis d'expert donné, de la possibilité d'une prise en charge de type hospitalier, et de la facilitation de la mise en place d'aides par le réseau. (55) Elle se développe d'ailleurs en Europe, comme le montre l'étude Tornfelt L et al., qui souligne que les interventions de l'équipe mobile à domicile, profitent à la fois aux patients et à leurs proches, en permettant une communication franche avec des soignants connus, faciles à contacter et en offrant du temps à consacrer au patient. (56)

5. L'importance de la coordination ville-hôpital

Au travers des résultats il semble donc primordial de renforcer la coordination ville-hôpital.

Dans un premier temps, il apparaît indispensable d'améliorer l'accès à la consultation mémoire, qui constitue le lien ville-hôpital pour les patients atteints de troubles neuro cognitifs. Les médecins interrogés ont soumis quelques pistes afin d'améliorer l'accès à la consultation mémoire, avec dans un premier temps l'augmentation du nombre de créneaux de consultations.

Pourtant, le plan d'Alzheimer 2008-2012, proposait des mesures qui visaient à renforcer l'équipement en consultation mémoire et en centre mémoire de ressource et de recherche sur l'ensemble du territoire. Il était prévu un renforcement des consultations mémoires à forte activité et des créations dans les zones dépourvues. Ces objectifs ont été jugés comme atteints dans le rapport d'évaluation du plan Alzheimer en 2013. Le maillage du territoire est considéré comme suffisant, avec la part des neurologues libéraux qui y participent et constituent une force d'appoint dans certaines zones. (57)

La majorité des médecins ont valorisé leur relation avec les gériatres, décrivant des échanges constructifs, et semblent également satisfaits du courrier reçu après une consultation mémoire.

Ces données sont pourtant en contradiction avec l'étude François P et al, publiée en 2014, où les scores les plus faibles de satisfaction globale concernaient le courrier d'hospitalisation (35,9/100) et leur difficulté majeure à joindre les médecins hospitaliers (20,2 % d'avis favorables). (58)

Certains médecins généralistes interviewés trouvaient le courrier de consultation long et parfois trop complexe.

Dans l'article Perrillat-Amede S et al, les éléments recherchés dans le document de sortie d'hospitalisation afin d'assurer la continuité des soins étaient : le traitement de sortie, le diagnostic principal, les suites à donner en termes de prise en charge

diagnostique ou thérapeutique (59). Ces données suggèrent que le courrier de consultation mémoire pourrait ne regrouper que ces éléments essentiels.

Outre la communication par courrier, les médecins interrogés dans notre travail semblent contacter directement le gériatre par téléphone, lors d'un problème rencontré dans la prise en charge d'un patient. Ils ont mentionné l'envie de développer à la fois les communications dématérialisées (téléexpertise) et les communications en direct (FMC).

Cet aspect est déjà soulevé dans le guide HAS pour la coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles de l'humeur, valorisant à la fois les échanges par téléphone, la télémédecine et les rencontres physiques (60), et suggère qu'ils pourraient être appliqués pour les patient atteints de troubles neurocognitifs.

Dans l'étude Chuch K et al., les avantages perçus par les patients et les soignants d'un service de télémédecine spécialisé en gériatrie (GRECC Connect) de la Veterans Health Administration (VHA), étaient l'amélioration de la santé et de la compréhension des patients et l'amélioration de la confiance des patients et des soignants autour de la gestion des symptômes. De plus, un sentiment d'autonomisation, d'espoir et de soutien était rapporté. (62)

Enfin, outre l'évaluation initiale, la prise en charge non médicamenteuse semble aussi pouvoir se développer sous la forme de la télémédecine. Cette idée est suggérée par l'étude Poon P, évaluant l'acceptabilité et les résultats cliniques d'un programme d'intervention cognitive, pour les patients âgés atteints de troubles cognitifs légers, utilisant la télémédecine par rapport à une méthode conventionnelle en face à face. Elle a montré une amélioration cognitive significative et comparable chez les patients des deux groupes de traitement. (63)

V. Conclusion

La population continue de vieillir en France et le nombre de personnes affectées par des troubles neurocognitifs va augmenter dans les prochaines années. Leur retentissement sur les patients et leur aidant en font un enjeu de santé public majeur.

Ce travail confirme que le médecin traitant constitue le pivot de la coordination des soins et l'acteur principal du dépistage des troubles neurocognitifs. Cette étude met en lumière les difficultés inhérentes à la prise en charge d'un patient atteint de troubles neurocognitifs pour le médecin généraliste, comme l'anosognosie des troubles, l'anxiété, la nécessité d'un aidant familial, ou encore la difficulté dans le maintien à domicile. Ces éléments tendent à diminuer l'élaboration d'un diagnostic précoce, même si le développement de tests diagnostiques plus adaptés à la médecine de ville permettrait d'atténuer ce ressenti.

Les résultats de cette étude viennent consolider le rôle primordial de la consultation mémoire dans le parcours diagnostique et de prise en charge des patients atteints de troubles neurocognitifs. Elle apporte aux médecins généralistes une évaluation gériatrique standardisée et une valeur d'expertise, facilitant l'acceptation de la maladie et des aides par le couple aidant-aidés.

Cependant, cette étude a montré, qu'il persistait plusieurs freins à l'utilisation de la consultation mémoire. Certains médecins généralistes eux-mêmes peuvent constituer un frein à son recours, notamment devant l'absence d'intérêt porté au diagnostic précoce, sous-tendu par le caractère incurable de la maladie et l'absence de thérapie curative. Enfin, l'accessibilité de la consultation mémoire, jugée difficile notamment en raison de délais longs, semble également en limiter l'utilisation.

Plusieurs pistes ont pu être évoquées dans ce travail afin de limiter ces freins, comme l'approfondissement des connaissances des médecins généralistes sur leur rôle dans le diagnostic précoce et l'intérêt porté aux prises en charge non médicamenteuses.

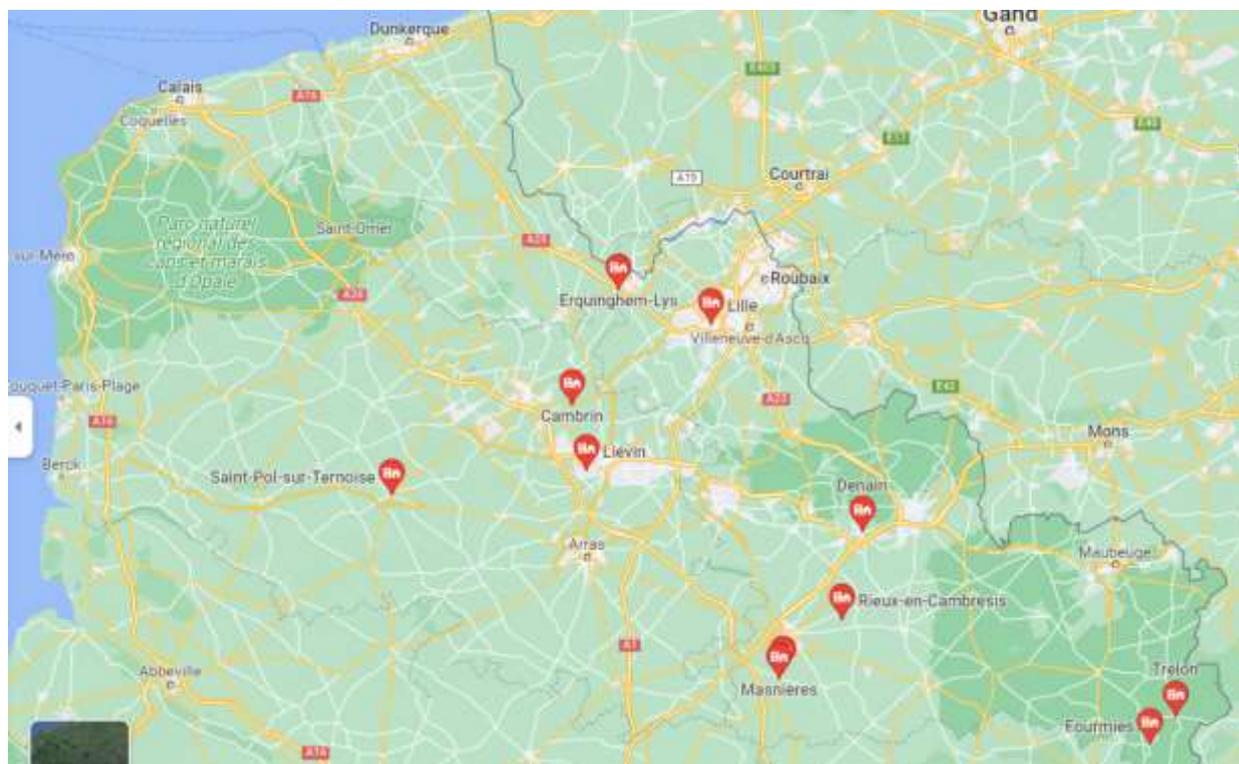
L'amélioration de l'accessibilité à la consultation mémoire, en poursuivant son déploiement sur le territoire, mais également en majorant la coordination avec les neurologues libéraux semble nécessaire.

Par ailleurs, la collaboration ville-hôpital est essentielle au travers du développement des réseaux gérontologiques de proximité. Elle doit être un atout pour l'aide au maintien à domicile des patients âgés, notamment grâce à l'émergence de nouveaux outils de collaborations entre les différents intervenants, comme la téléexpertise ou l'intervention des équipes mobiles de gériatrie à domicile.

Des travaux complémentaires pourraient à ce jour être menés, notamment afin d'étudier les croyances et les ressentis des patients et de leurs aidants, après qu'ils aient bénéficié d'une consultation mémoire, afin d'identifier d'autres pistes d'amélioration.

VI. Annexes

Annexe 1 : Lieu d'exercice des médecins interviewés



Villes d'exercice des médecins interviewés : Rieux en Cambrasis, Saint Pol sur Ternoise, Masnières, Rumilly en Cambrasis, Erquinghem-Lys, Trélon, Cambrin, Denain, Lille, Liévin, Fourmies.

GUIDE D'ENTRETIEN :

1. Préambule :

Ce canevas d'entretien a été rédigé suite à l'analyse des résultats de deux thèses précédemment effectuées et abordant le thème de la consultation mémoire :

1. ZABAWA Claire. Consultations mémoire : attentes des médecins généralistes. [Thèse de doctorat en médecine]. Université de Bourgogne. Dijon ; 2013.
2. ROCABERT ROMERO Violaine. Consultation mémoire : Quelle place, pour le médecin généraliste, dans la prise en charge des patients atteints de la maladie d'Alzheimer, en Nord Isère ? [Thèse de doctorat en médecine]. UNIVERSITE CLAUDE BERNARD. Lyon ; 2019.

Dans le travail de thèse intitulé : « *Consultations mémoire : attentes des médecins généralistes* », le principal thème abordé était celui **des attentes** des médecins généralistes (diagnostic ; relai pluridisciplinaire ; rôle de recours ; information ; orientation et suivi des aidants). Les résultats montraient que selon les médecins généralistes interviewés, les aspects pouvant être améliorés pour mieux correspondre à leurs attentes étaient : **un recours** plus rapide, une **évaluation plus globale du patient et de son environnement**, une annonce plus adaptée de la pathologie, et une prise en charge globale du patient (non médicamenteuse).

Dans le second travail de thèse, intitulé « *Consultation mémoire : quelle place pour le médecin généraliste dans la prise en charge des patients atteints de la maladie d'Alzheimer en Nord Isère ?* », les principaux thèmes abordés étaient : **le recours ou non** à la consultation mémoire, **les attentes** des médecins, la démarche diagnostique à adopter devant une suspicion de troubles cognitifs, la prise en charge du patient, **l'intérêt** selon les médecins de la consultation mémoire, et les **difficultés rencontrées à l'utilisation** de la consultation mémoire. Les résultats montraient en outre que l'intérêt de la consultation mémoire pouvait être remis en question devant un manque ressenti de ressources d'aides au maintien à domicile et l'absence de traitement curatif de la maladie. Les résultats montraient également que les **difficultés rencontrées** dans la prise en charge des patients atteints de troubles cognitifs étaient notamment les suivantes : un délai trop long pour obtenir la consultation mémoire, une difficulté de repérage et de prise en charge des troubles cognitifs en cabinet.

L'objectif de ce travail de thèse est d'analyser le ressenti des médecins généralistes des Hauts de France après avoir adressé un patient présentant des troubles cognitifs en consultation mémoire, et comment ils l'intègrent dans la prise en charge des patients.

La lecture de ces deux thèses a permis d'établir une liste de pistes d'explorations et de relances correspondantes, utilisables lors des entretiens afin de répondre à la question de recherche.

1. Canevas d'entretien :

PRESENTATION DU PROJET DE THESE

Bonjour,

Je me présente, Stacy PARENT, je suis actuellement médecin remplaçant dans la région Hauts de France.

Je réalise un travail de thèse abordant le thème de la consultation mémoire.

Merci d'avoir accepté de me rencontrer pour participer à cette étude. Notre entretien sera comme convenu enregistré. L'anonymat des participants sera bien sûr respecté. Vous pouvez faire retirer l'analyse de l'entretien à tout moment avant son anonymisation.

A l'issue du travail de recherche, l'intégralité des enregistrements sera détruite.

Vous pourrez bien entendu être informé des résultats de cette étude. Avez-vous des questions avant de débiter l'entretien ?

QUESTIONNAIRE QUANTITATIF :

Je vais tout d'abord vous poser quelques questions d'ordre général :

- Quel âge avez-vous ?
- Dans quelle zone exercez-vous (rurale, urbaine) ?
- Quel est le nombre d'habitants dans votre commune d'exercice ?
- Depuis combien de temps exercez-vous la médecine générale ?
- Exercez-vous seul ou en cabinet de groupe ?
- Êtes-vous maître de stage (ou MSU) ?
- Êtes-vous titulaire d'un DU ou DIU ayant un lien avec la médecine gériatrique ?

QUESTION BRISE GLACE :

Pouvez-vous me raconter la dernière consultation ou vous avez décidé d'avoir recours à la consultation mémoire pour un patient atteints de troubles cognitifs ? »

IDEES DE RELANCE :

La recherche bibliographique a permis d'établir une liste de questions de relance, utilisables lors des entretiens afin de répondre à la question de recherche.

Ces questions ne seront posées que si le thème est abordé par le médecin interrogé.

PISTES D'EXPLORATIONS :

- Premier recours à la consultation mémoire :

Quel est votre ressenti des suites de cette première consultation ?

- Offre de soins et recours à la consultation mémoire :

« Et d'une manière générale, comment décririez-vous l'accès à la consultation mémoire dans votre territoire ? »

*« Quelles sont les **difficultés**, ou au contraire les **facilités**, que vous avez rencontrées personnellement, à adresser un patient en consultation mémoire ? »*

– Attentes des médecins généralistes :

Quelles sont vos motivations dans l'orientation de vos patients vers une consultation mémoire ?

*Quelles sont **vos attentes** lorsque vous adressez votre patient en consultation mémoire ?*

Avez-vous eu des doutes ou hésitations avant d'adresser le patient à cette consultation ?

– Courrier du gériatre :

*Comment cela se passe en pratique **une fois que le patient a bénéficié** de sa consultation mémoire ?*

***Sous quel support** recevez-vous le compte rendu de cette consultation ?*

***Que pensez-vous du courrier du gériatre ?** Le courrier a-t-il répondu à vos attentes ?*

– Modification de la prise en charge du patient après la consultation mémoire :

*Racontez-moi la dernière fois que **vous avez reçu (ou lu) le compte rendu** d'une consultation mémoire ?*

*Pensez-vous que cette consultation a apporté **des modifications** dans la prise en charge du patient ? Comment cette consultation a-t-elle modifié la prise en charge de votre patient ?*

Avec du recul, quel est votre sentiment ou votre impression lorsque l'un de vos patients bénéficie d'une consultation de la mémoire ?

***Que pensez-vous personnellement de la place de cette consultation dans la prise en charge ou le suivi** du patient ?*

– Pistes d'améliorations de la consultation mémoire :

*Selon vous, quels seraient **vos besoins** en tant que médecin généraliste lorsque vous adressez un patient en consultation mémoire ?*

– Communication interprofessionnelle avec le gériatre :

*Racontez-moi comment se passent **vos relations avec les gériatres** en général.*

*Si vous vouliez **apporter des améliorations** afin de faciliter la communication avec ceux-ci, lesquelles proposeriez-vous ?*

Je vous remercie encore une fois d'avoir accepté de me rencontrer pour participer à cette étude.
Je vous souhaite une bonne journée. Au revoir.

GUIDE D'ENTRETIEN FINAL

QUESTION BRISE GLACE :

Pouvez-vous me raconter la dernière consultation ou vous avez décidé d'avoir recours à la consultation mémoire pour un patient atteint de troubles cognitifs ? »

Recours à la consultation mémoire :

Comment décririez-vous l'accès à la consultation mémoire dans votre territoire ? »

Pour vous, quels sont les freins ou les facilités à l'utilisation de la consultation mémoire ?

Attentes avant une consultation mémoire :

Quelles sont vos motivations dans l'orientation de vos patients vers une consultation mémoire ?

Quelles sont vos attentes lorsque vous adressez votre patient en consultation mémoire ?

Avez-vous eu des doutes ou hésitations avant d'adresser le patient à cette consultation ?

Représentation de la consultation mémoire :

Comment cela se passe en pratique une fois que le patient a bénéficié de sa consultation mémoire ?

Quels sont les bilans qui ont été effectués en consultation mémoire ?

Sous quel support recevez-vous le compte rendu de cette consultation ?

Que pensez-vous du courrier du gériatre ? Le courrier a-t-il répondu à vos attentes ?

Ressenti après la consultation mémoire :

Racontez-moi la dernière fois que vous avez reçu (ou lu) le compte rendu d'une consultation mémoire ?

Pensez-vous que cette consultation a apporté des modifications dans la prise en charge du patient ?

Avec du recul, quel est votre sentiment ou votre impression lorsque l'un de vos patients bénéficie d'une consultation de la mémoire ?

Que pensez-vous personnellement de la place de cette consultation dans la prise en charge ou le suivi du patient ?

Pistes d'améliorations de la consultation mémoire :

Selon vous, quels seraient vos besoins en tant que médecin généraliste lorsque vous adressez un patient en consultation mémoire ?

Ressenti sur la communication interprofessionnelle avec le gériatre :

Racontez-moi comment se passent vos relations avec les gériatres en général.

Si vous vouliez apporter des améliorations afin de faciliter la communication avec ceux-ci, lesquelles proposeriez-vous ?

Je vous remercie encore une fois d'avoir accepté de me rencontrer pour participer à cette étude.

Annexe 4 : Avis du Délégué de la Protection des Données affilié à l'université de Lille

Déclaration CPP ▾ Boîte de réception ✕

Lotfallah Zerhoui <lotfallah.zerhoui@univ-lille.fr> 18 juil. 2022 14:22 ☆
À moi ▾

Bonjour,

J'ai revu les documents, il n'y a pas de nécessité de recourir au CPP pour votre thèse.

Cordialement.

----- Message transféré -----
Sujet :Thèse - Déclaration au CPP
Date :Tue, 22 Feb 2022 15:56:35 +0100
De :Stacy Parent <p_stacy1992@gmail.com>
Pour :jean-luc.tessier@univ-lille.fr

Annexe 5 : Grille COREQ

Dossier

M. Gedda

Traduction de dix lignes directrices pour des articles de recherche

Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ.

N°	Item	Guide questions/description
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1.	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?
2.	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? <i>Par exemple : PhD, MD</i>
3.	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?
4.	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?
5.	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?
Relations avec les participants		
6.	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?
7.	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? <i>Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche</i>
8.	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? <i>Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche</i>
Domaine 2 : Conception de l'étude		
Cadre théorique		
9.	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? <i>Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu</i>
Sélection des participants		
10.	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? <i>Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige</i>
11.	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? <i>Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel</i>
12.	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?
13.	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?
Contexte		
14.	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ? <i>Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail</i>
15.	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?
16.	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? <i>Par exemple : données démographiques, date</i>
Recueil des données		
17.	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?
18.	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?
19.	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?
20.	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?

Traduction de dix lignes directrices pour des articles de recherche

Tableau 1. Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ (suite).

N°	Item	Guide questions/description
21.	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?
22.	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?
23.	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?
Domaine 3 : Analyse et résultats		
Analyse des données		
24.	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?
25.	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?
26.	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?
27.	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?
28.	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?
Rédaction		
29.	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? <i>Par exemple : numéro de participant</i>
30.	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?
31.	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?
32.	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?

Annexe 6 : Verbatim

Rencontre en présentiel, au cabinet du médecin interviewé.

Durée de l'entretien : 29 minutes et 49 secondes

Intervieweur : Bonjour, je me présente, je suis Stacy Parent, je suis médecin remplaçant dans la région Haut de France.

Médecin 1 : Oui...

Intervieweur : Du coup je réalise un travail de thèse abordant le thème de la consultation mémoire. Merci d'avoir accepté de me rencontrer. [euh] Notre entretien est enregistré, l'anonymat des participants est bien sûr respecté, vous pouvez faire retirer l'analyse de l'entretien à tout moment avant son anonymisation. A l'issue du travail de recherche, l'intégralité des enregistrements sera détruite. Et vous pourrez bien entendu être informé des résultats de cette étude. Est-ce que vous avez des questions avant de débiter ?

Médecin 1 : Non pas spécialement.

Intervieweur : Donc je vais d'abord vous poser des questions d'ordre général. [euh] Quel âge avez-vous ?

Médecin 1 : Alors moi j'ai 34 ans.

Entretien Médecin 1, le 23/12/2021

Intervieweur : 34 ans. Est-ce que vous exercez plutôt dans une zone rurale, urbaine ?

Médecin 1 : Bah c'est semi-rural semi-urbain.

Intervieweur : Un peu des deux.

Médecin 1 : On est entre les deux ouais.

Intervieweur : OK Quel est le nombre d'habitants dans votre commune d'exercice ?

Médecin 1 : [Pfff] Je dois le savoir...

Intervieweur : A peu près...

Médecin 1 : Je peux regarder ? [Rire]

Intervieweur : Oui [Rire].

Médecin 1 : Je ne saurais pas dire exactement ... Surtout qu'on bouge [euh], enfin finalement on fait [VILLE], mais on fait aussi [euh]...

Intervieweur : Les alentours.

Médecin 1 : Les à côté. Donc on va dire [VILLE].... Alors... [tape sur son ordinateur] ... Je regarde ça tout de suite... Alors attends... [Euh]... En 2015, ils me mettent 1118. Je n'ai pas après en fait.

Intervieweur : OK. Dans ces eaux-là quoi...

Médecin 1 : Mais après on fait [AUTRE VILLE] ... Enfin tu vois...

Intervieweur : Oui...

Médecin 1 : Oui. On fait toute ...

Intervieweur : Vous avez des patients un peu partout aux alentours... OK... Depuis combien de temps exercez-vous la médecine générale ?

Médecin 1 : Alors J'ai passé ma thèse... Parce que je remplaçais avant... Ça va faire [euh] 6 ans à peu près.

Intervieweur : D'accord. Et vous exercez seule ou en cabinet de groupe ?

Médecin 1 : En cabinet de groupe.

Intervieweur : D'accord. Vous êtes combien ?

Médecin 1 : Une maison médicale. On est 5 médecins. Donc j'ai 4 collaborateurs. Voilà.

Intervieweur : D'accord. OK. Est-ce que vous êtes Maître de stage ?

Médecin 1 : Non.

Intervieweur : Non. Et est-ce que vous êtes titulaire d'un DU ou d'un DIU ayant un lien avec la médecine gériatrique ?

Médecin 1 : Non.

Intervieweur : Non. OK. Donc on va commencer à entrer dans le vif du sujet... Est-ce que vous pouvez me raconter la dernière consultation où vous avez décidé d'avoir recours à la consultation mémoire pour un de vos patients ?

Médecin 1 : La consultation mémoire... Alors c'était quand ? [euh] Alors je réfléchis... Est-ce que j'ai eu des nouveaux patients là... Alors évidemment je ne donne pas le nom des patients ?

Intervieweur : Non.

Médecin 1 : Je suppose [rire].

Intervieweur : [rire]

Médecin 1 : [euh] Ouais le problème c'est... En fait moi là pour l'instant je n'ai pas eu trop à le faire...

Intervieweur : Ouais...

Médecin 1 : Si je réfléchis bien... Parce-que les patients que j'ai, gériatriques, sont arrivés de gériatrie, ont été hospitalisés, venaient du domicile, et ont été hospitalisés. Donc sont passés en gériatrie.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 1 : Et ont eu une évaluation gériatrique là-bas, avec une évaluation

mémoire en général.

Intervieweur : D'accord OK.

Médecin 1 : Et après, dans les vieux patients que l'on a, [euh], c'est les collaborateurs qui ont géré ça.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 1 : Donc moi depuis que je suis au sein de ce cabinet-là. [euh] En fait soit ils sont déjà lancés dans le système...

Intervieweur : D'accord.

Médecin 1 : Donc ils sont revus régulièrement... Par des neuropsychologues tout ça... Et soit moi en fait ils venaient directement de gériatrie donc l'évaluation elle était faite là-bas.

Intervieweur : D'accord. Donc vous vous n'avez jamais eu à adresser personnellement...

Médecin 1 : Pas directement... Pas pour le moment...

Intervieweur : D'accord, OK.

Médecin 1 : En fait pas pour le moment... Je n'ai pas encore eu de patients personnels, qui se sont déclarés sur le plan cognitif, et que j'ai envoyé ... [euh] Voilà. Soit ils venaient de l'hôpital en orientation gériatrique, soit c'est les collègues qui l'ont fait.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 1 : Et ils sont déjà dans le schéma en fait.

Intervieweur : D'accord. OK.

Médecin 1 : Dans le cursus.

Intervieweur : D'accord. OK. Et du coup-là, d'une manière générale, ici, comment vous décririez l'accès à la consultation mémoire. Là si vous deviez envoyer quelqu'un, vous savez vers qui vous tourner ?

Médecin 1 : Bah assez facilement Fin, on travaille beaucoup... Fin moi j'ai beaucoup envoyé [euh] au Docteur [NOM DE FAMILLE]. Enfin j'ai appelé, quand par exemple j'avais des hospitalisations à faire direct ...

Intervieweur : D'accord.

Médecin 1 : [euh] Je les appelais eux. Alors je pense que Docteur [NOM DE FAMILLE], il en fait des consultations mémoires ?

Intervieweur : Je pense oui, [euh]...

Médecin 1 : Oui il en fait à mon avis... Donc [euh], par rapport à cette clinique-là, je pense que l'accès serait assez facile...

Intervieweur : Hum Hum.

Médecin 1 : Sinon les délais de consultation mémoire en général c'est

quelques mois quand même...

Intervieweur : Oui.

Médecin 1 : Ce n'est pas le plus simple.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 1 : Il y a beaucoup de demandes en fait et les délais sont très importants.

Intervieweur : Hum Hum.

Médecin 1 : Alors je pense qu'en fonction de l'importance de la dégradation du trouble, et des répercussions qu'il y a derrière, évidemment on pourrait avoir des rendez-vous plus facilement... Mais sinon c'est long les délais...

Intervieweur : Ouais...

Médecin 1 : C'est quand même long. Je pense que c'est long partout.

Intervieweur : D'accord. Et quand c'est comme ça vous passez un coup de fil au gériatre ?

Médecin 1 : Ah ouais on appelle directement... Ouais ouais...

Intervieweur : D'accord. D'une clinique alors ?

Médecin 1 : Ouais... Soit d'une clinique ou d'un gériatre quoi... Alors c'est vrai que moi j'appelle souvent les médecins de la clinique du Docteur [NOM DE

FAMILLE].

Intervieweur : D'accord. OK.

Médecin 1 : J'ai souvent affaire à eux en tant que gériatres, quand j'ai des problèmes avec des personnes âgées. Pour des hospitalisations, des trucs comme ça.

Intervieweur : Donc, oui, vous n'avez jamais adressé directement à une consultation simple ?

Médecin 1 : Non, non non.

Intervieweur : OK.

Médecin 1 : Non parce que c'était à chaque fois géré... En fait... Donc [euh]...

Intervieweur : OK, d'accord. Et il n'y a jamais eu une consultation où vous avez eu des troubles cognitifs, et vous vous êtes dit...

Médecin 1 : Bah non....

Intervieweur : Ce n'est pas encore arrivé.

Médecin 1 : Parce que soit c'était des troubles cognitifs connus, que mes collègues... Parce que moi quand je suis en collaboration parfois c'est un peu compliqué. Parce que les gens soit je les vois ponctuellement, et en fait ce n'est pas vraiment mes patients... Et dans mes patients que j'ai déclaré, en fait ils ont été hospitalisés pour troubles

cognitifs et maintien à domicile difficile, donc l'évaluation était faite en hospit. Et sinon, moi les gens que je vois, je n'ai jamais eu à faire... Par exemple une personne à [VILLE], je me suis dit tiens là ça commence à... A être compliqué, il faudrait peut-être faire une consultation mémoire. Je n'ai pas encore eu l'opportunité de le faire en fait.

Intervieweur : Vous n'avez pas encore eu l'opportunité de le faire... Et là cette consultation si vous aviez décidé de le faire... Ça aurait été quoi vos attentes par rapport à la consultation ?

Médecin 1 : Mes attentes par rapport à la consultation ? Bah en fait finalement c'est surtout la répercussion ... Fin, si c'est quelqu'un qui vit seul à domicile... C'est savoir quelles répercussions ça a exactement sur son quotidien.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 1 : Si la perte d'autonomie est trop importante pour avoir un maintien à domicile [euh] fixé ; si on peut le laisser comme ça ; s'il y a besoin d'instaurer des aides. Après c'est bête hein, mais les troubles cognitifs, c'est est ce qu'ils sont capables de prendre leurs médicaments tous seuls, et ne pas faire d'erreurs. Enfin c'est toute cette évaluation là en fait, pour pas que le patient se mette en danger, finalement. Et aussi décharger les familles, ou souvent, on se rencontre qu'il y a un épuisement familial, et ça c'est compliqué aussi.

Intervieweur : OK. D'accord.

Médecin 1 : C'est ça. C'est savoir orienter aussi vers des fois des hôpitaux de jours, pour décharger les familles. [euh] Puis après le fait de l'avoir en première consult', c'est aussi de se dire : ils sont ancrés dans un système, si on a soucis, une dégradation, ou quoi, ils peuvent être aussi vite réorientés derrière.

Intervieweur : Hum Hum.

Médecin 1 : Il n'y a pas de blagues.

Intervieweur : OK. D'accord. Et là du coup vous ne l'aviez pas fait, il y avait une raison particulière ? Ou c'était pour attendre un petit peu ?

Médecin 1 : [Silence]

Intervieweur : Ce patient là, vous m'avez dit que vous vous êtes dit « ça commence un petit peu à être compliqué » ?

Médecin 1 : Ah ouais non non là je te donne un exemple, comme ça, c'est si ça m'arrivait, tu vois les attentes que j'aimerais en avoir...

Intervieweur : Ouais OK.

Médecin 1 : Parce que là par exemple tu vois j'ai une patiente, qui a eu une consultation mémoire récemment, mais ce n'est pas moi qui l'ai envoyée c'est le Docteur [NOM DE FAMILLE].

Intervieweur : D'accord.

Médecin 1 : Moi je l'ai vu en fait juste après, quand elle avait fait sa consultation de troubles de la mémoire.

Intervieweur : D'accord. Et du coup est-ce que vous pouvez me raconter un peu comment ça s'est passé ?

Médecin 1 : Bah en fait c'est une dame de... [euh] Elle a quel âge cette patiente-là... Une dame de quatre-vingt-douze ans, qui vit avec un... Qui a un compagnon qui est un petit peu plus jeune ; et lui trouvait qu'en fait, [euh] elle commençait à avoir des troubles cognitifs et des troubles du comportement. Alors plutôt dans... Elle devenait hyper gaie, hyper joyeuse. Alors pas du tout une démence agressive ni rien...

Intervieweur : D'accord.

Médecin 1 : Ou apathique. Mais voilà très.... Elle était très extravertie, très joyeuse tout ça... Et puis il se rendait compte qu'il y a des choses qui ne devenaient pas cohérentes... Qu'elle commence à répéter beaucoup les mêmes choses, qu'elle arrête de faire certaines activités qu'elle adorait faire, des choses comme ça... Donc elle avait vu le Docteur [NOM DE FAMILLE], qui l'avait envoyé en consultation mémoire. Et en est ressorti de ça... C'est que [euh] ... Bon ils ont évalué aussi tout ce qui est état psychologique. Donc pas de syndrome dépressif, qu'elle restait quand même très autonome pour les

actes de la vie quotidienne. Elle comme elle vivait avec quelqu'un, finalement elle ne se mettait pas en danger, elle n'avait pas de risque de se mettre en danger. Et que ; mais par contre, ce qui ressortait de tout ça c'est qu'il y avait un épuisement de l'aidant principal qui était son conjoint. Et ça, ça devenait compliqué. Donc ils ont pris en charge. Et c'est ça qui est important je trouve aussi, c'est prendre en charge l'entourage en fait avec cette personne-là.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 1 : Parce qu'on se rencontre que la personne est en difficulté, encore des fois elle ne s'en rend même pas compte souvent... Mais c'est ce qu'il y a autour, qui est compliqué à gérer. Et que si on ne gère pas l'ensemble, ça ne se passe pas bien pour la personne malade.

Intervieweur : D'accord, OK. Et du coup il y avait des propositions concrètes ?

Médecin 1 : Alors, [euh] en gros, là oui. Alors le problème c'est que c'est très ambivalent parce que l'aidant principal il est en difficulté mais il ne veut pas forcément d'aides.

Intervieweur : Hum hum, comme souvent.

Médecin 1 : Donc en fait il a été proposé des hôpitaux de jour, des aides à domicile. Parce que en fait, il l'aide, elle fait sa toilette toute seule, elle s'habille

toute seule, mais en fait elle ne sait plus faire de courses, elle ne sait plus faire à manger, etc... Donc c'était, donc déjà des ateliers pour elle en hôpital de jour, ou des demi-journées, ou une aide pouvait venir à domicile pour que monsieur respire un peu.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 1 : Pour l'instant il n'a pas accepté.

Intervieweur : OK.

Médecin 1 : Mais il a les numéros, il a les coordonnées, il a si besoin. Et nous dès qu'on le voit en consultation, on pose toujours la question quoi.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 1 : Après il nous dira quand il sera prêt mais....

Intervieweur : Oui c'est difficile.

Médecin 1 : Après le problème c'est que c'est des générations où c'est compliqué ça... De décharger parce qu'ils ont l'impression d'abandonner l'autre.

Intervieweur : Hum hum.

Médecin 1 : Ce qui n'est pas vraiment le cas. Mais eux s'épuisent, s'épuisent, s'épuisent, puis après il y a quand même un risque de maltraitance indirect qui est compliqué.

Intervieweur : Oui aussi oui.

Médecin 1 : Donc voilà.

Intervieweur : Et du coup là vous aviez reçu ça sous forme de courrier le compte rendu de la consultation ?

Médecin 1 : Oui.

Intervieweur : Et vous l'avez trouvé comment ce courrier ?

Médecin 1 : Bah quand même bien... Une belle évaluation, parce que c'était vu par un ergothérapeute, un kiné pour voir s'il n'y avait pas de troubles de la marche. [euh] Bon elle avait vu tout ce qui est évaluation de la mémoire, MMS. Elle avait eu une IRM cérébrale, tout ce qui était bilan sanguin, elle avait eu... [euh] Ouais, elle avait vu... C'était vraiment une évaluation globale.

Intervieweur : Globale.

Médecin 1 : Totale.

Intervieweur : OK.

Médecin 1 : Psychologique aussi... Donc ouais : ergothérapeute, kiné, psychologue, neuro, neuropsy, examen complémentaire. Elle a vraiment tout fait. Tout tout fait. On n'a rien à redire là-dessus quoi.

Intervieweur : OK

Médecin 1 : Voir s'il n'y avait pas aussi une malnutrition. Enfin... Tout a été

évalué en réalité.

Intervieweur : D'accord, OK.

Médecin 1 : Très complète.

Intervieweur : OK. Et du coup ça a permis quand même des modifications dans votre prise en charge de cette patiente ?

Médecin 1 : Bah en fait, finalement, comme elle n'a pas de ... Elle c'est un cas particulier parce que, des fois les patients déments ils deviennent agressifs, ils peuvent avoir un syndrome dépressif des choses comme ça, alors qu'elle est tout le temps contente...

Intervieweur : Ouais.

Médecin 1 : Donc en fait, elle n'a pas de traitement particulier, elle n'a pas d'anxiété, elle n'a pas d'humeur triste, elle ne devient pas apathique, elle mange... [euh] Donc en fait cette dame elle a des troubles cognitifs hyper avancés mais elle est hyper heureuse. Bon elle a de la chance d'être comme ça, pour le coup [rire].

Intervieweur : [rire] Oui c'est sûr.

Médecin 1 : Et pour son cas à elle, par exemple. Donc non, ce courrier-là finalement, il n'y a pas eu de changements dans la prise en charge pour l'instant à domicile, parce que la situation se maintient comme ça. Après c'est à son conjoint aussi de se, à un

moment de se décider. De savoir s'il est débordé ; bah est-ce qu'on institutionnalise ou est-ce qu'on met des aides à domicile pour lui l'aider. Et sinon sur le plan médicamenteux elle n'a rien parce que, elle a besoin de rien en fait.

Intervieweur : Ouais OK.

Médecin 1 : Elle n'a pas besoin de quelque chose en particulier. En fait il faudrait la voir pour [euh]... [rire]

Intervieweur : [rire]

Médecin 1 : Pour voir comment elle est [rire].

Intervieweur : Du coup, là c'est un cas un peu particulier, mais si on prend d'une manière générale ?

Médecin 1 : D'une manière générale oui, parce qu'en fait on se rend compte que quand on envoie en évaluation globale comme ça, il y a quand même soit une épuration des traitements...

Intervieweur : Hum hum.

Médecin 1 : Soit aussi [euh] une modification de... Parce que nous voilà on est médecins généralistes, on n'est pas gériatres... Quand il y a des agitations, des choses comme ça ; alors moi je ne suis pas trop comme ça je n'aime pas trop mettre des médicaments pour les rendre KO complètement. On se rend compte qu'il y a des choses qui ne sont peut-être pas forcément adaptées. Donc en fait il

y a une modification des traitements thérapeutiques qui en général apaise les patients. Mais après pour tout ce qui est kiné, enfin tout ça, on gère en général. Ce serait plus sur les prises en charge médicamenteuses.

Intervieweur : Oui plus sur les traitements, tout ce qui peut être un peu sédatif, anxiolytique, tout ça... Gérer plutôt ça.

Médecin 1 : Tout ça ouais, parce que des fois on est dans des impasses en fait. On y arrive plus. Et puis [euh]... Bah la dernière fois j'en discutais avec le docteur [NOM DE FAMILLE] ; j'ai un patient par exemple, qui n'est pas très vieux hein, qui a 73 ans, et qui a une belle démence, qui a vu la neurologue qui trouvait qu'il avait un début de Parkinson, et qui l'a mis sous MODOPAR. Et c'est vrai qu'après sa mise sous MODOPAR, il a commencé à avoir une désinhibition totale, notamment sexuelle, qui posait problème.

Intervieweur : Oui, bah oui...

Médecin 1 : Et moi j'avoue que je n'ai pas fait le lien direct, entre l'instauration du MODOPAR et ça, et quand j'en ai discuté avec lui, il me fait : « bah en fait ça arrive souvent ». Donc en fait c'est quand même des coups de pouce qu'il nous donne.

Intervieweur : Oui au niveau des traitements...

Médecin 1 : Dont nous on n'a pas toujours le ... Le comment... Le lien de cause à effet immédiat quoi.

Intervieweur : OK. D'accord.

Médecin 1 : Voilà.

Intervieweur : Donc, au niveau thérapeutique surtout ça vous donne un coup de main. Après vous m'avez parlé des hôpitaux de jour...

Médecin 1 : Oui les hôpitaux de jour aussi.

Intervieweur : Il y a d'autres choses qui se mettent en place en ville grâce à ça ou pas du tout ?

Médecin 1 : Et puis après comme je te dis c'est tout ce qui est [euh] prise... En fait [euh], administration des médicaments, quand on se rend compte que finalement les gens, bah la prise des médicaments à domicile c'est l'enfer, ça ne va plus du tout. C'est ces petites choses-là au quotidien : une infirmière qui va passer pour vérifier si tout est bien pris correctement, [euh] ces hôpitaux de jour, les traitements médicamenteux... Fin, c'est surtout ça ouais.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 1 : Je dirais surtout ça.

Intervieweur : OK. Là du coup, avec un peu de recul, quel est votre sentiment ou votre impression lorsqu'un patient

bénéficie de ce genre de consultation ?

Médecin 1 : Bah en fait tous les patients... [euh] Parce qu'il y a quand même beaucoup de patients qui ont des troubles cognitifs, qui n'ont pas eu de consultation mémoire. Alors soit des fois c'est tellement à un stade avancé, des fois c'est tellement compliqué, qu'on ne le fait pas, mais ils devraient tous l'avoir. Avoir une évaluation de base.

Intervieweur : Et pourquoi vous ne le faites pas du coup ?

Médecin 1 : Bah parce qu'en fait... Bah après ce n'est pas forcément mes patients à moi non plus, mais [euh], c'est des gens qui sont [euh] soit très très âgés, en fait [euh], qui ont des troubles cognitifs qui ont été un peu laissés [euh] coulés comme ça, et qu'on a mis un peu de côté. Et puis finalement les évaluations elles sont hyper compliquées. Parce qu'il y a des personnes âgées qui à la base avaient des troubles cognitifs qu'on aurait pu peut-être évaluer, réévaluer et suivre ; mais qui maintenant sont presque [euh], pas grabataires, mais en fait le [euh] ... Comment... Tous les examens, tout, ce serait trop complexe, trop compliqué, trop éprouvant pour eux donc finalement on ne le fait pas.

Intervieweur : Donc du coup oui vous ne le faites pas... OK. D'accord. Et du coup, si vous deviez un peu résumer, la place de cette consultation dans votre prise en charge et le suivi des patients

déments ; vous la résumeriez comment ?

Médecin 1 : Bah pour les patients déments, une évaluation gériatrique un peu pluridisciplinaire sur le plan paramédical tout ça, ça me paraît indispensable.

Intervieweur : D'accord, OK.

Médecin 1 : Au premier plan. Je pense que c'est vraiment quand on se rend compte qu'il y a ça, voilà, il faudrait l'appliquer très vite.

Intervieweur : D'accord, OK.

Médecin 1 : Il faudrait le faire tout de suite. Alors des fois c'est pareil, ce n'est pas possible parce que les patients ne veulent pas.

Intervieweur : Oui aussi.

Médecin 1 : Vous voyez, c'est toujours compliqué... C'est que des fois c'est plus facile à dire qu'à faire. Mais euh, je pense qu'en effet, c'est indispensable de le faire, et ça devrait être fait plus souvent... Après il y a des obstacles professionnels, personnels, enfin..., patients dépendants, des choses comme ça. Mais en effet je pense que [euh]... Moi dans ma pratique avec mes patients j'essaie... Fin, là je n'en ai pas beaucoup « à moi », que je... Là, que je suis moi de personnes âgées, souvent j'en ai sept, ce n'est pas beaucoup pour le moment... Dont [euh] quatre sont venues d'évaluation gériatrique, 2 qui

n'ont pas de troubles cognitifs du tout, vous voyez... Donc [euh] finalement ... Mais j'avoue que moi j'essaierai de l'appliquer à chaque fois.

Intervieweur : Ouais.

Médecin 1 : Sauf que le seul frein aussi des fois, c'est que [euh] les délais sont longs, enfin c'est compliqué quoi, de le mettre dans le parcours. En fait il y a plusieurs obstacles, après il faut être patient et le faire. Et puis des fois en fait les gens comme les délais sont longs, bah les patients changent d'avis, ou les familles de patient changent d'avis.

Intervieweur : Ouais.

Médecin 1 : Donc c'est tout ça aussi qui complique les choses... Qui complique les choses, ouais voilà.

Intervieweur : Oui, donc les délais, le frein que les patients peuvent mettre eux aussi s'ils ne sont pas d'accord... OK, et vous ne voyez pas d'autres obstacles à part cela ?

Médecin 1 : Bah et puis après, enfin moi ça ne me concerne pas, mais c'est le bon vouloir du médecin quoi.

Intervieweur : Oui.

Médecin 1 : Aussi hein, c'est bête hein mais... Qui estime que oui ou non et c'est très subjectif.

Intervieweur : Oui oui.

Médecin 1 : En fait. Donc [euh]...

Intervieweur : Mais vous vous estimez que la place de la consultation mémoire elle est importante ?

Médecin 1 : Oh oui !

Intervieweur : Et que c'est quelque chose qu'il faudrait faire dès le départ...

Médecin 1 : Évidemment.

Intervieweur : Pour après pouvoir avoir un suivi...

Médecin 1 : Un suivi ! Puis c'est hyper important pour la personne atteinte, et comme je vous dis aussi la famille, parce qu'ils se sentent soutenus. Ils peuvent avoir aussi des, un peu des comment... Je ne sais pas si tu peux m'aider... Des personnes... Des... Le numéro d'autres familles, des espèces de comités, des soutiens...

Intervieweur : Des associations ?

Médecin 1 : Des associations voilà merci. [rire]

Intervieweur : [rire]

Médecin 1 : D'aidants familiaux dans ces situations-là, donc finalement les gens sont assez satisfaits parce que déjà ils ont l'impression que l'on s'intéresse au problème. Parce que les troubles cognitifs on a toujours l'impression que c'est une fatalité.

Intervieweur : Ouais.

Médecin 1 : Et que bah c'est comme ça, il devient dément, bah qu'est que tu veux que l'on fasse. Oui peut-être, mais bon...

Intervieweur : Hum hum.

Médecin 1 : On peut peut-être améliorer sa qualité de vie, on peut peut-être stimuler par certaines choses, enfin voilà... Et donc les gens ont déjà l'impression... Donc s'investissent plus, et puis en fait les choses bougent un peu plus. Alors malheureusement il y a des gens, ça se dégrade très vite et on n'y peut rien. Mais au moins il y a un intérêt montré à cette maladie-là, qui n'est plus banalisée.

Intervieweur : Oui d'accord.

Médecin 1 : Je trouve aussi.

Intervieweur : Pour la personne et pour les aidants ?

Médecin 1 : Et pour les aidants.

Intervieweur : Et là dans les courriers que vous avez eus, ou même en sortant d'hospitalisation, vous aviez des choses qui étaient mise en place dans ce sens ? Qui ont été proposées dans ce sens ?

Médecin 1 : Oui ah oui oui, tout à fait. Et notamment la dame dont je t'ai parlé tout à l'heure.

Intervieweur : Oui, comme les hôpitaux de jour.

Médecin 1 : Voilà, bah les hôpitaux de jour, les associations.... Il y avait trois choses... Les aides à domicile avec une auxiliaire de vie où voilà, pour venir passer une demi-journée ou une journée par semaine avec la patiente, pour que monsieur puisse respirer... Des choses comme ça, ouais.

Intervieweur : D'accord, OK.

Médecin 1 : Pour le coup.

Intervieweur : OK. Et du coup si on essaie de résumer, si là demain vous envoyez quelqu'un en consultation mémoire, qu'est-ce que vous vous attendez à recevoir dans ce courrier ? Ou plutôt qu'est-ce que vous aimeriez vraiment avoir, qui vous semble indispensable ?

Médecin 1 : Qu'est-ce que j'aimerais vraiment avoir dans le courrier ?

Intervieweur : Oui.

Médecin 1 : OK, bah déjà la cause de la démence, des troubles cognitifs. Bah des fois c'est difficile à définir mais déjà ça. Parce que finalement il y a des choses qui peuvent se ... Fin', si on a un Parkinson, une démence parkinsonienne, ce n'est pas la même chose qu'une maladie d'Alzheimer ou voilà. Donc l'étiologie, si on y arrive. [euh] Comment... Alors moi j'aime bien quand il y a des évaluations kiné...

Intervieweur : Oui.

Médecin 1 : Évaluation des troubles de la marche tout ça, pour évaluer les risques de chute. C'est ça qui est important aussi. Bon, tout ce qui est malnutrition finalement tout ça, nous on peut le faire, donc [euh], ça peut être un peu moins. [euh] Je trouve ça bien aussi quand ils ont une évaluation ergothérapeutique, alors des fois il y a des ergothérapeutes qui vont à domicile, pour voir un petit peu à la maison comment ça se passe, et pareil dans le cadre de risque de chute. La prise en charge médicamenteuse. Alors nous on donne toujours les médicaments que l'on donne... Donc [euh] voilà, s'ils peuvent nous aiguiller pour apaiser certains symptômes, si vraiment il y a de l'agressivité, s'il y a des hallucinations, s'il y a des choses comme ça ; l'angoisse, beaucoup d'angoisses. Sans que nous... Parce que des fois, comme je le dis, je n'ai pas tendance à les casser, mais on peut vite être néfaste, avec les traitements que l'on donne, s'ils n'ont pas l'habitude. Donc voilà nous orienter là-dessus. Et puis qu'est-ce que je pourrais dire d'autre... Et puis indispensable aussi, prise en charge de l'aidant principal.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 1 : Voir si ça ça a été évalué, voilà. Parce que moi dans le dernier courrier que j'ai eu, il y a la moitié d'une page qui concerne l'aidant principal.

Intervieweur : Ouais.

Médecin 1 : Par exemple, voilà. Comment ressent le patient, comment ressent le conjoint, comment il le vit ; tout ça...

Intervieweur : Donc oui ça vous trouvez que c'est important...

Médecin 1 : Ah ouais !

Intervieweur : Que c'était bien que ce soit fait...

Médecin 1 : Ah ouais ! C'est indispensable. Parce que comme je vous disais, en fait on se rend compte que dans les troubles cognitifs, il y a le patient, et il y a l'entourage. Si l'entourage craque, et ne se sent pas bien, ça ne se passe pas bien. C'est impossible, impossible.

Intervieweur : Hum hum.

Médecin 1 : On avait le cas d'un patient là, qui est décédé il n'y a pas longtemps, qui a eu des troubles cognitifs qui se sont dégradés là hyper vite. Et en fait sa femme ; ils étaient mariés depuis très longtemps ; était à bout, elle ne voulait pas le... Elle refusait l'hospitalisation de jour, elle refusait tout ! Elle voulait le garder au domicile, et il y a avait des moments très difficiles.

Intervieweur : Hum hum.

Médecin 1 : C'était très compliqué. Où on peut arriver pas sur de la

maltraitance, mais sur [euh] de l'énervement, de l'agacement, voilà. Qui finalement à un moment est néfaste, autant pour l'un que pour l'autre. Donc ça c'est hyper important.

Intervieweur : Et vous vous aviez réussi à l'évaluer ça en consultation ?

Médecin 1 : Ah ouais, bah moi... On en a parlé avec ma collègue, on en a parlé plein de fois avec elle, mais elle était complètement bornée. En fait elle était très pratiquante, très croyante, et donc pour elle avoir des aides, ou [euh]... C'était impossible. Même si elle pleurait devant nous, on sentait qu'il y avait vraiment une grosse difficulté... Juste en fin de vie elle a accepté d'avoir quelqu'un pour faire sa toilette.

Intervieweur : Ouais.

Médecin 1 : C'est la seule chose qu'elle a accepté. Mais ça ça a été très compliqué. Donc elle elle était épuisée, à bout, quoi. Et oui oui ça on le voyait, mais le problème c'est que, le frein c'était elle.

Intervieweur : Ouais.

Médecin 1 : Elle ne voulait pas donc [euh]. Elle ne voulait pas d'aides.

Intervieweur : Et vous comment vous avez vécu cette consultation là ?

Médecin 1 : Bah c'est compliqué. Bah puis pas qu'une, parce qu'on allait les voir à domicile, donc à chaque fois on

en parlait avec elle, que ce soit moi ou [PRENOM], [euh] bah c'est compliqué, parce que...

Intervieweur : Et cette patiente là... Enfin son mari n'était pas suivi avant ?

Médecin 1 : Il avait fini par avoir un suivi neuro, mais en fait à la fin il s'est tellement dégradé physiquement, qu'il n'était plus capable d'y aller, en fait. Et lui il était sur un tableau [euh], des fois d'agressivité, mais il était très agité la nuit, il se levait tout le temps, donc c'était ce côté-là qui était très compliqué pour sa femme, parce que finalement elle dormait plus, elle était épuisée, elle était anxieuse, elle était toujours... Mais elle refusait toutes aides, par une tiers personne ; des hôpitaux de jour aussi pour la soulager par exemple... Et [euh] aussi, [euh] comment... Alors elle avait une petite aide médicamenteuse quand il y avait vraiment des gros moments d'anxiété et tout ça... Mais [euh] ça c'est compliqué. Donc voilà. C'était difficile.

Intervieweur : En fait, il y a aussi le frein de pouvoir... Que le patient puisse s'y déplacer aussi finalement à cette consultation ?

Médecin 1 : Là oui, aussi. C'est ce que je te disais tout à l'heure. En fait il y a un moment, il y a des patients, où physiquement, en fait c'est l'état général qui fait que l'évaluation elle n'est plus faisable en fait, c'est aussi ce frein-là qui est important. Parce que les troubles cognitifs... On a des personnes âgées qui ont des troubles cognitifs qui

sont stables hyper longtemps. Mais il y en a qui se dégradent très vite en fait.

Intervieweur : Ouais.

Médecin 1 : Et en fait c'est plus possible. Ce serait trop éprouvant pour eux en fait. Et ça n'aurait pas d'....

Intervieweur : Il n'y aurait pas de bénéfiques ? Pour vous il n'y a pas de bénéfiques à ce stade là ?

Médecin 1 : Ouais voilà, il n'y aurait pas de bénéfiques à ça. C'est ça qui est compliqué. Parce que je m'en rappelle, ce patient là quand il allait voir sa neuro, il mettait trois jours en se remettre tu vois... C'était compliqué quoi.

Intervieweur : Ouais ouais physiquement

Médecin 1 : C'était... Physiquement c'était difficile.

Intervieweur : Il était épuisé, ouais.

Médecin 1 : Ouais c'était vraiment compliqué. Alors ça ne paraît pas hein juste monter dans une ambulance... Mais pour eux c'est...

Intervieweur : Et des évaluations faites au domicile ; ça vous n'en avez jamais ?

Médecin 1 : Ah non, non.

Intervieweur : Non.

Médecin 1 : Et puis ça [euh] jamais... Je ne sais même pas si ça se fait.

Intervieweur : OK. Je pense qu'il y a des réseaux qui font, qui interviennent au domicile, mais après je ne sais pas, je ne connais pas le secteur.

Médecin 1 : Ah ouais qui font ? Alors, ah ouais... Nous non, non, dans notre coin non, pas du tout. Et mes collègues non plus franchement ça ne me dit rien du tout.

Intervieweur : OK d'accord. OK, bon je pense qu'on a fait un peu le tour ce que vous en attendiez dans le courrier, il n'y a rien d'autre qui vous vient ?

Médecin 1 : Bah je réfléchis mais ... Non pas spécialement.

Intervieweur : OK. Et d'une manière générale, vos relations avec les gériatres se passent bien ?

Médecin 1 : Oh oui ! [rire]

Intervieweur : Vous avez... [rire]

Médecin 1 : [rire] Oui bah c'est parce que je connais [PRENOM], mais j'ai déjà eu affaire à ses collègues, sans qu'ils sachent que je ... Voilà. Non non je trouve que franchement de ce côté-là, dans le coin, on... ça se passe plutôt très bien. Parce que nous on essaie de faire beaucoup d'entrées directes.

Intervieweur : Hum hum.

Médecin 1 : Pour éviter qu'ils « croûtent » aux urgences huit heures... Voilà. Et en général, c'est arrivé une seule fois où on m'a dit, c'était pendant le COVID et où on m'a dit là c'est impossible en fait... Je ne peux pas prendre. Sinon ils trouvent toujours une solution.

Intervieweur : Ouais.

Médecin 1 : Si ce n'est pas le jour même c'est le lendemain... Donc [euh]... Non non, franchement, on n'a pas de soucis particuliers. Ils sont toujours dispos, et même si on a besoin d'un conseil, je veux dire on n'a jamais eu de problèmes, jamais. Jamais jamais.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 1 : Très bon rapport avec les gériatres, heureusement d'ailleurs.

Intervieweur : C'est pratique.

Médecin 1 : Ce serait dommage [rire]. Et ce serait dommage.

Intervieweur : Ouais, ouais. Et du coup, vous ne voyez pas d'améliorations... Afin d'améliorer la communication ?

Médecin 1 : Entre qui et qui ?

Intervieweur : Entre vous et les gériatres ?

Médecin 1 : Ah non. Bah non...

Intervieweur : Non, [rire] du coup si c'est

assez facile...

Médecin 1 : Je pense qu'il ne faut pas avoir, fin'... Des fois on peut être réticent nous à appeler des spécialistes [euh]... Je ne sais pas pourquoi, pour quelles raisons... Mais moi j'avoue que je le fais très facilement, et surtout pour les... Fin' là je me dis, je ne peux pas laisser une personne âgée rester douze heures en brancard, sur un brancard aux urgences... Alors que, ça peut attendre demain en... en entrée directe en gériatrie quoi. Donc moi je les appelle c'est tout.

Intervieweur : Ouais... Vous dites qu'il y a des réticences parfois... Vous pensez que c'est plus ? Enfin pas forcément vous dans votre cas...

Médecin 1 : Ah non.

Intervieweur : Non.

Médecin 1 : Non. Et après il faut prendre le temps... Alors ça prend toujours plus de temps hein...

Intervieweur : Oui c'est sûr [rire].

Médecin 1 : A appeler le gériatre, on ne les a pas tout de suite... Fin' voilà ça va toujours plus vite que... ça va toujours moins vite que de les envoyer aux urgences directement. Après on fait notre métier comme on a envie de le faire. C'est toujours pareil...

Intervieweur : Ouais... Je suis d'accord.

Médecin 1 : Donc voilà. Moi je prends souvent mon téléphone pour appeler, sauf si vraiment le patient c'est la merde et que je ne peux pas l'envoyer.... Je ne sais pas qu'il pisse la rage où... Voilà. Ou qu'il est complètement... ou que ça va pas du tout. Mais non en général, pas de problèmes ! Ils ont tous été très charmants à chaque fois donc ça va [rire].

Intervieweur : [rire] C'est parfait.

Médecin 1 : Pour le coup.

Intervieweur : OK. Bon bah parfait.

Médecin 1 : J'espère que ça a été.

Intervieweur : Oui, parfait !

Entretien Médecin 2, le 09/02/2022

Rencontre en présentiel, au cabinet du médecin interviewé.

Durée de l'entretien : 17 minutes et 29 secondes

Intervieweur : Bonjour, je me présente, Stacy Parent, je suis actuellement médecin remplaçant dans la région Hauts de France. Je réalise un travail de thèse abordant le thème de la consultation mémoire. Merci d'avoir accepté de me rencontrer pour participer à cette étude. Notre entretien sera comme convenu enregistré, l'anonymat des participants sera bien sur respecté, et vous pouvez faire retirer l'analyse de l'entretien à tout moment avant son anonymisation. A l'issue du travail de recherche, l'intégralité des enregistrements sera détruite. Et vous pourrez bien entendu être informé des résultats de cette étude. Avez-vous des questions avant de débiter l'entretien ?

Médecin 2 : Non.

Intervieweur : Très bien. Donc je vais tout d'abord vous poser des questions d'ordre général. [euh] Quel âge avez-vous ?

Médecin 2 : 35 ans.

Intervieweur : D'accord, dans quelle zone exercez-vous ? Plutôt rurale, urbaine ?

Médecin 2 : Urbaine.

Intervieweur : D'accord. Quel est le nombre d'habitants dans votre commune d'exercice ? Environ ?

Médecin 2 : Ici [euh]... Vingt-cinq milles.

Intervieweur : Vingt-cinq milles, OK. Depuis combien de temps exercez-vous la médecine générale ?

Médecin 2 : Ça fait 7 ans.

Intervieweur : 7 ans. Exercez-vous seul ou en cabinet de groupe ?

Médecin 2 : Seul.

Intervieweur : Êtes-vous Maître de stage ?

Médecin 2 : Non.

Intervieweur : Non. Êtes-vous titulaire d'un DU ou d'un DIU ayant un lien avec la médecine gériatrique ?

Médecin 2 : Non.

Intervieweur : Très bien. Alors on va entrer dans le vif du sujet... Est-ce que vous pouvez me raconter la dernière consultation où vous avez décidé d'avoir recours à la consultation mémoire pour un de vos patients atteint de troubles cognitifs ?

Médecin 2 : Alors la dernière consultation [euh]... Alors je réfléchis...

Intervieweur : [Rire]

Médecin 1 : Oui, alors en fait c'est ... Souvent ce n'est pas la principale plainte du patient, c'est surtout l'entourage. [euh] Là dernièrement effectivement c'était le [euh], les enfants qui avaient détecté [euh] des petits troubles de la mémoire chez leur maman. [euh] Donc c'est une patiente d'une soixante dizaines d'année à peu près, bon quand on l'interroge on ne retrouve pas forcément d'arguments très évidents pour une pathologie. Et [euh] c'est en creusant avec l'entourage qu'effectivement on constate qu'il y a des petites anomalies qui nécessitent un bilan, [euh] un bilan mémoire.

Intervieweur : D'accord. Donc elle était venue en consultation avec ses enfants ?

Médecin 2 : C'était [euh]... Alors c'était dans le cadre d'un renouvellement, mais je pense que sa fille en a profité pour, [euh], pour me faire part justement des anomalies qu'ils avaient constatées à la maison, qu'on ne voit pas forcément ici au cabinet.

Intervieweur : D'accord, et du coup quel était votre ressenti pendant cette consultation ?

Médecin 2 : [euh] Le ressenti, c'est déjà il y avait une certaine appréhension forcément de la famille, parce que [euh] c'est vrai qu'ils font forcément le lien avec la maladie d'Alzheimer, [euh] mais non il n'y avait pas forcément d'a priori

de la part de la famille. Il y avait une [euh], de la bonne coopération avec la patiente donc ça c'est bien... Ça s'est bien fait, on a [euh] pas réalisé de MMS au sein de la consultation parce qu'à la base c'était dans le cadre d'un renouvellement. Mais d'emblée je l'ai orientée vers un gériatre, [euh] un neurogériatre pour faire un bilan, un bilan mémoire.

Intervieweur : D'accord OK. Et du coup avec ce neurogériatre c'est une consultation qui est accessible comment ?

Médecin 2 : Bah c'est [euh] au sein des structures hospitalières où ils ont des consultations dédiées... [euh] pour les consultations mémoires.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 2 : Neurogériatriques.

Intervieweur : OK. Et du coup d'une manière générale, vous décririez comment l'accessibilité à la consultation mémoire dans votre territoire ?

Médecin 2 : Ah c'est [euh]... On y a accès facilement mais les délais sont, sont relativement longs.

Intervieweur : D'accord, c'est à peu près quoi un délai long ?

Médecin 2 : [euh] Là c'était quoi... C'était de l'ordre de... Je crois que c'était cinq ou six mois quand même.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 2 : C'est relativement long, si on... Après c'est sûr que ce n'est pas non plus [euh], hyper urgent de faire ce bilan là, mais pour le... Il y a quand même une appréhension de la part de la famille, et puis [euh]... Qui veulent des réponses à leurs questions et donc ce n'est jamais facile de leur donner sans les résultats du bilan.

Intervieweur : D'accord. OK donc là vous me parlez de « répondre aux questions des familles », vous avez d'autres motivations quand vous envoyez ce patient en consultation mémoire ?

Médecin 2 : Bah [euh] si C'est vrai que nous aussi on peut Après on a certaines hypothèses forcément qui frappent. Alors quand il y a des troubles de la mémoire d'après ce que raconte la famille, qui sont assez évocatrices [euh] bah on appréhende surtout c'est le devenir du patient. Le patient qui souvent vit seul à son domicile ou alors qui est le principal pilier du maintien à domicile du conjoint, aussi ça peut arriver. Donc c'est quand même assez..., assez contraignant de garder un patient [euh] avec des troubles cognitifs au domicile. Donc c'est vraiment pour anticiper le suivi au long cours.

Intervieweur : D'accord OK. Donc [euh] quelles étaient vos attentes quand vous l'avez adressé particulièrement ?

Médecin 2 : C'était surtout pour le bilan [euh] ... Enfin pour étiqueter finalement le trouble ...

Intervieweur : Étiqueter...

Médecin 2 : Le trouble cognitif d'une part. Après bon, sur le plan thérapeutique à l'heure actuelle les traitements, bon ça diffère d'une démence à l'autre, ce n'est pas forcément [euh] la même chose. Mais ça permet quand même d'étiqueter et de [euh] mieux appréhender les besoins du patient...

Intervieweur : D'accord. OK. Du coup vous n'avez pas forcément eu de doutes ou d'hésitations avant de l'adresser à la consultation ?

Médecin 2 : Non, non, non.

Intervieweur : Vous l'avez adressé d'emblée, tout de suite. OK. Et du coup comment ça se passe en pratique une fois que le patient il a bénéficié de cette consultation ?

Médecin 2 : En pratique, et bah... Dans l'immédiat finalement, il n'y a pas forcément grand-chose, bon il peut y avoir... Souvent il y a aussi des traitements antidépresseurs qui peuvent être mis en place parce que le neurogériatre a décelé aussi des troubles thymiques chez le patient. Mais en pratique, dans l'immédiat, non c'est vrai qu'il n'y a pas de ... Il n'y a pas... On ne met rien en place d'emblée pour éviter non plus le... [euh], pour pas

qu'il y ait trop de comment... [euh], qu'il y ait trop de changements pour le patient aussi. Faut pas que ce soit non plus le coupe-raie qui tombe à chaque fois. Il faut vivre avec ça, et puis progressivement adapter le suivi et puis la prise en charge je pense.

Intervieweur : Oui c'est une mise en place progressive, après...

Médecin 2 : Ouais.

Intervieweur : Tout doucement pour s'adapter au patient.

Médecin 2 : Ouais c'est ça.

Intervieweur : D'accord OK. Et du coup, est-ce que vous pouvez me raconter la dernière fois que vous avez reçu ou lu le compte rendu d'une consultation mémoire ?

Médecin 2 : Ouais. Donc [euh] le...

Intervieweur : Je ne sais pas comment vous recevez d'habitude le compte rendu de la consultation ? Sous quelle forme ?

Médecin 2 : En générale c'est sous [euh]... C'est les courriers informatisés sécurisés, donc sur apycrypt.

Intervieweur : Hum hum.

Médecin 2 : [euh] C'est rarement le patient qui vient avec son compte rendu forcément. Et il y a une annonce qui est faite aussi, ils ont des consultations

d'annonce quand le diagnostic est posé, la plupart du temps.

Intervieweur : Ouais.

Médecin 2 : [euh] Donc le Ça nous épargne aussi ça, c'est à dire que le diagnostic est posé, c'est étiqueté, et [euh] on sait que le patient a déjà donc ces [euh] informations en sa possession.

Intervieweur : D'accord, donc vous le courrier vous le lisez en amont ? Avant de revoir le patient ?

Médecin 2 : Alors en amont et après avec le patient je [euh] et sa famille, il y a souvent sa famille aussi. [euh], j'essaie de voir si tout a bien été compris par l'entourage notamment...

Intervieweur : D'accord.

Médecin 2 : Le patient aussi et puis on voit pour répondre aux questions s'il y en a.

Intervieweur : D'accord, donc vous vous servez du courrier comme support pour rediscuter de ce qu'il s'est passé en consultation ?

Médecin 2 : C'est ça.

Intervieweur : D'accord OK. Et d'une manière générale vous en pensez quoi de ce courrier ?

Médecin 2 : Ce que j'en pense ? [euh] Bah ça Je ne comprends pas très

bien la question ...

Intervieweur : Le courrier, ce que vous y trouvez dedans, cela répond à vos attentes ?

Médecin 2 : Oui, bah oui. Parce que ça... [euh]. Vraiment on met l'étiquette sur le type de trouble, notamment si c'est une démence vasculaire, si c'est une démence mixte, maladie d'Alzheimer, parkinsonienne, donc ça permet déjà d'établir le diagnostic et puis aussi de faire toutes les démarches administratives qui nécessitent quand même un diagnostic posé par un spécialiste.

Intervieweur : D'accord, OK. Et du coup, est-ce que cette consultation elle apporte des modifications de manière générale dans la prise en charge du patient ?

Médecin 2 : Alors, [euh], ouais dans le sens pas forcément thérapeutique, mais vraiment dans le sens de sa prise en charge globale. C'est à dire que si on a d'autres examens pour d'autres pathologies à faire faire, on essaiera de faire attention à ce qu'il y ait vraiment un tiers qui puisse intervenir si jamais il y a des oublis ou des troubles de la compréhension par rapport aux examens qui sont demandés.

Intervieweur : D'accord, pour accompagner le patient s'il va faire des examens ?

Médecin 2 : Voilà.

Intervieweur : OK, d'accord. Et dans la vie quotidienne du patient, par exemple ?

Médecin 2 : Alors dans la vie quotidienne, tant que le maintien à domicile est possible sans aides extérieures à la famille, on est... Moi pour ma part en tout cas j'essaie de faire en sorte de les maintenir dans ce cadre-là. Il ne faut pas vraiment que ce soit trop brutal pour le patient. Et on [euh]... Après on insiste aussi auprès de la famille pour leur dire que ; bah si à un moment donné ils ont besoin d'aides, que ce soit pour [euh] de la toilette au domicile ou pour préparer les médicaments, on leur donne tout ce qui possible de faire, notamment la préparation des piluliers par les infirmiers, la distribution aussi... Ça peut être intéressant aussi ; une sécurité pour les familles.

Intervieweur : D'accord, OK. Donc cette aide, [euh] on va dire cette mise en place au domicile d'aides, vous la retrouvez dans le courrier ; elle est proposée ? Ou il y a d'autres choses qui sont proposées ?

Médecin 2 : Souvent ouais. Souvent ils proposent... Ils mettent quand même des propositions [euh] hors médicamenteuses on va dire. Vraiment c'est surtout ça finalement la prise en charge, c'est à dire qu'ils insistent sur le [euh] les choses qu'il est possible de faire, notamment on pense aussi à la stimulation cognitive chez certains

patients. Donc tout ça c'est vraiment décrit dans les courriers, en général, en tout cas pour ma part.

Intervieweur : D'accord, et par exemple la stimulation cognitive, ils vous la proposent comment ?

Médecin 2 : Alors c'est des consultations annuelles je crois. [euh] C'est vrai que nous on a tendance à faire les renouvellements, je crois que la première prescription elle est faite par le neurogériatre, et après on peut renouveler, et après on peut renouveler derrière. Mais donc initialement, non, ce n'est pas nous qui la mettons on place.

Intervieweur : D'accord, c'est eux qui la mettent en place, et ensuite vous vous les renouvelez ?

Médecin 2 : Ouais ouais.

Intervieweur : OK. D'accord. Et pareil donc pour les aides à domicile et l'institutionnalisation, par exemple, ils en parlent aussi dans les courriers, vous avez retrouvé cela, ou ça c'est vraiment vous qui l'évoquez avec le patient ?

Médecin 2 : Ça c'est moi qui le détermine, c'est à dire que même si c'est proposé par le neurogériatre, bon j'en prends... Je prends conscience effectivement qu'il propose ça, mais c'est surtout [euh], à mon sens hein, au médecin généraliste et à la famille de prendre les décisions.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 2 : Parce que c'est... Je ne vois pas meilleure relation finalement qu'avec le médecin traitant pour décider s'il est apte ou pas à rester au domicile. On est vraiment dans une [euh], une [euh], finalement ... Des temps où il faut, où on propose surtout le maintien à domicile au maximum, et je pense qu'il faut continuer sur cette optique-là, à partir du moment où bien sûr l'autonomie du patient le permet.

Intervieweur : D'accord, OK. Donc vous en fait, la consultation mémoire, vous l'utilisez plus si je comprends bien au départ, pour faire un peu l'étiquetage...

Médecin 2 : Un diagnostic.

Intervieweur : Le diagnostic.

Médecin 2 : Alors [euh] il y a également après... On continue quand même avec les consultations de suivi hein.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 2 : C'est vrai que c'est important aussi d'avoir [euh] bah un œil extérieur aussi parce que forcément connaître les patients ça a du bon, mais des fois ça a du moins bon, c'est à dire que, bah on passe à côté de certaines choses. Alors qu'un œil extérieur ça peut être intéressant [euh] pour notamment, j'en parlais tout à l'heure, faire un bilan de syndrome dépressif qui peut être un peu insidieux, un peu pernicieux. Donc qui ne se détecte pas

forcément, parce qu'on connaît le patient et que le patient ne va pas forcément se livrer sur ces troubles là.

Intervieweur : D'accord, donc cela vous offre une aide aussi dans le suivi. C'est un suivi qui est régulier ?

Médecin 2 : En général annuel.

Intervieweur : Annuel d'accord. Donc ça vous permet de repérer des choses que vous n'aviez pas repérées ?

Médecin 2 : Hum hum.

Intervieweur : OK, il y a d'autres choses ? Cela vous aide pour autre chose ?

Médecin 2 : Bah là dans l'immédiat il n'y a rien qui me vient en tête, mais si je dois oublier des choses forcément... [rires]

Intervieweur : [rires] OK, d'accord. Et du coup, avec le recul, quel est votre sentiment ou votre impression lorsqu'un patient a bénéficié de la consultation mémoire ?

Médecin 2 : Bah [euh], ça permet déjà de soulager aussi l'entourage, qui se pose des questions, ça répond vraiment à la ...[euh] aux questions qu'ils peuvent se poser. Parce que [euh] forcément si on ne peut pas établir finalement après un bilan neurogériatrique quel type de profil... Bah, quel profil de démence c'est, bah le patient aura tout le temps la

connaissance qu'il a des troubles de mémoire sans pourtant pouvoir poser d'étiquette dessus. Des fois ça a son importance quand même pour l'entourage notamment, pas forcément pour le patient lui-même, mais pour l'entourage.

Intervieweur : D'accord, et l'entourage il est inclus comment dans la consultation mémoire ? Ils y vont avec eux d'habitude ? Comment ça se passe ?

Médecin 2 : Ah souvent, souvent c'est un des enfants, ou le conjoint ; bon c'est un peu plus rare souvent, vu que c'est chez la personne majoritairement âgée. [euh] C'est souvent un des enfants qui accompagne ouais.

Intervieweur : D'accord, OK. Et dans le courrier vous retrouvez un petit peu cette notion d'entourage ou pas du tout ?

Médecin 2 : Ouais ouais, c'est clairement décrit, le patient était accompagné de son fils ou de sa fille pour le bilan...

Intervieweur : D'accord.

Médecin 2 : Donc [euh], non non ils en prennent bien connaissance et c'est bien écrit dans les courriers.

Intervieweur : D'accord OK. Donc du coup on a parlé un peu de la place de la consultation dans la prise en charge du patient, donc pour vous c'est surtout au départ pour l'étiquetage, après pour le

suivi... D'une manière générale, c'est tout ce que vous diriez sur la place de la consultation mémoire dans la prise en charge et le suivi du patient ?

Médecin 2 : [euh] La réévaluation thérapeutique si jamais il y a des troubles du comportement, ou qui nécessiteraient une réévaluation médicamenteuse, fin une instauration de nouveaux traitements, ça peut être intéressant aussi.

Intervieweur : D'accord, donc vous l'utilisez aussi des fois en plus... Enfin une consultation en plus du suivi quand il y a un souci par exemple, quand il y a un problème avec un médicament ?

Médecin 2 : Ouais s'il y a une mauvaise tolérance, s'il faut réadapter un traitement, et qu'on est un peu désemparé avec le..., l'arsenal thérapeutique dont on a connaissance, qui est forcément, potentiellement moins étoffé qu'un spécialiste neurogériatre.

Intervieweur : Hum hum, d'accord OK. Et du coup quand c'est comme ça vous faites comment ? Enfin comment vous décriez votre relation avec les gériatres ?

Médecin 2 : [rires] S'il y en a ! [rires]

Intervieweur : [rires]

Médecin 2 : Non, c'est surtout le secrétariat, qu'on joint, c'est rarement le gériatre.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 2 : En général ça peut suffire à avoir une consultation assez... [euh], sur un délai assez court pour finalement refaire un point. Après quand il y a une nécessité... Quand il n'y a pas forcément nécessité de revoir le patient mais qu'il y a un problème qui peut être réglé autrement que par une consultation, si, on a recours parfois aux appels téléphoniques avec le neurogériatre pour discuter d'un traitement.

Intervieweur : D'accord, OK, donc ça arrive quand même que vous les appelez...

Médecin 2 : Ça arrive.

Intervieweur : Mais c'est rare ? [rires]

Médecin 2 : Ouais. Je préfère que le neurogériatre, le spécialiste, voit le patient et voit le problème par lui-même.

Intervieweur : Hum hum, d'accord OK. Et du coup vous me parlez beaucoup du neurogériatre, quand ils vont en évaluation mémoire comme ça, ils voient seulement le neurogériatre, ou des fois il y a d'autres spécialistes ? Il y a d'autres...

Médecin 2 : Non il doit y... Il y a forcément les infirmiers, il doit y avoir aussi des infirmiers dans ces structures hein forcément je ne les connais pas

très bien... Enfin je ne les connais pas plus que ça. Mais moi en général ouais c'est le neurogériatre qui fait... [euh] Enfin j'ai seulement le courrier du neurogériatre.

Intervieweur : Ouais il n'y a pas d'autres évaluations à coté, paramédicales ?

Médecin 2 : Oui... Il y a peut-être les infirmiers mais à ma connaissance, en consultation, non.

Intervieweur : D'accord OK ; d'accord. Et si vous vouliez apporter des modifications pour faciliter la communication avec le gériatre, vous proposeriez quoi ?

Médecin 2 : Le mail !

Intervieweur : [rires]

Médecin 2 : Le mail, qui est beaucoup plus facile, beaucoup plus simple, on perd moins de temps à essayer de négocier des rendez-vous, et puis c'est beaucoup plus facile.

Intervieweur : Donc des mails pour échanger les courriers ou pour échanger des... ?

Médecin 2 : Oui, ou dès qu'il y a des questions, [euh] ça peut être faisable aussi. C'est à dire qu'on envoie le mail, et puis le médecin s'il est en consultation on ne le dérange pas, et il nous répond quand il a un peu de temps.

Intervieweur : Hum hum [rires]

Médecin 2 : [rires] Ça peut être intéressant.

Intervieweur : D'accord c'est une piste.

Médecin 2 : Voilà, à creuser !

Intervieweur : OK, bon je crois que je n'ai plus grand chose à vous demander... On va arrêter là alors. Merci.

Médecin 2 : De rien.

Enfin le médecin me dit qu'une autre chose lui vient à l'esprit et je rallume le dictaphone.

Intervieweur : Allez-y dites-moi.

Médecin 2 : Donc j'avais eu une patiente et son mari qui venaient aussi donc pour des renouvellements, je les suivais depuis à peu près un an, c'était en période du COVID.

Intervieweur : Ouais.

Médecin 2 : Et son mari il détectait des troubles du comportement à la maison avec [euh], parfois des phénomènes d'hallucinations auditives, visuelles parfois, une certaine agressivité ; donc ça sous-entendait que derrière il y avait potentiellement des démences, [euh] déjà bien évoluées. Et [euh] finalement ça a tardé au niveau de la prise en charge et de la consultation. Le mari, on dirait qu'il refusait d'accepter finalement

le diagnostic que j'avais posé moi-même, en demandant des Il se renseignait pour avoir des bilans complémentaires en tout genre, alors qu'une consultation mémoire que je lui ai proposée a permis de trancher et ça a été finalement accepté après ça.

Intervieweur : Ah ouais, après avoir eu la consultation avec le spécialiste.

Médecin 2 : Ouais, donc c'est pour ça que la consultation diagnostique finalement avec le spécialiste, elle me semble quand même essentielle.

Intervieweur : Ouais, parce que vous pensez que c'est une question de légitimité par rapport au patient ?

Médecin 2 : Ouais, pour certains ouais. Je ne sais pas si c'est le fait que je sois jeune ou [euh], ça ça peut arriver aussi.

Intervieweur : Ouais.

Médecin 2 : Le même médecin qui aura eu [euh] je ne sais pas vingt ans de carrière supplémentaire, il aurait été écouté plus facilement peut être.

Intervieweur : Ouais, ou peut-être aussi, parce que tout à l'heure vous disiez, comme vous les connaissez les patients...

Médecin 2 : C'est ça, c'est ça aussi. Peut-être qu'ils ont besoin d'un avis [euh] extérieur à la situation.

Intervieweur : Ouais. OK, c'est vrai que c'est un autre apport de la consultation mémoire.

Médecin 2 : Ouais.

Intervieweur : OK.

Entretien Médecin 3, le 06/04/2022

Entretien réalisé en visio-conférence

Durée de l'entretien : 35 minutes et 15 secondes

Intervieweur : Je me représente quand même, Stacy Parent, je suis médecin remplaçant dans la région Hauts de France. Donc le travail aborde le sujet de la consultation mémoire. Je vous remercie déjà d'avoir accepté de me rencontrer. L'entretien est enregistré, l'anonymat est bien sûr respecté. Vous pourrez faire retirer l'analyse de l'entretien à tout moment avant qu'il ne soit anonymisé et puis, à l'issue de la recherche, tous les enregistrements seront détruits. [euh] Vous pourrez bien entendu être informé des résultats de l'étude si vous le souhaitez. Est-ce que vous avez des questions avant de débiter ?

Médecin 3 : Non.

Intervieweur : Donc je vais d'abord vous poser des questions d'ordre général.

Médecin 3 : Ouais.

Intervieweur : Quel âge avez-vous ?

Médecin 3 : Soixante-et-un.

Intervieweur : D'accord, dans quelle zone exercez-vous, plutôt rurale, plutôt urbaine ?

Médecin 3 : Bah c'est urbain. Urbain, 11000 habitants.

Intervieweur : 11000 habitants, d'accord. Depuis combien de temps exercez-vous la médecine générale ?

Médecin 3 : [euh] En tant qu'installé, 33 ans.

Intervieweur : Hum hum.

Médecin 3 : Et en tant que remplaçant avant, [euh] 4 ans, 5 ans.

Intervieweur : D'accord OK. Est-ce que vous exercez seul ou en cabinet de groupe ?

Médecin 3 : Alors là je suis en MSP depuis un an et demi.

Intervieweur : Un an et demi... Et il y a combien de médecins du coup ?

Médecin 3 : Tout seul.

Intervieweur : Tout seul comme médecin ; et après ce sont des paramédicaux ?

Médecin 3 : [euh] Tout seul, paramédicaux, kiné, orthophoniste... J'ai la SECU, les infirmières, [euh] diététiciennes... Après il y a un de mes confrères qui arrive là, mais il était déjà installé, donc il fait comme moi, on était en isolé et en se met ensemble.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 3 : Il fait déjà partie de la structure administrative, déjà de la SISA, donc voilà. Donc moi j'ai une adjointe, j'ai une assistante à mi-temps.

Intervieweur : D'accord. OK. Est-ce que vous êtes maître de stage ?

Médecin 3 : Oui, depuis 11 ans.

Intervieweur : D'accord, et est-ce que vous êtes titulaire d'un DU ayant un lien avec la médecine gériatrique ?

Médecin 3 : Non non, j'ai des DU mais c'est diététique et médecine d'urgence, donc ça n'a rien à voir.

Intervieweur : D'accord. OK, bon du coup on va rentrer dans le vif du sujet. Est-ce que vous pouvez me raconter la dernière consultation ou vous avez décidé d'avoir recours à la consultation mémoire pour un de vos patients ?

Médecin 3 : De quoi ? Que je puisse raconter quoi ? Comment ça s'est passé ?

Intervieweur : Voilà, la consultation où vous avez décidé d'envoyer un patient en consultation mémoire. Si ce n'est pas la dernière, une qui vous vient en tête.

Médecin 3 : Ouais... Ben c'est la première qui me vient en tête oui, parce que je les ai revus début de semaine. Ouais c'est un couple Monsieur – Madame... [euh] Madame inquiète parce que son mari, [euh] bon oublie facilement certaines choses : quand il va se promener avec le chien, bon des fois il oublie le chien dans la forêt, bon voilà c'est des choses comme ça quoi.

Intervieweur : D'accord, quand même.

Médecin 3 : Ah ouais quand même, quand même. Lui il vit les choses en disant tout va bien mais bon, effectivement c'est un peu compliqué ouais.

Intervieweur : D'accord, et comment ça s'est passé la consultation ?

Médecin 3 : [euh] Bien, calme, à l'écoute. Par rapport au patient ou par rapport à l'épouse qui l'accompagnait ?

Intervieweur : Les deux.

Médecin 3 : Ouais, l'épouse toujours un peu inquiète. Bon déjà de nature inquiète, mais bon c'est sûr que ça inquiète plus parce que comme ils sont autonomes, bon elle se pose beaucoup de questions, à juste titre. Et lui ; bah lui tout va bien donc [euh], bah il n'y a pas de problème quoi [rires].

Intervieweur : [rires] D'accord.

Médecin 3 : Bah voilà, comme souvent quoi.

Intervieweur : Vous avez décidé de l'envoyer dès la consultation ; dès cette consultation-là, en consultation mémoire ?

Médecin 3 : Bah disons que son épouse en parlait déjà quand elle venait en consultation. Lui, il ne voyait jamais le médecin quasiment donc moi je le voyais une fois tous les 3 à 4 ans ; parce que bon... jamais malade. Enfin il ne se considère jamais malade, donc en fait c'est son épouse qui a déjà un passé médical assez chargé qui m'en parlait depuis quelques temps en consultation. Donc j'avais conseillé de venir avec lui et puis que l'on fasse un peu le point. C'est comme ça que ça s'est passé.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 3 : Et puis finalement il a accompagné sa femme, voilà. C'est comme ça que ça s'est passé.

Intervieweur : D'accord, et vous lui avez proposé d'y aller...

Médecin 3 : J'ai proposé d'y aller pour l'évaluer. Donc, on a un réseau gériatrique ici qui tient la route, [euh] à 20 km d'ici dans l'hôpital local, il y a un service de géronto qui travaille bien là-dessus. Donc je l'ai envoyé ; il n'a pas fait d'opposition pour y aller parce qu'il savait pourquoi il venait en consultation. Donc j'ai juste enfoncé un peu le clou pour dire bah oui ça serait bien que [euh], qu'on évalue un peu. Il n'a pas été opposant, ce qui est une bonne chose quoi, parce que souvent il y a des réticences. Mais non ça va, ça s'est bien passé. Donc très [euh], très participant.

Intervieweur : D'accord OK. D'accord et d'une manière générale quelles sont vos motivations quand vous envoyez le patient en consultation mémoire ?

Médecin 3 : [euh] Mes motivations à moi ?

Intervieweur : Oui.

Médecin 3 : Et bah c'est surtout [euh], aider l'aidant, parce que quand ils commencent à faire les démarches et qu'ils arrivent déjà à être un peu au bout du rouleau [euh]... Parce que [euh] ils cachent au départ, donc ils n'en parlent pas forcément. Et souvent ils évoquent en consultation leur souffrance en disant que : « je suis épuisé, je suis fatigué, je suis énervé, [euh] je supporte

plus, qu'est-ce que je peux faire ... ». Donc c'est déjà cette souffrance de l'aidant, pour moi c'est la chose principale ... Et puis c'était quoi la première, [euh] la question que tu m'avais posée ?

Intervieweur : Quelles sont vos motivations dans l'orientation du patient en consultation mémoire ?

Médecin 3 : Bah mes motivations... Ce n'est pas de traiter que l'organique, c'est de traiter le cadre de vie dans la vie de tous les jours. Et puis s'il y a une souffrance, il faut la traiter et puis il faut prendre le problème, [euh] le problème à la base. Et le problème c'est de gérer quelqu'un qui a des troubles cognitifs, ce n'est pas toujours évident. C'est la surveillance, c'est toujours être attentif et c'est voilà... C'est traiter la globalité de la personne : un, celle qui a les troubles de mémoire mais elle ne s'en rend pas compte, ou forcément compte ; mais c'est surtout l'aidant et puis de... [euh]. On est dans la mise en place des aides et tout ça ; pour aider quoi.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 3 : On n'agit pas que sur du somatique. C'est la vie de tous les jours qui est importante, enfin pour moi.

Intervieweur : D'accord OK, et donc vous n'avez pas ... D'une manière générale vous n'avez pas de doute où d'hésitation avant d'envoyer le patient ? Là vous m'aviez parlé par exemple que lui, il n'avait pas de réticence...

Médecin 3 : Non il n'y a pas de réticence... [euh] Alors quand c'est comme ça, je fais un MMS [euh] déjà pour apprécier un petit peu, et en fonction de ça je vois. Et alors [euh] il peut y avoir d'autres situations où on peut suspecter, parce que on peut avoir des troubles comportementaux qui me font dire : « tiens là il faut être vigilant parce que je suspecte quelque chose ». [euh] Je sors de mon cas patient [euh], de référence...

Intervieweur : Hum hum.

Médecin 3 : [euh] Ou on peut suspecter éventuellement [euh] ... Après quand on a un patient qui ne vient jamais nous voir ou une fois tous les trois ans [euh], c'est sûr que ce n'est pas toujours évident sur une consultation pour autre chose, de faire un petit peu la part des choses. Moi ce que je me rends compte souvent, c'est que c'est l'aidant qui pose la problématique.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 3 : D'une manière ou d'une autre.

Intervieweur : D'accord, c'est rarement le patient lui-même ?

Médecin 3 : Bah pour lui tout va bien.

Intervieweur : Hum hum [rires], ouais.

Médecin 3 : Pour lui tout va bien : « bah non, il n'y a pas tant que ça ». Bah oui, d'accord, oui. « Ah bah, le chien il n'est pas rentré avec moi », dans le cas pratique. « Oui bon c'est tout c'est comme ça, bon il revient tout seul ». Mais c'est : « Ah bah oui docteur mais

bon vous vous rendez-compte, après il faut aller chercher le chien, je ne sais pas où il est moi ». « Bah non mais ce n'est pas grave, il revient tout seul ». Donc voilà, c'est des situations comme ça, qui sont angoissantes pour l'aidant. Et souvent le problème, c'est le problème de l'aidant.

Intervieweur : Ouais ouais.

Médecin 3 : On a aussi la même chose avec les Parkinson par exemple. On a ... C'est, [euh] c'est aussi épuisant dans le même genre, [euh] dans le même genre.

Intervieweur : Oui, oui d'accord.

Médecin 3 : Alors ça c'est notre rôle médico-social ça.

Intervieweur : Hum hum. OK d'accord. Et là donc en pratique, on peut reprendre l'exemple de cette consultation là au départ. Comment ça se passe une fois que le patient a bénéficié de cette consultation mémoire ?

Médecin 3 : C'est à dire après ?

Intervieweur : Oui.

Médecin 3 : [euh] De la part du patient ou de la part de l'aidant ?

Intervieweur : Bah les deux. Comment ça se passe ? Vous voyez le patient ? Vous recevez un compte-rendu ?

Médecin 3 : On revoit [euh] ... De toute façon on reçoit le compte rendu. [euh] Ici chez nous c'est assez rapide, assez complet.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 3 : Avec proposition de faire les tests psychotechniques complémentaires [euh], et puis un rappel des choses de bon sens. Ça apaise [euh] le contexte, parce que au moins on a posé la problématique. Parce qu'avant qu'on aille en consultation, on dit : « oui peut être » ; mais « alors qu'est ce qu'on fait docteur ? ». Bah oui on va aider. Mais là, le diagnostic est posé.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 3 : Il est certifié et c'est [euh] ... Contrairement à une maladie somatique [euh], je prends l'exemple d'une cholécystite : bon OK c'est ça. Mais dans les troubles cognitifs, ils attendent le diagnostic : « mais alors ça c'est Alzheimer ou ce n'est pas Alzheimer ? ». Bah oui mais c'est un état démentiel dans sa globalité. [euh] Après ça rassure ; ça rassure de dire : OK il y a un diagnostic ; mais voilà qu'est ce qu'on fait en pratique maintenant.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 3 : Et après c'est l'acceptabilité des aides proposées.

Intervieweur : D'accord OK, donc quand c'est comme ça le patient reçoit le courrier chez lui, ou c'est vous qui le recevez et vous le reconvoquez ?

Médecin 3 : Alors non, ici ils nous l'envoient à nous.

Intervieweur : Oui.

Médecin 3 : [euh] Après... [euh] Attends, je vais regarder un peu... Je vais retrouver [*Le médecin interviewé regarde sur son ordinateur pour rechercher le courrier du patient*] ... Dans ce cas patient... Ah du coup j'oublie son nom ! [rires]

Intervieweur : [rires]

Médecin 3 : C'est moi qui ai des troubles cognitifs ! [rires] Je ne me souviens plus... Pourtant je les ai vu quand... [euh] Non théoriquement c'est moi qui reçois le courrier.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 3 : Et comme ils disent bah vous referez le point avec le médecin traitant, c'est là qu'on en rediscute et on repose la problématique. [*Le médecin interviewé continue de chercher sur son ordinateur*]. C'est moi qui ai des troubles cognitifs ! [rires]

Intervieweur : [Rires]. Donc c'est un courrier que vous recevez papier ?

Médecin 3 : Courrier papier [euh], oui courrier papier. Ça peut être informatique mais [euh] non, au niveau gériatrie ils envoient papier.

Intervieweur : Hum d'accord.

Médecin 3 : [euh] Je suis en train de chercher.... Et après bon.... Ah bah ça y est, je l'ai retrouvé ! [*Le médecin tape sur son ordinateur*]. Alors le courrier... Est-ce qu'il a été envoyé au patient ? Non, il a été envoyé à moi.

Intervieweur : D'accord, donc après vous le lisez avec le patient lors de la prochaine consultation ?

Médecin 3 : Ouais, pour voir... [euh] Après le bilan est assez complet.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 3 : Là ils font ça en hospitalisation de jour et puis....

Intervieweur : D'accord.

Médecin 3 : Ils font les tests ; on reprend les choses principales. [euh] En fait comme il sort de la consultation avec la certitude des troubles cognitifs... En fait, ce que.... [euh] Je ne veux pas dire le patient mais c'est surtout l'aidant ; [euh] en fait il attend une réponse sur les choses et les difficultés pratiques de la vie de tous les jours.

Intervieweur : Hum hum.

Médecin 3 : C'est vrai que j'insiste là-dessus mais c'est vrai qu'en consultation c'est ce qu'on voit. C'est [euh], le malade il ne s'en rend pas compte, où il se rend compte que ça pose problème à son conjoint.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 3 : Et lui il banalise les choses, en disant : « bah non ce n'est rien ». Bah la question pratique c'est : « est ce que je peux le laisser tout seul ? » ; « bah si je m'en vais est-ce qu'il ne va pas faire des bêtises ? » ; « est ce qu'il peut prendre sa voiture ? », « qu'est-ce que je fais des clés ». Voilà c'est des choses pratiques quoi.

Intervieweur : D'accord, et ça vous le retrouvez dans le courrier du coup ?

Médecin 3 : [euh] Alors ça, est ce que je le retrouve dans le courrier... [le médecin tapote sur son ordinateur pour regarder le courrier du patient cité en exemple]. [euh] Non. Alors on a les grilles d'évaluations... Évaluations, recherche dépressive.... Je lis hein : « au total l'évaluation neuropsychologique met en évidence une dégradation assez nette des performances »... [euh] Bah après c'est des conseils généraux quoi : traitement de prévention cardiovasculaire par exemple. Bon là il y avait une composante dépressive, ils ont traité... Là il parle de la conduite automobile et puis voilà quoi. Et après les patients nous interrogent surtout sur la vie de tous les jours ; c'est des choses de tous les jours, et après moi ; [euh] on les connaît. Moi qui suis un vieil installé, je les connais depuis vingt ans ou trente ans.

Intervieweur : Oui.

Médecin 3 : En l'occurrence c'est un couple que je connais depuis plus de 20 ans, 25 ans, donc en fait [euh] il y a longtemps qu'on les accompagne [euh] dans leur vie. Donc on sait comment ils vivent, on sait comment ils sont, comment [euh], quels sont leurs caractères, quels sont leurs angoisses, quels sont leurs Et là on répond sur leurs questions pratiques ; sur la vie de tous les jours.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 3 : On sait qu'il y a l'évaluation, on sait que c'est certifié ... [euh] Après les conseils généraux on les connaît aussi : prévention cardiovasculaire [euh] voilà, ; traiter la dépression. S'il y en a une à côté, ça on la traite. Mais la question des patients c'est surtout la vie de tous les jours.

Intervieweur : D'accord ? Et donc le courrier il vous aide dans ça ou Il vous apporte quoi au final ?

Médecin 3 : Alors il m'aide dans le sens où ça permet de [euh] rediscuter de la certitude du diagnostic.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 3 : [euh] Parce que le patient n'y croit pas forcément ; l'aidant n'y croit pas forcément parce que je pense que quelque part dans un coin de leur tête, ils espèrent que non. Bien qu'ils pensent que ce soit vrai. Le problème c'est surtout l'acceptabilité des choses qu'on peut mettre en place à côté ; c'est ça la complexité.

Intervieweur : D'accord. Il y a des patients qui refusent des aides par exemple ?

Médecin 3 : Ce n'est pas le patient qui refuse l'aide. [euh] Si les troubles sont légers, il peut... [euh] Si les troubles sont plus importants, des fois c'est l'aidant... [euh] Là je me réfère à une consultation d'hier, qui n'a rien à voir parce que là c'est... Où là c'est le mari, c'est l'inverse là, c'est la femme qui a des troubles cognitifs importants et c'est son mari qui est complètement dépressif et qui est complètement...

[euh] Qui est épuisé et qui est... [euh] Qui refuse les aides potentielles, parce qu'il fait tout. Lui, il a ses propres problèmes médicaux ; sérieux. [euh] Mais il dit... Je lui ai parlé : j'ai dit « OK, il faut vous faire aider, [euh] pour faire la toilette ». Quand même ils ont 86, 87 ans ; [euh] c'est : « non non mais c'est compliqué, c'est moi qui le fais, et puis de toute façon elles ne sauront pas faire, vous savez comment ça se passe, c'est comme dans les hôpitaux... ». [euh] Voilà c'est parti en... Voilà, la discussion impossible. Donc ça dépend des caractères des patients en fait.

Intervieweur : Hum hum.

Médecin 3 : Le problème surtout de l'aidant c'est qu'il se dit : « c'est moi qui peux gérer tout seul et il n'y a pas de raison que je me fasse aider ». C'est ça qui est compliqué, c'est de faire accepter de se faire aider, parce que « non je suis capable de faire ». Mais je lui dis « bah ouais mais vous n'avez pas 50 ans, 60 ans ; vous avez 87 ans ».

Intervieweur : Ouais.

Médecin 3 : Ouais c'est ça et « je fais tout tout seul ». Alors mais c'est complexe, parce qu'autant dans l'autre famille référence, les enfants sont présents, les petits enfants sont présents. Dans ce cas-là, il s'est fâché avec sa fille, elle s'est fait éjecter de la maison, il n'est pas question que... [euh] Voilà : « mon père c'est un sacré caractère » et puis voilà. Donc c'est vrai que là on ne peut pas compter

d'aides là-dessus, parce que c'est les aides qui sont importantes.

Intervieweur : Oui... Et dans ce cadre-là par exemple, dans ce genre de situation, [euh] la consultation mémoire, elle vous aide ? Vous l'utilisez ?

Médecin 3 : Bah ça peut aider ! J'en reviens toujours à la même chose, c'est l'acceptabilité de l'aidant, qu'il faut franchir dans la vie de tous les jours. Parce que c'est ça la souffrance. C'est [euh]... Le problème médical nous on peut gérer [euh], en consultation si on a ; s'il y a une somatisation [euh] voilà. Ça on sait faire... Mais c'est vrai que la consultation mémoire pour moi ça permet de mettre un cadre. De mettre un cadre, et éventuellement de se reposer sur [euh] l'assistante sociale, mettre des aides ; de [euh], d'aider dans une démarche administrative parce qu'ils sont perdus, voilà. C'est toujours cette globalité, cette complexité que moi je vois.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 3 : Que nous on ne fait pas forcément en consultation tout seul. On peut dire « ah bah lui, il a des troubles de mémoire ; allez voir l'assistante sociale pour ça... » ; mais je veux dire, ça permet d'avoir un cadre.

Intervieweur : D'accord. OK, OK. Et du coup dans la prise en charge globale du patient, vous diriez qu'elle est où la place de la consultation mémoire ?

Médecin 3 : Bah pour moi elle est centrale !

Intervieweur : Centrale, OK.

Médecin 3 : Pour moi elle est centrale parce que ça permet de bien codifier et d'avoir aussi un reflet [euh] qui confirme ce qu'on dit. C'est à dire que c'est le spécialiste, qui confirme ce que nous on dit dans la consultation de tous les jours ; où une fois sur deux on écoute en disant « oui vous avez raison docteur » ; et puis des fois on s'adresse à un mur. Comme hier après-midi je me suis adressé à un mur ; mais déjà s'il accepte d'aller à la consultation mémoire pour que l'on certifie la démarche à faire pour la suite ; je veux dire ce serait déjà une bonne chose. Mais des fois c'est long le parcours, parce que soit on dit « bah oui docteur je le fais tout de suite » et dans notre cas patient référent, ça s'est fait en un mois de temps, [euh] ça a été vite fait. Autant dans la situation d'hier, qui est compliquée, je veux dire déjà si on y arrive dans 6 mois, un an ; ça serait bien quoi.

Intervieweur : Ouais.

Médecin 3 : Tu vois, chaque situation est difficile, mais la consultation mémoire pour moi est centrale parce que ça permet de [euh], de mettre un cadre, et d'avoir une « autorité spécialiste » qui dit « bah voilà, c'est comme ça ».

Intervieweur : D'accord. Vous avez l'impression que le gériatre, il légitime un peu ce que vous aviez dit au patient ?

Médecin 3 : Il légitime ; voilà ouais. Il légitime [euh] ce qu'on pressent, ce qu'on a diagnostiqué, ce qu'on a certifié parce qu'on a fait un MMS et puis [euh] avec le MMS on se dit « oui il est à 14 ou à 15, OK c'est quand même... », par exemple. Mais au moins ça permet de certifier les choses, comme si on avait une consultation rhumato pour une polyarthrite, ou quelque chose comme ça. Mais au moins on a un cadre et on a une vision, une vision des choses. Le patient et sa famille, a aussi cette vision des choses. Ils n'ont pas l'impression d'être tout seul, voilà.

Intervieweur : Oui... ça leur donne un accompagnement aussi [euh], par la suite.

Médecin 3 : C'est un accompagnement moral hein, c'est très moral les troubles cognitifs.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 3 : Ce qu'on retrouve dans le Parkinson aussi... Parce que si on est dans les états démentiels, on retrouve la même chose dans le Parkinson. C'est le même processus ; [euh] sauf que le Parkinson lui il sera plus [euh] suivi par les neuros [euh] voilà., mais on peut avoir cette action conjointe. Mais c'est la même façon de mettre un cadre.

Intervieweur : D'accord, OK. Et donc quand vous recevez le courrier, vous avez des propositions par exemple de mise en place d'aides vous m'avez dit, et quand c'est comme ça après, c'est vous qui les mettez en place, c'est eux ? Ça fonctionne comment ?

Médecin 3 : Non, soit on a déjà engagé certaines choses et c'est bien [euh] ; soit la famille ou l'aidant est un peu dans l'expectative, il n'a pas encore osé, et ça permet de ... Et à ce moment-là ils font les démarches ; quand c'est un petit peu sérieux l'assistante sociale peut aussi aider dans ce cadre-là, dans les mesures de protection, dans les choses comme ça ; ça ça nous aide.

Intervieweur : D'accord, OK, donc surtout l'assistante sociale qui intervient ; il y a d'autres professionnels qui interviennent après ?

Médecin 3 : Euh dans les situations que j'ai pu voir [euh]... Bon des fois il peut y avoir de l'orthophonie, des fois il peut y avoir de la kiné dans les préventions de chute éventuellement, la mise en place des alarmes, l'alimentation, [euh] la diététicienne éventuellement. [euh] Voilà, c'est des choses que l'on voit dans le temps. Ça c'est un petit panel rapide de patients qui ont été confrontés à cela dans une situation, c'est des choses qui se font, et la consultation de gériatrie prend le relai par rapport à nous, et ça va beaucoup plus vite. On a plus de mal nous [euh], soit à faire accepter, soit à avoir une diététicienne sous la main éventuellement s'il y a des carences [euh] voilà.

Intervieweur : Oui donc c'est un réseau après qui se met en place ; ça vous donne accès plus facilement à...

Médecin 3 : Ouais, c'est sûr... Il y a des choses que l'on peut faire. Dès fois on ne pense pas toujours à tout ... Donc ça

permet [euh] de passer en revue toutes les possibilités ; il y a des choses que l'on oublie ; après c'est l'expérience qui joue je crois.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 3 : On se réfère à une situation précédente et on se dit « bah tiens il y a ça, il y a ça, et ça' ».

Intervieweur : D'accord, OK. Donc ça permet vraiment une prise en charge plus globale, et comme vous dites s'il y a des oublis, de vraiment...

Médecin 3 : Bah pluridisciplinaire hein ! Pluridisciplinaire !

Intervieweur : D'accord, OK. Je reviens rapidement sur le courrier que vous recevez. Ce courrier qu'est-ce que vous en pensez-vous, d'une manière générale ? Vous avez dû en recevoir plusieurs ; d'une manière générale sur la forme, sur le fond, vous en pensez quoi ?

Médecin 3 : Bah sur la forme [euh], il y a des trucs sur des tests où je ne comprends rien ! [rires]

Intervieweur : [rires]

Médecin 3 : Je l'ai sous les yeux là... [il regarde son écran d'ordinateur] ... [euh] C'est sûr que nous on n'est pas formé sur [euh], sur les différents tests. Je veux dire moi je fais un MMS en consultation, mais en dehors de ça... [euh] Je pose une problématique, certifie qu'il y a un problème quelque part [euh], et après je passe la main.

Intervieweur : Hum d'accord OK, donc ça vous permet quand même d'avoir ces tests qui sont faits, que vous ne feriez pas forcément en consultation ?

Médecin 3 : Ah bah non il y a des choses que je ne fais pas du tout d'ailleurs, on est d'accord.

Intervieweur : D'accord, OK OK. Donc si on devait un petit peu résumer, vous aujourd'hui en tant que médecin généraliste, quels sont vos besoins dans le cadre de la médecine générale ? Vous m'avez parlé de poser un cadre et un diagnostic, vous voyez autre chose ?

Médecin 3 : De quoi ? Tu peux reprendre la question ?

Intervieweur : Je dis, si on résume un petit peu, quand vous envoyez un patient en consultation mémoire, aujourd'hui vos besoins vous les décririez comment ? Vous avez besoin vous m'avez dit qu'ils posent un cadre... Que ça permette de poser un cadre pour le patient, vous voyez autre chose ?

Médecin 3 : Non c'est surtout de poser un cadre, et puis de se faire aider dans l'appui de propositions que l'on fait par rapport au patient ou de compléter ce qu'on aurait éventuellement oublié, ou qu'on n'a pas vu, ou qu'on n'a pas repéré. [euh] Voilà, c'est ...

Intervieweur : D'accord.

Médecin 3 : Deux regards valent mieux qu'un... Après, nous on a le regard plus

de ce qui se passe à la maison au domicile, on sait comment ils habitent, on sait comment ils sont. Chose qu'en consultation mémoire on n'a pas forcément.

Intervieweur : Hum hum.

Médecin 3 : Après c'est marqué : maison, rez de chaussée, un étage, machin et ainsi de suite... Nous allant à domicile, on voit un peu en pratique, leur façon de vivre aussi. Donc les deux sont complémentaires.

Intervieweur : D'accord, OK. Vous pensez que, comme vous vous connaissez le patient, vous ça vous apporte aussi un autre regard ?

Médecin 3 : Bah oui, d'où l'intérêt aussi de faire des visites à domicile, et de pas ne faire que des consultations, parce que l'on se rend compte aussi du cadre de vie du patient. C'est là que l'on repère des choses, que l'on ne voit pas forcément en consultation. Donc la consultation mémoire permet de [euh] voilà, d'avoir des repères, [euh] voilà... Ou de prendre en charge [euh] tout ce qu'on peut faire à coté, et puis nous de l'adapter en fonction de ce qu'on voit à la maison. Parce qu'on sait comment ils vivent à domicile.

Intervieweur : Ouais.

Médecin 3 : D'où l'intérêt de la visite à domicile du coup.

Intervieweur : Oui d'accord.

Médecin 3 : Je n'ai pas dit tout le temps ; mais quand même des fois de réévaluer.

Intervieweur : Oui je me doute. D'accord OK. Et du coup, [euh] tout au début vous m'avez parlé un petit peu du réseau gériatrique dans votre secteur, vous le décririez comment du coup l'accès à la consultation mémoire ?

Médecin 3 : Assez facile.

Intervieweur : Facile ?

Médecin 3 : Ouais [euh], disons qu'au niveau des gériatres, ils sont accès accessibles ; bon quand on a un souci, ça se passe bien.

Intervieweur : OK d'accord. Votre relation avec les gériatres, vous la décrieriez comment ?

Médecin 3 : [euh] Ça dépend lesquels de gériatres ! [rires]

Intervieweur : [rires]

Médecin 3 : Mais en l'occurrence, dans le réseau gériatrique, très bien ! [rires]

Intervieweur : D'accord, OK.

Médecin 3 : Il est très bien ; ce qui n'est pas toujours le cas avec d'autres gériatres qu'on a connu à l'hôpital [rires].

Intervieweur : D'accord, très bien. D'accord OK [rires]. Vous n'avez pas de difficultés à adresser le patient en consultation ?

Médecin 3 : C'est comme dans n'importe quelle spécialité, quand on a confiance en un confrère, on sait comment il travaille, [euh] et puis je pense aussi inversement aussi, je pense que c'est beaucoup plus facile au

niveau relationnel par rapport au patient. Quand on a un souci on téléphone ; on dit « bah voilà j'ai ce problème-là » ; bon c'est quand même mieux quand il y a une concertation. C'est la concertation avant tout.

Intervieweur : Hum, d'accord OK. Et donc vous les avez au téléphone quand il y a un souci ?

Médecin 3 : Quand il y a un souci oui. Bah de toute façon c'est ce qu'on a fait avec la période COVID hors gériatrie, je veux dire ça c'était bien. [euh] Le problème ce sont les gériatres qui nous disent « je m'occupe de tout », et après on est court-circuité, et après on nous informe. Parce que ça c'est déjà arrivé aussi. Donc là je passe là-dessus parce qu'ils ne sont plus chez nous, donc ça va mieux [rires].

Intervieweur : [rires] D'accord.

Médecin 3 : Parce qu'on avait deux réseaux de gériatrie, voilà [rires].

Intervieweur : D'accord, OK. Donc l'accès est assez facile ; les délais ne sont pas forcément longs ?

Médecin 3 : L'accès est assez facile, et dans notre coin, c'est l'une des spécialités la plus accessible.

Intervieweur : Ah bah c'est bien !

Médecin 3 : Et de compétence donc c'est vraiment très bien.

Intervieweur : OK, d'accord. Dernière question, si jamais vous vouliez apporter des modifications pour faciliter

la communication avec eux, vous auriez des idées ?

Médecin 3 : Bah le téléphone c'est assez facile, [euh] je veux dire [euh], le chef de gériatrie nous a fait l'honneur de nous donner son numéro de portable en cas de soucis, donc c'est quand même, [euh] c'est appréciable.

Intervieweur : OK.

Médecin 3 : Donc si on l'utilise à bon escient, [euh] il n'y a pas de problème. Et on trouve toujours ; même si on téléphone dans le service, [euh] je veux dire dans les vingt-quatre heures, ils nous proposent des solutions. Donc [euh]...

Intervieweur : Ça s'est plutôt bien...

Médecin 3 : Un réseau de coordination, puis de se connaître, c'est bien !

Intervieweur : D'accord. Et donc vous parlez de réseau de coordination, c'est à l'hôpital alors ?

Médecin 3 : Oui je parle de l'hôpital oui, je parle de coordination entre confrères quoi, je veux dire. [euh]... Voilà, entre la médecine de ville et le réseau gériatrique, je pense que c'est important d'avoir cette [euh] ; cette [euh] oui c'est ça c'est cette coordination. Ce n'est pas coordination, je ne sais pas comment dire, c'est le mélange de nos compétences quoi.

Intervieweur : D'accord, OK. Et ils ne font pas d'évaluation à domicile dans votre secteur ?

Médecin 3 : [euh] Si, ils passent à domicile ; ils peuvent le faire oui.

Intervieweur : D'accord, et ça vous l'utilisez ?

Médecin 3 : [euh] C'est sur leur proposition mais moi je l'utilise peu.

Intervieweur : D'accord, pourquoi ?

Médecin 3 : Pourquoi ? Parce que dans l'ensemble je n'en ressens pas le besoin. C'est eux qui le proposent, en fonction de situations peut être un peu plus difficiles.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 3 : Donc c'est eux qui le proposent.

Intervieweur : OK, d'accord. Bon bah écoutez c'est parfait, je n'ai plus d'autres questions.

Médecin 3 : Bon bah c'est bien [rires].

Intervieweur : Je vous remercie beaucoup en tout cas.

Médecin 3 : OK.

Entretien Médecin 4, le 19/05/2022

Entretien réalisé en visio-conférence

Durée de l'entretien : 27 minutes et 45 secondes

Intervieweur : Je me représente quand même, Stacy Parent, je suis médecin remplaçant dans la région Hauts de France. Le travail aborde le sujet de la consultation mémoire. Je vous remercie encore d'avoir accepté de me rencontrer. L'entretien est enregistré, l'anonymat des participants est bien sûr respecté. Vous pourrez faire retirer l'analyse de l'entretien à tout moment avant qu'il ne soit anonymisé et [euh], à l'issue de la recherche, tous les enregistrements seront détruits. Vous pourrez bien entendu être informé des résultats de l'étude si vous le souhaitez. Est-ce que vous avez des questions avant de débiter ?

Médecin 4 : Non non.

Intervieweur : Alors du coup je vais d'abord vous poser des questions d'ordre général ; quel âge avez-vous ?

Médecin 4 : Trente-quatre.

Intervieweur : D'accord. Dans quelle zone exercez-vous ? Plutôt rurale ? Plutôt urbaine ?

Médecin 4 : Rurale.

Intervieweur : Rurale, d'accord quel est le nombre d'habitants dans votre commune d'exercice ?

Médecin 4 : [euh] Alors là tu me poses une colle, je dirais deux milles, deux milles et quelques...

Intervieweur : OK, d'accord. Depuis combien de temps exercez-vous la médecine générale ?

Médecin 4 : [euh]

Intervieweur : Cinq ans en installation, et sept ans d'exercice.

Médecin 3 : D'accord

Intervieweur : D'accord, exercez-vous seule ou en cabinet de groupe ?

Médecin 3 : En cabine de groupe, enfin en maison de santé ouais.

Intervieweur : D'accord, il y a combien de médecins ?

Médecin 4 : Alors je suis seule installée et j'ai deux assistants.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 4 : Transitoirement.

Intervieweur : Et après c'est des paramédicaux ?

Médecin 4 : Et après c'est paramédicaux ouais, ouais.

Intervieweur : D'accord, est-ce que vous êtes maître de stage ?

Médecin 4 : Oui.

Intervieweur : Oui, d'accord et est-ce que vous êtes titulaire d'un du ayant un lien avec la médecine gériatrique ?

Médecin 4 : Non, non, non pas pour le moment

Intervieweur : OK, c'est dans vos projets ? [rires]

Médecin 4 : [rires] Un jour peut être oui, mais pas pour le moment.

Intervieweur : D'accord, alors du coup je vais rentrer dans le vif du sujet ; est-ce que vous pouvez me raconter la dernière consultation où vous avez décidé d'avoir recours à la consultation mémoire pour un de vos patients atteints de troubles cognitifs ?

Médecin 4 : Oula... [euh] alors je me souviens plus de l'âge exact de la dame. C'est concernant une dame qui doit avoir 84 ou 85 ans ; [euh] qui est pour l'instant seule à domicile et qui [euh], enfin pour qui j'ai été alertée par la fille pour une altération de l'état général ; un amaigrissement en tout cas rapide sur quelques mois. C'est une dame qui a des antécédents cardiaques, enfin qui a une cardiopathie ischémique connue et [euh] enfin surtout des antécédents cardiovasculaires. Et effectivement je ne l'avais pas vu depuis.... [euh] Enfin on arrivait à terme du renouvellement, donc ça faisait 3 mois que je ne l'avais pas vu et quand elle est arrivée au cabinet, je [euh], je l'ai reconnu parce que voilà ; mais [euh] sur le plan cognitif effectivement je n'ai pas... Enfin, je la reconnaissais plus.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 4 : Elle cherchait ses mots... Elle cherchait dans son... Elle a cherché

pendant je ne sais pas combien de temps sa dernière ordonnance et cetera. Et c'est dans ce cadre-là effectivement que je suis venue à [euh] ouais, un bilan mémoire. Enfin on ne fait pas vraiment le bilan mémoire au cabinet mais en tout cas au moins un MMS ouais.

Intervieweur : D'accord donc vous avez fait d'abord le MMS ?

Médecin 4 : Oui.

Intervieweur : D'accord. Et après c'est des suites du MMS où vous avez décidé de l'envoyer ...

Médecin 4 : Exact, en consultation mémoire ouais...

Intervieweur : D'accord OK, et est-ce que vous avez eu des doutes ou des hésitations avant de l'envoyer ?

Médecin 4 : Ben j'ai... Pas des doutes, mais en fait j'ai juste fait dans le cadre du bilan d'AEG, j'ai quand même fait un bilan organique [euh]... Enfin avant ; de manière parallèle, j'ai demandé la consultation mémoire mais je lui ai quand même demandé un SCAN TAP, [euh], une IRM cérébrale et puis un bilan biologique orienté. Et [euh] ce bilan organique s'est révélé totalement normal, on n'a rien trouvé de particulier, mais pour le coup elle est allée au bilan mémoire [euh] dans la foulée... Elle l'a eu [euh], elle l'a eu dans le mois on va dire.

Intervieweur : D'accord. OK, et du coup quelles étaient vos attentes quand vous

l'avez envoyé en consultation mémoire ?

Médecin 4 : Bah d'avoir une étiologie cert'... [euh] Certaines pour le coup ; à peu près certaine ; même si vu le terrain je m'attendais à ce que ce soit d'origine vasculaire mais être certaine qu'il n'y a pas autre chose, surtout. Parce que c'était quand même rapidement [euh], rapidement évolutif, donc être sûr qu'il n'y a pas du neuro-dégénératif derrière quand même, ou autre que du vasculaire, surtout.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 4 : Pour avoir un diagnostic [euh] voilà, un peu plus orienté et les diagnostics différentiels éventuels.

Intervieweur : D'accord, donc surtout pour avoir un diagnostic ; vous n'aviez pas d'autres attentes ?

Médecin 4 : {euh} Après l'avantage du bilan mémoire c'est que... Alors quand c'est des consultations mémoires simples ça [euh] ; enfin voilà c'est des consultations longues mais [euh] l'idéal c'est d'avoir une HDJ complète et où on fait vraiment le bilan un petit peu global d'un point de vue gériatrique. Et où ça chez nos patients âgés c'est quand même ... confortable.

Intervieweur : D'accord, et donc en pratique vous envoyez à la consultation mémoire et l'HDJ elle est faite après ? Comment ça fonctionne ?

Médecin 4 : Si, ouais... Enfin là où moi la plupart du temps, oui. Ils sont d'abord vus en consultation. Alors je n'ai aucune

idée combien de temps elle dure à peu près, mais je pense que c'est des consultations de plus d'une heure... Et après en fonction de ... Enfin en fonction finalement du diagnostic et de la conclusion de la consultation ; c'est le médecin gériatre qui décide à savoir s'il faut pousser plus loin les investigations cliniques certes, mais paracliniques surtout oui.

Intervieweur : D'accord, OK. OK, et du coup en pratique comment ça se passe une fois que le patient a bénéficié de sa consultation ?

Médecin 4 : {euh} Après la consultation à l'hôpital ?

Intervieweur : Oui.

Médecin 4 : [euh] Alors la plupart du temps ils reviennent nous voir. On réceptionne les courriers relativement rapidement, dans la semaine on... Dans la semaine on les a.[euh] Après si... [euh] Après bah voilà, si le médecin gériatre nous demande d'organiser quelque examen que ce soit, on revoit le patient pour faire les choses comme il faut et [euh] voilà.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 3 : Et après c'est nous qui assurons le suivi derrière. Souvent les... En dehors de, [euh] enfin voilà, en dehors de cas grave j'ai envie de dire pour lesquels il faut mettre en place des choses rapidement etc... Souvent ils les revoient de manière {euh} biannuelle à peu près, tous les 6mois.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 4 : Et du coup, bah c'est nous qui les voyons entre temps, après ils sont... Ils sont quand même relativement dispos hein les gériatres qui travaillent près de chez moi et [euh]. S'il y a quelque événement intercurrent entre les deux, dans les six mois qui se passent, il y a toujours moyen de prendre le téléphone et [euh] enfin voilà. Et de réorganiser une consultation, ou une hospitalisation le cas échéant si vraiment ça le nécessite.

Intervieweur : D'accord, OK, OK. Donc, je reviens un petit peu sur ce que vous avez dit, donc vous recevez ça sous forme de courrier ? C'est un courrier [euh] papier ?

Médecin 4 : C'est un courrier... Oui, pour l'instant on travaille encore par voie courrier, on reçoit un courrier complet de la consultation ; alors avec tous les tests [euh], tous les résultats chiffrés on va dire, des tests qu'ils ont pu passer. Une conclusion, effectivement, sur l'hypothèse diagnostic ou sur le diagnostic certain quand il est certain, pour le coup. Et puis le suivi ultérieur et [euh] les examens éventuels à demander ; à demander entre les deux ouais.

Intervieweur : D'accord, OK. Et ce courrier vous le lisez en amont, ou vous le lisez avec le patient ?

Médecin 4 : [euh] En amont, en amont de la consultation.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 4 : Ouais ce n'est pas toujours évident selon le... Selon le diagnostic

posé dans le courrier ce n'est pas toujours évident de le lire avec eux et de le découvrir en même temps...

Intervieweur : Hum hum. D'accord.

Médecin 4 : Après des vraies consultations d'annonce, on en fait pas. Quand le gériatre a une hypothèse diagnostique ; [euh] Alzheimer la plupart du temps, l'annonce elle est faite, [euh] elle est faite là-bas mais ...

Intervieweur : D'accord.

Médecin 4 : Mais bon c'est toujours moins délicat je trouve de lire les courriers en amont et de pouvoir accueillir le patient [euh] ; voilà en sachant un petit peu ce qu'il s'est passé et ce qui a pu être redit avec le gériatre.

Intervieweur : D'accord. Et du coup comment ça se passe en pratique quand vous revoyez le patient avec le courrier ? Vous le relisez avec lui ?

Médecin 4 : Bah, souvent je leur demande [euh] ce qu'ils ont entendu oralement. Parce que parfois ce qu'ils entendent et ce qu'ils comprennent, ce n'est pas exactement la même chose. Et puis on refait le point ; on refait le point ensemble, oui. Enfin on, on donne des explications s'il y a des choses qu'ils n'ont pas comprises [euh] voilà quant au... Ouais. On le relit... En fait ; après moi je le lis en amont et quand je les revois en consultation, alors je leur demande comment ça s'est passé, ce qu'ils ont compris, ce qu'ils ont entendu et souvent je le relis de manière [euh], de manière succincte hein mais [euh] devant eux à haute voix [euh] pour qu'ils

sachent ... Alors certains parfois demandent le compte rendu, certains pas. Il y en a quand même beaucoup plus qui ne le demande pas que certains qui le demandent. Mais [euh], mais [euh] voilà. On relit le courrier [euh] voilà de manière succincte ensemble et [euh] voilà s'il y a des questions éventuelles ils les posent et [euh]... ça se passe relativement bien.

Intervieweur : D'accord, OK, et vous personnellement vous en pensez quoi de ce courrier ?

Médecin 4 : Je suis, alors... Je suis ravie, nous les gériatres avec qui on travaille ils sont [euh], enfin pour le coup ils sont vraiment complets. Moi il n'y a rien à dire, tout est... A chaque fois tout est bien ; tout est bien détaillé, tout est bien expliqué, tout est bien... Après je ne suis pas gériatre et je n'ai pas de DU, donc [euh] s'il y avait des conclusions sur les tests qu'ils ont, je ne me permettrais pas de [euh], de faire des [euh], fin voilà des critiques [euh] quel qu'elles soient dessus. Mais en tout cas la conclusion elles est brève, elle est claire, le suivi il est acté, et... Donc on n'a plus qu'à suivre.

Intervieweur : D'accord, donc sur la forme, déjà vous dites que c'est pas mal fait, euh] que c'est bien fait et qu'il y a une conclusion...

Médecin 4 : Oui.

Intervieweur : Sur la forme vous n'avez pas de [euh] remarques à faire ?

Médecin 4 : Aucun soucis, c'est un courrier global [euh] d'hospitalisation...

Comme un courrier d'hospitalisation [euh], ils reprennent les antécédents, ils reprennent le mode de vie, ils reprennent les aides éventuelles à domicile, [euh] enfin voilà on a... Tout est vraiment... Sur le plan gériatrique tout est vraiment repris comme il faut, voilà.

Intervieweur : D'accord, OK. Donc sur la forme ça va... Et donc sur le fond, vous m'avez parlé donc qu'il y a des tests qui sont faits, vous pouvez m'en dire un peu plus là-dessus ?

Médecin 4 : Bah souvent il y a un... La plupart du temps, alors moi ça ne m'arrive pas très très fréquemment de faire des MMS mais [euh] il y a des MMS, alors [euh] j'avoue qu'en long en large et en travers je ne les relis mais pas tous hein. Mais [euh], il y a [euh]... Comment il s'appelle ? [euh] Le test de l'horloge, de Dubois je crois, [euh] les tests de répétition, enfin il y a pas mal de ... Alors je sais qu'il y a des tests qui sont fait en consult' et des tests qui sont fait en HDJ, j'avoue que je ne saurais pas vous dire lesquels sont fait [euh]... En tout cas je sais qu'en HDJ, ils ont quand même beaucoup plus le temps de faire des tests [euh] plus complets.

Intervieweur : Hum hum.

Médecin 4 : Mais [euh]...

Intervieweur : D'accord.

Médecin 4 : Je peux essayer d'en retrouver un, notamment la patiente à qui j'ai pensé, pour vous dire quels tests ils font, mais là de mémoire je ne

saurais pas vous dire... Je vais regarder [la médecin tape sur son ordinateur].

Intervieweur : D'accord. Donc ça c'est en consultation, il y a les tests ; et il y a d'autres choses qui sont faites en consultation ? Vous m'avez dit peut-être des examens paramédicaux qui sont programmés du coup ?

Médecin 4 : Là c'est plus en HDJ ouais... Ouais, en HDJ.

Intervieweur : En HDJ.

Médecin 4 : En HDJ, alors j'avoue que souvent, l'IRM cérébrale je la fais [euh], je la fais à chaque fois que je les envoie en consultation mémoire, donc d'un point de vue neuro au niveau imagerie, ils ont ce qu'il faut. [euh] Après c'est plus du point de vue du, [euh] comment dirais-je ? Biologique éventuel, ou [euh], ou [euh] après c'est [euh] comment dirais-je ? L'interrogatoire aussi parce que souvent ils sont un peu... Nous ils ne le sont pas forcément mais [euh], en consultation mémoire je sais qu'il y a souvent les enfants qui y vont notamment. Donc [euh] l'interrogatoire de comment ça se passe à domicile, quand nous on ne les voit pas à domicile, et les aides ; les aides éventuelles ça nous on en parle. C'est vraiment [euh] voilà, une réévaluation complète de [euh], enfin du quotidien aussi, du domicile du patient, qui nous aide aussi parce que nous on ne le fait pas forcément. On ne prend pas forcément le temps de le faire, on ne le fait pas forcément ; et quand on y va au domicile, on ne rend pas forcément

compte de [euh], des problèmes qu'il peut y avoir, ouais.

Intervieweur : Ouais. Donc ça c'est bien pris en compte, le domicile ? Et vous me parlez aussi des enfants ?

Médecin 4 : Oui. Oui parce qu'en consultation mémoire, alors je pense que c'est la secrétaire qui le demande, mais que les patients soient ; surtout dans le cadre de troubles cognitifs ; qu'ils soient systématiquement accompagnés d'une tiers personne. Alors que ce soit les enfants ou un voisin, ou quelqu'un qui les aide [euh], qui les aide au quotidien ; mais en tout cas qui connaît bien le patient, et qui sait comment ça se passe [euh], qui sait comment ça se passe ouais...

Intervieweur : D'accord. Et du coup dans le courrier ils vous en parlent de ça, des aidants, d'eux comment ils vivent la situation aussi ?

Médecin 4 : Oui, oui. J'ai eu [euh] bah ça ne concerne pas cette dame là, ça concerne une autre dame qui est décédée maintenant malheureusement. Mais chez qui j'avais alerté les... En fait j'ai alerté les enfants pendant un an et demi [euh] sur le fait que ça commençait à devenir compliqué à domicile. Et à trois reprises le gériatre l'avait fait aussi, donc avait recontacté les enfants etc... Donc [euh] voilà, effectivement ça sur le plan [euh], sur le plan relationnel et sur le plan étayage au domicile, [euh] ouais ...

Intervieweur : D'accord, OK.

Médecin 3 : Alors je suis en train de reprendre [euh] ... [la médecin regarde de nouveau sur son ordinateur]. Ah l'évaluation nutritionnelle ? Aussi ! Ça je n'en ai pas parlé !

Intervieweur : Ouais [rires].

Médecin 3 : [rires] Ils l'ont fait ! Exacte.

Intervieweur : OK.

Médecin 4 : [euh] Ouais, nutritionnelle, diététique... Alors il y a plein de tests là ; mais ça c'était son HDJ à la dame.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 4 : Le Tinetti, la marche aussi, c'est vrai qu'ils évaluent la marche, le time up and go, la vitesse de marche, l'appui unipodal, les anticipations posturales. Et sur le plan neuropsych, alors je ne sais pas si à l'HDJ ils avaient refait... Ouais, il avait refait un MMS forcément, les tests de mémoire épisodique, de fonction exécutive, de langage, de gestualité au niveau des praxies... Ouais donc [euh] c'est quand même relativement complet.

Intervieweur : D'accord. Et donc à la fin, il y a une conclusion diagnostique ; ça vous m'avez dit que ça faisait partie de vos attentes, et après est-ce qu'il y a des propositions [euh] de prise en charge ?

Médecin 4 : Bah des propositions alors... [euh] Je me souviens d'une... Parce que parfois il y a quand même pas mal de syndromes anxiodépressifs qui se rajoutent, enfin qui s'ajoutent en tout cas et qui [euh], et qui exacerbent les troubles cognitifs. Quand les

patients ne sont pas encore traités oui, il peut y avoir des propositions thérapeutiques d'antidépresseurs éventuels, de chose comme ça. [euh] Sur le plan paraclinique [euh], je n'ai pas forcément de souvenirs [euh], enfin je n'ai pas forcément de souvenir de conseils. Après oui sur l'aménagement du domicile éventuel, sur des aides, enfin voilà, sur la mise en place d'aides à domicile, sur [euh] les demandes d'APA quand il faut les demander, oui. Ça peut être des conseils ; alors principalement thérapeutiques ; enfin principalement thérapeutiques au niveau médicamenteux. Et puis [euh], et puis l'organisation du domicile pour que ça se passe au mieux, oui.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 4 : Ouais. Quand il y en a, oui.

Intervieweur : Et donc vous cette consultation, elle modifie votre prise en charge après du patient ?

Médecin 4 : Ah oui, clairement ! C'est une aide... Ouais. Ce n'est pas qu'on y... Enfin ce n'est pas qu'on y... Si des fois on n'y pense pas, c'est vrai. Hum oui ça c'est sûr ! [rires]

Intervieweur : [rires]

Médecin 4 : Mais oui c'est une aide, c'est une aide [euh] ; c'est vraiment essayé de voir ; par faute de de temps on ne le fait pas ; mais de voir vraiment le patient dans la globalité, et pour organiser le maintien... Pour maintenir le domicile, le maintien au domicile en tout cas le plus longtemps possible, oui.

C'est une [euh], c'est vraiment une aide conséquente, oui.

Intervieweur : Donc c'est surtout pour le maintien à domicile ; est-ce que des fois il y a des propositions [euh] d'institutionnalisation ?

Médecin 4 : Bah... De mémoire ça ne m'est pas arrivée récemment, en tout cas pas après une consultation mémoire ; enfin pas forcément dans les suites d'une consultation mémoire ? Ou il faut vraiment qu'on attende [euh], je pense qu'on attende le bout du bout avant de les envoyer là-bas mais [euh]... D'institutionnalisation, je n'ai pas souvenir ; que j'ai eu un gériatre qui m'ait... [euh]

Intervieweur : D'accord.

Médecin 3 : Dans la mesure où on essaye de maintenir le plus longtemps possible ; après quand on y arrive plus bah c'est tout, j'avoue qu'on n'attend pas forcément l'avis du gériatre avant de [euh], avant de prévenir la famille et avant de lancer les démarches, mais...

Intervieweur : Hum hum, OK. D'accord. Et donc après, vous m'avez dit, qu'il y a un suivi qui est organisé, tous les six mois ou tous les ans.

Médecin 4 : Oui.

Intervieweur : Et ce suivi, il apporte aussi des modifications dans votre prise en charge du patient ?

Médecin 4 : [euh] Bah après [euh] ; ça dépend de l'étiologie des... Enfin voilà, pour lesquelles on les réenvoie, mais généralement c'est très rare quand

même que l'évolution soit positive, enfin en tout cas que ça s'améliore. [euh] Donc ouais, bah ça nous aide ; c'est pour le même principe qu'à l'initiation ; [euh] ça nous aide [euh]... Enfin voilà, pour ne pas oublier de mettre quelque chose en place, ou [euh] sur le plan thérapeutique j'avoue [euh] que ce soit dégénératif ou vasculaire, il n'y a souvent pas grand-chose malheureusement à proposer, mais [euh]. Mais sur le plan [euh], ouais sur le plan des aides, qu'elles soient humaines ou [euh], comment dirais-je, matérielles au domicile...

Intervieweur : Hum hum.

Médecin 4 : [euh] Sur le plan social, parce que j'avoue qu'en libéral, enfin en ambulatoire en tout cas, avec l'assistante sociale, ce n'est pas facile, et que quand on peut bénéficier de ce, de cet appui-là, par l'intermédiaire des consultations et du suivi gériatrique là-bas [euh], c'est confortable. Donc [euh] oui, dans tout ça ça nous aide oui. Sur le plan [euh] ouais, sur le plan suivi, sur le plan domicile et sur le plan social, oui.

Intervieweur : D'accord, OK, OK. Et du coup aujourd'hui, si vous deviez résumer, vous la décririez comment la place de la consultation mémoire dans la prise en charge des patients ?

Médecin 4 : Waouh c'est dur comme question ! [rires]

Intervieweur : [rires]

Médecin 4 : [euh] [silence] Trouver un adjectif.... J'ai primordiale qui me vient en tête mais après ce n'est pas assez...

Enfin en tout cas chez les patients qui ont des troubles cognitifs et pour qui elle est indiquée elle est primordiale. Après ce n'est pas... En tout moi chez quel... Enfin chez un patient qui, enfin voilà qui a la possibilité de rester à domicile, mais où les troubles cognitifs commencent à devenir [euh] une barrière [euh], je ne me vois pas faire sans.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 4 : Même avec une [euh] Pardon, je dois m'absenter. J'arrive tout de suite.

[La médecin doit interrompre l'interview pour cause d'un appel téléphonique]

[Elle revient au bout de deux minutes]

Médecin 4 : C'est bon.

Intervieweur : Du coup je ne sais plus ce que l'on se disait... [euh] Mince...

Médecin 4 : J'avais dit primordiale.

Intervieweur : Oui voilà c'est ça.

Médecin 4 : J'avais dit primordiale dans l'adjectif que je ne trouvais pas...

Intervieweur : [rires] OK, donc vous vous l'utilisez, de ce que j'ai cru comprendre, [euh] assez souvent ?

Médecin 4 : Oui ; bah en tout cas chez tous les patients pour qui [euh]... Enfin voilà, encore une fois, qui ont des troubles cognitifs qui commencent à compliquer le maintien au domicile, oui.

Intervieweur : Oui, donc même systématiquement ?

Médecin 4 : Ouais.

Intervieweur : OK, d'accord OK. Et donc [euh] si vous deviez résumer, quels sont vos besoins en tant que médecin généraliste quand vous adressez un patient là-bas ?

Médecin 4 : [euh] Diagnostique, en premier, enfin étiologique en tout cas. Poser un diagnostic clair, enfin clair... Je sais que ce n'est pas toujours évident ; mais une aide diagnostique en tout cas. Et, [euh] alors j'ai envie de dire une aide thérapeutique, mais [euh] plus sur [euh], plus sur ce qui est encore une fois sociale et [euh] organisation du domicile. Après j'avoue que traiter un syndrome anxiodépressif [euh], j'y arrive encore mais [euh]. Mais voilà, une aide [euh], enfin voilà une aide diagnostique et poser un diagnostic, mais surtout une aide thérapeutique [euh], voilà ; pas forcément médicamenteuse mais en tout cas d'organisation du domicile et [euh], et d'adaptation, ouais.

Intervieweur : D'accord, OK. Et là vous me parlez un peu d'organisation du domicile, est-ce qu'eux ils y vont au domicile ? Ça peut arriver ou pas du tout ?

Médecin 4 : [euh] Alors les équipes de la consultation mémoire, je ne pense pas. Après il y a une équipe mobile mais qui intervient que dans le soin palliatif. [euh] Les consultations, enfin l'équipe mémoire ne fait pas d'équipe mobile, du tout. Mais [euh], après c'est vraiment plus de... A moins que l'assistance sociale puisse ; je dis peut-être des

bêtises ; l'assistante sociale se déplace peut-être, dans le cadre des demandes d'APA en urgences.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 4 : Je dis peut-être des bêtises, mais je pense que d'un point de vue médical ou paramédical, enfin IDE ou médecin, pour moi il n'y a pas de... Enfin ils ne se déplacent pas au domicile, enfin mais peut être que l'assistante sociale si, dans les demandes d'APA en urgences ou pas en urgences d'ailleurs, mais [euh]. Pour vraiment avoir une évaluation complète et [euh] ; si ça si ; ils n'ont pas d'équipe mobile à proprement parler mais en tout cas il me semble que sur le plan social il y a quand même [euh] l'assistante sociale qui organise ; en tout cas quand c'est nécessaire ; un déplacement au domicile ouais.

Intervieweur : D'accord. Et donc, je reviens sur ce que vous m'avez dit. Vous m'avez dit que vous aviez des gériatres assez disponibles [euh] par chez vous. Vous décrieriez comment vous l'accès à la consultation mémoire dans votre territoire ?

Médecin 4 : En termes de [euh]... Enfin j'ai aucune idée des durées de [euh], des durées d'attente pour une consultation mémoire ailleurs dans le département, mais [euh]. Je pense que nous elle est quand même relativement aisée. Alors après à la consultation, hors urgence, [euh] je pense que si on a un délai d'un mois et demi, enfin six huit semaines, c'est largement entendable ; après si on a une

demande plus urgente, dans le sens ou enfin voilà ; ça devient urgent et dangereux pour le patient, il suffit juste de prendre notre téléphone et le gériatre il... Il [euh] ; enfin voilà il fait les choses plus rapidement. Mais [euh] en passant dans le sens où, quand c'est le patient ou la famille du patient qui appelle [euh], on a des délais de six à huit semaines que je trouve largement raisonnables, hors degré d'urgence. Et encore une fois si nécessité, si besoin de consultation dans les 15 jours, il faut [euh]... C'est à nous de prendre notre téléphone mais la réponse elle est... Elle est là.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 4 : Non nous on n'a pas de soucis.

Intervieweur : OK, du coup vous la décrieriez comment votre relation avec les gériatres ?

Médecin 4 : [euh] [rises] Fluide, fluide.

Intervieweur : [rises]

Médecin 3 : Amicale, enfin non franchement on a de bonnes relations avec les gériatres du centre hospitalier qui est poche de chez nous, aucun souci.

Intervieweur : D'accord, et si vous pouviez apporter des modifications pour faciliter la communication ?

Médecin 3 : Bah pas grand-chose... Qu'ils soient plus nombreux ! [rises]

Intervieweur : [rises]

Médecin 4 : Qu'on soit tous plus nombreux mais ça c'est un autre problème ! [rires]

Intervieweur : [rires] C'est vrai.

Médecin 4 : Mais oui qu'on ait, enfin voilà parce que, faute de place, faute de personnel, faute de [euh] voilà ils font ce qu'ils peuvent mais parfois [euh], parfois ça n'aboutit pas forcément à ce que l'on aimerait mais [euh]... Quoi faire pour améliorer les choses ? A part avoir plus d'effectif, [euh] rien ! Parce que les relations elles sont vraiment pour le coup, encore une fois [euh] bonnes. Bonnes, positives, et très fluides. On a chacun les numéros de téléphone personnels de chacun des praticiens donc là, il n'y a vraiment aucun souci.

Intervieweur : Donc vous pouvez les appeler directement en cas de problèmes ?

Médecin 4 : Oui, oui.

Intervieweur : Ça c'est pratique [rires].

Médecin 4 : Oui [rires].

Intervieweur : OK bah écoutez, je crois que je n'ai plus d'autres questions. Je vous remercie beaucoup pour votre disponibilité.

Médecin 4 : De rien.

Entretien Médecin 5, le 02/06/2022

Rencontre en présentiel, au cabinet du médecin interviewé.

Durée de l'entretien : 56 minutes et 44 secondes

Intervieweur : Je me représente quand même, Stacy Parent, je suis médecin remplaçant dans la région Hauts de France. Donc je réalise un travail de thèse qui aborde le thème de la consultation mémoire. Merci encore d'avoir accepté de me rencontrer pour participer à cette étude. L'entretien est comme convenu enregistré, l'anonymat des participants est bien sûr respecté. Vous pourrez faire retirer l'analyse de l'entretien à tout moment avant son anonymisation ; à l'issue de la recherche, l'intégralité des enregistrements est détruite. Et vous pourrez bien entendu être informé des résultats de l'étude si vous le souhaitez. Est-ce que vous avez des questions ?

Médecin 5 : Non.

Intervieweur : Je vais d'abord vous poser des questions d'ordre général ; quel âge avez-vous ?

Médecin 5 : Soixante et un an.

Intervieweur : Dans quelle zone exercez-vous ? Plutôt rurale ou urbaine ?

Médecin 5 : Semi-rurale.

Intervieweur : D'accord, quel est le nombre d'habitants dans votre commune d'exercice ?

Médecin 5 : Cinq milles cinq cent.

Intervieweur : D'accord. Depuis combien de temps exercez-vous la médecine générale ?

Médecin 5 : Trente-cinq ans.

Intervieweur : D'accord, exercez-vous seul ou en cabinet de groupe ?

Médecin 5 : En cabine de groupe.

Intervieweur : Est-ce que vous êtes maître de stage ?

Médecin 5 : J'ai été maître de stage.

Intervieweur : Et est-ce que vous êtes titulaire d'un DU ou d'un DIU ayant un lien avec la médecine gériatrique ?

Médecin 5 : J'ai mon DU de médecine gériatrique.

Intervieweur : D'accord, parfait.

Intervieweur : D'accord, donc on va rentrer dans le vif du sujet ; est-ce que vous pouvez me raconter la dernière consultation ; ou une qui vous vient en tête ; où vous avez décidé d'avoir recours à la consultation mémoire pour un de vos patients atteints de troubles cognitifs ?

Médecin 5 : Alors [euh] ... [*Le médecin réfléchit longuement*] J'ai sollicité la consultation mémoire de [euh]... Je crois que c'était avec TREFLE. Solliciter moi ? C'est ça le... Je cherche... Ce n'est pas si fréquent que ça. Je fais d'abord les évaluations moi-même.

Intervieweur : D'accord. [rires]

Médecin 5 : [rires] Et donc [euh], et après j'oriente [euh] ou j'en parle à TREFLE. Après le retour d'informations [euh]... Qui ça pouvait être comme histoire... Je cherche...

Intervieweur : Ça ne vous vient pas [rires]. Mais déjà vous pouvez peut-être me dire qu'est-ce que vous faites...

Médecin 5 : Ça ne me vient pas...La seule personne que je vois actuellement, c'est une dame qui a une dysfonction exécutoire mais il y a déjà au moins un an qu'il y a une évaluation qui a été faite.

Intervieweur : D'accord, OK. Je reviens sur ce que vous avez dit, d'habitude vous faites les évaluations vous-même. Vous faites quoi du coup vous-même ?

Médecin 5 : Alors basique le basique : le MMS, test de l'horloge, les cinq mots de Dubois, généralement c'est à peu près ça. Et après je fais tout de suite une IRM cérébrale.

Intervieweur : D'accord, OK.

Médecin 5 : Pour essayer d'évaluer. En fonction du résultat bien sûr, je vais orienter [euh]. Et c'est pour ça que je cherche si je n'avais pas envoyé quelqu'un au centre de la mémoire mais ... Je n'ai pas de... Donc ça ça ne me vient pas à l'esprit.

Intervieweur : S'il y a vraiment quelque chose qui me préoccupe dans la prise en charge durable pour favoriser le maintien à domicile, là à ce moment-là je demande l'avis du spécialiste.

Intervieweur : D'accord ; et là vous m'avez parlé de TREFLE, c'est quoi TREFLE ?

Médecin 5 : Alors TREFLE est une association sur [VILLE] ; où j'ai été le responsable du réseau de personnes âgées pendant quelques années.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 5 : Et ça a été repris récemment. Et donc là il y a un médecin à orientation gériatrique.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 5 : Et donc TREFLE se propose de faire des évaluations neuro gériatriques au domicile des patients.

Intervieweur : Au domicile, d'accord.

Médecin 5 : Il est plus difficile pour nous d'avoir des évaluations neuro gériatriques avec l'hôpital de [VILLE] même si maintenant ils nous ont donné un numéro de téléphone d'accès direct.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 5 : Et je sais que j'ai des collègues ici qui travaillent plus avec le centre d'évaluation de la mémoire de [VILLE].

Intervieweur : D'accord.

Médecin 5 : [euh] Ou l'hôpital de [VILLE] On est quand même assez bien doté quand on veut orienter.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 5 : Mais à la question que vous posez, est ce que vous avez quelqu'un... [rires]

Intervieweur : [rires]

Médecin 5 : J'ai plus de mal à vous répondre

Intervieweur : OK. Donc la dame dont vous m'avez parlé, celle d'il y a un an...

Médecin 5 : Oui.

Intervieweur : Vous vous souvenez pourquoi vous l'avez envoyé ou pas ?

Médecin 5 : Alors il y a eu des... Donc des chutes à répétition à la maison...

Intervieweur : D'accord.

Médecin 5 : Puis une hospitalisation où ça n'avait pas été évalué me semble-t-il. Et donc après j'ai regardé... [euh] J'ai... Je savais que c'était dans cette situation-là, une suspicion de maladie d'Alzheimer débutante.

Intervieweur : D'accord. OK et du coup quelles étaient vos attentes à ce moment-là quand vous l'avez envoyé ?

Médecin 5 : Alors c'est un peu compliqué, c'est... L'attente elle était toujours sur le, sur l'avenir de la personne. C'est [euh] faire quand même un travail prospectif [euh] affiner un diagnostic, ne pas passer à côté de quelque chose et puis [euh] bah c'est mon dada hein, le maintien à domicile ! Donc...

Intervieweur : D'accord.

Médecin 5 : Qui est plus difficile selon l'évolution de la maladie démentielle.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 5 : C'était une dame âgée, qui était très bien [euh]. Tout ce qu'elle faisait à la maison était fait correctement. Mais elle n'était plus dans la capacité de faire [euh], d'anticiper les choses. Et il commençait à y avoir un petit état anxieux. [Euh] De faire toutes les démarches administratives c'était complètement terminé. Et bien sûr les enfants vivants très loin...

Intervieweur : D'accord.

Médecin 5 : Donc [euh] elle était isolée. Isolement social, même si [euh], voilà.

Intervieweur : D'accord. Donc si on résume, même si vous ne le faites pas souvent, d'une manière générale vos motivations quand vous envoyez un patient en consultation mémoire, vous pourriez les résumer ?

Médecin 5 : C'est pour moi plus pour anticiper [euh] les capacités de la personne à rester à son domicile.

Intervieweur : D'accord, OK. Et donc, en pratique quand le patient il a bénéficié de sa consultation mémoire, ça se passe comment après ?

Médecin 5 : Alors, comment ça se passe... Là je vais prendre presque le dossier d'une autre personne, qui va à l'accueil de jours depuis des années.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 5 : Ça c'est pareil c'est souvent des situations isolées comme ça... Là c'était une dame, pareil, démence avérée, [euh] suivie. Et donc là la difficulté c'était de rester à la maison

dans la journée parce que sa fille à l'époque travaillait. Et elle vivait avec sa fille à la maison, mais bon dans la journée elle ne pouvait pas s'en occuper. Donc là : accueil de jour, quatre jours par semaine. Et donc [euh] voilà ; situation on va dire facile ; puisque la prise en charge [euh] était ; est toujours excellente.

Intervieweur : D'accord. OK, tant mieux [rires]

Médecin 5 : Bah oui [rires], il y a beaucoup de chose qui se passent bien hein. Là dans le cadre de l'autre dame ; bon suite à une nouvelle chute elle est rentrée à sa maison trois mois après une convalescence, une réévaluation de son [euh], de son problème. Elle rentre chez elle, elle est toujours seule à la maison, elle a sa téléalarme, enfin tout est mis en place [euh] ; et puis bah on croise les doigts parce qu'elle ne veut pas pour l'instant être institutionnalisée. Mais on sait très bien que le maintien à domicile d'une personne qui chute et qui se blesse entre guillemets...

Intervieweur : Ouais c'est compliqué...

Médecin 5 : Voilà. Donc là bah tout le monde sait très bien que, on a une position d'attente.

Intervieweur : Ouais, d'accord. OK OK. Et donc du coup je reprends, donc vous m'avez dit, pour les motivations. Vous m'avez parlé du doute diagnostic pour l'Alzheimer pour la patiente ; donc il y a quand même une attente diagnostic

quand vous envoyez quelqu'un en consultation mémoire ?

Médecin 5 : Ah oui ! Oui !

Intervieweur : D'accord.

Médecin 5 : Confirmation d'un diagnostic.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 5 : Et comme je vous ai dit, ne pas se tromper de démente.

Intervieweur : Ouais. [rires]

Médecin 5 : C'est évident que si c'est ...

Intervieweur : Sinon c'est embêtant... [rires]

Médecin 5 : Bah oui voilà c'est ça ! [rires]. Parce que, pour la petite histoire, j'ai discuté avec l'infirmière qui va prendre en charge les... Justement au réseau TREFLE ce sera la DAC. Ces systèmes qui vont être mis en place où le médecin généraliste pourra se décharger entre guillemets si on a une situation un peu complexe [euh] c'est vrai que quand on discute il y a encore beaucoup de médecins qui ne sont pas conscients de l'intérêt de travailler soit en équipe, soit d'affiner un diagnostic. Elle me disait que, bah [euh] « A quoi ça sert ? », c'est ce que lui disait le médecin.

Intervieweur : [rires] Ah ouais.

Médecin 5 : « A quoi ça sert ? » [rires]

Intervieweur : D'accord.

Médecin 5 : « Elle perd la tête mais à quoi ça sert de faire les examens ? »

Intervieweur : Ouais.

Médecin 5 : Donc, bon voilà j'étais très surpris [rires].

Intervieweur : Ça vous surprend ?

Médecin 5 : [rires] J'ai dit « ah bon ». [rires]

Intervieweur : Je me doute [rires]. OK donc poser un diagnostic...

Médecin 5 : Poser un diagnostic, pouvoir s'appuyer sur ce diagnostic aussi, pour faciliter le flux... Et les décisions thérapeutiques pour tout le reste.

Intervieweur : D'accord oui, pour les autres pathologies autour...

Médecin 5 : Les autres pathologies, ouais.

Intervieweur : D'accord. Donc ça ; poser un diagnostic ; après vous m'avez dit donc mettre en place des hôpitaux de, [euh] enfin des hôpitaux de jour, c'est ça ?

Médecin 5 : Voilà.

Intervieweur : Ça se fait souvent donc [euh] avec l'organisme TREFLE, c'est ça ?

Médecin 5 : Donc là [euh], donc TREFLE ou le centre de la mémoire ou le service de gériatrie de l'hôpital de [VILLE] [euh] l'accueil de jour de l'hôpital de [VILLE] c'est [euh] à la maison de cure, donc c'est là où il y a [euh] la capacité de faire cet accueil de jours. Il existe d'autres endroits pour l'accueil de jour mais c'est [euh]... Pour

[VILLE] ça va nécessiter un transfert de beaucoup plus loin ...

Intervieweur : Oui donc du coup le transport c'est un peu compliqué...

Médecin 5 : Donc le transport est plus compliqué...

Intervieweur : D'accord, OK. Et donc en pratique quand le patient il a bénéficié de sa consultation mémoire, sous quelle forme vous vous recevez le compte-rendu de cette consultation ?

Médecin 5 : [euh] Alors je vais dire sous forme papier mais [euh] informatisé.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 5 : Généralement dans le secteur on reçoit tous les courriers sous forme APICRYPT®.

Intervieweur : D'accord, OK.

Médecin 5 : Courrier sécurisé.

Intervieweur : Et donc du coup c'est vous qui le lisez seul avant la consultation ; avant de revoir le patient ; ou le patient le reçoit aussi ? Comment ça marche ?

Médecin 5 : Bonne question alors, [euh] en sortie de spécialisation, là puisque je viens de voir cette patiente ; la patiente avait le document chez elle.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 5 : D'accord, et moi je l'avais sur mon ordinateur. Mais elle ne l'a pas lu.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 5 : Puisqu'elle a une dysfonction des fonctions exécutives [rires].

Intervieweur : [rires]. Oui du coup, oui à oui. [rires]

Intervieweur : OK, et qu'est-ce que vous en pensez de ce courrier du coup ?

Médecin 5 : Ah bah il est tellement bien clair, bien précis, bien ordonné, que [euh] pour moi c'est une chance d'avoir cela.

Intervieweur : D'accord. Donc ça c'est sur la forme, on va dire.

Médecin 5 : Sur la forme... [euh]

Intervieweur : Il n'y a rien à dire ?

Médecin 5 : Ah bah oui, non il n'y a rien à dire.

Intervieweur : OK.

Médecin 5 : [euh] J'ai plus de mal à me souvenir d'un courrier du centre de la mémoire de [VILLE]... Mais j'imagine que ce doit être pareil.

Intervieweur : D'accord, OK. Et sur le fond ? Sur ce qu'il contient ?

Médecin 5 : [euh] Bah... Pour moi la forme, le contenu, les indications thérapeutiques éventuelles, s'il y a une vitaminothérapie tout ça c'est noté. [euh] Il n'y a pas forcément une consultation programmée ensuite.

Intervieweur : D'accord il n'y a pas forcément de suivi après ?

Médecin 5 : Non, non. Ce n'est pas la même chose dans le cadre d'une personne qui a été hospitalisée. Il n'y a pas forcément une consultation après ; que si on a adressé la personne pour un trouble de la mémoire, on va dire débutant.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 5 : Parce que là, dans ces cas-là souvent six mois ou un an après il y a une réévaluation.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 5 : D'accord ?

Intervieweur : OK.

Médecin 5 : Mais là...

Intervieweur : D'accord.

Médecin 5 : Que je sache, pour notre patiente [euh], il n'y a pas non plus de contrôle. [*Le médecin regarde sur son ordinateur*] ... Souvent ce sont les personnes qu'on voit à domicile...

Intervieweur : Oui...

Médecin 5 : Non non, elle elle est réévaluée une fois par an quand même. La dame qui va à la maison de... [euh] A l'accueil de jour...

Intervieweur : D'accord.

Médecin 5 : Elle est suivie [euh]... Annuellement.

Intervieweur : D'accord. OK.

Médecin 5 : Voilà. Et donc là c'est la quatrième ; c'est l'hôpital de [VILLE]. Mais c'est étonnant, parce que c'est l'accueil de jour de [VILLE] mais je pense... Enfin je ne sais pas si vous le savez ça, mais je pense qu'il n'y a plus d'évaluation neuro gériatrique par les gériatres des services parce qu'ils n'ont plus le temps. Et du coup je pense que c'est l'équipe de [VILLE] maintenant qui fait les évaluations.

Intervieweur : Ouais [rires], donc ça va ils travaillent ensemble, du coup.

Médecin 5 : [rires] oui oui oui il y a une cohésion [rires].

Intervieweur : D'accord, OK. Et donc du coup comment cette consultation elle modifie votre prise en charge après ? Vous recevez le courrier, vous le lisez, et puis après, comment ça modifie votre prise en charge ? Est-ce que vous avez des exemples de, [euh] de choses qui ont été mises en place après cette consultation ?

Médecin 5 : Alors, s'il y a eu un avis d'ergothérapie par exemple ; voilà parfois il y a quand même de bonnes idées à récupérer si ça n'a pas été... Encore une fois, pour favoriser le maintien à domicile dans de bonnes conditions de sécurité et cetera. Ah oui, il n'y a pas de raison, moi je fais le maximum.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 5 : Ça c'est évident ! [euh] Après [euh] je ne vois pas quand est-ce que ça a pu changer [euh] Là pour cette dame d'ailleurs, par exemple on peut parler de traitements... Sur toutes les patientes que j'ai, c'est exceptionnel qu'elles aient un traitement.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 5 : Là cette dame-là avait été mise il y a de nombreuses années sous EXILON. Elle est toujours sous EXELON, parce que le bénéfice du traitement a été tel, qu'il n'y a personne, ni moi, ni la famille ni [euh] l'équipe de la mémoire [euh] ...

Intervieweur : Qui veut l'arrêter.

Médecin 5 : Voilà et comme la famille a la capacité de l'acheter. Bah on le continue.

Intervieweur : Ouais, d'accord.

Médecin 5 : [rires].

Intervieweur : Donc ça c'est un exemple...

Médecin 5 : Oui vous voyez ça c'est un exemple simple, où on est tous d'accord pour le continuer. Même si on s'est posé la question du bien-fondé de le prolonger ou pas.

Intervieweur : Oui. OK, donc la thérapeutique donc [euh], c'est quand même limité ?

Médecin 5 : Ah oui ! Pour moi...

Intervieweur : Là vous me dites que c'est un exemple mais c'est, c'est assez rare ?

Médecin 5 : Là c'est un exemple, mais qui [euh] oui...

Intervieweur : Et sur les autres thérapeutiques du patient ? Souvent il vous donne un coup de main également, ou plus souvent c'est vous qui gérez les autres traitements ?

Médecin 5 : Oui, oui. Sur le... Non le reste du traitement il n'a pas changé pour cette dame-là. La dame de [VILLE], il n'a pas changé non plus, puisque suite à son hospitalisation, elle avait exactement le même traitement qu'avant. Ils ont simplement... Ah si c'est intéressant ! Bah voilà ça c'est une bonne question... La dame qui est tombée, [euh] donc il y avait des petites anomalies au niveau neuronal, donc comme elle avait des petits mâchouillements, des petites choses

comme ça, ils ont évoqué l'idée qu'il y avait peut-être une... Un petit foyer épileptogène, ils l'ont mise sous LAMICTAL. Et donc là, il y a un protocole de mise en place du LAMICTAL à dose progressive, [euh] sur le mois qui vient. Et donc bien sûr on va suivre ce protocole-là.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 5 : D'accord ?

Intervieweur : OK.

Médecin 5 : Voilà. Voilà un événement...

Intervieweur : OK, donc quand même au niveau thérapeutique...

Médecin 5 : Mais bien sûr !

Intervieweur : Voilà, même...

Médecin 5 : Ouais !

Intervieweur : Ça peut donner un coup de main aussi ?

Médecin 5 : Ah bah bien sûr ! Bah oui, parce que déjà, j'ai le protocole, hein de mise en place. J'ai l'évolution, je peux le valider. J'ai une j'ai une infirmière qui va prescrire le traitement, qui va même distribuer, préparer et distribuer le traitement dans cette situation-là. Donc, donc bien sûr il faut que tout ça soit, [euh] soit noir sur blanc.

Intervieweur : Ouais, OK. Donc je résume : thérapeutique ; vous m'avez parlé d'ergothérapie, donc c'est pour tout ce qui est modification du domicile...

Médecin 5 : Voilà, téléalarme, l'avenir pour moi ce sera de pouvoir équiper le sol de capteurs de chute....

Intervieweur : D'accord.

Médecin 5 : Puisque cette dame chute, [euh] ça par contre je ne sais pas si ça existe...

Intervieweur : Oui, je ne sais pas non plus...

Médecin 5 : A domicile je pense qu'il y avait une personne qui avait équipé, mais les enfants avaient équipé eux même.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 5 : Je sais que, pour votre information [rires], dans les résidences foyers logement nouvellement créée, il y aura des chambres et des appartements avec des capteurs de chute pour les chuteurs.

Intervieweur : Ah d'accord, je ne connaissais même pas ! [rires]

Médecin 5 : Mais ça c'est intéressant ça...

Intervieweur : Ouais... OK, donc ça ouais, la modification du domicile... Est

ce qu'il y a d'autres choses qui vous ont été proposées ? Vous m'avez parlé des infirmières, les passages infirmiers...

Médecin 5 : Oui les infirmières, mais j'avais souvent mis en place avant...

Intervieweur : Mais ça oui, c'est plutôt fait....

Médecin 5 : : Ouais. Qu'est-ce qu'on pourrait proposer d'autres ? [euh] Bon ça, bon les auxiliaires de vie, la prise en charge globale. Ce qui manque certainement dans ces cas-là, c'est les services bénévoles à domicile. Ça c'est... Voilà, s'il y a un aidant, c'est un peu plus facile, mais je rappelle toujours à l'aidant d'éviter l'épuisement, et de... Il y a la maison des aidants hein. Ce qu'il faut leur rappeler, même s'ils n'y vont pas, souvent. Mais elle existe ! [euh] Voilà, c'est vraiment s'adapter ; vraiment chaque cas est différent, enfin pour moi oui.

Intervieweur : Ouais.

Médecin 5 : Il n'y a pas de la famille, il n'y a pas de famille, il y a des enfants qui sont actifs ou qui ne sont pas actifs... Il y a une, il y a des transports possibles ou pas... Voilà, c'est tout ça.

Intervieweur : Et tout ça c'est évalué ? Par exemple les aidants ? Quand vous envoyez un patient en consultation mémoire, ou quand ils viennent faire l'évaluation à domicile, puisque vous c'est le cas ; est ce que ça vous le retrouvez dans le courrier ?

Médecin 5 : Non. Ce qu'il manque vraisemblablement, c'est peut-être des... Si par exemple il y a une équipe de soins domicile qui vient, ils mettent ce qu'ils font. Mais ce n'est pas pour ça qu'au bout d'un mois ou de deux mois, il y a une réévaluation de ce qui est fait à la maison.

Intervieweur : D'accord, vous avez un exemple ?

Médecin 5 : Bah je vais prendre l'exemple de la dame qui vient de rentrer chez elle, hein donc là c'est une dame qui est relativement autonome. Elle a des repas de la ville. Est ce qu'elle mange bien tous ces repas ? Je n'en sais strictement rien.

Intervieweur : Ouais.

Médecin 5 : Je vais moi, en tant que médecin, je vais faire une réévaluation biologique, je vais lui poser la question, mais [rires] ...

Intervieweur : Ouais...

Médecin 5 : Bon de temps en temps je vais regarder ce qu'il y a dans le frigo [rires]...

Intervieweur : [rires]

Médecin 5 : Parce que je suis un vieux de la vieille... Mais sinon voilà, c'est un petit peu ça. Mais il n'y a pas d'évaluation... [euh] Pareil [euh]

gériatre, généralement mon dada c'est la prise de poids hebdomadaire.

Intervieweur : Hum hum...

Médecin 5 : C'est quand même rarement fait à domicile.

Intervieweur : Ouais, ouais.

Médecin 5 : Parce que bah la balance elle est sous le lit, [euh] enfin voilà. Il faut se battre.

Intervieweur : Ouais.

Médecin 5 : Pour certaines choses il faut se battre ! [rires]

Intervieweur : [rires] Je comprends.

Médecin 5 : Mais ça oui ça serait vraiment [euh] utile, d'avoir une sorte de [euh], de grille comme on commence à le faire dans les maisons de retraite hein... L'évaluation de l'état nutritionnel, enfin on a des [euh], des valeurs mais... Enfin on a des grilles [euh]... Mais à domicile, à part si un médecin se passionne pour ça...

Intervieweur : Ouais, c'est compliqué à mettre en place.

Médecin 5 : C'est compliqué à mettre en place, ouais.

Intervieweur : Ouais je comprends.

Médecin 5 : C'est comme tout, ça avance. Ça va peut-être venir

progressivement [euh]. Est-ce que ce système-là, qui est en train d'être mis en place [euh], par l'État français va aller dans ce sens-là, ça je n'en sais strictement rien.

Intervieweur : Hum hum... Ouais.

Médecin 5 : Il y aura une fille active mais... Bon pour en avoir déjà discuté, ce n'est pas en ayant trente ou quarante personnes dans un bassin de population [euh] comme peut être le bassin de [VILLE], ce n'est pas trente ou quarante personnes hein !

Intervieweur : Ouais.

Médecin 5 : C'est... Je ne sais pas combien... Je ne sais même pas l'audit... Est-ce qu'il y a déjà eu un audit des personnes âgées présentant une maladie de Alzheimer ? Je n'en sais strictement rien.

Intervieweur : Vous ne savez pas. Et là vous vous pensez du coup que ce qui manque c'est le personnel aidant, c'est ça ?

Médecin 5 : Ce n'est pas le personnel forcément aidant auprès du patient c'est le personnel social aidant.

Intervieweur : Ouais. D'accord.

Médecin 5 : C'est plus [euh] la coordinatrice qui pourra entre guillemets [euh], valider ce qui est mis en place.

Intervieweur : Ouais. D'accord. Quelqu'un qui supervise un petit peu les choses ?

Médecin 5 : Voilà.

Intervieweur : Hum hum, OK.

Médecin 5 : Ça se serait quand même pas mal hein... Alors parfois ça ira très vite, et parfois bah elle va noter pleins de choses qui [euh]...

Intervieweur : Qui ne vont pas.

Médecin 5 : Qui ne vont pas.

Intervieweur : OK. et du coup je reviens un petit peu sur l'évaluation à domicile, parce que c'est vrai que on n'en parle pas beaucoup. Vous ça se passe comment en pratique l'évaluation au domicile ?

Médecin 5 : C'est-à-dire ?

Intervieweur : Vous me dites qu'ils font des évaluations neuro [euh], enfin gériatriques à domicile ; donc un gériatre c'est qui se déplace ?

Médecin 5 : Oui.

Intervieweur : Un gériatre.

Médecin 5 : Ah oui oui. Oui oui.

Intervieweur : Avec une équipe paramédicale ?

Médecin 5 : Avec son infirmière coordinatrice ou la secrétaire coordinatrice. Donc c'est ça l'intérêt de ce réseau, qui va se [euh]... Comment dire, s'étaler sur [euh]... De [VILLE] à [VILLE], donc je ne sais pas comment ils vont faire ...

Intervieweur : Hum hum.

Médecin 5 : Mais [euh] c'est, ça c'est [euh] intéressant. Donc pareil, au retour d'informations, ce qu'ils peuvent mettre en place...

Intervieweur : D'accord.

Médecin 5 : Enfin, ce qu'ils conseillent de mettre en place. ils aident à la mise en place.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 5 : Donc ça quand même, déleste le médecin de cette partie.

Intervieweur : Et par exemple, c'est quoi du coup ? C'est les infirmiers...

Médecin 5 : Par exemple, s'il n'y a rien, ils vont mettre en place des auxiliaires de vie ; enfin ils vont mettre le projet en place. Ils ne vont pas ...

Intervieweur : Ouais.

Médecin 5 : Ils ne vont pas faire hein.

Intervieweur : Ouais.

Médecin 5 : Ils vont [euh] prendre les contacts, les auxiliaires de vie, de l'infirmière de la personne. Lui demander s'il peut venir faire les [euh], préparer la thérapeutique et cetera ...

Intervieweur : D'accord.

Médecin 5 : Donc c'est... C'est tout ça. Alors là, généralement là il y a, dans cette association, là à l'époque on avait une grille de référentiel, pour dire : ça ça a été mis en place ; ça ça n'a pas été mis en place.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 5 : Je devrais vous la ramener [rires].

Intervieweur : Non mais c'est vrai que c'est intéressant. Et à part les infirmières, ils font appel à d'autres professionnels ?

Intervieweur : infirmières, aides-soignantes.

Intervieweur : Aides-soignantes.

Médecin 5 : [euh] Service de portage des repas à domicile ; bah s'il y a besoin d'une pédicure [euh]... On contacte la pédicure.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 5 : Je ne sais pas... Qu'est ce qu'il peut y avoir... Tiens, si ! Quelque chose qui est très important : c'est l'audition !

Intervieweur : Ouais.

Médecin 5 : Hein l'audition.

Intervieweur : Et ça ils l'évaluent aussi, l'audition ?

Médecin 5 : Je n'ai jamais vu !

Intervieweur : D'accord.

Médecin 5 : Je suis en train de réfléchir avec vous ! Mais c'est vrai que maintenant on voit des audioprothésistes qui font des dépistages à domiciles. Ce n'est pas l'ORL hein bien sûr, mais le dépistage peut être fait. Comme la vision !

Intervieweur : D'accord.

Médecin 5 : Des optométriciens, des opticiens qui se déplacent à la maison.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 5 : Et là nous on ne sait pas, qui ! Vous voyez ? En fait c'est la ressource de réseau, c'est ça qui est intéressant, c'est d'avoir les ressources du territoire.

Intervieweur : Oui, bah oui.

Médecin 5 : Et le médecin traitant, il ne peut pas tout connaître.

Intervieweur : Hum hum ; donc c'est ça que vous attendez un petit peu aujourd'hui ?

Médecin 5 : Ah bah oui bien sûr ! C'est ça, bien sûr.

Intervieweur : Là donc vos besoins, quand vous avez cette évaluation-là, c'est qu'on vous dise un petit peu : bah voilà qui il faudrait faire intervenir et...

Médecin 5 : Voilà !

Intervieweur : Et qu'on vous donne la liste entre guillemets, ?

Médecin 5 : Voilà.

Intervieweur : De ce qui existe, ou de ce qu'il est possible de faire ?

Médecin 5 : Ou de... voilà !

Intervieweur : Ouais D'accord. Et ça ne s'est pas fait pour l'instant ?

Médecin 5 : Il y a la liste ; mais il y a aussi la proposition de dire : « bah avez-vous pensé à la vision ? Avez-vous pensé à l'audition ? avez-vous pensé à ... » Voilà ! Voilà une chose que le médecin ne peut pas... Ce n'est pas possible, ou alors il passe deux heures avec la personne...

Intervieweur : Ouais.

Médecin 5 : Une évaluation neuro gériatrique déjà c'est une heure.

Intervieweur : Ouais.

Médecin 5 : Minimum. Et la première séance, comme disais ma consœur

[euh] de [VILLE] s'il n'y a rien et bah ils vont mettre une heure à essayer de récupérer des bouts d'information [euh] d'une personne qui n'est pas dans la capacité de leur donner forcément.

Intervieweur : Ouais.

Médecin 5 : Donc, le généraliste, il a quand même un rôle de spécialiste entre guillemets très important de pouvoir relater tout le vécu et toute l'histoire médicale du patient.

Intervieweur : Hum hum.

Médecin 5 : Sous réserve qu'il l'a suivi suffisamment longtemps.

Intervieweur : Ouais, d'accord. Alors vous vous pensez que c'est vraiment une collaboration, qu'ils apportent un plus sur des choses, que vous vous n'auriez pas le temps de mettre en place ?

Médecin 5 : Bah bien sûr ! Oui !

Intervieweur : C'est un gain de temps finalement ?

Médecin 5 : Ah oui, oui ! La finalité... Enfin gain de temps au bénéfice du patient hein...

Intervieweur : Au bénéfice du patient, oui...

Médecin 5 : Bien sûr...

Intervieweur : Mais pour vous c'est aussi un gain de temps parce que ça vous aide [euh] ...

Médecin 5 : Voilà ; si je mets six mois à mettre en place en voyant mon patient tous les mois, et encore maintenant on travaille plutôt à 3 mois. Donc vous imaginez que si je mets six mois à penser à ce que [euh], peut-être une chaise percée ça lui éviterai de tomber...

Intervieweur : Ouais...

Médecin 5 : C'est dommage !

Intervieweur : Ouais, c'est dommage pour le patient surtout.

Médecin 5 : Pour le patient.

Intervieweur : C'est sûr. OK, d'accord. Vous m'avez parlé que vous privilégiez le maintien à domicile vous pensez que du coup la consultation mémoire elle a va dans ce sens aussi ?

Médecin 5 : Alors [euh] ; oui ... [rires], oui ! Je dis oui dans mes moustaches [rires].

Intervieweur : [rires] Vous avez le droit de me dire non. [rires]

Médecin 5 : Non, non, mais il est de plus en plus difficile de programmer une consultation neuro gériatrique.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 5 : [euh] Prendre son téléphone [euh] c'est peine perdue.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 5 : Enfin, on va me dire que non, blablabla, on a leur ligne directe éventuelle et cetera... D'accord, d'accord. Enfin au quotidien la situation c'est : on a 5 min pour vous faire le courrier, téléphoner, si on n'a pas la réponse on laisse tomber.

Intervieweur : Hum hum.

Médecin 5 : On n'a pas de prise en ligne de rendez-vous pour ces évaluations-là.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 5 : Enfin je ne pense pas. J'ai vu sur DOCTOLIB : évaluation neurogériatrique [rires].

Intervieweur : [rires]

Médecin 5 : Mais je n'ai pas regardé ceci étant [rires].

Intervieweur : D'accord ;

Médecin 5 : Vous regarderez à ma place [rires].

Intervieweur : Je regarderai ! [rires]

Médecin 5 : Sinon moi j'adhère ! [rires]. Et puis alors après, [euh] qu'est-ce que j'allais dire...

Intervieweur : On parlait si ça... Si vous pensiez que la consultation mémoire elle va dans le sens de favoriser le maintien à domicile.

Médecin 5 : Encore une fois, il y a certainement beaucoup de personnes qui ont un trouble de la mémoire à domicile non documenté, toléré, tout ce que vous voulez... Et peut-être que si une équipe mobile pouvait [euh] faire la démarche dans un cadre cohérent de maintien à domicile, ça ce serait sans doute un plus.

Intervieweur : D'accord. Donc autre que les évaluations qui sont faites au départ ?

Médecin 5 : Non, à la place du... Pour le... Au départ.

Intervieweur : Dès le départ ? D'accord.

Médecin 5 : Ouais, ouais, bah oui.

Intervieweur : OK.

Médecin 5 : Alors après, si une personne est prise en charge dans un [euh], dans un réseau mémoire je vais dire. Réseau mémoire, c'est pas mal ça d'ailleurs [rires].

Intervieweur : [rires]

Médecin 5 : Là ce serait intéressant, s'il faut faire une consultation annuelle, bah c'est d'avoir la bonne adresse au moment et cetera.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 5 : Là après, c'est plus un souci, on a le bon de transport facilement, on peut transporter la personne de son domicile jusqu'au centre de l'évaluation de la mémoire sans problème.

Intervieweur : D'accord OK. Donc là, au niveau du suivi pour l'instant, vous pensez que ce n'est pas assez [euh] fréquent, les réévaluations ?

Médecin 5 : Si c'est pris en charge et que c'est bien noté dans le dans le courrier de sortie, ou dans le courrier du premier bilan, non il n'y aura pas trop de difficultés, je ne pense pas.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 5 : Sauf s'il y a une opposition de la personne.

Intervieweur : Hum hum.

Médecin 5 : Âgée, et il y en a beaucoup ! Si elle s'oppose : « bah quoi ça sert d'aller me faire faire tous ces tests et tout ce truc-là, j'ai autre chose à faire » ; là ça serait bien de pouvoir dire : « et si elle vient chez vous ? » ; « ah ! » ! [rires]

Intervieweur : D'accord. C'est vrai... Donc ça oui, on n'en a pas encore...

Médecin 5 : Encore une fois, c'est... Ce n'est pas une généralité là que je fais.

Intervieweur : Oui.

Médecin 5 : C'est vraiment une des situations occasionnelles.

Intervieweur : Oui ; du coup on n'en avait pas encore parlé de ça, des freins à la consultation mémoire. Donc il y a le patient du coup, s'il la refuse. Vous en voyez d'autres ?

Médecin 5 : Le déni.

Intervieweur : Le déni...

Médecin 5 : Même un patient qui a un trouble de la mémoire, il le sait. Il a le déni, il vit un peu dans une forme de déni, et il ne veut pas aller plus loin.

Intervieweur : D'accord, ça c'est assez fréquent ?

Médecin 5 : Ça c'est assez fréquent... Je pense, oui. Il faut un petit peu de temps. Il a fallu parfois beaucoup d'arguments, de... [rires]

Intervieweur : Ouais [rires]. Vous en voyez d'autres des freins ?

Médecin 5 : Donc le frein c'est... Moi je dirai le premier ce serait celui-là. Peur de l'annonce du diagnostic.

Intervieweur : Hum hum.

Médecin 5 : Deuxième frein, peur d'être dépossédé de sa liberté, mais c'est à peu près pareil hein. C'est à peu près... Ce n'est pas la peur de la prise en charge, je ne pense pas. Ce n'est pas

forcément la peur de l'IRM ou d'un examen, non non ce n'est pas ça. C'est surtout la peur de l'annonce hein.

Intervieweur : Hum, hum, OK. Et donc là c'est le patient, le frein. Est ce qu'il y a... Est-ce que vous voyez d'autres freins ? Le frein ce n'est pas vous puisque vous vous l'utilisez [rires].

Médecin 5 : Oui, oui, oui ! J'allais le dire ! [rires] Le frein ça peut être le propre médecin...

Intervieweur : Oui, non mais des fois oui...

Médecin 5 : Donc voilà. La famille peut être aussi hein, on va l'embêter plus que ça, hein.

Intervieweur : Ouais. Le transport aussi, vous m'en avez parlé un petit peu...

Médecin 5 : Le transport oui ! Oui.

Intervieweur : Ça arrive que, des fois vous renonciez à la consultation mémoire, parce que le transport est délicat ?

Médecin 5 : Alors ! Petite astuce de ma part, [euh] ce que j'avais dit à mes collègues... A partir du moment où vous êtes médecin, que vous faites un diagnostic d'un trouble de la mémoire, même si vous ne l'avez pas authentifié, vous pouvez très bien faire une demande à la sécurité sociale d'une prise en charge en affection longue durée, pour un trouble de la mémoire.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 5 : Il n'y a jamais eu aucun problème, puisqu'on ne nous demande pas... On demande simplement sur l'honneur de dire que la personne a un trouble mnésique. On ne va pas demander si elle a fait le test des cinq mots ou quoi que ce soit. C'est [euh], voilà, je... Il y a des oublis permanent, j'ai une dysfonction exécutoire, [euh] il n'y a pas de souci. La personne à ce moment-là, est prise en charge en affection longue durée, et on peut très bien à ce moment-là faire tous les bons transports que l'on veut. Il n'y aura pas de problème de coûts du transport.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 5 : D'accord ?

Intervieweur : D'accord donc le coût, ça va. Mais le transport en lui-même pour le patient ? Est-ce que ça arrive que le patient...

Médecin 5 : Bah oui ça ce serait un frein ! « Comment je vais faire, je vais être toute seule ! » A ne pas oublier que si la personne est seule et non accompagnée, elle se retrouve à la porte de l'hôpital ; bah vous la retrouvez à la porte de l'hôpital [rires] !

Intervieweur : [rires]

Médecin 5 : Ça ce n'est pas du vécu [rires].

Intervieweur : [rires] Mais ça pourrait, ça pourrait...

Médecin 5 : Ça pourrait ! [rires]

Intervieweur : OK, d'accord vous n'en voyez pas d'autres là ?

Médecin 5 : Non.

Intervieweur : Tout à l'heure vous m'avez parlé aussi un peu de [euh], de l'accès entre guillemets. Vous m'avez dit : ça prend du temps de faire le courrier, d'appeler, et parfois, on renonce...

Médecin 5 : Ouais, bon j'ai la chance d'avoir une secrétaire hein donc voilà, c'est... Si je n'ai pas le temps bah, [euh] je confie la tâche à ma secrétaire de prendre un rendez-vous, d'argumenter pour moi l'intérêt d'une consultation et cetera...

Intervieweur : Ouais.

Médecin 5 : Mais c'est en décalage parce que... Souvent ce sont des personnes, encore une fois, qu'on voit à domicile, pour ma part. C'est pas du tout la même chose, [euh] la personne qui a un trouble de la mémoire débutant, la cinquantaine, la soixantaine, qui vient en consultation. Où là on a le temps en effet de faire son évaluation, de regarder, de dire ouais dans deux mois on se revoit, vous faites vos exercices, on réévalue, on fait l'examen. Là c'est un, c'est un peu plus facile. Là on aurait plus la difficulté de

dire : « ben Madame l'IRM a montré... » ; là il y aura l'annonce, il y aura le diagnostic. Là ce sera peut-être l'intérêt d'avoir, si on n'a pas envie de dire, de donner le diagnostic tout de suite, de dire « bon on va quand même faire une évaluation de votre mémoire plus poussée dans un centre de la mémoire ».

Intervieweur : D'accord.

Médecin 5 : Vous voyez ? C'est là où je vais [euh] louvoyer avec mon patient.

Intervieweur : D'accord ; donc ça oui, la consultation d'annonce c'est aussi une motivation pour envoyer le patient...

Médecin 5 : Consultation d'annonce, si elle va être facile à faire pour un médecin comme moi, pour une personne de plus de 70 ans on va dire. C'est sûr que si j'ai une maladie neurologique qui débute vers 50 ans, je ne vais pas rester, même si j'ai un faisceau d'arguments suffisant pour dire, je vais toujours demander un deuxième avis que le mien.

Intervieweur : Ouais.

Médecin 5 : Le challenge n'est pas le même [rires].

Intervieweur : [rires] Donc c'est pour confronter votre avis ?

Médecin 5 : C'est pour confronter mon avis une autre... [euh] L'exemple là qu'on avait donné pour une dame qui a

maintenant quatre-vingt-dix ans, pour son EXELON, [euh] elle avait quatre-vingts ans.

Intervieweur : Ouais...

Médecin 5 : Donc [euh]... J'aurais pu prendre la décision seul d'arrêter son EXELON, mais comme elle était... On discute ensemble hein.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 5 : Moi je suis pour le partage [rires].

Intervieweur : [rires] D'accord. C'est bien ! [rires] Et puis vous pensez que, du coup pour le patient c'est plus facile à accepter aussi, s'il a plusieurs avis ?

Médecin 5 : Ah bah bien sûr !

Intervieweur : D'accord. Et donc je reviens aussi sur ce que vous m'avez dit tout à l'heure, par rapport à la communication avec [euh], enfin à l'accès à la consultation mémoire et à la communication avec les gériatres. Vous m'avez dit : « si on pouvait prendre des rendez-vous en ligne, ce serait bien par exemple ». Vous voyez d'autres pistes d'amélioration de la communication avec les gériatres ? Et de la mise en place de la consultation mémoire ?

Médecin 5 : Alors, non je ne pense pas... Encore une fois, ici on est dans une MSP, alors je réfléchis [euh]. Est-ce qu'il y aurait un intérêt à accueillir [euh] un médecin d'un centre, ou qui se

spécialise et qui vienne proposer deux heures ou trois heures de consultation, donc deux ou trois personnes... Ce serait à nous d'organiser ça, donc ce serait compliqué ça.

Intervieweur : Oui.

Médecin 5 : Vous voyez ce serait [euh]... Comment vous appelez ça à l'hôpital... Une externalisation des consultations.

Intervieweur : Ouais.

Médecin 5 : Mais bon.

Intervieweur : Ça vous semble...

Médecin 5 : Si vous n'êtes pas dans vos, dans vos... Je ne sais pas où travailler, mais si vous êtes... Je vois très bien ma gériatre préférée, je... Même si elle connaît bien mon bureau, je ne la vois pas... [rires]

Intervieweur : [rires]

Médecin 5 : Venir consulter [euh], elle va avoir envie de ses bases [rires]...

Intervieweur : Ça serait difficile à mettre en place.

Médecin 5 : A mon avis oui, ce serait trop compliqué.

Intervieweur : Ouais, OK.

Médecin 5 : Mais bon, peut-être.

Intervieweur : Peut-être. C'est une piste d'amélioration.

Intervieweur : [rires] Non mais peut être que c'est une piste d'amélioration, puisque de plus en plus de spécialistes vont dans les centres médicaux ; ou ils accueillent les cardiologues, les gastros, les psys, les et cetera... Pourquoi pas, je ne sais ... [rires]

Intervieweur : [rires] Et donc d'une manière générale, vous décririez comment vos relations avec les gériatres ?

Médecin 5 : Excellente ! j'en ai besoin ; certainement moi plus qu'eux ont besoin de moi [rires]. Donc...

Intervieweur : [rires]

Médecin 5 : Ben non ; bah nous ici on est, je vous dis, le terrain est très favorable puisqu'on a un service de gériatrie de court séjour, et on a un service à [VILLE] de long séjour. Donc si on a besoin d'une aide ponctuelle pour une situation médicale dans le cadre d'une démence par exemple, c'est très facile d'hospitaliser quelqu'un à [VILLE]. Alors si en plus il connait la personne, c'est d'autant plus facile. Je ne sais pas moi, je vais dire une simple infection urinaire fébrile, où il y a une aggravation de l'état démentiel ; ça ça m'était arrivé il y a quelques années, prise en charge quasiment dans les 24h à l'hôpital, quand même pour réévaluer justement dans ces cas-là. Le maintien à domicile n'étant pas possible :

hospitalisation, traitement de la cause organique, réévaluation, retour à la maison.

Intervieweur : D'accord. Et ça en général, c'est facile à organiser ?

Médecin 5 : C'est assez facile. Dans le secteur, c'est facile, et ils ne passent pas forcément par les urgences de l'hôpital.

Intervieweur : Et ça c'est bien.

Médecin 5 : Et ça c'est bien.

Intervieweur : Pour les personnes âgées, surtout en ce moment, vu le temps qu'ils passent aux urgences...

Médecin 5 : Bah oui !

Intervieweur : OK, donc souvent vous arrivez à les appeler s'il y a un souci ?

Médecin 5 : [euh] Oui, je peux vous dire que j'ai même le téléphone [rires]

Intervieweur : [rires]

Médecin 5 : Le portable. Mais si, quand on a le téléphone portable ça aide beaucoup ! [rires]

Intervieweur : [rires] OK, et du coup vous m'avez parlé aussi, quand maintien à domicile n'est plus possible, donc on parle aussi d'institutionnalisation.

Médecin 5 : D'institutionnalisation, ouais.

Intervieweur : Est-ce que ça, c'est proposer parfois par le gériatre après une consultation mémoire ?

Médecin 5 : Alors après la consult'... Ce n'est pas, ce n'est jamais proposé, c'est évoqué.

Intervieweur : Évoqué.

Médecin 5 : C'est à dire que, bah voilà, la dame qui vient de rentrer : troisième chute en un an, deux tassements de vertèbres, une petite lame d'hématome sous dural, et cetera. Il y a quand même un risque, sous anticoagulant tant qu'à faire hein. Et donc bon, bah bien sûr on gère tous ensemble un risque !

Intervieweur : D'accord.

Médecin 5 : La chute ne serait pas évitée en EPHAD. Le désir de la personne, qui est encore cohérente pour beaucoup de choses en dehors de la dysfonction, [euh] il n'y a pas... Je n'ai pas de raison de l'empêcher de vivre dans son quotidien.

Intervieweur : Hum hum, oui, bah oui !

Médecin 5 : Voilà, mais....

Intervieweur : OK, donc c'est proposé, mais à la fin c'est toujours une décision qui est prise avec la patiente et par vous...

Médecin 5 : Bien sûr, oui oui.

Intervieweur : OK

Médecin 5 : Bah oui oui, bah oui, les patients n'ont pas envie d'être... Enfin, beaucoup de patients n'ont pas envie d'aller en EPHAD.

Intervieweur : Oui, c'est souvent le cas de toute façon [rires].

Médecin 5 : [rires] Non mais... Donc [euh]... J'ai eu une patiente qui s'est bien adaptée à l'EPHAD parce qu'elle était au bout du rouleau chez elle. Elle était épuisée, et donc de cet épuisement, bien sûr on aurait pu l'orienter à l'hôpital, elle y serait peut-être restée un mois, deux mois, et se retaper. Mais elle serait retournée de nouveau seule dans sa maison et cetera... Mais là c'est vrai, que cette fois-là, mais j'ai été aidé puisque son fils est aide-soignant dans L'EPHAD de [VILLE], faire un accueil temporaire. Et là elle s'est transformée, elle a repris du poids, elle a déposé son baluchon comme on dit, et bah elle s'est... Même si elle regrette bien sûr sa maison, mais elle sent bien qu'elle est mieux en EPHAD, voilà. Mais encore une fois, ce n'est pas, ce n'est pas écrit dans les livres hein ça [rires] !

Intervieweur : Ouais, tous les cas sont différents ...

Médecin 5 : Tous les cas sont différents.

Intervieweur : OK OK. Bah du coup juste pour résumer, qu'est-ce que vous vous pensez personnellement de la place de la consultation mémoire dans la prise en charge des patients atteints de troubles cognitifs ?

Médecin 5 : Fondamentale.

Intervieweur : Fondamentale...

Médecin 5 : Fondamentale, à la fois pour [euh] le diagnostic précis. Diagnostic précis, de la maladie démentielle [euh], après l'évaluation et la réévaluation immédiate. Bon c'est sûr que si la personne vit vingt ans, ce n'est pas forcément la peine de la voir tous les ans, parce ce que sinon il y en a beaucoup qui vont toquer à la porte derrière...

Intervieweur : Hum hum.

Médecin 5 : Mais c'est ça, c'est un petit peu ça. S'assurer une bonne coordination ; alors ça ce sera l'avenir bien sûr ; des réseaux de personnes âgées où des... Ces nouveaux dispositifs que je n'ai pas encore bien analysés, pour vraiment bien mettre en place [euh] le maintien de la personne âgée à domicile. Et éviter de perdre du temps justement aux urgences, [euh] si jamais une personne chute, si le si d'urgence c'est déjà que tout est bien organisé à la maison, [euh] ça donne une capacité à éviter des hospitalisations. C'est toujours ma maraude aussi ça, pour éviter l'hospitalisation.

Intervieweur : Oui, oui, parce qu'après sinon c'est la cascade...

Médecin 5 : Bon après s'il y a une fracture du col du fémur ! [rires]

Intervieweur : [rires] Ah oui c'est mieux quand même en hospitalisation [rires] !

Médecin 5 : C'est quand même mieux à l'hôpital qu'à la maison !

Intervieweur : Donc là vous, si vous décriviez vos besoins là aujourd'hui, ce serait vraiment d'arriver à mettre en place ce réseau...

Médecin 5 : Ouais.

Intervieweur : De coordination...

Médecin 5 : De coordination et y compris entre toutes les équipes qui s'occupent de la gériatrie ! Bon bah là je vous ai parlé de [VILLE], qui travaille bien avec l'hôpital de [VILLE]. Le centre de la mémoire qui est différent à [VILLE], je ne sais pas comment il fonctionne. Et le réseau TREFLE pour l'instant, je ne sais pas non plus comment il fonctionne. Est-ce qu'ils fonctionnent tous ensemble ? Est-ce qu'il y a un partage d'informations médicales ? Je ne pense pas, ce n'est pas possible. Mais de... Est-ce qu'il y a un répertoire ? Mais je je suis sûr que non. Je ne pense pas qu'il y ait un répertoire, [euh] de toute façon la CNIL ne l'accepterait pas, je ne pense pas. [rires]

Intervieweur : [rires] Ouais. Et donc ça ouais, ça serait une piste d'amélioration de mettre en place un réseau vraiment coordonné avec un médecin ou un professionnel qui coordonne les choses...

Médecin 5 : Ouais... Ce qui est fait... Pour moi c'était les MAIA ! Pour avoir...

Intervieweur : Les MAIA ?

Médecin 5 : Alors les MAIA c'était [euh], alors la MAIA ! Volonté politique sous Mr CHIRAC, je crois, si j'ai bonne mémoire. MAIA... *[le médecin tapote sur son ordinateur afin de chercher la signification du mot MAIA]*. Le terme exact... MAIA c'est une méthode qui associe tous les acteurs engagés dans l'accompagnement des personnes âgées de 60 ans et plus en perte d'autonomie. Donc la MAIA littoral Flandres.

Intervieweur : Hum hum.

Médecin 5 : D'où mon petit truc hein... Mon petit, c'est... C'est ça, donc c'est ça va tout [euh], tout nous raisonner.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 5 : Mais je ne... J'aurai voulu vous donner le... On pas parlé de sillage d'ailleurs, donc c'est avec les CLICS. Mais c'était la définition de MAIA, je voudrais l'avoir.... *[le médecin tapote encore sur son ordinateur]*. Je ne suis plus dans le système alors...

Définition... Je pense que c'est : méthode d'action intégration d'aides.

Intervieweur : Et en pratique c'était quoi du coup ? C'était un ...

Médecin 5 : Alors c'était... Alors...

Intervieweur : Alors je dis c'était mais peut être que ça existe encore....

Médecin 5 : Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 5 : Voilà, alors c'était le plan Alzheimer à l'époque, c'était en 2009. En 2009 qui était notre président ? SARKOZY je pense ce n'est pas ça ? Enfin je ne sais plus. Donc là c'était à ce moment-là qu'on a développé cette idée que l'on avait vraiment besoin de coordonner ce genre... Mais on est en 2022, moi je pense ça fait plus de 10 ans que j'ai arrêté une [euh], d'être acteur du réseau du réseau de gériatrie... Et bah je pense que c'est, [euh] c'est toujours des dispositifs qui sont [euh]. Ils existent. Le problème de tous ces dispositifs c'est que ce n'est pas [euh], comment dirais-je, cohérent sur l'ensemble du territoire.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 5 : Donc c'est bien, mais ça ne suffit pas.

Intervieweur : D'accord, OK.

Médecin 5 : Voilà, on vient tout ce qu'on a dit : *[le médecin lit sur son ordinateur les missions des MAIA]* favoriser le maintien de l'autonomie, simplifier le parcours des personnes âgées, renforcer la lisibilité du système d'aides et de soins, fournir la solution complète harmonisée et adaptée aux besoins ... Donc ça existe, mais...

Intervieweur : Mais en pratique vous ne l'utilisez pas.

Médecin 5 : Mais en pratique je ne l'utilise pas. Parce que le médecin va d'abord faire un diagnostic. Et bon, moi je connais TREFLE parce que j'y ai travaillé, mais la MAIA sur le territoire... Vous demanderiez à, je ne sais pas moi, tous les médecins du coin, est ce que vous travaillez avec une MAIA quand vous avez un problème ? Est-ce que vous faites appel à un système de coordination à votre place ? Il y a majorité des médecins qui va dire "bah je n'ai pas besoin d'eux".

Intervieweur : Ouais.

Médecin 5 : C'est ce que j'entends moi, voilà.

Intervieweur : Ouais, ouais. Et vous m'avez parlé de sillage aussi ?

Médecin 5 : Alors Sillage, c'est [euh]... Comment on appelle ça ? C'est quand vous cherchez... Alors c'est plus SILLAGE d'ailleurs maintenant, c'est... C'est quand vous cherchez un... Je l'ai noté quelque part je pense... *[Le*

médecin regarde de nouveau sur son ordinateur]. Ce n'est pas ici... C'est quand vous cherchez une place en maison de retraite ou dans un dans un service de gériatrie, ou de soins palliatifs.

Intervieweur : D'accord ! Ah oui, donc c'est pour aider à...

Médecin 5 : C'est pour pouvoir faire [euh], un papier d'admission, donc y compris par exemple l'hôpital gériatrique de [VILLE]. Vous faites votre demande [euh]... J'ai oublié le nom... Je ne pense pas que ce soit SILLAGE....

Intervieweur : Je sais qu'il y en avait un qu'on utilisait à l'hôpital, mais le nom ne me revient pas non plus.

Médecin 5 : Oui.

Intervieweur : [rires] ça remonte un petit peu...

Médecin 5 : En plus je l'ai utilisé et très peu de temps pour un soin palliatif. J'ai dit c'est très bien ! Il faut que j'informe tous les collègues là et généralement je mets ça en barre de tâches, mais il suffit que vous soyez là pour que... Pour que je ne le trouve plus !

Intervieweur : A l'hôpital c'était trajectoire.

Médecin 5 : Trajectoire !

Intervieweur : C'est bon ça me revient ! Moi aussi j'ai eu du mal [rires] !

Médecin 5 : [rires] Trajectoire ! Merci, bah voilà, TRAJECTOIRE c'est...

Intervieweur : Je ne savais que c'était utilisable en ville vous voyez !

Médecin 5 : Bah si, si. Mais voilà, donc Trajectoire, utilisable en ville ; à la fois, et il y a très peu... Et ça c'est les soins palliatifs qui me l'on dit ! Vous pouvez faire votre demande d'HAD, hospitalisation à domicile, sur Trajectoire !

Intervieweur : Je ne savais pas.

Médecin 5 : Mais non... Mais il y a plein de choses encore à apprendre... [rires]

Intervieweur : [rires]

Médecin 5 : Voilà ! Mais on est [euh] dans le médecin fait ! Alors que se décharger, se délester un petit peu, donc pour revenir à l'essentiel, et de pouvoir prendre du recul, voir quinze jours après si ça a été fait par un réseau, c'est quand même bien !

Intervieweur : Ouais, bah oui.

Médecin 5 : Voilà. TRAJECTOIRE, oui, merci !

Intervieweur : Vous allez pouvoir le mettre dans les favoris [rires].

Médecin 5 : Voilà, merci d'être venue ! [rires]

Intervieweur : Merci à vous !

Entretien Médecin 6, le 09/06/2022

Rencontre en présentiel, au cabinet du médecin interviewé.

Durée de l'entretien : 23 minutes et 42 secondes

Intervieweur : Je me présente, Stacy Parent, je suis médecin remplaçant dans la région Haut de France. Donc je réalise un travail de thèse qui aborde le thème de la consultation mémoire. Merci encore d'avoir accepté de me rencontrer pour participer à cette étude. L'entretien sera enregistré, l'anonymat des participants est respecté. Vous pourrez faire retirer l'analyse de l'entretien à tout moment avant son anonymisation et à l'issue de la recherche, l'intégralité des enregistrements sera détruite. Vous pourrez être informé des résultats de l'étude si vous le souhaitez. Est-ce que vous avez des questions ?

Médecin 6 : Non.

Intervieweur : Je vais d'abord vous poser des questions d'ordre général ; quel âge avez-vous ?

Médecin 6 : Soixante-seize.

Intervieweur : D'accord. Dans quelle zone exercez-vous ? Plutôt rurale ; plutôt urbaine ?

Médecin 6 : Rurale on va dire.

Intervieweur : OK, quel est le nombre d'habitants dans votre commune d'exercice ?

Médecin 6 : Alors ça doit être en dessous de... Je pense que ça... Autour de 2000 habitants ici à [VILLE].

Intervieweur : D'accord. Depuis combien de temps exercez-vous la médecine générale ?

Médecin 6 : Ah ça fait très longtemps [rires].

Intervieweur : [rires]

Médecin 6 : C'est depuis les années soixante-dix ; donc 50 ans [rires]. J'ai commencé à remplacer en 1970, le médecin avec qui je me suis associée après.

Intervieweur : D'accord, exercez-vous seul ou en cabinet de groupe ?

Médecin 6 : En cabine de groupe.

Intervieweur : Êtes-vous maître de stage ?

Médecin 6 : Non.

Intervieweur : Êtes-vous titulaire d'un DU ou d'un DIU ayant un lien avec la médecine gériatrique ?

Médecin 6 : Non.

Intervieweur : OK, alors on va rentrer dans le vif du sujet.

Médecin 6 : Oui.

Intervieweur : Est-ce que vous pouvez me raconter la dernière consultation où vous avez décidé d'avoir recours à la consultation mémoire pour un de vos patients atteint de troubles cognitifs ?

Médecin 5 : Alors [euh] ... Je pense que ça fait déjà un petit moment... Si mes souvenirs sont bons, mais on parle de la consultation de la mémoire [rires] ! [euh] Qu'est-ce que j'ai fait ? J'ai fait un MMS, ça devait être chez une dame... Et qu'est-ce que tu veux savoir après ?

Intervieweur : Pourquoi vous l'avez envoyé en consultation mémoire ?

Médecin 6 : Ah non je l'ai fait... Moi j'ai fait le MMS moi même ! Je n'ai pas...

Intervieweur : Ah vous ne l'avez pas envoyé !

Médecin 6 : Non, je ne l'ai pas envoyé en consultation mémoire...

Intervieweur : OK, d'accord.

Médecin 6 : D'accord.

Intervieweur : Et une consultation où vous avez décidé d'envoyer en consultation mémoire ?

Médecin 6 : Ah ça fait très longtemps.... Je pense que c'était ... [euh] Peut être Monsieur... C'est un monsieur de 65 ans qui a des troubles de mémoire, qui a un Alzheimer diagnostiqué par le neurologue de [NOM DE VILLE].

Intervieweur : D'accord.

Médecin 6 : Et c'est le dernier ouais... C'est le dernier qu'on a envoyé là.

Intervieweur : Et du coup, quand vous vous l'avez vu, il n'avait pas encore son diagnostic ?

Médecin 6 : Non du tout, il ne l'avait pas encore. Mais on lui a fait un MMS, au cabinet.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 6 : Et je me souviens bien, il avait des tests perturbés, en particulier il avait des troubles au test de l'horloge, [euh] du temps, ça ça a été très caractéristique. Au point de vue mémoire, le compte à rebours, ça c'était relativement bien, mais par contre totalement désorienté [euh] dans l'espace.

Intervieweur : D'accord, OK. Donc du coup vous avez fait le MMS et après vous avez décidé de l'envoyer en consultation mémoire ?

Médecin 6 : Voilà.

Intervieweur : OK, et du coup quelles étaient vos attentes à ce moment-là ?

Médecin 6 : Mes attentes ?

Intervieweur : Oui, par rapport à la consultation ?

Médecin 6 : Bah d'abord une confirmation du diagnostic, ce qui a été fait. Et puis après je n'en attends pas grand-chose de la consultation mémoire...

Intervieweur : [rires] Ah bon, pourquoi ?

Médecin 6 : Bah parce que de toute façon on est dans une impasse thérapeutique, donc il... Il y a... C'est plus un problème social à la limite, et un problème de soignants proches, qu'un problème médical à probablement parlé, pour les patients.

Intervieweur : D'accord, OK. Et du coup vous m'avez dit « ça fait longtemps » ; c'était quand ça ?

Médecin 6 : Ça, ici le dernier ? C'est récent ça fait moins de ... Ça fait moins de deux ans, ça fait dix-huit mois.

Intervieweur : D'accord, OK. Et du coup vous ne l'utilisez pas souvent finalement ?

Médecin 6 : De quoi le MMS ?

Intervieweur : Non la consultation mémoire ?

Médecin 6 : Non, pas souvent non.

Intervieweur : Non.

Médecin 6 : Pas souvent, mais je n'ai plus non plus un exercice temps plein !

Intervieweur : Oui... Donc surtout une confirmation... Vos attentes c'était une confirmation diagnostic ?

Médecin 6 : Une confirmation diagnostic, tout en sachant que les médicaments, ça n'aboutit pas sur grand-chose.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 6 : Sauf des mesures médico-sociales, et d'aides au accompagnants, aux soignants, à la famille, à tout ça. Mais sur le plan thérapeutique on a... On n'a rien. Sauf bien sur [euh], l'hospitalisation de jour dans des structures spécialisées, ou des trucs comme ça.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 6 : D'accord.

Intervieweur : OK, donc ça c'était pour ce patient-là, parce que vous avez une

suspicion de maladie d'Alzheimer vous...

Médecin 6 : Chez quelqu'un de jeune.

Intervieweur : Voilà ; mais en pratique, de manière générale, vous l'utilisez à chaque fois pour un doute diagnostic ?

Médecin 6 : Consultation de la mémoire, je la réserve, et ça c'est vrai, chez des gens relativement jeunes.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 6 : Quand ils ont quatre-vingt ans, je n'envoie pas en consultation mémoire.

Intervieweur : D'accord, pourquoi ? [rires]

Médecin 6 : [rires] Bah parce que c'est plus des démences séniles que des Alzheimer vrais, et que à mon sens ça ne présente pas beaucoup d'intérêts.

Intervieweur : D'accord, OK. Et du coup, en pratique, une fois que le patient a bénéficié de la consultation mémoire, ça se passe comment ?

Médecin 6 : Ça se passe qu'on les voit relativement souvent, sans traitement hormis les traitements connexes, et puis après, [euh] c'est tout. Que veux-tu que je te dise ? Ça se passe comment... On est plus en rapport avec les proches qu'avec le patient.

Intervieweur : D'accord, OK. Et du coup sous quel support vous le recevez le compte rendu de la consultation ?

Médecin 6 : Ah le courrier ? Papier.

Intervieweur : Un courrier papier ?

Médecin 6 : Papier, ou par le neurologue de [NOM DE VILLE] c'est sur internet quand même, il fait les deux.

Intervieweur : D'accord. OK.

Médecin 6 : D'accord.

Intervieweur : Et du coup le courrier vous le recevez avant de revoir le patient ?

Médecin 6 : Normalement oui, en espérant [rires].

Intervieweur : [rires]. Et donc vous le lisez, et après vous revoyez le patient ?

Médecin 6 : Ouais.

Intervieweur : Et, vous le relisez avec le patient ou pas du tout ? Ou avec la famille ?

Médecin 6 : Ah bah la famille oui, après avec le patient [euh] oui, mais bon plus avec la famille.

Intervieweur : Ouais. Parce que si c'est des patients jeune, ils sont encore en état de comprendre souvent...

Médecin 6 : Ouais, alors le dernier que j'ai en tête il est conscient qu'il a des troubles d'orientation... Non seulement de mémoire mais aussi d'orientation dans le temps et d'orientation dans l'espace. Et il est Mais il sait. Mais un moment il sait qu'il ne sait plus, tu vois ? C'est...

Intervieweur : Ouais.

Médecin 6 : Enfin bon...

Intervieweur : D'accord. Et du coup-là par exemple, ça vous a donné la confirmation diagnostic, et dernière ça... Il y a un suivi ou pas du tout ?

Médecin 6 : Ça dépend ce que t'appelle suivi.

Intervieweur : Est-ce qu'ils sont revus par exemples ?

Médecin 6 : Pardon ?

Intervieweur : Est-ce que le patient est revu en consultation mémoire ou pas du tout ?

Médecin 6 : [euh] Ouais, mais c'est tous les... En générale c'est tous les six mois ; et plus par les psychologues, que par le neuro lui-même.

Intervieweur : D'accord, OK. Je reviens un petit peu sur quelques points. Vous m'avez parlé un petit peu du neurologue de [NOM DE VILLE], ça veut dire que vous la consultation mémoire elle est faite dans votre secteur par des neurologues, pas par des gériatres ?

Médecin 6 : Alors, il y a des gériatres, à l'hôpital de [NOM DE VILLE] qui font ça, mais en général quand on a le délai... Bah c'est plus la peine, parce que [rires] il y en a qui sont décédés avant !

Intervieweur : Ah ouais !

Médecin 6 : Ah bah c'est un an hein le délai !

Intervieweur : Un an.

Médecin 6 : C'est un an hein. Moi les derniers rendez-vous que j'ai pris en consultation mémoire avec Mme [NOM

DE FAMILLE], c'était un an. Maintenant elle n'y est même plus elle....

Intervieweur : D'accord.

Médecin 6 : Donc on est dépourvu de [euh], un petit peu de.... [NOM DE FAMILLE] c'est des RDV longs, les consultations mémoires à l'hôpital de [NOM DE VILLE] c'est très long, bien sûr, bien sûr...

Intervieweur : D'accord. Et donc par les gériatres, dans votre secteur, il n'y a que l'hôpital de [NOM DE VILLE] ?

Médecin 6 : A ma connaissance, oui.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 6 : Mais je n'ai jamais beaucoup cherché ailleurs [rires].

Intervieweur : [rires] D'accord, OK. Donc du coup les délais, pour vous c'est un frein à l'utilisation de la consultation mémoire ?

Médecin 6 : Absolument, oui. Bien sûr, bien sûr. Bien que, honnêtement, je ne crois pas que la consultation mémoire nous apporte grand-chose à nous.

Intervieweur : D'accord. D'accord.

Médecin 6 : C'est une impasse quoi, totale.

Intervieweur : Ouais... Donc en fait dans le courrier, quand vous le lisez, vous avez votre confirmation diagnostique, et vous n'y trouvez rien d'autre ?

Médecin 6 : Non.

Intervieweur : Non, d'accord.

Médecin 6 : Non.

Intervieweur : Donc pour vous, ça n'apporte pas de modification dans votre prise en charge du patient ?

Médecin 6 : Pas beaucoup. Là je repense à un cas ; alors c'est un monsieur très jeune, agriculteur, Parkinson, et alors c'est une maladie qui a été diagnostiquée maladie à Corps de Lewy.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 6 : Mais, finalement vu par le psychologue, suivie neurologique, examens, IRM, et tout le truc. On est tous d'accord sur le diagnostic ; l'évolution bah elle sera... Il n'y a personne qui est capable de me dire quelle évolution ça aura. On sait que ça ne va pas aller en s'arrangeant. Ce monsieur il a quel âge ? Il a 50 et des poussières. C'est un agriculteur [euh] ; moi j'ai l'impression ... Avec un résultat de consultation mémoire, j'ai l'impression d'être dans un cul de sac.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 6 : Ça ne m'apporte rien, ça ne m'apporte pas de traitement, sauf un tas de mesures médico-sociales pour le patient, pour l'entourage et tout ça... Mais ça ne m'apporte rien de médicalement pur pour le patient, ça ne m'apporte rien.

Intervieweur : D'accord. Et ces mesures-là sociales pour le patient et pour les aidants, ça ne vous aide pas dans votre prise en charge ?

Médecin 6 : Si ! Bien sûr, bien sûr ça compte dans la prise en charge.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 6 : Mais je veux dire la prise en charge, comme on prendrait en charge avec des médicaments une insuffisance cardiaque, ça n'existe pas dans ces maladies-là, et c'est tout.

Intervieweur : Et du coup vous pensez que ça rend inutile la consultation mémoire ?

Médecin 6 : Non ça ne la rend pas inutile, ça a eu une fonction, pas de confirmation ou même de diagnostic, parce qu'on n'est pas obligé de penser au diagnostic ; mais souvent on se doute un peu qu'il se passe quelque chose. Mais c'est tout.

Intervieweur : Ouais.

Médecin 6 : Ça me laisse... Ça me laisse relativement froid.

Intervieweur : D'accord, OK. Et du coup pour les...

Médecin 6 : Mais ça c'est après cinquante ans d'exercices hein.

Intervieweur : Oui ! Vous pensez que c'est une question d'expérience ?

Médecin 6 : Je pense que c'est un peu une question d'expérience, et j'ai été très déçu quand on a interrompu le remboursement des médicaments Alzheimer, Mémantine etc... Qui ne servaient certes pas à grand-chose, mais qui avait un gros impact psychologique sur les gens qui était conscient de leur état, et sur la famille en particulier.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 6 : Et là j'ai eu des gros problèmes pour faire comprendre aux gens que, bah ce n'est pas parce que c'est plus remboursé que l'on ne peut pas en donner, il y a des gens qui en ont encore. On sait bien que ça ne sert pas à grand-chose, mais psychologiquement ça a été fort mal accueillis par les gens, et par ma pomme !

Intervieweur : D'accord. [rires]

Médecin 6 : Voilà.

Intervieweur : OK, D'accord. Donc oui vous le fait qu'il n'y a plus de thérapeutiques [euh] à proprement dit, pour vous cela réduit l'intérêt de la consultation mémoire ?

Médecin 6 : Ça a un intérêt réduit, oui bien sûr.

Intervieweur : D'accord, OK. Et du coup, si je reviens sur ce dont vous m'avez parlé ; les aides, enfin la prise en charge sociale etc... Tout cela... Enfin vous avez quand même des propositions dans les courriers ? Ça vous aide ou vous l'avez déjà mis en place vous-même ?

Médecin 6 : Ah souvent c'est mis en place avant hein !

Intervieweur : Ouais...

Médecin 6 : Ou les gens sont prévenus...

Intervieweur : D'accord.

Médecin 6 : Bah les délais de consultations sont tellement longs, qu'on ne peut pas ne rien faire

pendant... Pendant un an, ou six mois quoi ; donc [euh] on met en place certaines choses, bien sûr.

Intervieweur : Et c'est quoi par exemple que vous mettez en place vous-même ?

Médecin 6 : Alors, par exemple ici, j'ai eu le cas d'un Alzheimer chez une patiente, sa fille est allée à des [euh], à des conférences, des stages, ou des suivis Alzheimer, pour comprendre. Pour les aidants, il y a des trucs comme ça qui se font. Il y a l'association FRANCE ALZHEIMER ; il y a [euh], des choses comme ça.

Intervieweur : D'accord, des associations d'aidants. Et ça du coup, vous, vous les connaissez-vous même, c'est vous qui le proposez au patient sans passer par la consultation mémoire ?

Médecin 6 : Voilà.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 6 : Souvent c'est fait avant.

Intervieweur : C'est fait avant... OK, d'accord.

Médecin 6 : Bien sûr.

Intervieweur : Et les aides paramédicales aussi ? Infirmières, tout ça ?

Médecin 6 : Oui bien sûr.

Intervieweur : Donc au final, il n'y a jamais une aide paramédicale, ou autre chose, que la consultation vous apporte et à laquelle vous n'aviez pas pensé ?

Médecin 6 : Euh non je n'avoue pas spécialement, maintenant peut être que je suis... J'oublie un tas de truc ou peut être que je suis inconscient ! Mais non... Ça ne m'est jamais... Sauf par exemple, les deux jeunes dont je parle, [euh] effectivement il y a des choses qui se mettent en place, [euh] il faut que ce soit accepté par le malade lui-même, ce qui n'est pas évident. Ce matin j'en ai encore vu un, il ne veut pas accepter certaines choses. Mais [euh], c'est plus facile à mettre en place quand les gens sont plus âgés, parce que dans ... Pas dans la tête du patient mais dans la tête de l'entourage, c'est un peu l'évolution normale de la vieillesse. Quand tu dois annoncer le diagnostic, et que tu dois mettre en place ce genre de mesures chez des gens qui sont plus jeunes, [euh] qui sont plus ou moins encore en activité et qui n'ont que des troubles disons partiels, [euh] c'est plus difficile.

Intervieweur : D'accord. Donc du coup, chez les patients plus jeunes, ça vous aide la consultation mémoire, dans le sens où, ça leur permet à eux d'accepter plus facilement les troubles si je comprends bien ?

Médecin 6 : Un peu ouais... C'est le patient dont je vous parle c'est ça, ça a été accepté plus facilement...

Intervieweur : Parce qu'il y a eu un autre avis ?

Médecin 6 : Il y a eu un avis spécialisé ouais... Bien sûr, bien sûr.

Intervieweur : Ouais OK, d'accord. Après vous m'avez parlé tout à l'heure,

qu'ils étaient vu par des psychologues, lors de la consultation mémoire. Du coup, quand ils vont en consultation mémoire, ils sont vu par soit un gériatre, soit un neurologue dans votre cas.

Médecin 6 : Ouais.

Intervieweur : Un psychologue. Et il y a d'autres intervenants paramédicaux ?

Médecin 6 : Euh... Au niveau du diagnostic non je n'ai pas, [euh] pas vu. Après il y a certainement des intervenants paramédicaux : kiné, ergo, etc... Mais [euh] Orthophonie etc... Mais pas au niveau du diagnostic.

Intervieweur : D'accord, OK. Donc dans le courrier ça vous le retrouvez pas du tout ? Et dans les courriers de suivi non plus ?

Médecin 6 : Non.

Intervieweur : D'accord, OK. On a parlé un petit peu des aidants, pareil au niveau de la consultation mémoire ou de l'évaluation mémoire, vous avez l'impression qu'ils sont intégrés dans la prise en charge les aidants ou pas du tout ?

Médecin 6 : Au niveau de la consultation mémoire ?

Intervieweur : Ouais.

Médecin 6 : Ah non ! Je n'ai jamais eu l'impression qu'ils étaient intégrés [rires].

Intervieweur : Non ? [rires]

Médecin 6 : Sinon c'est marqué avec les mesures [euh] etc., et puis c'est une ligne hein, c'est tout.

Intervieweur : C'est tout ? Il n'y a pas d'évaluation...

Médecin 6 : Ah bah non ça c'est « démerde toi » !

Intervieweur : D'accord.

Médecin 6 : Bah oui ça c'est sûr.

Intervieweur : D'accord, OK.

Médecin 6 : Maintenant je n'ai peut-être pas la prise en charge parfaite de la chose, mais peut-être je n'ai pas les bonnes adresses non plus hein. Mais... Je ne sais pas.

Intervieweur : Oui, après c'est comme cela que ça se passe dans votre secteur. OK, du coup si on devait résumer, qu'est-ce que vous vous pensez de la place de la consultation mémoire dans la prise en charge des patients atteints de troubles cognitifs ?

Médecin 6 : Ah bah il faut la garder ! A mon avis elle n'est pas... Alors comment te dire ça ? Elle est certainement primordiale, et il la faut, parce que c'est une confirmation, et puis ça [euh], ça t'empêche d'être seul face au patient et face à l'entourage, t'as quand même des documents et des trucs qui... Mais à mon avis ce n'est pas non plus... C'est primordial mais c'est tout, ça... Comme ça ne débouche sur rien de médical [euh], c'est tout...

Intervieweur : D'accord.

Médecin 6 : De médical, [euh] j'entends thérapeutique, de médicament quoi.

Intervieweur : D'accord, OK. Et si jamais du coup, vous pouviez apporter des modifications... Quand vous envoyer le patient à cette consultation, est-ce que vous avez d'autres besoins ?

Médecin 6 : Bah j'ai besoin de délai plus courts !

Intervieweur : [rires] OK, d'accord.

Médecin 6 : Je crois que si le délai est plus court, c'est vrai que l'on fera plus de choses, et on ne sera pas... On n'aura rien mis trop en place avant, donc ça voudra dire que l'on n'aura rien à modifier après, et il y a une prise en charge qui fait ; enfin qui est réconfortante pour le patient, pour l'entourage, et puis pour nous aussi quoi.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 6 : Simplement des délais plus courts, ça [euh] ça sera mieux.

Intervieweur : OK, d'accord. Donc du coup ça le délai c'est un gros frein à l'utilisation de la consultation mémoire. Est-ce que vous voyez d'autres freins ?

[Silence]

Intervieweur : Non ? Vous m'avez parlé aussi de l'acceptation du patient ?

Médecin 6 : Ouais, mais ça en général, c'est accepté.

Intervieweur : Ouais, par les aidants aussi ?

Médecin 6 : Ouais, ouais bien sûr. Non le fait d'aller en consultation... Il y a quelques fois des révoltes quand on a ; quand on dit au gens il faut aller voir [euh] la consultation de la mémoire, il nous regarde avec des, avec des [euh], en louchant avec des yeux qui sont comme ça ! Mais, il y a... En général c'est relativement bien pris par l'entourage, et non non, on arrive à les persuader, bien sûr, bien sûr.

Intervieweur : D'accord, donc pas d'autres freins à part les délais ?

Médecin 6 : Ouais non, moi je crois que c'est un gros gros frein ça !

Intervieweur : [rires]

Médecin 6 : C'est sûr hein, tout partout hein.

Intervieweur : Ouais, comme pour d'autres spécialistes !

Médecin 6 : Absolument ! Bah ouais, que veux-tu, on sait bien que la consultation elle-même ne va pas déboucher sur grand-chose de ... Encore une fois je reviens sur l'attitude thérapeutique, mais ça te permet une mise en place plus facile de certaines choses ; ça te permet d'avoir, de mettre tout l'entourage, donc les premiers exposés, les aidants, l'épouse, les enfants et tout ça etc., de leur expliquer les choses. Et puis quelques fois d'arriver un petit peu à l'expliquer au malade lui-même quand il n'est pas encore trop, trop atteint quoi.

Intervieweur : Hum hum.

Médecin 6 : Et ça c'est très important chez les jeunes, enfin chez les plus jeunes.

Intervieweur : Hum, hum. Donc du coup, l'annonce du diagnostic, ça c'est aussi un point positif de ce qu'ils peuvent faire en consultation mémoire ?

Médecin 6 : Alors c'est plus facile à annoncer effectivement quand on a des documents et qu'on a vu [euh], qu'on a un appui de la consultation mémoire.

Intervieweur : Donc c'est vous qui annoncez le diagnostic, ce n'est pas fait là-bas ?

Médecin 6 : Alors quelques fois c'est fait par le neurologue, quelques fois c'est nous.

Intervieweur : D'accord, OK.

Médecin 6 : De toute façon quand c'est fait par le neurologue, ou il faut qu'il prenne beaucoup de temps, ce qui n'est pas simple, mais la parole du médecin traitant est fort importante pour réexpliquer les choses.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 6 : Et pour donner une perspective d'évolution de la maladie aux gens.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 6 : Ça je pense que, ou il faut des assistantes sociales bien formées, des infirmières, ou c'est le médecin traitant ; mais le spécialiste ou le neurologue ou le gériatre, de

consultation mémoire, ne savent pas trop expliquer.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 6 : Parce qu'il faut réexpliquer les choses ; il faut revoir, il faut réexpliquer, et ça ils ne peuvent pas le faire.

Intervieweur : D'accord. Parce qu'ils ne sont pas vus assez régulièrement ?

Médecin 6 : Bah oui, tout à fait ! Il n'a pas de raison de le voir régulièrement, le spécialiste lui-même il n'a pas de raison de le voir... Une fois qu'il a posé son diagnostic, il va le voir tous les 6 mois, tous les ans, pour dire on continue le même traitement, ou on ne donne rien... C'est tout. Nous on a besoin de, les gens ils ont besoin de réexpliquer.

Intervieweur : D'accord, OK. Donc ça, vous pensez que c'est votre rôle à vous, de réexpliquer ? C'est le rôle du médecin traitant ?

Médecin 6 : Bien sûr ! Ouais, ouais.

Intervieweur : Vous pensez que ça a un lien entre la relation particulière qu'il y a entre le médecin et le patient ?

Médecin 6 : Bien sûr, tout à fait, tout à fait.

Intervieweur : OK.

Médecin 6 : Et je crois que la parole du médecin traitant est très importante pour persuader les gens qu'il faut aller en consultation mémoire.

Intervieweur : Ouais.

Médecin 6 : Parce que l'on rentre quand même dans un domaine très personnel, très délicat [euh]. Les gens ils n'acceptent pas hein, donc oui je pense que oui ça a beaucoup d'importance.

Intervieweur : D'accord. Juste, dernier point que je voulais aborder avec vous, est-ce que vous pouvez me raconter comment se passe vos relations avec les gériatres de votre secteur ?

Médecin 6 : Ah !

Intervieweur : [rires]

Médecin 6 : Question particulièrement indiscreète [rires], je ne les connais pas personnellement, j'ai des courriers, et moi ça me suffit.

Intervieweur : D'accord, OK. Et si vous pouviez apporter des modifications pour améliorer la communication avec eux ?

Médecin 6 : Alors, je pense que le téléphone est un bon moyen, mais ça on ne s'en sert pas. Je pense que de notre part, on devrait peut-être faire un effort, [euh] pour aller dans les centres hospitaliers.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 6 : Discuter ... Il y a des histoires de formation tout ça, mais ça s'est très stéréotypé. Je pense que si on allait plus souvent à l'hôpital voir des patients [euh], on en tirera beaucoup plus de bénéfices.

Intervieweur : D'accord. Voir des patients qui sont hospitalisés alors ?

Médecin 6 : Hospitalisés oui.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 6 : Et ça permet de voir et de discuter d'autres cas. Je pense que l'on n'a pas cette démarche là...

Intervieweur : De rencontrer en personne ?

Médecin 6 : Enfin moi je l'ai un petit peu ; voilà. Tout à fait.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 6 : Hors enseignement post universitaire, hors cours, enfin tu vois...

Intervieweur : Juste aller voir quand le patient est hospitalisé le médecin, pour [euh] ...

Médecin 6 : Hospitalisé et puis même voir un [euh] ; ça ne t'empêche pas, un hospitalisé, de parler de quelqu'un d'autre ; il n'y a pas ; il n'y a pas de soucis.

Intervieweur : Oui en fait rencontrer en personne...

Médecin 6 : Ça manque beaucoup, mais c'est à la fois de notre faute, et c'est à la fois la faute du système hospitalier.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 6 : A mon sens. Moi hier, j'étais encore à l'hôpital pour voir quelqu'un. J'ai discuté avec une infirmière, j'ai fait ... Ça fait des relations quand même beaucoup plus simples ; et ça ; ça ça nous manque. Enfin moi à mon avis ça manque.

Intervieweur : Oui le contact humain...

Médecin 6 : Oui ! Et puis le contact humain professionnel quoi... Mais...

Intervieweur : Au moins de savoir à qui on s'adresse ?

Médecin 6 : Voilà ! Connaître les gens, quand on fait un courrier, d'avoir... Quand on vous dit « mon cher confrère », d'avoir [euh] une photo dans les yeux. Ce qui n'est pas ; ce qui n'est quand même pas trop souvent le cas.

Intervieweur : Ouais. C'est vrai que maintenant on utilise le téléphone... Donc vous vous n'utilisez pas le téléphone ?

Médecin 6 : Non pas trop.

Intervieweur : [rires] OK, merci, je n'ai plus de questions.

Médecin 6 : Il n'y a pas de mal !

Entretien Médecin 7, le 05/07/2022

Rencontre en présentiel, au cabinet du médecin interviewé.

Durée de l'entretien : 28 minutes et 1 secondes

Intervieweur : Alors bonjour, je me présente Stacy Parent, je suis actuellement médecin remplaçant dans la région Hauts-de-France ; je réalise un travail de thèse abordant le thème de la consultation mémoire. Merci d'avoir accepté de me rencontrer pour participer à cette étude. Notre entretien sera comme convenu enregistré ; l'anonymat des participants sera bien sûr respecté. Vous pouvez faire retirer l'analyse de l'entretien à tout moment, avant son anonymisation. À l'issue du travail de recherche, l'intégralité des enregistrements sera détruite. Vous pourrez bien entendu être informé des résultats de cette étude. Est-ce que vous avez des questions avant de débiter l'entretien ?

Médecin 7 : Non.

Intervieweur : Très bien donc je vais tout d'abord vous poser quelques questions d'ordre général, quel âge avez-vous ?

Médecin 7 : Quarante-deux.

Intervieweur : D'accord ; dans quelle zone exercez-vous plutôt rurale, plutôt urbaine ?

Médecin 7 : Semi rurale.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 7 : Du coup, si tu dois avoir un des deux, plutôt urbaine.

Intervieweur : D'accord, quel est le nombre d'habitants dans votre commune d'exercice ?

Médecin 7 : Je ne suis pas certaine, je dirais 3000, je n'en suis pas certaine.

Intervieweur : D'accord, depuis combien de temps exercez-vous la médecine générale ?

Médecin 7 : Depuis 2008, dix, douze, quatorze ans ! [rires]

Intervieweur : [rires] D'accord. Est-ce que vous exercez seul ou en cabinet de groupe ?

Médecin 7 : En cabinet groupe.

Intervieweur : Est-ce que vous êtes maître de stage ?

Médecin 7 : Oui.

Intervieweur : Est-ce que vous êtes titulaire d'un DU ou d'un DIU ayant un lien avec la médecine gériatrique ?

Médecin 7 : Non.

Intervieweur : OK, d'accord. Donc on va rentrer dans le vif du sujet ; est-ce que vous pouvez me raconter la dernière consultation où vous avez décidé d'avoir recours à la consultation mémoire pour un de vos patients atteints de troubles cognitifs ? La dernière ou une qui vous vient en tête ?

Médecin 7 : Je réfléchis ; alors notre mode de fonctionnement dans le cabinet [euh] a fait depuis longtemps que, [euh] je faisais très peu de gériatrie. Je, [euh] mais je dirais que, en règle générale, et si ça devait être ma dernière, l'orientation vers la consultation mémoire, elle est principalement sur une demande de mon patient qui s'interroge [euh] sur ces ; sur l'évolution de ces de ces troubles mnésiques ; débutants toujours dans ce cadre-là. [euh] Et qui me demande ce que j'en pense parce qu'il pense à 70 ans, qu'il a de plus en plus de pertes de mémoire, peut être un antécédent familial de maladie d'Alzheimer, et du coup il vient me dire [euh] qu'est-ce que vous en pensez docteur ? Et [euh], je [euh], j'oriente vers une consultation de mémoire à ce moment-là. Ce serait plutôt dans ce cadre-là que mes premières consultations, [euh] en tout cas de prescription de consultation mémoire ; [euh] viendraient.

Intervieweur : D'accord ; OK donc c'est plutôt une plainte du patient ?

Médecin 7 : C'est plutôt, en règle générale dans mes prescriptions, une plainte du patient ; ça peut être autre chose aussi, que sont une demande de la famille.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 7 : Principalement c'est les époux ; pas trop les enfants parce que ça ne se fait pas... Enfin, ça c'est moins adapté dans la, [euh] dans la prescription de la consultation mémoire.

Mais il se peut aussi, ça m'est déjà arrivé, d'avoir des femmes ou hommes mariés, qui m'appellent avant la consultation en m'expliquant qu'il y a un trouble mnésique croissant au domicile et qu'ils aimeraient bien quand même qu'on en parle ou que je [euh], j'effectue quelque chose. Et du coup, à la consultation mensuelle de renouvellement, je [euh] je réoriente un petit peu et dans ces cas-là, c'est plus quelque chose qui va être orienté par un [euh] proche et proposé de de ma part. Mais le patient n'est pas le demandeur, dans ces cas-là ; il y a plusieurs façons de de prescrire la consultation. Est-ce que j'en ai des autres [euh] dans ma pratique habituelle ? Certainement. Je réfléchis au fur et à mesure et je reviens dessus si je t'en trouve.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 7 : Si je t'en trouve des autres. Après [euh], si la dernière, c'est que ça m'est déjà arrivé aussi de voir moi des troubles mnésiques francs, avec des gens qui arrivent en retard en consultation, [euh] qui paraissent perdus et dont on voit l'évolution sur quelques mois ; [euh] péjorative. Et où moi j'enclenche une consultation mémoire ; avec dans ces cadres-là, c'est ma secrétaire qui prend le rendez-vous ; et du coup je suis obligée de noter et de faire sortir les gens avec un rendez-vous déjà pris.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 7 : Quand je vois que j'ai des patients avec des francs troubles

mnésiques ; et que [euh], qui eux ne sont pas du tout demandeur ni [euh] ne s'en rendent même pas compte.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 7 : Voilà.

Intervieweur : Donc ça arrive, que ce soit le patient, l'aidant, ou vous-même qui êtes à l'initiative.

Médecin 7 : Ouais ; mais si je devais être [euh]... En règle générale et les premières qui me viennent à l'esprit, c'est plutôt le patient.

Intervieweur : Le patient.

Médecin 7 : Plus, oui.

Intervieweur : D'accord OK. Et du coup, les patients, vous les orientez d'emblée dès la première plainte de troubles mnésiques, vers la consultation mémoire ; ou vous faites des bilans avant ?

Médecin 7 : Alors, [euh] j'orientais. Avant, je dirais, en début de carrière et jusqu'il y a cinq-six ans, j'orientais facilement parce que ce n'était pas quelque chose qui était [euh] aisé pour moi et j'étais pas, ni formée, ni à l'aise avec ça. Et en voyant revenir de plus en plus de résultats de consultation mémoire avec un MMS et une IRM cérébrale, [euh] je prescris systématiquement une IRM cérébrale avant de faire la consultation mémoire. Maintenant, les MMS sont régulièrement faits ; principalement par les étudiants qui sont en stage ici, parce que c'est extrêmement chronophage. Alors, outre tout ce que [euh] tout le

monde peut dire du MMS qui est facile ; en tout cas pour moi il est chronophage parce qu'il n'est pas habituel. C'est pas quelque chose qui est ancré dans ma consultation et que je fais avec une grande aisance. Du coup moi je le [euh], j'en fais très très peu, voire pas. J'en fais quelques-uns mais vraiment de façon anecdotique, mais ça se passe en, en fond régulièrement quand tu vois un suivi ou quand on est en demande de consultation mémoire avant d'y aller. Et les bilans sanguins sont faits régulièrement ici, donc en règle générale, il n'y a pas de nécessité de faire un nouveau bilan. Je leur demande de prendre le dernier bilan complet général avec [euh] bilan standard d'une personne âgée et ... Donc le bilan sanguin et IRM cérébrale.

Intervieweur : D'accord OK, et du coup, quelles sont vos attentes lorsque vous adressez le patient en consultation mémoire ?

[Silence]

Intervieweur : [rires] C'est une question difficile ?

Médecin 7 : Ouais, c'est une question difficile parce que [euh] c'est plus une ; quelque chose qu'on a sous la plume qu'une réelle attente. [euh] L'attente est d'un diagnostic, clairement.

Intervieweur : Hum hum.

Médecin 7 : Voilà de ; [euh] de, d'avoir [euh], de mettre un diagnostic franc sur un trouble et certainement d'avoir une orientation de réseau ou de prise en charge du patient et de la famille en

accompagnement. Parce que je, je, je n'ai pas de, de [euh], de connaissances franches dans le secteur des réseaux existants et des [euh], et des choses à mettre en place pour les patients et les aidants. Du coup, c'est une attente plus qu'une réalité parce qu'en règle générale, ils sortent avec un diagnostic [euh] et pas grand-chose de plus. J'ai rarement vu des gens qui sortent avec une [euh]... Moi non plus je ne suis pas capable de le faire ! C'est pas forcément une critique hein, c'est une constatation, une constatation en tout cas dans le secteur sur la non-orientation des gens, en particulier sur une [euh], sur une prise en charge plus globale après une consultation de mémoire. ça se cantonne au diagnostic, et je suppose qu'ils attendent que ce soit nous les généralistes, qui orientent plus largement. Je ne le fais pas bien, parce que [euh] j'étais associé avec un médecin qui était médecin coordinateur et diplômé du DU de gériatrie ; à qui du coup j'orientais très facilement, quand il y avait des prises en charge de, [euh] de troubles mnésiques importants. Et qui savait, de par principalement un réseau ici qui est sur Marcoing, orienté. Et moi je le fais très très peu parce qu'on a cette chance de pouvoir être multidisciplinaire ici ; [euh] et dans la continuité je me suis réassociée avec quelqu'un qui finit son DU là de gériatrie ; et voilà les orientations et les prises en charge seront plus faciles dans ce cadre-là. Je pense.

Intervieweur : D'accord, OK et donc [euh] vous vous avez surtout une attente diagnostique ?

Médecin 7 : Ouais.

Intervieweur : [euh] Est-ce que vous avez des doutes ou des hésitations avant d'envoyer les patients à la consultation mémoire ?

[Silence]

Médecin 7 : Ah bah, une première hésitation serait sur l'adhésion du patient hein ; parce que [euh] elle n'est pas toujours franche et [euh]... Il m'arrive de pas la faire tout de suite parce que les gens sont, ne sont pas forcément enclins à être [euh], à être dynamique dans cette, dans cette position-là. Donc cette hésitation sur l'adhésion du patient. [euh] Moi, par rapport à [euh], au retour que je peux en avoir et à l'orientation ; non pas du tout ! C'est toujours chose qui est [euh], qui est bien, bien prescrit. Mais plutôt ouais par rapport à l'adhésion du patient sur, sur [euh]... J'ai besoin [euh], j'ai besoin qu'il soit quand même, même avec ces troubles mnésiques, en accord avec la prescription et en accord avec le temps passé lors de cette consultation. [euh] Voilà, après peu d'hésitation, en règle générale quand même, dans le [euh], dans l'orientation quand c'est nécessaire.

Intervieweur : D'accord OK. Et du coup, comment ça se passe en pratique une fois que le patient a bénéficié de sa consultation mémoire ?

Médecin 7 : Il revient me voir avec le courrier, alors il a une ou deux consultations en fonction. Il en a de plus en plus qu'une ; parce que comme l'IRM cérébral est fait, il a, il a avant une, [euh] un bilan psychologique, qui est fait par le psychologue d'ailleurs, hein, ça doit être ça ?

Intervieweur : D'accord.

Médecin 7 : Un bilan neuro-psycho. Dans le secteur, ça se passe comme ça, je ne sais pas si c'est partout pareil d'ailleurs. Et puis une [euh], un rendez-vous de [euh], de consultation avec le gériatre qui [euh] me fait un courrier. Donc je revois le patient avec le courrier, [euh] je lis la conclusion [rires].

Intervieweur : Hum hum [rires].

Médecin 7 : Principalement ! Et [euh] je relis, je reprends les explications qui ont été données par le gériatre en cours de consultation avec la famille ou le patient pour [euh] reformuler, réexpliquer, et répondre aux questions des [euh], des patients. La plupart du temps, ils n'ont pas bien compris, hein qu'il y avait un trouble mnésique grave. À part cette histoire de maladie d'Alzheimer, quand on parle, quand on met le mot, voilà tout le monde connaît et on comprend qu'il y a une, [euh] une maladie mnésique importante. Mais il y a quand même plein d'autres diagnostics qui sont tout aussi lourds ou tout [euh] tout ; qui engendrent tout autant de, [euh] de problèmes autour des, de la famille et de son aidant ; qui nécessitent quand même une reformulation et [euh] un plan de soins ou de suivi. Alors je, je

reste très démunie [euh]... Classiquement, de par une prescription ou un médicament, où voilà... Parce que c'est pas adapté, et je n'en prescris pas d'ailleurs. Je suis plutôt en attente de, d'avoir des [euh] des aides sur les réseaux et autres choses dans le secteur. Je ne suis pas très dynamique moi-même, hein ! Je pourrais certainement me renseigner plus sur ce qui existe et pouvoir les orienter mieux ; mais en tout cas, je leur donne un plan de [euh], de suivi qui est ; qu'on va se voir plus souvent... J'ai besoin de savoir [euh] si les aidants sont épuisés ou pas et on... Je reformule toujours à ce moment-là le fait que le [euh], le patient est atteint d'une maladie et qu'on a besoin autour de lui, de [euh] de calme et de sérénité pour pouvoir l'entourer. Si ce n'est pas le cas, je me porte présente pour pouvoir entendre les aidants et j'essaie de toujours [euh] ; essayer d'évaluer si l'aidant a une compréhension suffisante pour [euh] pour ne pas s'énerver. On a énormément de conjoints qui [euh], qui, même après une consultation mémoire, un diagnostic de maladie d'Alzheimer ou autre hein, posé, reste avec un : « il fait pas d'efforts, j'en ai marre, j'en peux plus, [euh] il comprend rien, il fait toujours les mêmes conneries » ... Et du coup cette consultation [euh], le fait d'avoir le courrier, pose un peu le fait de [euh], de reprendre que c'est une maladie, qu'on doit avoir beaucoup de [euh] de calme autour de [euh] du patient et que on le laisse le plus possible dans ses habitudes à la

maison, un peu ritualisées, et qu'on essaye de pas trop le brusquer.

Intervieweur : OK, D'accord.

Médecin 7 : Je reprends ça un peu.

Intervieweur : OK, d'accord. Du coup...

Médecin 7 : Le patient est souvent assez mutique, je trouve, dans ces consultations d'annonces, ou en post consultation mémoire.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 7 : [euh] Il ne pose pas trop de questions, c'est souvent l'aidant et le patient pose pas ; ne pose jamais trop de questions de toute façon, je trouve.

Intervieweur : OK ; alors vous m'avez dit... Vous m'avez dit beaucoup de choses, donc là par exemple la consultation d'annonce, là vous m'en parlez... C'est vous qui la faites l'annonce où elle est faite par le gériatre ?

Médecin 7 : Elle est faite par le gériatre, de façon succincte et principalement quand on a le nom maladie d'Alzheimer. Ensuite, on voit des fois... [euh] ça revient sans [euh] ; avec une démence sévère avec MMS effondré ; la conclusion est celle-ci. Et les patients reviennent en me disant « ben il m'a dit qu'il fallait voir avec vous et que [euh], il fallait surveiller, qu'on verrait [euh] comment ça va dans les prochains mois ».

Intervieweur : D'accord.

Médecin 7 : Voilà, et donc là on doit quand même reprendre le fait que les

tests ne sont pas bons. On essaye de poser, alors toujours comme toute annonce difficile avec le patient en face de moi, de poser des [euh] des mots clairs et simples sur le mauvais diagnostic, le fait que la mémoire est [euh] est déficitaire et atteinte. Enfin voilà. Tu leur dis que les résultats des tests ne sont pas très bons et qu'on a une [euh] maladie de mémoire importante.

Intervieweur : D'accord OK, donc l'annonce c'est plutôt vous qui la faite en règle générale ?

Médecin 7 : Ouais.

Intervieweur : OK, d'accord.

Médecin 7 : C'est plus facile, sachant le niveau de compréhension des patients en fait. On [euh], on sait [euh] dans quel milieu d'intellect on évolue, [euh] et du coup le niveau de compréhension des patients est plus simple ; pour nous. Que pour le gériatre qui voit les patients deux heures et puis c'est tout quoi.

Intervieweur : Donc vous pensez que c'est parce que vous connaissez mieux le patient que vous êtes plus [euh] plus apte à faire l'annonce ?

Médecin 7 : Que... Oui.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 7 : Oui ; bah apte, tout le monde l'est ! Mais [euh] que l'annonce sera certainement un peu plus entendue par le patient et [euh] et plus encadrée.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 7 : Je prends le [euh] le temps de faire reformuler aux patients ; s'il a bien compris ; surtout quand je sais qu'il y a une [euh] un niveau d'intellect, d'intelligibilité qui n'est pas très haut.

Intervieweur : D'accord, OK. Et donc ça, vous m'avez parlé aussi beaucoup des aidants... Donc les aidants ils sont intégrés à la consultation mémoire ? Ils y participent ?

Médecin 7 : Lorsqu'ils sont chez moi ou quand ils viennent...

Intervieweur : Quand ils sont à la consultation mémoire là-bas.

Médecin 7 : Il me semble que c'est une demande de la part des gériatres du secteur ; [euh] ils y vont jamais tout seul hein ! Il faut absolument un aidant pendant la consultation, oui.

Intervieweur : OK, d'accord, et vous le retrouvez ça, [euh] quand vous lisez le courrier, la place de l'aidant et sa prise en charge aussi ?

Médecin 7 : Oui, effectivement, quand ils décrivent le [euh] le quotidien du patient, effectivement il y a une [euh] une part importante de description de [euh], des parts d'aide ou même [euh], d'essoufflement de la famille. Oui, oui c'est décrit.

Intervieweur : D'accord. Et ils ont des propositions lorsqu'il y a des épuisements et cetera ?

Médecin 7 : Et ben j'ai pas trop l'impression !

Intervieweur : D'accord.

Médecin 7 : Je... Non, je... C'est ce qui regroupe le fait de [euh], de [euh], d'orientation post consultation mémoire. [euh] Non, j'ai pas trop l'impression.

Intervieweur : OK, donc je suis revenu là-dessus... Est-ce que... Vous m'avez dit que vous lisiez le courrier avec le patient en consultation ? Ensuite [euh], vous ne le lisez pas avant ?

Médecin 7 : Si je le lis avant... Et non, je le lis avant.

Intervieweur : Ouais, d'accord.

Médecin 7 : Je le lis avant et... Et je réouvre devant le [euh], devant le patient en me remémorant la conclusion, devant le patient, oui.

Intervieweur : D'accord, OK. Et surtout je reviens là-dessus m'avez dit que vous ne lisiez que la conclusion, [rires] pourquoi ?

Médecin 7 : [rires] Je lis la conclusion de tous les courriers, parce qu'on en a beaucoup et que je me [euh]... Je monte un peu si c'est, [euh] si c'est quelque chose qui me paraît indispensable, on va dire [euh]... Les fractions d'éjection lors des échographies, j'aime beaucoup les regarder, parce qu'elles sont toujours reprises ; c'est un exemple. En consultation de mémoire, c'est long ! Les [euh] les courriers qu'on nous adresse sont souvent assez long, avec effectivement une reprise des habitudes, des antécédents, des traitements en place, [euh] comment ça s'est passé la consultation... Alors je

lève un peu les yeux vers le MMS, souvent pour avoir le score ; s'il n'est pas repris dans la conclusion. Et en règle générale, elle est plutôt bien faite, la conclusion. Alors, les habitudes de vies des gens, je les connais, ça me paraît... Enfin, par [euh] par souci de facilité et de temps hein, je vais plutôt à la conclusion. Ce qui est assez.... C'est souvent le cas dans beaucoup de courriers. C'est pas toujours le cas hein, mais c'est souvent le cas dans beaucoup de courriers chez moi.

Intervieweur : D'accord, OK et du coup, d'une manière générale, vous en pensez quoi du courrier ? Sur la forme, du coup vous m'avez dit, qu'il était un peu long.... [rires]

Médecin 7 : Un peu long [euh], mais pour moi, pour... Parce que on n'a pas le temps et... Mais c'est pas quelque chose de dérangent. Non, je, [euh] je trouve qu'il est plutôt adapté. Il est clair ; la conclusion, elle est concise, on a l'impression qu'ils savent très bien qu'on va lire les conclusions et que du coup, ils reprennent une [euh] une grande partie de [euh] des résultats importants. C'est pas juste une phrase en disant... Les conclusions sont souvent assez [euh] assez longues et font un [euh] un bon récapitulatif de [euh] du haut. Elles sont plutôt agréables, adaptées, un peu longues mais [euh] mais nécessaire quoi, ce ...

Intervieweur : D'accord.

Médecin 7 : Agréable.

Intervieweur : OK, d'accord, et donc d'un point de vue évaluation, [euh] les évaluations qui sont faites là-bas en consultation mémoire, vous m'avez dit qu'ils y voyaient un neuropsychologue, un gériatre, est-ce qu'il y a d'autres paramédicaux qui interviennent lors de la consultation ?

Médecin 7 : Je ne pense pas et si oui c'est que je n'ai pas suffisamment bien lu les courriers. [rires] Je ne pense pas.

Intervieweur : [rires] OK. D'accord et [euh] ... Ça se passe donc d'une manière [euh]... C'est une consultation pour vous qui dure deux heures, ce n'est pas des hospitalisations de jour ?

Médecin 7 : Non, c'est une consultation dure deux heures. Ouais.

Intervieweur : Que des consultations, OK. OK, donc ça... Et ensuite du coup oui, vous m'avez surtout parlé que vous, vous attendiez donc le diagnostic. Je suppose que de ce côté-là ça répond à peu près à votre attente au niveau du courrier ?

Médecin 7 : Oui.

Intervieweur : Et après vous m'avez surtout parlé d'une attente au niveau de l'orientation vers le réseau ; et ça vous m'a dit que vous ne le retrouviez pas ?

Médecin 7 : Oui. Non, je le retrouve [euh] pas ! Non, je ne le retrouve pas, ni sur une aide pour les aidants ; je ne suis même pas sûr qu'il existe [euh], qu'il en existe dans le secteur.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 7 : Ni sur [euh], une [euh]... Alors peut-être que c'est évoqué [euh], et que derrière... Genre le réseau ici de soins gériatriques du secteur... Peut-être que c'est évoqué, mais en tout cas je [euh] j'attendrai ; alors c'est peut-être présomptueux hein ; mais qu'il rentre dans des programmes [euh] de demi-journée par semaine dans le secteur, qui soit bien déjà bien défini. Et que ce soit eux qui [euh] qui les mettent en place pour faciliter ma tâche à moi. Ce n'est peut-être pas possible de leur côté, hein, et présomptueux, mais ce serait quelque chose de [euh] d'appréciable fortement que les patients sortent avec ; si diagnostic de troubles mnésiques qui est validé ; et qui rentreraient dans une [euh] une possibilité de [euh] de réseau d'aïdants, de demi-journées par semaine de stimulation de mémoire. Là, [euh] ils ne rentrent pas dedans !

Intervieweur : D'accord, mais c'est est-ce que c'est proposé et non organisé ?

Médecin 7 : Je ne sais pas, non, je ne sais pas.

Intervieweur : D'accord dans les [euh] dans les courriers, vous n'avez pas de proposition par rapport à ça ?

Médecin 7 : Non, je ne sais pas si c'est proposé aux patients et à l'aïdant, et du coup pas mis en place et pas repris dans le courrier ou ... Non, non, moi j'ai pas de [euh], de retour par rapport à ça.

Intervieweur : Pour la simulation cognitive et par rapport à d'autres, [euh] d'interventions de paramédicaux ?

Médecin 7 : De mise en place d'aïdant [euh], d'infirmiers ???

Intervieweur : D'aïdes ? Par exemple, voilà d'infirmiers ?

Médecin 7 : Pas du tout, ça, c'est nous.

Intervieweur : Non plus, c'est ni proposé, ni mis en place dans [euh], à la suite, OK ?

Médecin 7 : Non, non, non.

Intervieweur : OK, d'accord, OK.

Médecin 7 : En tout cas dans le secteur. Alors après je ne sais plus [euh], je ne sais plus par quel biais j'ai eu une patiente qui est allée en évaluation, [euh] alors peut-être en hôpital de jour-là en gériatrie, au CHU. Enfin, ça s'appelle comment ? [euh] Aux Batelier.

Intervieweur : Ouais.

Médecin 7 : Et là par contre, je me suis sentie oppressée par le courrier, qui me disait la totalité des choses négatives dans son traitement, qui n'était pas bon en gériatrie et avec des effets indésirables, euh de façon plutôt non confraternel, clairement ! Et tout ce que je n'avais pas fait qui aurait dû être fait, tout ce qui était à faire et qui est toujours pas fait. Et voilà, avec un plan de soin de malade, mais qui était pas du tout agréable à lire. Alors là pour le coup, par contre, c'était [euh] c'était pas agréable : parce que pas adapté à ma pratique, parce que trop universitaire et pas forcément [euh] facilement mis en place chez le patient quoi, c'était pas possible. Par contre j'en ai une, des Bateliers, alors peut-être que c'est

[euh], c'était un exemple négatif, hein, mais qui était.... Clairement, je ressentais que j'étais pas un très bon médecin et que je n'avais rien fait pour ce patient. Voilà.

Intervieweur : Ce n'étais pas agréable...

Médecin 7 : Alors non, c'était pas agréable, mais c'est anecdotique. Et dans le secteur c'est pas forcément le cas du coup.

Intervieweur : Et je voulais vous demander, est-ce que du coup il y a des modifications thérapeutiques qui sont proposées ? Parfois, à l'issue de la consultation ?

Médecin 7 : Ouais, il y a. En règle générale de façon adaptée et confraternelle parce que ce n'est pas eux qui le font, ils nous demandent de réaliser les choses et de faire le suivi. Ils modifient les traitements qui ne leur paraissent pas adaptés, qui sont principalement à visée cardiologique ou psychiatrique. Et c'est très bien parce que c'est quelque chose que je ne sais pas forcément faire moi-même, j'ai pas été formé. Alors, à part les [euh] les benzodiazépines ou autres hypnotiques que j'essaye de limiter voire d'arrêter ; de toute façon en règle générale, pas forcément dans les troubles mnésiques mais chez la personne âgée. Je suis pas au courant [euh], parce que je sais pas ce qui est plus délétère ou pas dans [euh] lorsqu'un trouble mnésique important apparaît.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 7 : Enfin si, je le sais, en fait, les [euh] les quelques antalgiques, les hypnotiques, les benzos, les [euh] du TRAMADOL... [rires]

Intervieweur : [rires]

Médecin 7 : Voilà, il y en a quelques-uns que je sais quand même.

Intervieweur : D'accord OK, et du coup, on en a beaucoup parlé mais vous ne m'avez pas détaillé, est-ce que vous pouvez me détailler le réseau gériatrique dans votre secteur ?

Médecin 7 : Alors le réseau ici est à deux kilomètres. C'est une structure [euh] que je connais [euh] de par les locaux. J'y suis déjà allée et je connais les personnes qui y travaillent, c'est à dire les infirmières, les secrétaires. On y est allé plusieurs fois, c'est un lieu où on fait nos réunions médicales très souvent. Mais moi je l'utilise par téléphone, soit moi, soit le patient appelle : on tombe sur une infirmière coordinatrice qui prévoit ; enfin, qui prend les renseignements administratifs et les demandes et pour quelle raison on sollicite le réseau. Dans ce cadre-là, c'est principalement pour évaluer les [euh] ; socialement avec une assistante sociale, les ressources et les aides qui pourraient être mis en place et faire un plan de soins [euh] d'aides paramédicales au domicile. Du coup on les appelle, plus souvent c'est la famille que moi d'ailleurs, ils se déplacent sur [euh] sur le domicile du patient. Il y a quelques années, on avait même nous une enveloppe qui était mise en place pour

pouvoir faire ces réunions en même temps que l'infirmière et l'assistante sociale. Ça nous permettait de demander les APA d'urgence tout de suite et de [euh] d'avoir une vision un peu différente aussi de ce qu'est le domicile, l'aidant ; et une vision multidisciplinaire qui était agréable. Ces réunions étaient prises en charge et rémunérées par le réseau et faute de subventions, elles ont été arrêtées.

Intervieweur : D'accord, OK. Et donc ça, ça n'a rien à voir avec la consultation mémoire. C'est quelque chose que vous vous mettez en place à côté ?

Médecin 7 : Oui, c'est ça, alors j'ai même pas l'impression que la consultation mémoire nous sollicite par rapport à ce réseau. Et dans ce secteur, suite à la consultation mémoire, [euh] moi-même je mets en place ; alors ça facilement mais si c'était pas déjà fait ; le paramédical, les infirmiers pour les aides à la toilette ou le nursing. On appelle le réseau pour le niveau social et des ressources. Et j'évoque aussi la possibilité, dans le secteur il y a une maison de retraite, de faire des demi-journées de stimulation cognitive où répète. Je sais pas bien ce qu'ils font d'ailleurs, je suis jamais allée pour aller voir ce qu'ils font pendant leurs demi-journées. Mais ça, je l'évoque rarement lors de la consultation d'annonce et suite à la consultation de mémoire, mais plutôt derrière, aux aidants en disant que ça existe et qu'en fonction de l'évolution, on peut aussi tout doucement essayer d'en parler un petit peu aux patients. Genre on en parle

d'abord aux aidants avant d'en parler aux patients, parce que c'est toujours compliqué de [euh], pour les patients d'entendre qu'on va les mettre une demi-journée en maison de retraite ; c'est refusé au début en tout cas.

Intervieweur : D'accord OK et du coup, je reviens également sur un point, est-ce que vous pourriez me décrire pour vous quels sont les freins à l'utilisation de la consultation mémoire ? Vous m'aviez parlé un peu tout à l'heure [euh] de l'adhésion du patient...

Médecin 7 : Ouais, l'adhésion du patient et puis [euh] ... Ah oui, c'est ça, je dirais plutôt le [euh], le délai qui s'est augmenté dans toutes les consultations médicales et en consultation de mémoire aussi. On a parfois des [euh] des familles, des enfants qui reviennent vers nous en nous disant que la consultation est dans 6 mois, 8 mois. [euh] Et c'est quand même peu agréable pour eux, pour nous de [euh] de mettre le point sur un souci de santé important et d'avoir un délai [euh] sur des inquiétudes familiales qui soient si longs. Alors c'est un frein, on continue à en prescrire, hein, mais c'est plutôt des [euh], enfin quelque chose de désagréable qu'un réel frein, parce que ça n'entraîne pas une diminution de prescription. Mais c'est désagréable quand même dans le dans le [euh], dans le quotidien.

Intervieweur : D'accord, OK.

Médecin 7 : Sinon peu de freins en fait finalement à la prescription. Ouais j'en ai pas beaucoup.

Intervieweur : D'accord, oui, juste deux... OK. Et est-ce que vous pourriez me décrire [euh] d'une manière générale, comment se passent vos relations avec les gériatres ?

Intervieweur : Alors les gériatres de consultation de mémoire, je n'ai pas de relation parce que : pas eu besoin ; donc pas de retour positif ou négatif. J'ai jamais appelé de [euh] gériatre en consultation de mémoire. Et si c'est les gériatres d'ici, plutôt dans le secteur en règle générale, c'est lors des hospitalisations qui ne passent pas par les urgences [euh] pour les personnes âgées du secteur ; et on les a facilement au téléphone. Le discours est confraternel et agréable, et les hospitalisations en plus sont réalisées et simples, dans des délais courts. Du coup, pas de souci avec le monde gériatrique en règle générale ici, ça se passe bien.

Intervieweur : D'accord, OK. Et donc vous ne voyez pas forcément de modifications pour apporter des

améliorations à la communication avec les gériatres.

Médecin 7 : Je pourrais juste ajouter que [euh] il serait agréable avec les gériatres ou les autres spécialistes de mon secteur de pouvoir les avoir facilement au téléphone sans passer par les secrétariats ou sans avoir des délais trop importants pour avoir des discussions confraternelles. Du coup voilà, avoir un annuaire de médecins qui donnerait leurs coordonnées perso où pro plus facilement serait très agréable pour l'avenir.

Intervieweur : D'accord, OK. Ben je vous remercie beaucoup en tout cas, pour cet entretien.

Médecin 7 : De rien.

Entretien Médecin 8, le 09/08/2022

Entretien réalisé en visio-conférence

Durée de l'entretien : 17 minutes et 48 secondes

Intervieweur : Du coup, moi, c'est Parent Stacy, je suis actuellement médecin remplaçant dans la région Haut de France. Donc je réalise un travail de thèse qui aborde le sujet de la consultation mémoire. Bon, je vous remercie déjà d'accepter de me rencontrer pour participer à cette étude. Notre entretien est enregistré, l'anonymat des participants est bien sûr respecté et vous pouvez faire retirer l'analyse de l'entretien à tout moment, avant son anonymisation. A l'issue du travail de recherche, l'intégralité des enregistrements sera détruite ; et vous pourrez bien entendu être informé des résultats de cette étude. Est-ce que vous avez des questions avant de débiter l'entretien ?

Médecin 8 : Non, pas du tout. C'est pour une thèse ?

Intervieweur : Voilà, c'est pour ma thèse, oui.

Médecin 8 : OK.

Intervieweur : Voilà donc du coup, je vais tout d'abord vous poser quelques questions d'ordre général, donc quel âge avez-vous ?

Médecin 8 : Soixante-deux.

Intervieweur : D'accord, dans quelle zone exercez-vous : plutôt rurale, plutôt urbaine ?

Médecin 8 : Rurale.

Intervieweur : D'accord, et quel est le nombre d'habitants dans votre commune d'exercice ?

Médecin 8 : 5000, euh 5500.

Intervieweur : D'accord, depuis combien de temps exercez-vous la médecine générale ?

Médecin 8 : [euh] Trente... Bientôt trente-quatre.

Intervieweur : Trente-quatre ?

Médecin 8 : Ouais, bientôt.

Intervieweur : D'accord. Est-ce que vous exercez seul ou en cabinet de groupe ?

Médecin 8 : Seul.

Intervieweur : Seul, est-ce que vous êtes maître de stage ?

Médecin 8 : Non.

Intervieweur : Est-ce que vous êtes titulaire d'un DU ayant un lien avec la médecine gériatrique ?

Médecin 8 : Non.

Intervieweur : Non plus, d'accord. Donc je vais rentrer dans le vif du sujet, est-ce que vous pouvez me raconter la dernière consultation, ou une qui vous vient en tête, où vous avez décidé d'avoir recours à la consultation

mémoire pour un de vos patients atteints de troubles cognitifs ?

Médecin 8 : Ouais, j'ai envoyé une la... J'en ai envoyé une. Elle ne l'a pas encore eu ce n'est pas gênant ?

Intervieweur : Non, ce n'est pas gênant.

Médecin 8 : Donc oui, je vois une patiente, une dame qui vit seule, qui avait des [euh] des troubles de mémoire anciens, mais qui deviennent vraiment [euh] beaucoup plus, [euh] beaucoup plus gênant.

Intervieweur : D'accord, OK donc ce sont des troubles de la mémoire que vous [euh] vous aviez remarqué ou c'est elle qui s'en plaint ?

Médecin 8 : Oui, les deux. Les deux, elle [euh] elle en avait déjà remarqué, déjà depuis un moment. Et elle en a parlé récemment, mais c'est vrai que de toute façon, quand elle vient en consultation, elle redemande plusieurs fois la même chose [euh]... On sent qu'elle [euh], qu'il y a des gros troubles derrière, oui.

Intervieweur : D'accord, OK et donc, dans ce cas-là, vous avez décidé de l'envoyer d'emblée en consultation mémoire ?

Médecin 8 : C'est en neurologie, en consultation neuro...

Intervieweur : D'accord, OK, et vous faites des bilans, d'abord vous-même, où vous envoyez tout de suite ?

Médecin 8 : Non j'envoie ; je n'en fais plus.

Intervieweur : D'accord, vous n'en faites plus. Vous en faisiez avant ?

Médecin 8 : J'en ai fait un petit peu au moment des questionnaires, mais [euh] je trouve que c'est très chronophage pour [euh], pour pas grand-chose. De toute façon ça n'empêchera pas après d'envoyer quelque part donc [euh]...

Intervieweur : D'accord, OK, donc là c'est elle qui s'en est plaint un petit peu et vous qui l'avez remarqué. Et d'une manière générale, qui est à l'initiative de la mise en évidence des troubles mnésiques ?

Médecin 8 : Avec d'autres patients, je vais dire, tout dépend un petit peu du contexte, tout dépend de beaucoup de choses... En général, quand on commence à faire un bilan mémoire, c'est vraiment qu'il y a quelque chose qui est [euh], qui est vraiment avéré et qui commence à poser problème quoi.

Intervieweur : D'accord OK, donc vous ne faites pas forcément de bilan et vous envoyez rapidement en consultation mémoire dès qu'il y a une plainte mnésique ?

Médecin 8 : S'il y a une plainte, oui. Après rapidement, je vais dire en pratique non. Non, pas rapidement.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 8 : Pas rapidement, parce que, comme beaucoup de problèmes neurologiques, on fait des grands diagnostics, on fait plein d'exams, et

au bout du compte on dit bah oui, il y a un Alzheimer et après bah derrière : rien ! Donc bon voilà, tant qu'il n'y a pas vraiment une gêne particulière, j'avoue [euh] je ne déclenche pas tous les examens.

Intervieweur : D'accord, vous attendez qu'il y ait vraiment une gêne dans la vie quotidienne ?

Médecin 8 : Oui.

Intervieweur : D'accord, OK OK.

Médecin 8 : Faut qu'il y ai une gêne, faut qu'il y ai une plainte ; parce que je veux dire, moi je vois ... Enfin je [euh], là je pense à un autre cas par exemple, une dame qui a déjà des troubles mémoires, qui a une famille d'Alzheimer parce que je veux dire, c'est 2 frères ont déjà eu le problème. Elle avait commencé un bilan, et on lui a dit qu'il y avait des troubles mnésiques et elle n'a pas eu envie d'aller plus loin.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 8 : Donc son mari... C'est une dame qui ne vit pas toute seule, qui est mariée, et son mari et elle, ils ne cherchent pas, ils ne veulent pas aller plus loin.

Intervieweur : D'accord, donc là, parfois c'est le patient qui refuse le bilan mémoire.

Médecin 8 : S'ils ne sont pas demandeurs effectivement. De toute façon en même temps, les obliger de [euh], enfin les obliger ; les pousser à faire un bilan qui débouchera sur quoi ? Sur rien donc [euh]...

Intervieweur : Hum hum, d'accord OK. Et du coup d'une manière générale, quand vous décidez d'envoyer en consultation mémoire, quelles sont vos attentes ?

Médecin 8 : Bah trouver un diagnostic.

Intervieweur : Ouais.

Médecin 8 : C'est à peu près tout hein.

Intervieweur : C'est tout ? [rires]

Médecin 8 : Bah oui ! [rires]

Intervieweur : OK, d'accord. Et donc en pratique, vous envoyez le patient en consultation, et comment ça se passe dans les suites ?

Médecin 8 : C'est à dire ? Bah c'est un peu compliqué déjà d'avoir des rendez-vous, ça c'est déjà [euh] ... C'est déjà compliqué, c'est déjà long, donc [euh]... Tiens je suis justement en train de lire un courrier que j'ouvre ici [*le médecin ouvre une enveloppe*], pour une dame qui est allée faire un bilan mémoire... Je vois écrit « bilan mémoire » là.

Intervieweur : D'accord et du coup donc, vous recevez les comptes-rendus sous forme de courrier de cette consultation ?

Médecin 8 : Bah là, c'est parce que c'est BETHUNE, j'avoue que je n'ai pas l'habitude de travailler avec BETHUNE donc [euh]... En général, moi je travaille avec ARRAS donc je les reçois par APICRIPT, mais [euh]...

Intervieweur : D'accord, par APICRIPT le courrier.... D'accord OK, et qu'est-ce que vous en pensez de ce courrier ?

Médecin 8 : Ah, je ne l'ai pas lu encore !
[rires]

Intervieweur : Pas celui-là, mais d'une manière générale, quand vous recevez un compte-rendu de consultation mémoire, qu'est-ce que vous en pensez ?

Médecin 8 : Alors en général pas grand-chose, parce que c'est ce que je vous dis, c'est très technique, on va demander des IRM, des scanners, des voilà.... Et puis des ponctions lombaires... Puis, au bout du compte, ça débouche sur quoi ?

Intervieweur : Hum hum.

Médecin 8 : Un diagnostic.

Intervieweur : Un diagnostic.

Médecin 8 : Y'a pas de traitement, on ne fait rien, donc [euh] voilà !

Intervieweur : D'accord, OK. Donc souvent il y a des... Donc, si je reprends un petit peu, Il y a des demandes de [euh], d'exams complémentaires à cette consultation. Est-ce qu'il y a d'autres évaluations qui sont faites ? Vous m'avez parlé de test...

Médecin 8 : Oui un bilan neuro psy aussi...

Intervieweur : D'accord.

Médecin 8 : On a la chance ici d'avoir quelqu'un qui fait ça très bien. Donc c'est vrai qu'on a, on a des beaux bilans, c'est bien fait. Mais bon.

Intervieweur : D'accord et du coup, d'une manière générale, est-ce que

vous pensez que ça modifie votre prise en charge du patient ?

Médecin 8 : Assez peu.

Intervieweur : Assez peu. D'accord. Il n'y a pas de proposition de... Vous m'avez dit que thérapeutique non ; médicamenteuse en tout cas.

Médecin 8 : Non, éventuellement des stages, ou des voilà, des.... Là, il y a un service aussi qui fait, [euh] de mémoire ; qui vient à domicile, qui fait des séances pour faire sortir un peu les gens, voilà, c'est bien. C'est un peu....

Intervieweur : D'accord, OK.

Médecin 8 : Écoutez à [VILLE], on a la chance aussi d'avoir une halte répit. Donc quand le diagnostic est posé ça peut être bien pour la famille aussi, éventuellement.

Intervieweur : D'accord, OK. Et donc ça, les stages et les haltes répit, ce sont des choses que vous mettez en place après une consultation mémoire ou que vous pouvez mettre en place aussi sans consultation mémoire ?

Médecin 8 : Bah, il faut quand même qu'il y ait un bilan qui a été établi quand même au départ. Il faut quand même qu'il y ait un diagnostic qui a été posé, donc [euh]...

Intervieweur : D'accord, OK. Donc ça vous ouvre quand même cette porte là pour la prise en charge.

Médecin 8 : Voilà.

Intervieweur : OK, et vous ne voyez pas d'autres modifications de la prise en charge ?

Médecin 8 : Non.

Intervieweur : Non. Tout ce qui est aide à domicile et cetera, ce sont des choses que vous mettez en place avant ?

Médecin 8 : Bah c'est ce que j'ai dit, si vraiment il faut des aides à domicile, c'est... Je vais, [euh] je vais mettre en place avant. S'il faut faire passer une infirmière pour distribuer les traitements des choses comme ça, oui. Mais je n'ai pas besoin de [euh], de diagnostic pour ça....

Intervieweur : D'accord, OK, d'accord.

Médecin 8 : Je [euh] juste... Je ne lis pas le courrier, mais je vais juste regarder la partie [euh], de ceux qu'ils mettent en conclusion... Voilà là c'est un centre avec qui, je vous ai dit, je n'ai pas l'habitude de travailler... C'est [euh]... *[le médecin lit le courrier]* Voilà : « je propose de la revoir en hôpital de jour afin de faire une IRM cérébrale, un bilan biologique complet, via l'évaluation neuropsychologique » [euh] ben voilà, hein. « Pris en charge par l'ESAD de SIN POL ». Voilà. « Qu'elle puisse intégrer le club du 3e âge le plus proche ». Voilà, bon tout ça on peut déjà le faire avant, hein, et puis au bout du compte [euh] voilà on va dire oui, effectivement, il y a des troubles de mémoire.

Intervieweur : D'accord. Donc au final, vous ne l'utilisez pas fréquemment si je comprends bien.

Médecin 8 : Le [euh], le centre mémoire ? Le bilan mémoire ? Je te dis, il faut... Il y en a quand même beaucoup, hein, il ne faut pas se leurrer non plus. Hein, c'est quand même [euh], il y en a quand même énormément hein. De plus en plus, je trouve que par rapport à il y a 30 ans quand je me suis installé, on n'en voyait pas autant.

Intervieweur : Ouais, de patients avec des troubles cognitifs vous voulez dire ?

Médecin 8 : Ouais, ouais.

Intervieweur : D'accord OK. Et donc vous l'utilisez vraiment à la fin de la [euh], plutôt à la fin de la prise en charge ? Quand ça pose un problème au domicile ?

Médecin 8 : Oui, oui.

Intervieweur : Pour avoir accès aux organismes de répit ?

Médecin 8 : Oui.

Intervieweur : OK, d'accord. OK OK, et du coup vous m'avez parlé d'Arras et cetera. Est-ce que vous pouvez me décrire le réseau mémoire dans votre secteur ?

Médecin 8 : C'est le neurologue.

Intervieweur : C'est le neurologue.

Médecin 8 : C'est le service de neurologie, ouais.

Intervieweur : À Arras, du coup, à l'hôpital ?

Médecin 8 : Ouais.

Intervieweur : D'accord OK, il n'y a pas de gériatre qui fait des consultations mémoires par chez vous ?

Médecin 8 : Il n'y en a plus ; il y en avait une un moment qui faisait ça ici, mais il n'y en a plus.

Intervieweur : D'accord, OK. Et Béthune du coup ce n'est pas votre secteur là c'est un cas exceptionnel ?

Médecin 8 : Bah je n'ai pas l'habitude de travailler avec eux, mais apparemment s'il y a un centre mémoire... Si on peut travailler là-bas et oui, surtout si c'est plus rapidement, les résultats et les rendez-vous. Parce qu'apparemment il y a cette patiente [euh] ; cette patiente elle a eu un rendez-vous plus rapidement. Donc euh... Donc voilà si ça peut être plus rapide pour prendre des rendez-vous, pourquoi pas ?

Intervieweur : Ouais, les délais sont longs par chez vous du coup ?

Médecin 8 : En neurologie, oui, hein...

Intervieweur : Ouais, c'est à peu près combien de temps ?

Médecin 8 : Six, huit mois, quelques fois plus hein...

Intervieweur : D'accord. Ouais quand même.

Médecin 8 : Ce ne sont pas des urgences non plus, on va dire hein. Mais...

Intervieweur : Oui. D'accord, OK. Donc du coup si je comprends bien, vous vous en attendez un diagnostic, est-ce que vous avez d'autres besoins en tant

que médecin généraliste quand vous avez envoyé un patient là-bas qui ne sont pas encore remplis ?

Médecin 8 : Non, pour moi non.

Intervieweur : Vous ne voyez pas de pistes d'amélioration ?

Médecin 8 : Si le jour où on aura un traitement ! Sans ça... [rires]

Intervieweur : Ouais, ça c'est le problème, ouais. [rires]

Médecin 8 : Bah voilà ; ça c'est un peu le...

Intervieweur : Vous pensez que comme il n'y a pas de prise en charge médicamenteuse, du coup ça réduit l'intérêt de cette consultation ?

Médecin 8 : Ah oui, forcément !

Intervieweur : D'accord, OK, OK, qu'est-ce que je voulais vous demander d'autre ? Est-ce que vous pouvez un petit peu du coup me décrire comment se passe vos relations avec les gériatres ? Même si elles sont limitées je suppose s'il n'y a plus de gériatre à l'hôpital... Vous avez tout de même un service de gériatrie à l'hôpital d'Arras ?

Médecin 8 : Si, mais je pense que c'est plus du long séjour ou quelque chose comme ça. Mais je ne pense pas que ça soit vraiment adapté pour les bilans mémoires ou [euh], des prises en charges de troubles cognitifs quoi.

Intervieweur : Ouais, d'accord, OK. Du coup, tout à l'heure, vous m'aviez dit que parfois, les patients refusent le bilan mémoire. Est-ce que vous voyez

d'autres freins à la consultation mémoire ? Vous m'avez parlé aussi des délais d'ailleurs ?

Médecin 8 : Bah le délai, c'est une chose... Le patient, c'est assez rare ; au moins au départ. Après qu'ils ne veulent pas forcément aller plus loin... Quand on leur parle parfois de ponction lombaire ils ne sont pas chauds ; quand on leur parle d'exams ... Voilà ce n'est pas très [euh], ils sont parfois un peu plus réticents mais sur le bilan au départ ; il n'y en a pas beaucoup qui refusent.

Intervieweur : D'accord. OK.

Médecin 8 : Voilà... Non mais effectivement [euh]... Moi je ne pousse pas beaucoup, beaucoup non plus au départ honnêtement.

Intervieweur : OK, d'accord, OK. Donc vous ne voyez pas d'autres freins à l'utilisation de la consultation mémoire ?

Médecin 8 : Non, c'est vrai, je pense que c'est... C'est vrai que le [euh], l'éloignement et les délais c'est certainement un frein quand même. Je [euh] honnêtement maintenant que [euh]... En y pensant, parce que vous en parlez, c'est vrai qu'il y a eu un moment, il y avait une gériatre ici, à [VILLE] et que du coup, je [euh] j'en envoyais beaucoup plus facilement [euh], faire des bilans.

Intervieweur : Ouais bah ouais, du coup c'était plus accessible pour les patients.

Médecin 8 : En plus, t'es beaucoup plus local donc il y avait des prises en charge par le réseau [euh] local, donc c'était quand même beaucoup plus facile.

Intervieweur : D'accord, OK. Et tout à l'heure vous m'aviez parlée de [euh], de possibilités de faire venir des personnes à domicile, donc ça c'est pour des activités pour les patients, mais il n'y a pas d'évaluation gériatrique à domicile dans votre secteur ?

Médecin 8 : Si, si, si, si par les biais, [euh] par les réseaux, par les réseaux, il y a des bilans, on fait un petit MMS, des choses comme ça, quand même.

Intervieweur : D'accord, OK.

Médecin 8 : On peut... Pareil, ce n'est pas diagnostique ça, c'est plus [euh] du débrouillage entre guillemets.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 8 : Si on fait appel au réseau pour [euh], pour une mise en place d'aides, des choses comme ça. En général, ils viennent, ils font un bilan ; dans le bilan ils vont faire un MMS.

Intervieweur : D'accord OK. Mais il n'y a pas de gériatre qui intervient à domicile ?

Médecin 8 : Non.

Intervieweur : OK.

Médecin 8 : Pas pour ça ! On a des services... On a une gériatre qui vient, qui fait pas mal de choses, mais ce n'est pas vraiment pour les problèmes de mémoire.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 8 : Elle intervient... Par exemple, en ce moment, elle a monté un truc sur la [euh], sur la nutrition, enfin sur la dénutrition, notamment des personnes âgées, des choses comme ça, mais [euh] c'est plus accès là-dessus que sur les problèmes de la mémoire.

Intervieweur : D'accord, OK.

Médecin 8 : Je pense à ça parce que là notamment, elle a eu [euh] ; dans le tas il y avait une dame qui avait des problèmes de mémoire, elle l'a envoyé en neurologie pour le bilan mémoire... Mais ce n'est pas elle qui a monté [euh], qui a fait le bilan.

Intervieweur : Ouais, c'est plus sur [euh] la dénutrition, les chutes ou les choses comme ça qu'elle intervient ?

Médecin 8 : Voilà.

Intervieweur : D'accord. OK OK OK. Et du coup, si on résume pour clôturer, qu'est-ce que vous vous pensez de la place de la consultation mémoire dans la prise en charge du patient atteint de trouble cognitif ?

Intervieweur : C'est bien pour faire un diagnostic.

Intervieweur : Ouais OK, mais pas dans le...

Médecin 8 : Pour aider à faire un diagnostic, pour pouvoir [euh], voilà. Après malheureusement....

Intervieweur : Et dans le suivi ? Vous n'avez pas de mise en place de suivi vous pour vos patients ? Par la suite, après la consultation ?

Médecin 8 : Non, je ne vois pas bien non. Une fois que les une fois que les aides sont mises en place, une fois que le diagnostic est posé, qu'est-ce que vous voulez faire de plus après ?

Intervieweur : D'accord.

Médecin 8 : Je veux dire si c'est pour refaire un MMS tous les 6 mois et s'apercevoir qu'il a baissé... Ben c'est bien mais...

Intervieweur : OK, OK. Bon bah écoutez, je n'ai plus d'autres questions. Je vous remercie beaucoup. C'est gentil de m'avoir accordé ce temps.

Médecin 8 : Je vous en prie.

Intervieweur : Bonne journée, bon courage, au revoir.

Entretien Médecin 9, le 16/07/2022

Entretien réalisé en visio-conférence

Durée de l'entretien : 41 minutes et 12 secondes

Intervieweur : Bonjour, je me représente rapidement. Donc moi je suis Parent Stacy, je suis médecin remplaçant dans la région Hauts-de-France. Donc je réalise un travail de thèse qui aborde le sujet de la consultation mémoire. Notre entretien sera comme convenu enregistré et l'anonymat des participants est bien sûr respecté. Vous pouvez faire retirer l'analyse de l'entretien à tout moment avant son anonymisation. Et donc vous pourrez bien sûr être informé des résultats de cette étude. Est-ce que vous vous avez des questions avant de débiter l'entretien ?

Médecin 9 : Non. Moi j'ai fait un DU de gériatrie tout de suite à la fin de mes études de médecine, avec mon sujet de thèse qui était en rapport avec la gériatrie. J'ai travaillé un peu comme médecin en EPHAD, mais pas comme médecin coordinateur, comme médecin généraliste, médecin traitant. Et puis [euh] et puis voilà et là maintenant, je ne suis que médecin généraliste.

Intervieweur : D'accord, OK OK. Du coup, je vais d'abord vous poser quelques questions d'ordre général, donc quel âge avez-vous ?

Médecin 9 : 62 ans.

Intervieweur : 62 ans. Dans quelles zones exercez-vous plutôt rurale, plutôt urbaine ?

Médecin 9 : Plutôt rurale.

Intervieweur : Rurale. Quel est le nombre d'habitants dans votre commune d'exercice ?

Médecin 9 : Alors ça, c'est une question [euh], on va dire [euh] environ 3500.

Intervieweur : Depuis combien de temps exercez-vous la médecine générale ?

Médecin 9 : Donc depuis 1991, date de mon installation.

Intervieweur : D'accord, OK, est-ce que vous exercez seule ou en cabinet de groupe ?

Médecin 9 : En cabinet de groupe, nous sommes 2.

Intervieweur : Deux médecins du coup ?

Médecin 9 : Oui deux généralistes.

Intervieweur : D'accord sans paramédicaux ?

Médecin 9 : Si, alors là on vient d'emménager dans un [euh] ; depuis juin, on vient d'emménager dans un nouveau [euh], une maison médicale où on est avec une dentiste, et puis une dame qui fait de [euh] de l'hypnose. Je ne sais pas si on considère ça paramédical...

Intervieweur : Ok, d'accord, est-ce que vous êtes maître de stage ?

Médecin 9 : Oui.

Intervieweur : OK et donc vous êtes titulaire d'un DU de gériatrie ?

Médecin 9 : Voilà.

Intervieweur : D'accord OK, donc on va rentrer dans le vif du sujet, est-ce que vous pouvez me raconter la dernière consultation ; ou une qui vous vient en tête ; où vous avez décidé d'avoir recours à la consultation de mémoire pour un de vos patients atteint de troubles cognitifs ?

Médecin 9 : Oui donc [euh]... Une épouse, enfin un couple dont l'épouse présente manifestement des troubles cognitifs, le [euh], que l'on [euh]... De toute façon le mari valide ces troubles. J'ai même eu sa fille une autre fois en consultation qui m'a parlé des troubles de sa maman.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 9 : Ça faisait la deuxième fois que j'abordais un peu ce problème-là. Madame est un peu dans le déni et [euh]... Je voulais l'envoyer la première fois faire une IRM cérébrale et [euh] non ; elle s'est dit « ça sert à quoi ? ». Donc là, j'ai essayé de reprogrammer un petit peu le [euh], comment, les examens, une consultation de la mémoire, une IRM cérébrale et un bilan sanguin un petit peu orienté, pour éliminer les carences en folates, en vitamine B12.

Intervieweur : D'accord OK, donc là, si je comprends bien, si je reviens un petit peu sur ce que vous m'avez dit ; dans ce cas-ci, la patiente ne se plaint pas des troubles, c'est l'entourage qui se plaint des troubles cognitifs ?

Médecin 9 : Oui, voilà, elle [euh], comment, elle cherche même quand elle est en consultation à mon cabinet [euh], elle cherche pas mal de choses, mais [euh]... Comment, [euh] elle essaye de [euh] de cacher, cacher ça... Elle trouve comme prétexte : « Oh, je suis un petit peu stressée de venir chez le médecin donc [euh] je me souviens plus, aides moi... » ; elle dit à son mari. Voilà.

Intervieweur : D'accord, OK, et c'est toujours [euh]... De manière générale, c'est toujours ce mode d'entrée là dans la plainte, c'est à l'initiative de la famille ou ça peut être autre chose ?

Médecin 9 : [euh] Oui, c'est... Alors, ça peut être des constatations... Enfin moi je peux avoir quelques fois un petit [euh]... Je me dis « ben, ça n'a pas l'air d'aller bien du côté de la mémoire », donc quelques fois c'est moi qui [euh] identifie un petit peu un trouble, puis après souvent le [euh], le conjoint où la conjointe [euh], valide ce trouble.

Intervieweur : D'accord OK OK. Et du coup-là vous m'avez dit, vous avez demandé en même temps une IRM cérébrale et un bilan biologique ?

Médecin 9 : Oui.

Intervieweur : C'est quelque chose que vous faites à chaque fois ?

Médecin 9 : Oui, oui, oui, oui.

Intervieweur : D'accord, et vous demandez en même temps les 3 ou vous faites d'abord des bilans en amont avant de demander la consultation mémoire ?

Médecin 9 : Ah, ça dépend des patients... [euh] Ceux à qui il faut amener tout doucement les choses, je vais d'abord faire l'IRM et puis le bilan biologique. Et après avec tous ces résultats-là, je vais dire « bon bah on va peut-être voir un petit peu pour faire une consultation de la mémoire ».

Intervieweur : D'accord OK. Et du coup-là, la consultation mémoire, c'est quelque chose que vous utilisez fréquemment pour les gens qui ont des troubles cognitifs ?

Médecin 9 : Oui oui oui.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 9 : Moi, je [euh]... Alors, c'est de moins en moins le cas ; peut-être le problème de [euh], d'excès de patient et le temps ; mais sinon j'aimais bien faire un petit MMS à mon cabinet [euh] justement pour un petit peu me faire une idée [euh]... Et puis même les patients comme ça, ils ont les résultats devant les yeux, ils se rendent compte que voilà, il y a des troubles.

Intervieweur : D'accord, OK.

Médecin 9 : Mais bon c'est vrai que, surtout depuis la période COVID, ça m'est plus arrivée de faire [euh] des MMS toute seule.

Intervieweur : D'accord, OK, c'était plus à la base pour que le patient comprenne les troubles ?

Médecin 9 : Ouais, qu'il est une prise en charge gériatrique je vais dire, voilà.

Intervieweur : D'accord, OK. Et donc d'une manière générale, quelles sont vos attentes quand vous envoyez quelqu'un en consultation mémoire ?

Médecin 9 : Alors bah, mettre un nom sur les symptômes.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 9 : Après bah voilà [euh], ne pas passer à côté d'une démence à Corps de Lewy, plutôt que [euh] étiqueter sa démence Alzheimer [euh]... Oui, faire le... Parce que je vois même dans les consultations de la mémoire quelquefois [euh], ils nous disent « bah il y a certainement un peu de démence vasculaire, mais il y a une démence d'Alzheimer ». Donc même eux ont quelquefois des difficultés [euh] à bien scinder le [euh] le type de démence quoi.

Intervieweur : D'accord, donc c'est une attente surtout diagnostique si je comprends bien ?

Médecin 9 : Oui diagnostique, parce qu'après avec le [euh] l'entourage, [euh] avec le patient, on sait vers quoi on avance quoi.

Intervieweur : D'accord OK. Et du coup, comment ça se passe en pratique une fois que le patient a bénéficié de sa consultation mémoire ?

Médecin 9 : Alors, soit le [euh]... Comment le... Moi je fonctionne, soit avec un neurologue de ville, avec un psychologue qui fait les tests. Soit vers une consultation en milieu hospitalier, on a deux centres hospitaliers à [NOM DE VILLE] et au [NOM DE VILLE], où on a des [euh] des évaluations gériatriques pour la [euh] pour la mémoire.

Intervieweur : D'accord OK, donc au niveau du réseau vous avez trois solutions différentes, donc le neurologue de ville...

Médecin 9 : Oui.

Intervieweur : et deux gériatres ...

Médecin 9 : Oui.

Intervieweur : OK d'accord et dans les [euh], en milieu hospitalier, ce sont des consultations aussi ou ce sont des hospitalisations de jour ?

Médecin 9 : Non consultation.

Intervieweur : Consultation avec un gériatre aussi ?

Médecin 9 : Voilà ouais.

Intervieweur : D'accord OK. Et d'une manière générale, vous le décririez comment l'accès à la consultation mémoire du coup dans votre territoire ?

Médecin 9 : Comment vous dites ?

Intervieweur : Vous le désirez comment l'accès à la consultation mémoire dans votre territoire ? Plutôt facile, plutôt...

Médecin 9 : C'est un accès [euh] facile... Bon après les délais de rendez-

vous sont peut-être un petit peu long, mais non, pour moi c'est un mode de prise en charge [euh], oui [euh] facile et puis sur lequel j'aime bien m'appuyer.

Intervieweur : D'accord, et quand vous dites délai un petit peu long, c'est à peu près combien de temps ?

Médecin 9 : Trois mois.

Intervieweur : Trois mois, d'accord, bon ça reste raisonnable, on va dire.

Médecin 9 : Ouais, ça semble toujours long quand on a un peu la famille qui presse... [euh] Voilà, quoique déjà pour l'IRM, il faut attendre 4 à 6 semaines, donc l'un dans l'autre, finalement... C'est pour ça aussi que maintenant j'ai tendance à grouper un peu le tout pour anticiper un peu les rendez-vous.

Intervieweur : Ouais pour gagner un peu de temps...

Médecin 9 : Oui, ouais.

Intervieweur : D'accord OK ; et du coup donc le patient a sa consultation mémoire, et comment ça se passe ensuite ?

Médecin 9 : Il vient me revoir avec le [euh] le compte rendu donc soit [euh], il a été mis sous traitement, mais je trouve de moins en moins. C'est plus le neurologue, qui va encore initier des [euh] des traitements pour la démence d'Alzheimer. Mais sinon, au niveau des centres hospitaliers [euh], eux n'instaurent plus de traitement de ce type-là. Ils proposent des prises en charge, des [euh] des accueils de jour et puis éventuellement pour [euh] la

prise en charge un petit peu des troubles du comportement si nécessaire.

Intervieweur : D'accord OK, donc là vous revoyez le patient, vous avez reçu le courrier. Enfin, je suppose que c'est un courrier. C'est un courrier que vous recevez, ou que vous lisez avec le patient ou c'est le patient qui revient avec ?

Médecin 9 : Alors souvent, le patient en a un exemplaire et puis moi, j'en reçois également un.

Intervieweur : D'accord et du coup vous en pensez quoi de ce courrier ?

Médecin 9 : Oh bah c'est relativement détaillé, c'est bien fait. Moi je [euh], comment [euh], que ce soit en médecine de ville ou en médecine hospitalière, ce sont des courriers [euh] oui qui sont bien détaillés avec tous les tests dont a bénéficié le patient, les résultats... Voilà.

Intervieweur : D'accord OK. OK, OK.

Médecin 9 : Le suivi derrière hein... Souvent, ils ont un rendez-vous, ça peut être entre trois et six mois après la première consultation.

Intervieweur : D'accord et donc vous me dites « tous les tests dont a bénéficié le patient », vous faites référence à quoi ?

Médecin 9 : Alors ils ont un MMS, ils ont le [euh], enfin les tests un peu de motricité aussi. Qu'est-ce qu'ils leur font faire ? Là vous me prenez de court un peu [rires].

Intervieweur : [rires].

Médecin 9 : Il y a d'autres tests que le MINI MENTAL TEST. Quelquefois, je [euh], je sais qu'ils font aussi une évaluation de la nutrition. [euh] Qu'est-ce qu'ils nous font encore ? [euh] Ah, j'ai oui, j'ai même une patiente là, je repense à ça, [euh] c'était détaillé sur le plan cardiovasculaire, doppler enfin tout... Vraiment [euh] une prise en charge multidisciplinaire.

Intervieweur : D'accord et ils voient qu'un gériatre ou il y a une intervention de paramédicaux à côté ?

Médecin 9 : Il y a [euh], en consultation hospitalière, il y a un paramédical [euh] un, comment, un psychologue également, oui.

Intervieweur : D'accord, OK OK OK. Donc là, vous recevez le courrier, vous revoyez le patient, il a fait ses tests, et cetera... Et du coup, vous m'avez parlé un petit peu de thérapeutiques, et d'instauration ou de modification thérapeutique, est-ce que ça apporte d'autres modifications pour vous dans la prise en charge du patient ?

Médecin 9 : [euh] Non [rires]. Enfin, non je veux dire [euh] on sait vers quoi on avance. Moi je ne le sais que trop, parce que j'ai travaillé en unité de vie Alzheimer, donc on sait vers quoi va tendre le patient mais... En tout cas pour [euh], c'est surtout pour l'entourage ; que l'on ait un [euh] un nom sur les troubles. Et puis on peut expliquer à l'aidant un petit peu [euh], bah ce qu'il risque de se passer et

comment se comporter face aux troubles du conjoint ou de la conjointe quoi.

Intervieweur : D'accord. OK, donc c'est vraiment pour vous une aide diagnostique, un support pour discuter avec le patient ?

Médecin 9 : Voilà.

Intervieweur : Mais dans le courrier, vous y trouvez des propositions de modifications de prise en charge ou de prise en charge particulière ?

Médecin 9 : Alors [euh], il y a... [euh] Je réfléchis [euh] un peu sur des cas récents... Si, quelquefois ils peuvent faire intervenir un CLIC ; [euh] enfin si la famille le souhaite, pour une évaluation plus globale et éventuellement moi j'ai des... Je pense à un patient qui va en accueil [euh] de jour, deux fois par semaine on vient le chercher chez lui pour [euh] un peu soulager l'aidant et [euh] faire des activités un peu d'entretien de la mémoire on va dire.

Intervieweur : D'accord, donc des accueils de jour et des activités pour entretenir la mémoire.

Médecin 9 : Oui, ça j'ai eu ça [euh], enfin dans notre coin il y a même une structure qui peut venir à domicile. Ils ont le droit à dix séances renouvelables une fois dans l'année, pour leur faire travailler leur mémoire. Ouais voilà, ça j'ai déjà vu aussi [euh], je pense à une dame.

Intervieweur : D'accord, OK et ça, vous me dites que c'est par rapport à un organisme qui s'appelle CLIC, c'est ça ?

Médecin 9 : Alors le CLIC c'est une [euh], comment on appelle ça, c'est une structure [euh] qui regroupe plusieurs villes de notre secteur. Il y a un CLIC EST, un CLIC NORD, enfin je sais plus...

Donc ça regroupe différents villages de notre secteur... Et donc, c'est souvent chapeauté par une infirmière et il y a même un médecin. Oui, c'est vrai que j'ai déjà eu des évaluations faites par un médecin, mais eux qui se déplacent à domicile pour évaluer un petit peu [euh]... Mais ce n'est pas que dans la maladie d'Alzheimer. Pour évaluer un peu les mises aux normes entre guillemets du logement, [euh] le rôle attendu de l'infirmière libérale, du médecin traitant, de [euh] des auxiliaires de vies...

Intervieweur : D'accord.

Médecin 9 : Et ils nous sortent un résultat, sous forme de tableau où chaque acteur a un petit peu des [euh] des préconisations, des recommandations.

Intervieweur : D'accord, OK, et ça, c'est vous qui le demandez ? Ou c'est via la consultation mémoire ?

Médecin 9 : Non, non. Ouais c'est souvent le [euh], via la consultation de la mémoire ; plus en milieu hospitalier en fait ; ce sont des réseaux, hein, ce sont des réseaux villes hôpital, je pense

[euh]... Voilà où on pointe du doigt, [euh] quand il y a des difficultés.

Intervieweur : D'accord OK, donc ils interviennent à domicile et puis ça permet quand même de mettre en place du coup les aides à domicile derrière...

Médecin 9 : Ouais ouais.

Intervieweur : OK, d'accord. OK OK et du coup, vous si vous deviez décrire... Qu'est-ce que vous pensez personnellement de la place de la consultation mémoire dans la prise en charge du patient atteint de troubles cognitifs ?

Médecin 9 : Elle est indispensable. Elle est essentielle, [euh] elle est ... Pour réévaluer le MMS régulièrement, c'est quand même [euh] ... Voilà, on voit un peu la rapidité de [euh], de progression de la maladie. Moi j'ai tout ; bah avec mon expérience de médecin en EPHAD et en structure de vie Alzheimer ; j'ai toujours dit que pour moi il y a plusieurs, [euh] soit plusieurs stades d'Alzheimer, soit différentes maladies Alzheimer.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 9 : Parce que tous les patients n'évoluent pas sur un mode d'agressivité, tous les patients n'évoluent pas sur un mode de perte d'autonomie. Je trouve qu'il y a des [euh] tableaux cliniques qui sont différents, d'un malade d'Alzheimer à l'autre.

Intervieweur : D'accord, OK. D'où l'importance du suivi.

Médecin 9 : Voilà, voilà.

Intervieweur : D'accord. Et donc quand c'est comme ça, quand il y a une consultation mémoire, après il y a souvent un suivi qui est instauré derrière ?

Médecin 9 : Oui.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 9 : Alors jusque... Malheureusement [euh], comment, des malades atteints d'Alzheimer, on sait très bien que [euh], on les maintient au domicile le plus longtemps possible, mais on sait que l'issue sera [euh] une entrée en EHPAD de toute façon donc [euh]... Tant qu'ils sont déplaçables entre guillemets, voilà [euh] ils ont leur suivi en consultation de la mémoire, après [euh] quand il y a des chutes fréquentes [euh], quand leur état se dégrade vraiment beaucoup, [euh] souvent l'entourage ne souhaite plus [euh] de suivi.

Intervieweur : D'accord OK, donc ça... L'avancée des troubles, pour vous, c'est un frein à l'utilisation de la consultation mémoire ?

Médecin 9 : Ouais. En tout cas telle qu'elle existe actuellement, oui.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 9 : Moi je pense que [euh] ; oui, il faudrait développer des [euh]... La prise en charge à domicile, comment [euh]... Des équipes mobiles, en tout cas [euh], voilà des équipes mobiles, ça pourrait être bien pour la prise en charge à domicile.

Intervieweur : D'accord, OK OK, et est-ce que vous voyez d'autres freins à l'utilisation de la consultation mémoire aujourd'hui ?

Médecin 9 : Ah, le refus du patient !

Intervieweur : Ouais, vous m'en avez parlé aussi tout à l'heure un peu ouais ; puis des aidants aussi du coup ?

Médecin 9 : Quelquefois des aidants également : « ça va servir à quoi de toute façon ? On ne peut pas la soigner la maladie... ». Voilà oui. Et après on arrive dans une situation d'urgence, où là branle-bas de combat, ou il faut essayer d'avoir tout le monde sur le pont pour [euh] pouvoir prendre en charge le papi ou la mamie.

Intervieweur : Ouais, ce n'est pas évident, OK OK. Et du coup vous m'avez dit, qu'il serait bien par exemple, de développer les évaluations à domicile. Vous voyez d'autres pistes d'amélioration par rapport à la consultation mémoire ?

Intervieweur : Alors moi j'aimerais bien [euh]... Pour les quelques patients qui ont été pris en charge, avoir ces exercices un peu que l'on fait sur la mémoire. Bon quelques fois, on est dans des familles où l'aidant va quasiment [euh], bah jouer aux jeux de société et trouver des activités pour stimuler un peu [euh] le conjoint ou la conjointe. Mais après, dans certains milieux, voilà c'est [euh] ; on fait le béat bas, la toilette, on assit papi mamie dans le fauteuil, et terminé. Donc moi je trouve que voilà, s'il y a des équipes qui

peuvent venir... Après moi j'ai un reflet par rapport à mon activité que j'ai eu en EPHAD ; bah c'est soit on prépare la soupe avec les malades, soit on fait un gâteau avec des malades, soit [euh] voilà. C'est toutes des choses comme ça, je trouve qu'à domicile, ça manque.

Intervieweur : Oui, oui, donc pour vous il faudrait [euh] comment dire, accentuer les aides à domicile et les stimulations cognitives au domicile ?

Médecin 9 : Voilà les stimulations. Les aides ça va, on a ; avec toutes les structures de soins à domicile je pense qu'on est bien équipé avec les auxiliaires de vie et les aides-soignantes. Bon bien que la formation, elle n'est peut-être pas non plus toujours bien orientée pour la prise en charge des maladies d'Alzheimer. Mais en tout cas des [euh] ; oui, des gens, je ne sais si ce sont des psychologues, des psychomotriciens, des choses comme ça, qui pourraient, oui prendre en charge le patient à domicile pour essayer de maintenir le plus longtemps possible ce qui n'est pas altéré quoi.

Intervieweur : D'accord OK. Et je reviens aussi un petit peu là-dessus, vous m'avez parlé d'institutionnalisation, ça est-ce que c'est proposé ou évoqué après la consultation mémoire ou c'est toujours vous qui l'envisagez, avec la famille ?

Médecin 9 : [euh] Non, ça s'est envisagé [euh], ouais avec la famille. Là, je pense en particulier à un couple, que j'ai actuellement, le maintien de Monsieur à domicile devient très

compliqué parce que là on n'est pas [euh], on est arrivé au stade de l'agressivité, et son épouse, elle est dans le ... Je lui ai dit... En plus, c'est des gens âgés, donc plus de 85 ans, et Madame a du mal à franchir le pas du... Je lui dis « il faut faire un dossier de pré admission, Madame. Regardez, vous n'allez pas tenir le coup comme ça, et s'il arrive quelque chose de toute façon à votre mari, on sera bien obligé d'accélérer le processus ». Mais ouais, il y a des conjoints qui sont vraiment dans la culpabilité [euh], d'institutionnaliser leur malade quoi.

Intervieweur : Ouais, OK.

Médecin 9 : Alors je me dis que nous, là avec [euh] comment, notre rôle de médecin traitant, ben on est là aussi pour [euh] essayer de conseiller et puis de déculpabiliser l'aidant hein... Lui dire de prendre soin de lui. Après il y a la vie [euh], comment, personnelle des couples, il y a leur histoire de couple qui fait que [euh] voilà. Moi, j'ai, j'ai eu un père qui a [euh], qui a eu une démence vasculaire et ma mère, j'ai encore ses mots, elle m'a dit : « ton père, il a toujours été gentil avec moi, j'étais heureuse avec lui, je me dois de m'occuper de lui [euh] jusqu'au bout. »

Intervieweur : Ouais.

Médecin 9 : Donc ça c'est, c'est une dynamique de couple dans laquelle on a du mal à [euh], à rentrer. Et le passif des couples, [euh] voilà. Nous, on a notre savoir médical, on a notre savoir [euh], comment, sur [euh]... Oui, c'est notre savoir médical, qui fait que voilà

on conseille des choses, mais après [euh] dans tout ce qui est âme, mental, on ne peut pas rentrer quoi.

Intervieweur : Ouais, bah oui je me doute. Et la prise en charge des aidants vous la retrouvez après une consultation mémoire ou pas du tout ?

Médecin 9 : [euh] Enfin pour moi, tout ce que j'ai en tête, c'est un vrai sacrifice, hein. Ils se laissent de côté de toute façon...

Intervieweur : Hum hum oui, avec quand même un risque d'épuisement, je suppose.

Médecin 9 : Bah oui, et puis il y a des pathologies... Là je vous parle d'un couple, le Monsieur qui devient agressif, même moi, j'ai du mal maintenant à rentrer en relation avec lui pour l'ausculter. Son épouse, elle est quand même malade du cœur, moi j'ai un peu peur que [euh]... Voilà, que tout ça, cet environnement, fasse que ce soit elle qui lâche prise avant lui finalement.

Intervieweur : Ouais OK, d'accord, et après la consultation mémoire, on vous propose des choses pour prendre en charge l'aidant ou pas du tout ?

Médecin 9 : Ah bah oui, ces structures d'accueil [euh] de jour, en principe c'est pour [euh] l'aidant, donner un peu de temps à l'aidant. Et [euh] ça dure ... En début de maladie, je dirais que c'est tout facile parce que les gens n'ont pas encore des troubles très installés et ils sont [euh] ; finalement ils sont demandeurs, hein. On leur a annoncé

un diagnostic et ben non, ils n'ont pas envie que la maladie, elle évolue, donc ils veulent faire tout [euh] tout ce qu'il faut faire. Mais après, quand la maladie, la pathologie se dégrade et que [euh], ils deviennent plus irritables, plus difficiles à mobiliser, [euh] voilà. On a plus ces structures pour l'aidant, et on est dans une spirale un petit peu infernale, parce que c'est lourd pour l'aidant, et en plus il n'y a même plus de moments de [euh] de relâchement quoi.

Intervieweur : Ouais ouais.

Médecin 9 : Moi j'ai... Enfin après, c'est notre rôle de médecin de famille, je dirais, hein. Parce que j'ai quand même trente ans d'installation donc [euh], il y a des gens que je suis depuis longtemps, j'ai [euh], je dirais que j'ai autant de peine pour le patient qui a la pathologie, quand je le vois un peu se dégrader, que pour l'aidant, qu'on voit [euh]... Qui donne tout ce qu'il a pour [euh], comment, être présent, mais pourtant [euh], l'épuisement y est quoi.

Intervieweur : Hum hum oui.

Médecin 9 : Donc on vit cette situation avec eux et puis [euh]... Oui, c'est [euh] c'est dur. Bon après moi, étant donné que j'étais un peu touché personnellement, je suis certainement aussi réceptive [euh]... J'ai quand même [euh] tout... Oui, j'ai [euh] ; au niveau gériatrie, j'ai quand même [euh] déjà tellement travailler en gériatrie, que oui j'ai certainement une oreille un petit peu plus [euh], comment, orientée, oui une oreille orientée voilà.

Intervieweur : Oui, du coup, vous êtes plus attentive aussi au début des troubles, et cetera...

Médecin 9 : Bah ouais, ouais, ouais.

Intervieweur : D'accord, OK OK. Juste je voulais évoquer un dernier thème avec vous [euh] ; est-ce que vous pourriez me raconter comment se passe, d'une manière générale, vos relations avec les gériatres de votre secteur ?

Médecin 9 : Malheureusement, comme toutes les relations avec les spécialistes de tout corps actuellement, [euh] elles sont nulles.

Intervieweur : Nulles ? [rires]

Médecin 9 : [rires] Bah non... Moi je dis, comment [euh], maintenant on est... On travaille tous dans notre coin, c'est [euh] c'est dur, les... Enfin je suis déjà allée à des réunions où on veut un échange hôpital ville ; mais c'est compliqué quoi. Ouais, on est tous pressés, que ce soient nos confrères à l'hôpital, que ce soit nous et ... À moins d'avoir des interlocuteurs qu'on connaisse personnellement où, peut-être ça peut faciliter la chose mais... Non là, actuellement je ne vais pas vous dire que j'ai des relations avec mes confrères gériatres en milieu hospitalier, non, non.

Intervieweur : D'accord, OK.

Médecin 9 : Je n'ai pas de [euh], comment ; je n'ai rien contre eux, hein, je [euh] voilà. Mais oui, enfin, il n'y a pas de téléphone qui se décroche pour

dire : « Ben voilà [euh] je suis dans la peine » ; ou le gériatre qui va ... « Ben pouvez-vous m'en dire plus [euh] un peu sur cette famille ? » Non, non. C'est on fait chacun le mieux que l'on peut notre travail.

Intervieweur : D'accord, OK. Et donc si vous pouviez apporter des modifications justement pour améliorer cette communication, ce serait lesquelles ?

Médecin 9 : Bah le téléphone... Alors, bon après, on voit ça en cancérologie, on voit ça [euh]... On propose différentes solutions. Moi je vois pour la fin de vie, pour les soins palliatifs, on a des petits classeurs, on va facilement mettre nos... Enfin on va échanger avec le personnel soignant, on va mettre nos observations. Moi, je le fais en gériatrie, je le fais avec les [euh] les structures de soins et aide-soignant, axillaire de vie. Je vais facilement mettre un petit mot sur le classeur, où eux ils mettent a bien mangé, ou il n'a pas accepté la toilette aujourd'hui. Bah moi je vais mettre mon petit mot de médecin traitant quoi. Après, pour un gériatre qui voit le patient tous les 6 mois, c'est compliqué de fonctionner comme ça. Mais [euh], ouais, c'est beau les réseaux dans les textes. Mais après, sur le terrain, Il n'y a pas assez d'acteurs.

Intervieweur : D'accord, vous trouvez que ça manque de personnel ?

Médecin 9 : Bah oui. De personnel, d'interlocuteur précis. Là je vous parlais des évaluations gériatriques faites par

le CLIC ; alors bon on a une secrétaire souvent qui passe un petit coup de fil : « on a été sollicité pour un de vos patient, est-ce que vous êtes d'accord pour qu'on passe à domicile pour faire une évaluation gériatrique ? » Jamais je ne lui dis non, je lui dis : « bien sûr » ! On a un petit rapport, on a [euh], on a aussi le médecin qui nous donne ses propositions, l'infirmière [euh], voilà. Tout ça, c'est très bien. Mais [euh] après dans la pratique quand on est face à des situations soit urgentes, soit difficiles, [euh] enfin, j'ai honte de le faire et j'ai honte de le dire mais ça peut se terminer [euh], en on envoi aux urgences.

Intervieweur : Ouais.

Médecin 9 : Je viens d'avoir le tour avec un petit couple là, le Monsieur est en ... Alors, le Monsieur s'est dégradé très très vite. Moi, je, je mets ça suite à un épisode diarrhéique, de toute façon j'avais fait des bilans sanguins en m'assurant qu'il n'y avait pas de troubles d'hydratation et tout. Et donc la semaine dernière son épouse m'appelle en me disant « docteur [euh] ... » J'y suis allée au moins une fois par semaine, j'ai même dit au patient de ne plus conduire parce que [euh] il conduisait encore la voiture, il avait 83 ans. Et elle me dit « docteur, je sais plus quoi faire [euh] mon mari à 17h00 il ferme les volets, il va se coucher et à 23h00 il a terminé de dormir, il rouvre tous les volets. » Bon ! J'avais [euh], on avait pointé du doigt ; ce sont des gens qui n'ont pas de d'enfants, et donc ce sont les neveux et nièces qui m'avaient

sollicitée ; en me disant « Qu'est-ce qui se passe ? Ça ne va pas bien notre oncle ». Et bah je dis « oui, il se dégrade [euh] ». Donc on avait fait tout... J'avais mis en place le passage de l'infirmière. Là, on avait fait une demande pour réévaluation de l'APA, pour voir pour la toilette... Enfin monsieur disait que non, madame était là pour le faire [rires].

Intervieweur : [rires]

Médecin 9 : On rigolait avec mon interne, parce qu'on a dit on voit bien que c'est une époque ça ! Madame elle est [euh], elle doit être aux soins de son époux. Bon bref donc, tout ça c'était fait hein [euh] ; le temps que ça se mette en place en plus, c'est en plein mois d'aout. Bah la semaine dernière qu'est-ce que j'ai fait, j'ai fait un papier pour les urgences, pour envoyer mon patient aux urgences, pour que j'espérais qu'il serait mis [euh] en court séjour gériatrique, pour que madame puisse [euh] un peu être soulagée.

Intervieweur : Ouais.

Médecin 9 : Voilà, tout ça c'est [euh]... J'ai honte, je n'aime pas du tout faire ce genre de chose mais il y a des périodes où il n'y a rien qui roule comme ça devrait rouler quoi.

Intervieweur : Ouais, après si ce n'était pas possible d'organiser ça autrement, voilà. Mais c'est dommage c'est vrai que....

Médecin 9 : De toute façon, voilà, c'est ce que je vous dis, on est [euh], je pense que ; alors en plus au mois

d'aout c'est le mois où il ne faut vraiment pas avoir besoin du corps médical à ce niveau [rires], mais [euh]... On n'a pas d'interlocuteur et puis on a, enfin il n'y a pas de truc d'urgence quoi, de prise en charge d'urgence. Et d'autant plus quand il n'y a pas de [euh] maillage familial quoi. Encore quand il y a des enfants [euh], qui peuvent un peu être présents, mais là la dame elle n'a pas d'enfant ; juste neveux et nièce, bah elle est perdue la dame hein ! Elle assiste à la dégradation de l'état de santé de son mari et, que faire ?

Intervieweur : Ouais. OK OK.

Médecin 9 : Et oui, c'est [euh]... On a plein de choses à améliorer mais après il faut des bonnes volontés, il faut des bras, il faut des diplômés... Il faut de l'argent surtout, je pense !

Intervieweur : Ouais, ouais aussi.

Médecin 9 : Ben je pense qu'encore maintenant la prise en charge de la pathologie d'Alzheimer, elle passe par la stimulation [euh] point à la ligne hein. On n'a pas trouvé de molécule, qui soit capable d'endiguer les symptômes, ou de les ralentir quoi.

Intervieweur : Oui la prise en charge médicamenteuse, elle est ...

Médecin 9 : Même maintenant, je pense qu'il y a en plus beaucoup qui initie les traitements quoi.

Intervieweur : Oui.

Médecin 9 : Et puis malgré le traitement de toute façon, on voit quand même l'état se dégrader et le maintien

compliqué quoi hein. Je pense à la MEMANTINE et tout ça, les cardiologues ils n'aiment pas trop toutes ces molécules-là hein... Quand on a affaire à des patients en plus qui ont des lourds antécédents cardiaques. Donc voilà, je ne sais pas si j'ai répondu à votre attente.

Intervieweur : Oui, oui, parfait. Je crois qu'on a évoqué tous les sujets que je voulais évoquer.

Médecin 9 : Mais oui, développer les pôles de consultation de la mémoire, [euh] bien sûr ! Derrière ça, avoir des relais, [euh] différentes structures de relais ; oui, oui je le demande plus plus plus. Et puis [euh], parce que on voit bien aussi... Enfin moi quand j'ai commencé à côtoyer la gériatrie, c'était institutionnalisation plus plus plus ; maintenant je pense qu'on est en train de freiner des quatre fers, pour maintien à domicile plus plus plus quoi. Et pour le maintien à domicile plus plus plus, ben il faut des acteurs.

Intervieweur : Ouais, voilà, c'est ça.

Médecin 9 : Et pour avoir des acteurs, bah il faut les payer [rires]. Il faut les payer, il faut des deniers. Et les deniers bah voilà, est-ce que c'est notre ministère, qui pourrait être généreux pour la gériatrie, il reste à voir.

INT : Ouais voilà, pour vous en fait ce qu'il faudrait, c'est développer ces

réseaux de prise en charge à domicile, c'est ça qui manque aujourd'hui ?

Médecin 9 : Moi, je [euh] comment, je suis d'accord que maintenir les personnes dans leur lieu de vie, là où ils ont toute une histoire, là où les photos ou les murs ont une histoire, bah oui c'est très, très bien. Parce que, [euh] comment, quelque part on ne sait pas à quelle fréquence ils ont un peu de lucidité, mais au moins le petit peu qu'il leur reste, [euh] bah voilà, ils reconnaissent leur pouvoir. Et puis malheureusement l'institutionnalisation ça a ses limites aussi, et puis il y a quand même une certaine dégradation dans la prise en charge je trouve hein.

Intervieweur : Oui.

Médecin 9 : L'EPHAD d'il y a dix ans n'est plus l'EPHAD de maintenant. Voilà, voilà, ce que j'en pense. [rires]

Intervieweur : [rires] OK OK.

Médecin 9 : Je me suis mouillée [rires].

Intervieweur : [rires] Non mais c'est bien, c'était intéressant. Je vous remercie beaucoup, en tout cas d'avoir accepté de me rencontrer.

Médecin 9 : De rien, bonne journée.

Entretien Médecin 10, le 23/09/2022

Entretien réalisé en visio-conférence

Durée de l'entretien : 44 minutes et 16 secondes

Intervieweur : Donc moi je suis parent Stacy, je suis médecin remplaçant dans la région de France. Donc je réalise un travail de thèse qui aborde le thème de la consultation en mémoire. Je vous remercie encore d'avoir accepté de me rencontrer pour participer à cette étude. Donc notre entretien est comme convenu enregistré ; l'anonymat des participants est bien sûr respecté. Vous pouvez faire retirer l'analyse de l'entretien à tout moment avant son anonymisation. À l'issue du travail de recherche, l'intégralité des enregistrements sera détruite et vous pourrez bien entendu être informé des résultats de cette étude. Est-ce que vous avez des questions avant de débiter ?

Médecin 10 : Non pas du tout. Non, on peut y aller.

Intervieweur : D'accord, alors tout d'abord, je vais vous poser des questions d'ordre général ; quel âge avez-vous ?

Médecin 10 : Ah cinquante-et-un.

Intervieweur : D'accord, dans quelle zone exercez-vous ; plutôt rurale, plutôt urbaine ?

Médecin 10 : Plutôt urbaine.

Intervieweur : D'accord, quel est le nombre d'habitants dans votre commune d'exercice ?

Médecin 10 : 35000.

Intervieweur : 35000.

Médecin 10 : Ah oui, j'habite à [VILLE], 35 ou 36000 un truc comme ça.

Intervieweur : D'accord OK, depuis combien de temps exercez-vous la médecine générale ?

Médecin 10 : Depuis quatre-vingt-dix-huit, quatre-vingt-dix-neuf, en remplacement.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 10 : Mais je me suis installée officiellement que depuis 2016. En fait je faisais que des remplacements auparavant si vous voulez.

Intervieweur : OK, d'accord.

Médecin 10 : je me suis installée tard.

Intervieweur : OK, OK, est-ce que vous exercez seule ou en cabinet de groupe ?

Médecin 10 : Seule.

Intervieweur : D'accord, est-ce que vous êtes maître de stage ?

Médecin 10 : Non.

Intervieweur : Est-ce que vous êtes titulaire d'un DU ayant un lien avec la médecine gériatrique ?

Médecin 10 : J'avais passé un DU, mais il n'a pas été [euh]... Je ne sais pas s'il est reconnu.

Intervieweur : D'accord. De gériatrie ?

Médecin 10 : C'était une capacité, oui de gériatrie.

Intervieweur : D'accord, OK.

Médecin 10 : Mais je pense qu'il n'est pas reconnu parce que quand j'ai voulu le... Je ne peux pas l'inscrire à l'ordre, si vous voulez. Je peux le faire apparaître sur mes [euh], sur mes feuilles parce que c'est la capacité qui est reconnue et il fallait la passer à [VILLE].

Intervieweur : D'accord, OK.

Médecin 10 : Mais le DU ne comptait pas malheureusement pour [euh]... Je ne peux pas le mettre sur mes ordonnances.

Intervieweur : D'accord OK, OK, OK. On va... Du coup on va rentrer dans le vif du sujet, est-ce que vous pouvez me raconter la dernière consultation, ou une qui vous vient en tête, où vous avez décidé d'avoir recours à la consultation mémoire pour un de vos patients atteints de troubles cognitifs ?

Médecin 10 : [EUH] La dernière...

Intervieweur : Où une qui vous vient en tête.

Médecin 10 : Moi, j'ai une patiente qui me vient en tête, mais qui est déjà suivie. Enfin que j'ai récupéré parce que son médecin est [euh], est à la retraite. Enfin, il la connaissait donc il l'avait

gardé mais pour les papiers, c'était compliqué. Don [euh] oui j'en vois une.

Intervieweur : En fait ce n'était pas vous qui l'avez adressée.

Médecin 10 : Non.

Intervieweur : D'accord ; et vous ne vous souvenez pas d'une que vous auriez adressée ?

Médecin 10 : Oh y a très longtemps... Si madame [NOM DE FAMILLE]. Oui, une patiente.

Intervieweur : OK, vous pouvez me raconter un petit peu comment ça s'était passé en consultation ?

Médecin 10 : En fait, elle a 90 ans, donc moi je l'avais vu.... Je l'ai connu à l'époque, je la voyais au domicile parce que son mari était gravement malade, et en fait bah il y avait des soucis parce qu'elle se [euh]... Bon, elle oubliait quoi.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 10 : Elle oubliait beaucoup de choses. Et puis en fait [euh] ; mais bon comme elle était très entourée parce que son mari était malade ; si vous voulez au début ça ne se voyait pas trop. Et en fait, quand son mari est décédé, bon, ils se sont aperçus que faire à manger, c'était compliqué [euh] ; des choses comme ça quoi.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 10 : Elle était un peu perdue pour des ... Il l'a retrouvé une fois, il l'a trouvé, elle s'était perdue ; enfin des choses comme ça.

Intervieweur : D'accord, donc c'était elle qui se plaignait des troubles cognitifs.

Médecin 10 : C'était surtout l'entourage qui me qui me [euh] rapportait que [euh], bah qu'elle s'était perdue ; où qui me relatait des choses, quoi.

Intervieweur : D'accord, OK.

Médecin 10 : Qu'elle ne se lavait pas, enfin pas tous les jours ; ou des choses comme ça.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 10 : Mais bon pour manger en fait, quand ils étaient là, elle mangeait, mais s'il n'y avait personne, elle n'allait pas se... Il se demandait si vraiment, si elle faisait à manger, si elle faisait réchauffer ou pas.

Intervieweur : D'accord, OK.

Médecin 10 : En fait quand il y avait des gens... Quand moi je la voyais en consult', en fait, tout allait bien, tout va bien. Et c'est vrai que c'est en fait quand on approfondit, et c'est [euh], c'est la famille qui raconte en fait. Bon, tout allait bien, tout [euh]... Mais en fait la famille me disait quand ils ne sont pas là, elle ne mange pas ou [euh] ; ils étaient persuadés qu'elle ne mangeait pas ses repas ; des choses comme ça.

Intervieweur : D'accord OK, donc là c'était la plutôt la famille qui vous a alertée. Et d'une manière générale, c'est toujours la famille qui vous alerte sur les troubles cognitifs ?

Médecin 10 : Alors parfois les patients se plaignent. Ils disent « ah oui, je [euh],

je me souviens moins, j'oublie des choses ». Ou parfois, c'est la famille.

Intervieweur : D'accord, OK OK. Ce n'est jamais vous qui remarquez en consultation ?

Médecin 10 : Si parfois.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 10 : C'est vrai qu'en consult', bon, on est un petit peu débordé si vous voulez. Donc si vrai que si les réponses sont cohérentes, bon bah de temps en temps, on n'approfondit pas quoi. Et c'est quand : bah tiens on oublie de voir le spécialiste, ou j'ai demandé un truc et on ne l'a pas fait. Et en fait, moi je suis encore très médecin de famille, donc je vois des fois quatre générations dans la famille. Donc il y a ceux qui me rapportent : « au fait elle s'était perdue, elle avait chuté, que de temps en temps, elle oublie des choses... ».

Intervieweur : Hum, d'accord.

Médecin 10 : Et c'est vrai que parfois superficiellement ; enfin, quand on répond aux questions c'est très cohérent ; mais que si on va approfondir bah on voit qu'il y a des troubles quoi. Par exemple [euh], comment expliquer, bon elle peut se déplacer, raconter un peu ce qu'elle prend, ce qu'elle a fait de la journée. Et puis après en fait, quand elle était allée au cardio, c'était quand, il n'y a pas longtemps, elle ne s'en souvenait pas.

Intervieweur : D'accord, OK.

Médecin 10 : Mais c'est vrai que les gens souvent, beaucoup font comme si

tout allait bien. Je pense que c'est peut-être aussi la peur, la peur de venir, et puis tiens ça ne va pas, j'ai peur de me retrouver en EPHAD quoi.

Intervieweur : Ouais ouais, je me doute.

Médecin 10 : Parfois, c'est la peur de savoir que c'est un problème de mémoire, parce que dans la famille, il y a déjà eu ça, et peur de savoir comment ils vont finir aussi ; parfois on a ce discours-là.

Intervieweur : D'accord OK OK OK et du coup là vous avez dans [euh], dans ce cas clinique particulier, vous avez adressé la patiente tout de suite en consultation mémoire ?

Médecin 10 : Ouais mais alors le souci c'est les délais hein...

Intervieweur : D'accord.

Médecin 10 : Ça je vous avoue, c'est [euh], entre [euh], oh ça met plusieurs mois...

Intervieweur : Ah ouais...

Médecin 10 : Je crois qu'il manque un médecin ou... Ça m'était presque un an quoi... C'était, c'était énorme.

Intervieweur : D'accord OK, donc vous adressez d'emblée, mais la consultation est longue à arriver quoi, on va dire ?

Médecin 10 : Ouais c'est ça, voilà.

Intervieweur : OK OK.

Médecin 10 : Après souvent, il faut... Ici c'est vrai qu'à [VILLE] ils ont des hospitalisations de jour, on y va une première fois, puis après ils essaient de

tout programmer. Donc, connaissant un peu le truc, je prévois si je peux l'IRM, bilan biologique et tout, le cardio. Mais c'est vrai que c'est long. Après je comprends, hein, faut qu'ils arrivent à tout programmer dans une journée. Et parfois, c'est...

Intervieweur : Vous, avant d'envoyer le patient, vous prévoyez quand même des bilans en amont ?

Médecin 10 : J'ai fait un peu de gériatrie, donc souvent moi l'IRM [euh], je cherche pour les zones hippocampiques ; enfin des choses comme ça. Les prises de sang, bon, et puis voire aussi sur le plan cardio en général. Donc [euh], j'essaie de prévoir la consultation cardio déjà, un bilan biologique, voir s'il n'y a pas des carences, une anémie et puis le [euh], et puis après l'IRM. Bon après l'IRM en plus il faut qu'ils arrivent à la supporter hein. Ce n'est pas toujours évident.

Intervieweur : Ouais, je me doute, ouais.

Médecin 10 : Parce que ce qui est plus parlant, mais ils préfèrent l'IRM au scanner. Mais bon l'IRM, il faut dire, il ne faut pas être claustrophobe. Après c'est le souci aussi, quand les gens [euh], quand les enfants travaillent, ou des choses comme ça, pour accompagner, ce n'est pas toujours [euh]... Ou alors vous prenez rendez-vous et ils n'y sont pas allés parce qu'ils ont oublié ; ça arrive aussi.

Intervieweur : Ouais.

Médecin 10 : C'est un peu compliqué.

Intervieweur : D'accord ;

Médecin 10 : Et le problème aussi c'est le transport ; enfin tant qu'ils ne sont pas étiquetés ou qu'on n'a pas le [euh], je ne sais pas, poser l'indication pour une ALD de démence ; bah s'il faut [euh]... Si pour l'IRM, il faut un moyen de transport parce qu'ils ont du mal à se déplacer, je ne peux pas. Vous voyez c'est [euh]... Ils doivent payer plein pot. Vous savez, c'est des choses compliquées aussi [euh]...

Intervieweur : Donc ça c'est un frein [euh], c'est un des freins à envoyer le patient à la consultation mémoire, oui.

Médecin 10 : Oui, c'est un frein. T'as des freins aussi, pour tous les bilans qu'on me demande. Même voir un cardio, bah si ses enfants travaillent, si c'est un cardio mettons qui est à l'hôpital, c'est 35 h. Bah le souci c'est qui est-ce qui va les conduire quoi. Mais moi, si je n'ai pas une ALD, je ne peux pas ; ils vont le payer plein pot.

Intervieweur : Ouais ? Donc après ils refusent. .

Médecin 10 : Voilà donc ouais, parfois c'est ça aussi, c'est l'histoire [euh]... Bon ce qui est bien aussi, c'est qu'à [VILLE], parfois ils nous font l'hospitalisation de jour. Donc c'est souvent programmer, en sachant que quand c'est une hospitalisation, j'ai le droit de mettre une ambulance. Donc ça il n'y a pas de souci.

Intervieweur : Ouais d'accord, ouais là c'est bon.

Médecin 10 : : Parfois, ce qui est idéal, c'est quand il y a un membre de la famille qui peut accompagner. Ça malheureusement, ce n'est pas toujours non plus le [euh]...

Intervieweur : Oui, bah oui.

Médecin 10 : Ouais le cas.

Intervieweur : D'accord, OK OK. Donc en fait vous faites un petit bilan, enfin les bilans que vous pouvez avant d'envoyer le patient. Et du coup, quelles sont vos attentes lorsque vous adressez le patient en consultation mémoire ?

Médecin 10 : En gros, c'est déjà d'avoir le diagnostic. Au moins ça me permet déjà de poser l'ALD ou pas. Et après, c'est de voir tout ce qui est demandé d'APA, des choses comme ça, pour essayer d'avoir un peu d'appui pour les aides.

Intervieweur : Un appui pour les aides, d'accord.

Médecin 10 : Ouais, pour les aides. Après bon bah c'est le [euh]... Alors aussi pour les gens qui n'ont pas trop de moyens, que ça soit aussi mettons l'aide-ménagère, l'aide pour les courses. Bon, après tout ce qui est pilulier des choses comme ça, les gens quand ils sont plus atteints, je fais passer l'infirmière hein, pour distribuer les médicaments. J'ai une dame où [euh], carrément les [euh], ils prennent les médicaments chez eux parce que des fois on retrouve [euh]... On est passé, elle en reprend derrière. Ah sinon, c'était madame [NOM DE

FAMILLE], bah on n'a pas retrouvé la boîte d'ELIQUIS.

Intervieweur : Ah ouais...

Médecin 10 : Elle était sous anticoagulants, donc on se demande [euh] en espérant qu'elle n'ait pas tout avaler, mais on est un petit peu embêté quoi. Donc parfois, c'est même les infirmiers qui gardent les traitements chez eux et qui donnent [euh], qui apportent le pilulier enfin, pas le pilulier mais le traitement du jour, au jour quoi...

Intervieweur : D'accord.

Médecin 10 : Il ne faut pas laisser trainer des médicaments, surtout des anticoagulants, des choses comme ça. Parce que des fois on se retrouve avec [euh]... Bah ils ont pris [euh]... Si on laisse les boîtes des fois ils prennent [euh]... On a une discordance entre ce qu'il y a dans les boîtes et bah ce qu'il devrait rester, et ce qui reste quoi.

Intervieweur : D'accord et donc, quand vous dites un appui pour les aides, donc c'est pour mettre en place par exemple le passage de l'infirmier, vous voyez autre chose ?

Médecin 10 : Non le passage de l'infirmier, ça je peux le faire moi-même, ça il n'y a pas de souci. C'est plus l'aide à la toilette, des choses comme ça. Parce que dans les démences malheureusement, après bon ça s'accompagne [euh], souvent ils font des chutes, des choses comme ça. Et puis aussi, bon ben ils ne se lavent pas, ils ne mangent pas. Vous savez, d'avoir

une auxiliaire de vie, même pour l'aide au repas ; même s'il y a un portage de repas, s'il n'y a pas quelqu'un pour faire réchauffer et un peu stimuler la personne, en général on retrouve tout dans le frigo quoi, ou à la poubelle. Donc c'est le souci, c'est d'avoir une présence pour stimuler les gens.

Intervieweur : D'accord, OK. Donc ça c'est un appui pour mettre en place les aides donc à la toilette, les AVS, le portage de repas ; vous voyez autre chose ?

Médecin 10 : Cette dame par exemple, madame [NOM DE FAMILLE], elle bénéficie aussi d'hospitalisation de jour. Ça fait souffler la famille, parce que sinon la fille passait trois fois par jour depuis sa retraite. Et [euh], ça faisait souffler sa famille, et puis en plus ça l'occupait. Oui, il faisait des ateliers ; ils font des fois atelier cuisine, atelier maquillage, atelier chansons. Et c'est vrai qu'elle était très demandeuse.

Intervieweur : : D'accord, OK. Et donc ça c'est la consultation mémoire qui vous le propose ?

Médecin 10 : Bah je pense qu'ils avaient mis en place [euh] l'hospitalisation de jour, mais c'était à.... Je crois que c'était suite à ça.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 10 : Pour faire souffler un peu la famille, et puis [euh]... Ouais, c'était à l'[NOM DE STRUCTURE]. Alors le problème maintenant c'est ils ont de moins de place donc [euh]... Elle qui avait quatre jours, elle s'est retrouvée

avec trois, peut-être même plus que deux. Et puis là je pense que, bon là elle a des troubles cognitifs de plus en plus sévères ; je pense que là ils vont la retirer en disant, c'est plus bénéfique. Pour elle, et puis il faut laisser la place à quelqu'un qui en aura plus besoin quoi. En gros, c'est ce qu'on nous fait comprendre.

Intervieweur : Ça, c'est embêtant pour les aidants du coup.

Médecin 10 : Ouais. Parce que là c'est [euh], ouais.

Intervieweur : OK.

Médecin 10 : Bah surtout pour l'une des filles, parce que l'une habite à [VILLE], l'autre habite admettons à cent mètres de chez elle. Donc avec son mari qui est sous oxygène, qui ne fait plus rien, et l'un des petits enfants qui a des problèmes de dyslexie, donc elle court aussi pour l'orthophonie et tout ; bah je crois que l'aidante, elle va mourir avant le reste de la famille, quoi. Quand ce n'était pas pour sa mère, c'était petits-enfants, et maintenant c'est son mari qui est sous oxygène quoi. Donc, qui ne supporte plus non plus la présence des petits enfants à la maison parce que c'est trop bruyant. Donc en fait, elle court partout quoi.

Intervieweur : Ouais, et du coup, ça vous le retrouvez dans le [euh], enfin après une consultation mémoire, la prise en charge de l'aidant ou pas du tout ?

Médecin 10 : Alors est-ce que je le retrouve... Si parfois ils proposent des

[euh], mêmes des repos à des [euh], comment ils appellent ça ? Ils n'ont pas le temps hein. [euh] Des ; ou est-ce que j'ai vu ça ? ; une fois il y a une patiente à qui ils avaient proposé, une sorte de plateforme pour souffler, voilà.

Intervieweur : D'accord pour lui donc.

Médecin 10 : Je pense qu'il devait proposer de prendre la [euh], peut être le patient malade un peu plus pour pouvoir [euh] laisser l'aidant se reposer ; mais bon après c'est le mari et les petits enfants donc ce n'est pas [euh], ce n'était pas possible pour elle quoi.

Médecin 10 : Ouais c'est vrai qu'en fait l'idéal c'est [euh], quand il y a une consultation mémoire, c'est que en fait, qu'il puisse.... S'il pouvait y avoir en fait la prise en charge globale de la famille. Je veux dire, pas que la personne malade mais aussi des aidants, que ça soit l'époux ou l'épouse quand ils sont deux, ou les enfants quand c'est les enfants qui se [euh], qui doivent tout faire quoi.

Intervieweur : Ouais, d'accord.

Médecin 10 : Pour soulager, et c'était dans un centre de jour, ça c'était bien. C'était en accueil de jour, mais ça je crois qu'il y en a de moins en moins, malheureusement. Et après, pour l'accueil de jour, je pense qu'il faut que les gens ne soient pas trop trop détériorés entre guillemets quoi. S'ils sont [euh] très avancés, ça n'a aucune valeur quoi ; enfin ça n'apporte rien.

Intervieweur : Oui, oui. D'accord OK. Et du coup, est-ce que vous pouvez me raconter comment ça se passe en pratique une fois que le patient a bénéficié de sa consultation mémoire ?

Médecin 10 : Donc ils nous sortent le diagnostic, ils font souvent un plan d'aide. Enfin un plan d'aide, ils disent : « bon il faut mettons », admettons s'il faut de la kiné pour faire marcher et renforcer le [euh], le renforcement musculaire. S'il y a des problèmes de marche, donc ils mettent un plan à ce niveau pour faire de la kiné. Bon le souci, c'est qu'il faut trouver des kinés qui veulent venir en visite, comme c'est assez chronophage, et bah on en trouve de moins en moins. C'est ça quoi.

Intervieweur : Ouais.

Médecin 10 : Et après en règle générale, ils sont vus une fois par an ou tous les six mois et encore. Mais après moi, j'ai même une autre dame, son fils ils disaient « Bah est-ce qu'il faudrait voir les docteurs, à quoi ça sert, de toute façon il n'y a plus de médicament, on ne peut plus rien faire ». J'ai eu la même chose pour une patiente, en me disant ça à l'air plutôt de stresser la patience, d'y aller. Parce que bah du coup on la sortait de son [euh], de sa maison et tout, pour aller en [euh], pour aller dans un hôpital quoi. Ça, en plus c'était au moment du COVID et tout, je ne vous raconte pas, il faut les masques, les ceci. Là, ça a perturbé énormément les gens.

Intervieweur : Ouais, et vous ce qu'est-ce que vous en pensez de de ça ?

Médecin 10 : De quoi ?

Intervieweur : Bah du fait que les patients ne veulent plus y aller [euh], ne veulent plus aller au suivi ensuite.

Médecin 10 : Après moi je peux comprendre dans un sens, parce que quand bon, quand ils ne sont encore pas trop trop détériorés, bon ça permet de faire une évaluation, de voir rapidement, mais d'ailleurs des fois plus à la demande de la famille que du patient lui-même hein. Mais après c'est vrai que bon, on a plus vraiment de traitement hein, ou ils ont été déremboursés.

Intervieweur : Oui oui.

Médecin 10 : Une fois par exemple, ils avaient encore payé un peu de temps après, mais même pour la gabapentine, c'était plus la peine de lui donner, elle était trop [euh], c'était trop [euh], c'était inférieur à 11 donc, c'était plus la peine. Mais après, on a l'impression aussi, on se demande à quoi, enfin ; ne le prenez pas mal hein ; mais à quoi ça sert entre guillemets quand ils sont arrivés à un certain stade quoi.

Intervieweur : Hum hum.

Médecin 10 : Parce que bon, on va faire le bilan ; bon bah oui, ils se sont détériorés. Enfin je veux dire, il n'y a plus [euh], ça s'aggrave. C'est un peu déprimant, mais... Alors oui, pour la famille aussi, parfois j'ai eu le retour de « bon bah ça s'est aggravé quoi ». Bon,

puis en fait c'est la notion aussi qu'il n'y a pas de médicament, vous savez qu'il n'y a pas de traitement miracle entre guillemets. Ils disent « oh il va falloir encore la déplacer [euh], enfin est-ce que ça sert vraiment docteur, est-ce qu'il faut le faire ? ». Alors je suis un peu embêtée parce que je dis oui, mais une fois qu'elle est entrée, s'il y a un souci, elle est connue ; après si elle sort du [euh], si elle sort du suivi, c'est compliqué quand il y a un souci pour appeler à l'aide, quoi.

Intervieweur : Oui.

Médecin 10 : Bon après il faut faire comprendre aussi aux familles, qu'il faudrait aussi peut être songé à [euh] ; parce que des fois la maison n'est pas vraiment adaptée ; à envisager un placement, et là c'est un petit peu compliqué.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 10 : Je ne dis pas qu'il faut placer tout de suite, mais je dis, t'as déjà le temps d'avoir les délais ; et puis on a le temps de choisir, on peut aussi visiter, voir. Parce qu'après si elle est hospitalisée, parce qu'elle se fait une fracture ou quelque chose, après s'ils jugent qu'il ne sera pas possible de la remettre chez elle., parfois on n'a pas le choix parce qu'à l'hôpital, on ne peut pas la garder trois mois, hein.

Intervieweur : Oui, oui.

Médecin 10 : Donc elle va être mise dans une maison, dans une EPHAD qui

est peut-être plus éloignée, ou pas vraiment du choix de famille quoi. Mais ça, c'est [euh] c'est vrai que c'est compliqué.

Intervieweur : Oui bah oui, et ça l'institutionnalisation, ça vous le retrouvez dans le compte rendu de la consultation mémoire ou pas du tout ?

Médecin 10 : Ah non, pour l'instant je [euh]... Bah je n'ai pas beaucoup de compte-rendu récent, je vous dis avec le COVID, ça a tout tout mis en suspens.

Intervieweur : Et là, vous, le compte-rendu vous le recevez sous quelle forme ?

Médecin 10 : En papier, c'est une lettre. Je reçois une lettre.

Intervieweur : D'accord, OK, un courrier papier.

Médecin 10 : Attendez j'ai qui en mémoire, madame [euh]... Qui est-ce que j'ai reçu ? [euh] La dernière fois que j'ai reçu, c'était quand ? *[La médecin regarde sur son ordinateur]*. Octobre 2021 et qu'est-ce qu'il disait... Madame... [Euh] Alors oui ils mettent donc : évaluation de l'autonomie, bon examen clinique, l'autonomie, l'évaluation cognitive, alors là le MMS en 2021 elle avait quoi ? 14/30. Voilà la conclusion admettons *[La médecin lit sur son écran d'ordinateur]* : donc madame [NOM DE FAMILLE] est suivie depuis sept ans pour des troubles neurocognitifs majeurs de profil dégénératif de type Alzheimer ou maladie apparentée, avec compte tenu

de l'âge une participation vasculaire sous-jacente. Le maintien à domicile semble se dérouler sans perturbation majeure. Au vu de la situation, tous les protagonistes, mais pour l'instant Madame bien sûr, et ses enfants ne souhaite pas de modification du plan d'aide. A ce titre, le confort de vie reste le même. Sur le plan cognitif, on est relativement stable depuis le mois de février ; ça c'était en octobre 2021. Sur le plan du traitement, je pense qu'il est raisonnable d'arrêter la VENLAFAXINE qu'elle prend depuis 18 mois, en gardant DOXYLAMINE quinze mg pour favoriser le sommeil. Je ne vois pas de raison de modifier le reste du traitement, elle sera revue dans 6 mois. Et elle n'a pas été revue dans 6 mois.

Intervieweur : D'accord, OK.

Médecin 10 : Parce que là elle s'est aggravée [euh] puis après [euh]. A ce moment-là ça allait encore à peu près. Elle allait trois fois ou trois quatre fois à [NOM D'UN CENTRE D'ACCEUIL]. Après ça s'est beaucoup dégradé, et je vous dis, la fille qui s'occupe beaucoup d'elle, son mari a fait un gros pépin il y a quelques mois, donc il est en sous oxygène. Donc, alors est-ce que c'est pour ça ? Il faut que je lui pose la question, pourquoi elle n'est pas allée la revoir six mois après. [*La médecin regarde de nouveau son ordinateur*]. Ah là c'était en novembre [euh]. Et après j'ai aussi dit à la fille [euh], et là par contre j'ai préparé, j'ai dit on va faire des dossiers pour si jamais un jour il faut la placer. En faisant comprendre, au moins on peut choisir voilà. Qu'on ait le

temps de choisir, de voir comment ça se passe, et puis de [euh]... Et puis si un jour il y a une place, qu'elle n'est pas prête, on ne la met pas tout de suite quoi, mais au moins elle est connue, elle est dans le [euh], dans la liste.

Intervieweur : Ouais bah oui. D'accord, et vous d'une manière générale, vous en pensez quoi des courriers ?

Médecin 10 : Bah [euh] non là ils sont bien détaillés, c'est vrai. Pour tout ce qui est [euh]... Bon, on a [euh] les éléments cliniques, donc on a toujours un rapport sur le [euh], sur le plan cognitif. Donc non, ça c'est vrai, ça c'est bien détaillé, ça on a le [euh]...

Intervieweur : D'accord.

Médecin 10 : Mais après le souci, c'est ce qu'on peut faire, c'est qu'est-ce qu'on fait après quoi ? [rires]

Intervieweur : Ouais, c'est sûr. Et donc du coup-là, vous m'avez dit au départ ils ont une consultation, avec un gériatre je suppose, et ensuite ils vont en hôpital de jour et là, ils ont des évaluations, plusieurs évaluations ?

Médecin 10 : Oui, ils font les bilans psychométriques, ils font les [euh]... Tu sais ils essayent de faire le SCANNER, enfin l'IRM. Ils font les bilans psychométriques, mais beaucoup plus poussés. Ils font sûrement le BECK, des choses comme ça, ils ne font pas que le MMS.

Intervieweur : D'accord, donc ils voient...

Médecin 10 : Je peux vous dire c'est fatiguant hein, parce que les gens ont du mal à [euh]...

Intervieweur : D'accord.

Médecin 10 : Et souvent ils demandent aussi à ce qu'il y ait un accompagnant. Enfin, il y a la famille justement pour voir les problèmes, parce que la personne elle va te dire tout va bien.

Intervieweur : Bah oui.

Médecin 10 : Donc pour voir comment ça se passe exactement la maison, des choses comme ça.

Intervieweur : D'accord OK, donc ils ont une évaluation par un neuropsychologue, ils ont d'autres [euh] d'autres évaluations ?

Médecin 10 : [euh] Alors qu'est-ce qu'ils ont d'autres ? Attendez parce que là il faut que je retrouve... Bon après le cardio aussi, ils font le cardio. [euh] Supplémentation aussi, s'il manquait des vitamines... Mise en place d'une téléalarme, ils nous disent tout ce qu'il faut faire. Mais non, je ne vois pas d'autres [euh]...

Intervieweur : D'accord. Et vous, d'une manière générale, vous trouvez que ça apporte des modifications dans votre prise en charge du patient ?

Médecin 10 : [euh] Bah s'il faut mettre en place des aides, ça je le devine. Je veux dire, s'il faut mettre en place un passage infirmier, ça je le fais.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 10 : Bon après s'il faut une aide à la toilette et tout, ça il n'y a pas de souci, mais [euh] c'est vrai que ce n'est pas [euh]... On a plus de détails, puisqu' ils ont [euh], on a le bilan psychométrique qui est beaucoup plus poussé quand même que ce que je peux faire. Et après, c'est vrai que c'est [euh]... En fait, je pense qu'il n'y a pas assez d'équipe mobile, mais bon, ça serait l'idéal d'avoir une équipe mobile.

Intervieweur : D'accord...

Médecin 10 : Tu sais des gens qui se déplacent...

Intervieweur : D'accord, il n'y en a pas dans votre secteur ?

Médecin 10 : Je ne pense pas qu'il y en ait, qu'il y en ait est dans le coin.

Intervieweur : D'accord et pour vous, ça pourrait être un plus qu'il y ait quelqu'un qui se déplace au domicile ?

Médecin 10 : Parce qu'au début, j'avais fait ça un peu avec [euh], c'était avec Monsieur [NOM DE FAMILLE], et on se déplaçait chez les gens, on se réunissait, c'était bien.

Intervieweur : C'était un gériatre ?

Médecin 10 : Oui.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 10 : Mais je ne sais plus si ça se fait trop, parce qu'on l'avait fait avec un patient en commun. Ça, c'était bien, on se réunissait ; alors parfois, c'est [euh], par contre ça peut être assez impressionnant pour la famille où le patient même. Tu vois débarquer le

gériatre, moi, l'infirmière coordinatrice, tout ça quoi, ça fait du monde.

Intervieweur : D'accord, mais ça permettait de peut-être faire des évaluations plus adaptées en fonction du domicile ?

Médecin 10 : Oui, et puis là on posait la question de l'attente, de ce que [euh], par exemple, la question à la famille de « Bon, si on mettait ça en place, est ce que ça pourrait se faire ? Est-ce qu'il ne faudrait pas qu'on mette en place une aide à la toilette ? ». Parce qu'au début, c'est vrai que les gens, ils ne veulent pas trop voir d'étranger chez eux, c'est toujours la famille qui enfin, [euh] qui sont obligés entre guillemets, de faire la toilette ; mais sinon ça devient lourd à la fin. Donc après, pour expliquer que maintenant, il faut que ça soit mis en place quand même par [euh]... Enfin dès que [euh], déculpabiliser aussi un peu les familles en disant : « bah non, vous ne pouvez pas tout assumer vous-même, quoi », c'est normal.

Intervieweur : Oui, d'accord. Donc là pour l'instant à l'heure actuelle ça n'apporte pas vraiment de modifications si j'ai bien compris dans votre prise en charge ?

Médecin 10 : Non.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 10 : Parce que moi, bon s'il faut mettre en place des aides, je vais en mettre. Par contre, ça sert vraiment d'avoir quand même un bilan, d'avoir des détails sur le [euh]... Tout est bien, c'est [euh], tout est bien carré quoi.

Mais après ce que je reproche ; enfin non parce que je ne peux pas le reprocher ; mais après malheureusement pour le dément c'est [euh] c'est ; il n'y a pas grand-chose à faire quoi malheureusement. Il n'y a pas de traitement, il n'y a pas de....

Intervieweur : D'accord.

Médecin 10 : C'est dommage qu'on ne puisse pas développer plus d'accueil de jour, pour soulager plus la famille. Bon les places sont chères partout quoi.

Intervieweur : Oui, bah oui.

Médecin 10 : Donc c'est ça le souci et puis après [euh] ...

Intervieweur : D'accord et du coup, si vous deviez décrire, la place de cette consultation dans la prise en charge du patient ?

Médecin 10 : Pour la consultation de la mémoire vous voulez dire ?

Intervieweur : Oui oui. Qu'est-ce que vous pensez personnellement de la place de cette consultation dans la prise en charge du patient ?

Médecin 10 : Je trouve que ça nous fait quand même une évaluation à un temps T, par des spécialistes, si vous voulez.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 10 : C'est vrai que sur le plan du [euh]... Ils nous disent bon c'est plutôt vasculaire, plutôt ceci, plutôt cela... D'avoir vraiment le diagnostic, c'est [euh] c'est bien ; je veux dire, on a [euh], comme ça on sait à peu près, où

on en est. Je ne peux pas dire, non ça c'est important.

Intervieweur : D'accord, donc c'est vraiment un besoin de diagnostic pour vous.

Médecin 10 : Bah c'est un point de départ. Oui, non, ça franchement, c'est un besoin. Non, ça c'est [euh], je trouve que c'est important. Après le souci c'est que bon déjà, pour y accéder c'est très long. Parfois, vous disent, s'ils avaient su ça plus tôt ; peut-être qu'on aurait pu faire certaines choses, avant quoi. Et quand il vous faut six à huit mois voire un an pour un rendez-vous.

Intervieweur : D'accord, OK et vous l'utilisez de manière systématique la consultation mémoire, à chaque fois que vous avez un patient qui a des troubles cognitifs où vous faites au cas par cas ?

Médecin 10 : D'abord voir s'ils sont accord pour y aller. Malheureusement parfois, il y a des gens qui préfèrent ignorer ou qui ne vont pas vouloir. Donc moi [euh] moi je propose. Et c'est vrai que les rendez-vous sont très, très longs. En fait par ici, je crois qu'ils font [euh] par un neurologue quand c'est en dessous de 75 ans un truc comme ça, et par un gériatre quand c'est au-dessus de 75 ans ou 80 je ne sais plus.

Intervieweur : D'accord. Et du coup si vous devriez décrire vos besoins, vous en tant que médecin généraliste quand vous adressez un patient en consultation mémoire ? Vous m'avez dit

un besoin diagnostic, est-ce que vous en voyez d'autres ?

Médecin 10 : Diagnostic et voir s'il y a un [euh] ; après ça peut nous orienter sur tel [euh]... Ah comment expliquer ? Bon s'il faut un avis neuro, il faut faire ça... Après c'est vrai on n'y pense pas mais sur le plan cardio, tout ce qui va être bas débit cérébral. Des fois, j'avais un ami d'ailleurs qui avait fait un [euh] une thèse dessus, [euh] sur les pacemakers, si ça valait le coup entre guillemets, de [euh] d'implanter des pacemakers à des patients qui étaient déjà Alzheimer, enfin qui avait présenté une démence. Et en fait, ça a apporté un bénéfice. Parce que je pense que le fait d'éviter les bas débits, les choses comme ça, bah ils se dégradent moins vite on va dire.

Intervieweur : Ah, d'accord.

Médecin 10 : D'autres récupéraient... Enfin récupéraient, enfin se stabilisaient, voir augmentaient leur score de MMS ou des choses comme ça. Ben je pense que c'est vrai que si le patient il a un pacemaker, si le fait d'avoir un pacemaker, il peut revivre, être un peu plus autonome... C'est vrai que s'il ne bouge pas de son fauteuil parce qu'il a des gros soucis, je peux comprendre aussi. Tandis que si on lui repermet d'avoir une autonomie.

Intervieweur : D'accord, c'est intéressant, je n'étais pas du tout au courant. Et du coup-là, tout à l'heure, vous m'aviez parlée un petit peu de piste d'améliorations, vous m'avez dit que ce serait bien peut-être de

développer les hôpitaux de jour, de prendre peut-être mieux en charge les aidants. Est-ce que vous voyez d'autres pistes d'amélioration ?

Médecin 10 : Si on pouvait avoir l'équivalent d'une équipe mobile ?

Intervieweur : Ouais, l'équipe mobile.

Médecin 10 : Vous savez avoir des [euh], comme le gériatre... Enfin bon, ça, ça va être [euh] oui, ça va être très compliqué à mettre en place, hein c'est sûr. Parce qu'il faudrait qu'il y ait plus ... Et puis fatalement vous voyez moins de monde quand vous êtes en mobile que quand vous êtes en...

Intervieweur : Oui bah oui.

Médecin 10 : Il faut vraiment des gens qui [euh], qui ont vraiment des [euh], enfin qui sont plutôt déjà avancés dans la maladie, et qui présentent aussi des fois d'autres pathologies, hein. Ceux qui ont un Parkinson, qui ont du mal à se déplacer [euh], ce n'est pas toujours évident.

Intervieweur : Ouais, d'accord.

Médecin 10 : Et puis je vous dis, le problème, c'est que s'ils ont un souci, s'il n'y a pas l'ALD pour la démence, ou des choses comme ça ; s'ils ont du mal à se déplacer parce qu'ils ont [euh] bah déjà une marche à petit pas, des choses [euh] d'autres pathologies à risque de chute aussi et tout [euh]... Vous savez, prendre mamie et tout dans sa voiture, c'est compliqué, si c'est à l'autre bout du [euh], s'il faut traverser cinquante-six milles couloirs, ouais.

C'est vrai que le fait de pouvoir avoir une ambulance ou d'avoir accès à un moyen de transport, déjà ça peut soulager la famille.

Intervieweur : Oui.

Médecin 10 : Au moins ils savent qu'elle va arriver sans faire trop de chute jusque là-bas quoi. Parce que ce que je reproche à la consultation mémoire c'est les délais. Non mais c'est parce que on est de plus en plus hein, c'est délais de bon, [euh] tu sais quand il faut parce qu'un an pour avoir un rendez-vous...

Intervieweur : Oui, c'est trop long, et puis donc ça a le temps d'évoluer, ça a le temps d'évoluer quand même.

Médecin 10 : Oui, c'est vrai qu'avant on avait des traitements, que ça soit quand il y avait la GABAPENTINE ou le REMINYL des choses comme ça. Donc bon, c'est vrai qu'eux nous aidaient parce qu'en plus il fallait que ce soit une ordonnance hospitalière, donc déjà il fallait qu'une fois par an il voit déjà le spécialiste ; ce qui est normal hein.

Intervieweur : Hum hum.

Médecin 10 : Pour vous justifier si c'est [euh], s'il faut encore en donner ou pas. Mais là, c'est vrai que les familles, bon poussent la sonnette d'alarme un moment en disant « bah oui, y a plus de traitement » ou « c'est plus remboursé ». En gros, pourquoi le faire ?

Intervieweur : Ouais, pour les familles, ça a réduit l'intérêt.

Médecin 10 : Oui, après c'est [euh] « bon il n'y a pas de traitement, pourquoi est-ce que ... ». Et parfois ça perturbe, quand ils avancent après dans la maladie, ça perturbe hein les gens d'aller à l'hôpital. De devoir les déplacer, ça les angoisse ; et des fois, c'est, c'est très compliqué de [euh] d'y aller quoi.

Intervieweur : Oui, je me doute. D'accord, OK, [euh] juste un dernier thème que je voulais aborder avec vous. Est-ce que vous pouvez me raconter comment se passe, de manière générale vos relations avec les gériatres de votre secteur ?

Médecin 10 : [euh] bah [euh]...

Intervieweur : Question difficile ? [rires]

Médecin 10 : Oui, oui, oui. Non mais avant quand [NOM DE FAMILLE] qui était là, je le connaissais bien donc c'était, c'était pratique. Ah là, c'est vrai que nous à [VILLE], ça a beaucoup bougé, à mon avis, parce qu'il y en avait beaucoup qui était malade, enfin ça a tourné quoi. Après il y a eu un gros turn over, ça bougeait beaucoup en gériatrie, c'était le souci. Je ne sais pas s'ils ont du mal à recruter les gériatres ou à les garder. Mais c'est ça qui est peu compliqué quoi.

Intervieweur : Ok, donc peu de [euh], si je comprends bien il y a peu de communication.

Médecin 10 : Ah oui, parce que là, soit il en manque, soit ça bouge.

Intervieweur : D'accord et sinon...

Médecin 10 : Par contre nous à [VILLE], là ils ont développé, bon ce n'est pas trop mal [euh]... Non par contre, non le truc bien qu'ils ont fait, c'est qu'on a un numéro, en fait si on a un souci pour un patient, pour éviter qu'il soit hospitalisé, de [euh], qu'il passe par les urgences.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 10 : Donc on a [euh] le numéro de téléphone du gériatre de garde ; ça c'est pas mal du tout. Ça permet quand un patient, une personne âgée, a des gros soucis infectieux ou des choses comme ça, s'ils ont une place, ils le prennent directement dans leur lit.

Intervieweur : Ouais, ça c'est bien ça.

Médecin 10 : Alors ça c'est [euh] c'est très bien. Non, ça [euh] donc là il n'y a pas de souci. Bon après s'il n'y a plus de place, il n'y a plus de place, hein. C'est vrai que là j'ai une dame qui a fait plusieurs décompensations cardiaques, qui était connue là-bas, et quand il y a un souci, [euh]... Et même ça la rassurait parce que bon, elle savait où elle allait, qu'elle ne passait pas par les urgences. Bon c'est quand même [euh], elle avait fait deux trois séjours, donc elle connaissait les lieux et un peu le personnel, et ça se passait bien quoi, même pour la famille, c'était rassurant.

Intervieweur : Oui, bah oui je me doute.

Médecin 10 : Non ça, franchement là il n'y a pas de souci. Par contre je les connais plus autant personnellement qu'avant, parce que bon bah ou ça tourne, ou... Mais sinon [euh], quand j'adresse [euh], bah on a le numéro et

quand [euh], on les a en général et puis il faut appeler entre neuf heures dix-sept heures et bon, s'ils veulent passer, ils peuvent passer hein. S'ils ne peuvent pas le prendre ou... Après s'ils estiment qu'il faut qu'ils passent par les urgences, parce que s'il faut faire un [euh] un truc technique, beh je ne sais pas si on demande un scanner en urgence ou [euh], pour la radio de thorax enfin, ou un gros truc.... Mais après en général, ils prennent le nom, donc là quand les gens arrivent aux urgences, ils appellent le gériatre, qui est au courant et qui parfois, peut déjà réserver la chambre entre guillemets.

Intervieweur : Oui, oui.

Médecin 10 : Donc on explique au patient bon faut passer par les urgences, parce qu'il faut faire admettons un bilan, gaz du sang ou quelque chose ; en disant mais ne vous inquiétez pas, vous n'allez pas passer trois nuits sur un brancard. Ça malheureusement, à l'hôpital de [VILLE], ils n'ont plus de place, donc ce n'est pas ça, c'est que [euh]...

Intervieweur : Ah bah oui.

Médecin 10 : Quand vous avez les gens qui passent [euh], bah après ils sont pas très chauds pour aller aux urgences, ou quand il faut les hospitaliser quoi.

Intervieweur : Ouais, je me doute.

Médecin 10 : Ouais, mais c'est vrai que là à [VILLE], je dis une bêtise, on a vraiment un numéro où on les a, donc là je ne les connais plus personnellement comme avant et ça

change quoi, il y a un gros turn over mais, voilà.

Intervieweur : D'accord, OK. Et si vous vouliez apporter des améliorations afin de faciliter la communication ?

Médecin 10 : [euh] Non bah là ça, non, ça va. Par contre, ce qui est bien maintenant, c'est quand [euh], c'est quelqu'un de [VILLE], j'envoie vois un message par exemple, j'ai un mail, il dit votre patient ; je n'étais pas au courant mais des fois il appelle la famille, il est hospitalisé en médecine polyvalente, puis il donne le numéro de ou monsieur [NOM DE FAMILLE], ou monsieur [NOM DE FAMILLE], enfin celui chez qui il est, pour les appeler. Ça, c'est pas mal parce que parfois nos patients sont hospitalisés et on ne le sait même pas, on est même pas au courant.

Intervieweur : Ouais, ça c'est vrai.

Médecin 10 : Là il suffit d'appeler, et puis si on veut envoyer dans les antécédents, on appelle, on donne les antécédents, quoi. Là, franchement je n'ai pas [euh], je n'ai pas à me plaindre. Bon il y a toujours des couacs hein mais...

Intervieweur : Oui mais bon si en général...

Médecin 10 : Au final oui ça va.

Intervieweur : D'accord, OK bon...

Médecin 10 : Mais c'est vrai qu'on pas le temps non plus. Mais il faudrait faire des réunions pour que tout le monde se présente et expliquer un peu comment fonctionne le service. Mais là vous

voyez, j'ai fini entre guillemet à vingt heure...

Intervieweur : Oui oui oui.

Médecin 10 : Et prendre des réunions entre midi et deux, c'est mort quoi...

Intervieweur : Bah oui, c'est ça.

Médecin 10 : Ouais. Non mais c'est vrai que de pouvoir non, je pense qu'à [euh], que depuis un moment franchement ils font des efforts [euh]... Pour tout ce qui est prise en charge hein bon.

Intervieweur : OK.

Médecin 10 : Mais de toute façon les gens sont de plus en plus lourds, vivent de plus en plus vieux... Le souci, c'est que les enfants, ben ils s'en occupent de moins en moins entre guillemet. Donc il y a de moins en moins de... Donc ils sont plus vite institutionnalisés parce que justement on ne peut pas les garder à domicile quoi. Tu vois, c'est des enfants qui habitent maintenant [euh], avec un qui est parti travailler en Savoie ou l'autre dans l'est [euh] ...

Intervieweur : Ouais, ouais, c'est souvent comme ça.

Médecin 10 : Eh oui, c'est compliqué. Quoi que moi j'ai une patiente qui a une démence, sa fille habite [euh] dans le sud et justement, quand il y a des rendez-vous... Ah bah c'est justement elle. Alors je m'entends moins bien avec le fils. Je trouve qu'il est [euh], c'est celui qui dit « Ouais, elle avait rendez-vous, mais est-ce que ça vaut vraiment le coup d'y aller ? » Autant la fille... Alors je devais prévoir

vachement à l'avance, parce qu'elle elle prenait l'avion, elle travaille hein. Elle faisait Nice, [euh] je ne sais plus LESQUIN, pour prendre une journée pour participer à la consultation et tout, et après repartir.

Intervieweur : Ouais, ça c'est bien.

Médecin 10 : Ça c'est bien ça. Et je crois que c'est le fils, qui est routier, qui doit passer tous les soirs chez la maman. Mais il habite à [VILLE] donc c'est à vingt minutes, donc c'est [euh]... Bon c'est un homme, je trouve qu'il s'en occupe moins que la fille [rires]. Pour vous dire la fille, quand il y avait une consultation, machin, un truc ; bon alors elle travaille, elle peut pas non plus prendre des [euh], une semaine pour rester ici quoi. Mais elle faisait l'effort franchement de prendre l'avion etcetera. Bon le souci c'est quand la consultation est annulée au dernier moment, c'est un peu pénible quoi, oui.

Intervieweur : Oui oui.

Médecin 10 : Mais non, mais c'est vrai qu'après tout dépend aussi [euh]... Pour que la personne puisse rester à la maison, il faut de l'entourage hein. S'il n'y a pas un socle...

Intervieweur : Ouais, c'est compliqué sans aucune aide de l'entourage.

Médecin 10 : Après je ne sais pas où vous êtes, mais ça des fois, c'est vrai qu'il manque de personnel, que ce sont les aides-soignants, ou les choses comme ça.

Intervieweur : Oui oui.

Médecin 10 : Mais après, bon franchement, ils ont du boulot. Moi, je les vois, ils ont plus d'épaule, plus de ceci, plus rien... Ils sont abimés quoi.

Intervieweur : Oui c'est vrai...

Médecin 10 : Mais c'est vrai que bon, il manque du monde partout ! [rires]. Mais c'est pour ça que les délais sont longs... Après, ça dépend du stade de la personne, si on l'envoie au tout début, je pense que ça [euh]... C'est faire prendre conscience qu'il faut stimuler tout, là je crois que c'est pas mal. C'est sûr que si on voit les gens, et s'ils sont déjà bien [euh], bien avancés dans la maladie, malheureusement bon... [euh] On ne peut plus faire [euh]... Si à part d'avoir vraiment des diagnostics précis, d'avoir des choses comme ça pour appuyer pour faire des demandes d'APA, des aides. Mais après, bon malheureusement la maladie elle évolue.

Intervieweur : Ouais bah oui c'est ça, vous m'avez parlée aussi de l'arrêt des traitements ...

Médecin 10 : Voilà, et ça, c'est vrai que [euh] quand il y avait un traitement ; parce que bon ils sont spécialistes, pour savoir si on met tel au tel traitement, ou ça parce qu'il y a plutôt ceci ; après bon

on va changer de molécule voir si ça... Et là je trouvais que les familles se sentait peut-être plus impliquées. Et puis il y avait un petit espoir, pas un petit espoir [euh]. Mais dire on fait quelque chose pour eux. Sans qu'on les aide ; enfin qu'on les aide, qu'on fait quelque chose quoi là. Le fait qu'il n'y ait plus le [euh], de traitement, tu vois [euh]... Il y en a beaucoup qui vont renoncer, en disant, « bah de toute façon il n'y a pas de traitement » ...

Intervieweur : Oui c'est sûr...

Médecin 10 : Enfin voilà...

Intervieweur : Ok, Ok, bon ben écoutez, je ne vais pas vous embêter plus longtemps, c'est super gentil en tout cas de m'avoir accordée du temps, surtout à cette heure-ci.

Médecin 10 : J'espère vous avoir aidé.

Intervieweur : Oui, oui, merci bonne soirée.

Médecin 10 : Bonne soirée.

Entretien 11, le 19/10/2022

Entretien réalisé en visio-conférence

Durée de l'entretien : 33 minutes et 54 secondes

Intervieweur : Bonjour, je me présente rapidement, je suis Parent Stacy, je suis médecin remplaçant dans la région Hauts-de-France. Donc je réalise un travail de thèse qui aborde le sujet de la consultation mémoire. Notre entretien sera comme convenu enregistré et l'anonymat des participants est bien sûr respecté. Vous pouvez faire retirer l'analyse de l'entretien à tout moment avant son anonymisation. A l'issue du travail de recherche l'intégralité des enregistrements sera détruite. Vous pourrez bien sûr être informé des résultats de cette étude. Est-ce que vous avez des questions avant de débiter ?

Médecin 11 : Non, non je n'ai pas de question. Je n'en sais rien, dites-moi !

Intervieweur : D'accord, OK. Je vais d'abord vous poser quelques questions d'ordre général, quel âge avez-vous ?

Médecin 11 : [rires] Je dois le dire ? Je n'aime pas [rires]. Soixante.

Intervieweur : [rires] Dans quelles zones exercez-vous plutôt rurale, plutôt urbaine ?

Médecin 11 : Plutôt urbaine, urbaine ; je suis à [VILLE].

Intervieweur : D'accord. Quel est le nombre d'habitants dans votre commune d'exercice ?

Médecin 11 : Environ 230000.

Intervieweur : Depuis combien de temps exercez-vous la médecine générale ?

Médecin 11 : [euh] Je me suis installé en 94, donc vingt-neuf ans.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 11 : Vingt-neuf ans oui.

Intervieweur : D'accord, exercez-vous seul ou en cabinet de groupe ?

Médecin 11 : Alors, j'exerce seul, mais j'ai un ... Je partage une salle d'attente avec un médecin, donc on n'est pas un « cabinet de groupe », mais on est deux sur place et on a chacun nos patientèles.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 11 : Mais c'est comme si j'exerçais seul.

Intervieweur : Ok, d'accord, est-ce que vous êtes maître de stage ?

Médecin 11 : Non.

Intervieweur : Non, d'accord, et est-ce que vous êtes titulaire d'un DU en lien avec la médecine gériatrique ?

Médecin 11 : Oui j'ai le DU de médecine des personnes âgées et le DU de médecin coordonnateur. Je suis médecin coordonnateur d'EPHAD, en plus de mon activité libérale, je bosse

en [euh]... Je suis médecin coordonnateur d'EPHAD, à [VILLE].

Intervieweur : D'accord OK, OK OK. Du coup on va rentrer dans le vif du sujet, est-ce que vous pouvez me raconter la dernière consultation ; ou une qui vous vient en tête ; où vous avez décidé d'avoir recours à la consultation de mémoire pour un de vos patients atteint de troubles cognitifs ?

Médecin 11 : Ah euh... Oui, oui. Un patient donc qui n'était pas de la région [euh], un monsieur de soixante-douze ans [euh], niveau intellectuel ancien ingénieur, veuf depuis deux ans. Et en fait j'ai été contacté par [euh] son aide ; enfin ce n'est pas une aide-ménagère ; mais en fait il est aux [NOM DE RESIDENCE POUR PERSONNE AGEE] ce monsieur, donc c'est quelqu'un qui [euh]... Il a quelqu'un qui vient l'aider à faire le ménage etc... Et en fait cette aide-ménagère a appelé parce que c'est un monsieur qui en effet, oublie tout ce qu'il fait, tout ce qu'il doit faire, tout ce qu'il note ; donc qui est arrivé dans le nord pour se rapprocher de ses enfants, qui a consulté un neurologue [euh]... Oui alors qui lui a fait des vagues examens, mais en fait qui l'a renvoyé hyper tard en consultation de suivi, et en fait c'est un monsieur qui [euh], qui n'enregistre plus rien quoi. Donc là [euh], avec beaucoup de difficultés, j'ai réussi à lui faire refaire son IRM cérébrale, [euh] à prendre un RDV [euh] aux [NOM DE STRUCTURE], avec madame [NOM DE FAMILLE]. Donc là j'attends, parce que là c'est pareil, il y a [euh] une

tension hein, c'est difficile pour avoir les rendez-vous. Donc ça c'était du tout frais, c'est du tout frais.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 11 : Donc [euh] soixante-douze ans, oublié [euh], de la mémoire rapide, donc il note tout. Il vit avec des petits carnets ; il est charmant hein, mais [euh], mais... Et il le dit hein, il dit de toute façon, il dit je [euh] de toute façon, il dit, « vous me dites des choses [euh] dans, dans ; j'aurai tourné la porte de votre cabinet, j'aurai tout oublié ».

Intervieweur : D'accord.

Médecin 11 : Pas d'agressivité, pas d'agressivité [euh], très gentil, très très poli, très comme il faut. Mais alors moi j'aimerais bien que les enfants me contactent mais là pour le moment j'ai eu personne au bout du fil, voilà.

Intervieweur : D'accord OK, OK, OK. Alors du coup je reviens un peu sur des choses que vous avez dites. Vous m'avez dit donc là, c'était l'aide-ménagère qui vous a contacté.

Médecin 11 : Oui c'est ça.

Intervieweur : D'une manière générale, qui est-ce qui est à l'origine de [euh], de la prise de connaissance des troubles ?

Médecin 11 : On bah c'est sur l'entourage proche hein de toute façon, c'est soit le conjoint quand il y en a un soit les enfants, soit le voisin ; c'est plus rare hein, ça arrive ; mais la personne

elle-même, c'est compliqué. Et en EPHAD bien évidemment le personnel soignant, parce que là en EPHAD on en a quand même pas mal. Mais c'est [euh] c'est vraiment les proches proches, donc soit le conjoint s'il y en a un, soit la personne qui vit au domicile si y en a une qui vit au domicile, donc ça peut être un enfant, soit oui oui, soit les voisins, mais ça c'est plus rare, c'est plus rare ?

Intervieweur : D'accord, OK OK, d'accord et donc vous me dites, [euh] vous avez eu des difficultés pour lui faire son IRM cérébral, qu'est-ce que vous appelez des difficultés ?

Médecin 11 : Non la difficulté [euh], bah c'est surtout d'entre guillemets, qu'il prenne le rendez-vous [euh], donc il faut alors d'abord déjà l'obtenir le rendez-vous pour l'IRM alors, ce n'est pas [euh], c'est tendu. Enfin, tout est compliqué maintenant de toute façon, pour avoir des rendez-vous, que ce soit à droite ou à gauche c'est très compliqué. Donc déjà, pour qu'ils prennent conscience et qu'il prenne le rendez-vous... Ça a été fait, donc ça, on y est arrivé et après donc c'est le rendez-vous à la consultation mémoire donc là, c'est compliqué aussi parce que bah [euh]... Bah allez rendez-vous, c'est à deux, trois mois de délai et [euh] bon... Dans un cas comme celui-là ; autant quelqu'un de 85, 90 ans, je dirais [euh] ; pour moi j'estime qu'il n'y a pas d'urgences. A 72 ans, c'est un peu embêtant quand même. Enfin ça c'est ma façon de [euh], c'est ma façon de

penser. Il n'y a pas beaucoup de disponibilités.

Intervieweur : D'accord, OK.

Médecin 11 : Et je suis en ville, je suis en ville, donc je ne préfère même pas imaginer si j'étais en milieu rural, comment ça se passerai quoi.

Intervieweur : C'est à peu près combien de temps les délais pour obtenir la consultation mémoire ?

Médecin 11 : Deux mois, deux mois et demi ; dans le dans le meilleur des cas hein ! C'est que ça peut être beaucoup plus long hein, mais ouais au moins deux mois, de mois et demi.

Intervieweur : D'accord, OK.

Médecin 11 : On n'a pas de réseau... Moi du coup quand c'est comme ça, quand il y a urgence, à ce moment-là, je prends mon téléphone et je [euh], j'appelle les gens que je connais [NOM DE STRUCTURE] sinon [euh], non non sinon c'est deux mois, deux mois et demi.

Intervieweur : OK, d'accord.

Médecin 11 : C'est long... Trop long !

Intervieweur : Oui ben oui... OK et du coup est-ce que vous pouvez me décrire un petit peu [euh], l'accès à la consultation mémoire dans votre territoire ?

Médecin 11 : Ah, moi j'envoie principalement [NOM DE STRUCTURE] donc c'est au CHR.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 11 : Je travaille principalement avec la consultation mémoire du CHR, donc des gens comme [euh] [NOM DE FAMILLE], [euh] [NOM DE FAMILLE] ; je veux dire, il y a un plateau qui est quand même pas mal. Bien sûr, sous réserve d'avoir des délais raisonnables. Mais voilà quoi, je préfère le CHR à une consultation privée. Bon je sais qu'il y a des neuro qui font des [euh] des tests, et cetera, mais ce n'est jamais pareil parce que toute façon après il faut une prise en charge plus globale, une idée de mise sous traitement... Donc moi je préfère le CHR ; à [NOM DE VILLE] c'est le [euh] ; donc [NOM DE STRUCTURE] principalement.

Intervieweur : D'accord, OK, et ça se passe comment du coup ?

Médecin 11 : Première consultation donc [euh], là le médecin fait le point ; reconvoque. Alors moi je m'arrange du coup, comme ça prend du temps, je leur fais, j'essaie de leur faire faire leur IRM cérébrale avant, comme ça ils vont au moins avec l'IRM et une biologie.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 11 : Donc albu, CRP, enfin tout ce qu'il faut ! Et [euh], donc lors de cette première consultation sont faits les

tests, MMS [euh]. Moi j'avoue franchement [euh], bon je pourrais le faire hein, même au niveau financier ça me rapporterait des sous. Je n'ai pas forcément le temps, je n'ai pas forcément l'envie. Enfin bref donc là, lors de cette première consultation, le [euh], la mesure des choses est prise, ça débouche après sur une hospitalisation de jour où les patients retournent. Et après donc [euh], une consultation d'annonce, avec [euh] des thérapeutiques.

Intervieweur : Je n'ai pas bien entendu, vous m'avez dit une consultation d'annonce ?

Médecin 11 : Une consultation d'annonce [euh], d'annonce de diagnostic, où là on propose une [euh] une thérapeutique le cas échéant. Enfin, le [euh], le gériatre propose ; propose ou pas ; un traitement. Donc ça se fait en trois temps en général.

Intervieweur : D'accord, OK OK OK. Donc vous avant la consultation mémoire vous faites, vous m'avez dit, IRM cérébrale et biologie...

Médecin 11 : IRM et biologie.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 11 : Ça, c'est la base comme ça au mois je sais que ça, ça a été fait. Et que, ben ils y retourneront pour les tests type MMS [euh], test de l'horloge, enfin toute la batterie de tests de mémoire ; mais au moins, l'imagerie est

faite. Si c'est possible hein, l'imagerie est faite, la biologie est faite, donc on perd moins de temps quoi je veux dire. Ça va plus vite quoi, parce que s'il faut attendre qu'ils aillent à la consultation, qu'on leur dise de faire une IRM, donc du coup ça va encore prendre du temps ; à chaque fois ça recule quoi. Donc ça je le fais faire, je le faire d'entrée de jeu.

Intervieweur : D'accord et le MMS par contre, vous ne le faites pas ?

Médecin 11 : Ça dépend, ce n'est pas régulier. Je vous dis [euh] non, soit je n'ai pas le temps, soit [euh], soit ça me saoule. Je sais que ça va être fait de toute façon, je sais que ça va être fait de toute façon dans le cadre de cette consultation, donc à la limite... Il m'est arrivé de le faire une fois ou deux parce que les patients ne pouvaient pas, où ne voulaient pas aller consulter donc ça permet de [euh] ; voilà de prendre la mesure de la chose, mais c'est très très rare que je le fasse. Pourtant c'est lucratif, mais non, je ne le fais pas [rires].

Intervieweur : D'accord, donc c'est plus plutôt pour les patients [euh] qui n'ont pas.... Enfin qui n'ont pas pris conscience des troubles que vous allez le faire pour les aider à prendre conscience des troubles si je comprends bien ?

Médecin 11 : Voilà, ça permet des fois de... Voilà de mettre le doigt et de leur dire « vous voyez il serait peut-être temps quand même que vous

consultiez parce que [euh] bah il y a [euh] des perturbations ».

Intervieweur : D'accord.

Médecin 11 : Ben là ça peut être intéressant.

Intervieweur : OK, d'accord, OK OK OK. Je reviens là-dessus aussi, les patients.... Donc vous là par exemple, vous avez eu ; je reprends le cas clinique dont vous m'avez parlé ; l'aide-ménagère qui vous a contacté, elle vous a parlé des troubles, et cetera... Vous avez adressé le patient, si j'ai bien compris, dans des délais assez courts, à la consultation mémoire. D'une manière générale, vous adressez les patients sous quel délai à la consultation mémoire ?

Médecin 11 : Ah bah là [euh], de toute façon, ça a été vite vu hein. Je l'ai envoyé faire son RM. Bon, ce monsieur, je le connais depuis [euh]... Non vite [euh], pas si vite que ça, hein. C'est un monsieur que je connais bien. Bah attendez j'ai devant moi le dossier, [euh] ici sous le nez, j'ai mon agenda... C'est un monsieur que je connais depuis [euh] fin aout vous voyez, donc [euh].

Intervieweur : Oui ce n'est pas...

Médecin 11 : Et il a rendez-vous le mois prochain. Donc octobre-novembre.... Là, ça va encore. Et il a réussi dans la foulée à faire son IRM. Donc là encore c'est [euh] c'est correct quoi, des fois c'est plus long.

Intervieweur : Ouais, donc là vous parlez du délai entre le moment où vous vous adressez, et le patient il a sa consultation, mais moi je vous demandais : vous, est-ce que vous adressez tout de suite le patient d'emblée à la consultation mémoire ?

Médecin 11 : Direct !

Intervieweur : Direct, d'accord, OK. Et systématiquement pour chaque patient avec des troubles cognitifs ?

Médecin 11 : Bon en règle générale, sauf s'il y a une autre pathologie derrière, un Parkinson, ou un [euh], ou [euh] après éventuellement un patient qui pourrait avoir en EHPAD une infection urinaire... Alors trouble cognitif non, c'est des troubles du comportement, mais ça dépend, ça dépend des cas de figure... Mais quand on évoque vraiment la [euh] comment, l'existence de toute cognitif, oui, je [euh] j'envoie assez facilement et assez rapidement.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 11 : Ça prend déjà tellement de temps à mettre en place, qu'au plus vous traînez, au pire c'est.

Intervieweur : D'accord OK OK OK et du coup, est-ce que vous pouvez me raconter comment ça se passe en pratique ; si vous avez un autre exemple, parce que monsieur si j'ai bien compris, il n'a pas encore eu sa

consultation ; mais en pratique, une fois que le patient a eu sa consultation mémoire ?

Intervieweur : Oui, bah souvent, on retourne le voir... Donc soit le diagnostic d'annonce a été fait par le gériatre, qui du coup lui dit du coup « voilà, vous avez une démence vasculaire ou une démence, Alzheimer » et cetera... Alors à lui, et à sa personne de confiance parce que, généralement ils n'y vont pas seuls, c'est mieux qu'ils n'y aillent pas seuls, OK ?

Intervieweur : Hum hum.

Médecin 11 : Et nous, généralement on [euh]... S'il y a un traitement à mettre en place *[la communication coupe à plusieurs reprises]* ... prescription initiale.... en place le traitement... Il y a le patient qui revient une nouvelle fois pour remettre en place le traitement et [euh], on reprend le suivi mensuel.

Intervieweur : D'accord OK, donc je suis désolée, ça a coupé un peu.... Mais du coup vous revoyez le patient... Le compte-rendu du gériatre, vous le recevez sous quelle forme, vous ?

Médecin 11 : [euh] Moi, je demandais à les recevoir sous APICRYPT, une messagerie crypter, ou des fois en papier, ça dépend. C'est l'un ou l'autre.... Ça c'est [euh], ça ce sont les [euh] ; comment dirais-je [euh] les BUG du CHR ; et puis avec eux faut pas être pressé... [rires]

Intervieweur : [rires]

Médecin 11 : Mais principalement moi j'aime mieux les recevoir par APICRYPT®, c'est quand même plus simple.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 11 : Mais l'ordonnance [euh], l'ordonnance de [euh], d'anticholesterinasique, souvent on doit retéléphoner, parce qu'ils disent « je joints à la lettre », et l'ordonnance n'est pas jointe, donc il faut qu'on rappelle le Secrétariat pour qu'il nous renvoie papier.... Après, une fois qu'on a la première prescription, c'est bon, nous on prend la main et tout va bien.

Intervieweur : D'accord, OK OK OK. Et qu'est-ce que vous vous en pensez du courrier du Gériatre ?

Médecin 11 : Qu'est-ce que j'en pense ?

Intervieweur : Ouais.

Médecin 11 : Qu'est ce que vous voulez que j'en pense [rires] ! Si ça conforte mes idées, c'est bien [rires]. Non mais, je veux dire, c'est utile de savoir [euh]... Oui, c'est ça... Bon après c'est toujours un peu la même chose hein, soit c'est un Alzheimer, soit c'est une démence vasculaire... Les préconisations après, c'est toujours pareil, hein. C'est [euh]... Entre éventuellement faire de l'orthophonie si besoin, mise de

traitement si besoin, surveillance... Il redonne des rendez-vous, généralement pour un an après [rires]. Un an, vous vous rendez compte ! Mais enfin bref. Et nous, on est là, entre guillemets, que pour faire notre suivi mensuel et voilà. Non, non, il faut quand même qu'il y ai un état des lieux qui soit fait, après [euh], après voilà....

Intervieweur : D'accord OK. Vous m'avez parlée un petit peu, donc de diagnostic, si j'ai bien compris, [euh] démences vasculaires, d'Alzheimer et cetera.... Donc vous avez une attente diagnostique quand vous envoyez le patient ?

Médecin 11 : Ah ben oui, oui. On aime bien savoir donc [euh], si, comment dirais-je, c'est un trouble oui plutôt vasculaire, si c'est un Alzheimer typique, si c'est une maladie intriquée, oui oui oui.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 11 : Une maladie à corps de Levy et cetera... Il y a quand même.... Enfin, c'est multifactoriel, donc [euh]...

Intervieweur : D'accord, et quelles sont vos autres attentes ?

Médecin 11 : Bah je n'en ai pas !

Intervieweur : Donc juste diagnostic ?

Médecin 11 : Si si, l'attente c'est la mise éventuellement en route d'un traitement.

Intervieweur : Traitement...

Médecin 11 : Oui voilà, traitement. Si besoin, si si besoin hein... Après des fois, ils disent « non, ce n'est pas la peine ». Mais oui oui, traitement.

Intervieweur : D'accord OK, et vous m'avez parlé aussi que parfois dans le courrier il parlait de bilan orthophonique, est-ce qu'il y a d'autres prises en charge qui sont proposées parfois dans le courrier, autre que médicamenteuse ?

Médecin 11 : Non, je réfléchis, mais... Si après il conseille des fois d'appeler en centre d'accueil de jour où [euh], pour essayer de soulager l'aidant et pour [euh] les stimulations. Non non, après il n'y a pas d'autres préconisations.

Intervieweur : D'accord, OK.

Médecin 11 : Oui, oui.

Intervieweur : D'accord, OK, tout ce qui est aide à domicile et cetera, c'est des choses que vous faites avant, ou qui sont proposées par la consultation mémoire et du coup vous les mettez en place ?

Médecin 11 : Avant, pendant ... Souvent il y a déjà des aides à domicile quand on les envoie. Après, on se débrouille hein ... Parce qu'en ville [euh]... Oui, voilà, tu vas dire un petit peu... Le gériatre reprend tout, mais

nous on est là quand même tous les mois, on sait ce que les gens font, on fait ce qu'on peut avec ce que l'on a... On va avoir [euh] de l'aide en ville. Après c'est de la surveillance, donc la surveillance on l'a fait nous-mêmes quoi, le poids, la biologie, tout ça c'est fait par nous.

Intervieweur : D'accord OK, mais vous m'avez parlé, qu'ils redonnaient une consultation à un an ? Donc il y a un suivi quand même qui est organisé derrière ?

Médecin 11 : Ah oui, y a un suivi, mais le suivi, c'est vraiment « pfiou », très loin ! Comme là j'en ai un qui est par exemple [euh]... Parce qu'il a vu le spécialiste, donc en juin 2022, et on lui redonne un rendez-vous en septembre 2023 ! Donc vous voyez donc [euh] ... Après voilà, je vais vous dire que de toute façon, ça ne changera pas grand-chose. Nous on fait notre suivi, si jamais on a un doute, ou si ça s'aggrave, éventuellement on peut rappeler et les réadresser ; mais de toute façon, bon il n'y a pas grand-chose qui sera fait de plus quoi.

Intervieweur : D'accord OK, donc le suivi pour vous si je comprends bien, il n'a pas l'air assez fréquent...

Médecin 11 : Ah ce n'est pas qu'il n'est pas assez fréquent mais c'est que [euh], c'est qu'il est loin, il peut se passer énormément de choses entre deux. Et que je me rends compte que de toute façon, il n'y a pas de baguette

magique, on le sait bien. Alors je trouve quand même que quand on met un traitement en route, c'est intéressant de [euh] de faire le suivi. Après, de toute façon c'est un problème de [euh], c'est un problème de gestion du temps, ils n'ont certainement pas assez de créneaux de consultation, ils ne sont pas assez nombreux et il y a de plus en plus de déments et de troubles cognitifs donc... Du coup, voilà pourquoi c'est si long. Je trouve ça un peu dommage quand même parce qu'un an et demi, [euh] vous n'allez pas me faire croire qu'un an et demi, c'est un délai raisonnable pour suivre quelqu'un, donc c'est [euh] c'est juste ridicule. Bon, ça c'est ma façon de penser hein, ce n'est peut-être pas la façon de penser de tout le monde, mais... C'est un peu ma façon de penser quoi.

Intervieweur : D'accord OK. Et du coup je reviens un peu là-dessus aussi, est-ce que vous pensez que cette consultation elle apporte des modifications dans votre prise en charge initiale du patient ?

Médecin 11 : Moi non.

Intervieweur : Non.

Médecin 11 : Moi non, peut-être pour les autres, mais moi non, ça ne change rien.

Intervieweur : À part, s'il y a la mise en place d'un traitement, si j'ai bien compris ?

Médecin 11 : Voilà ! Et moi de toute façon, c'est uniquement ça. C'est une étiquette ; à voir si c'est plutôt une démence vasculaire, démences intriquées etc... Et après : thérapeutique ou pas ? Point ! C'est, c'est uniquement la seule chose... Parce que ça, n'ayant pas le [euh], la capacité de gériatrie, je ne peux pas initier le traitement, donc je suis coincé. Sinon je le ferai, hein ; ça ne me gêne pas [rires]. Mais là je ne peux pas, donc je suis obligé d'adresser.

Intervieweur : D'accord. Ok. Et du coup, si vous deviez résumer, qu'est-ce que vous pensez-vous, de la place de cette consultation dans la prise en charge du patient atteint de troubles cognitifs ?

Médecin 11 : Ah, elle est importante hein ! Elle est importante aussi bien pour le [euh], le ou la patiente, que pour l'entourage ; l'entourage il en attend beaucoup. Il a besoin d'un diagnostic, il a besoin de s'accrocher à quelque chose. Nous, après on a besoin aussi d'un avis éclairé donc [euh]... Mais bon, une fois que vous voyez comment ça tourne, que vous connaissez un petit peu la rythmicité du suivi. Puis après c'est du [euh], c'est du suivi proche. C'est pour ça que je vous dis, un an et demi, heureusement que nous les généralistes, on est là derrière ; parce que sinon bah il s'en passerait des choses. Mais nous, on est là pour surveiller la biologie, surveiller [euh] les facteurs de risque vasculaire, l'alimentation, enfin toutes les petites choses, quoi. Mais oui, oui, voilà.

Médecin 11 : D'accord, OK, OK, OK. Vous me parlez aussi des aidants, est-ce que pour vous les aidants, ils sont inclus dans la prise en charge à la consultation mémoire ?

Intervieweur : Je [euh]... Souvent, ils sont là. Oui, je veux dire, c'est... S'il y a une problématique particulière, éventuellement, ils peuvent [euh] proposer des solutions. De dont on parlait, c'est-à-dire, la maison des aidants [euh], ou l'accueil de jour et cetera ; c'est suggéré à l'entourage.

Intervieweur : Hum hum.

Médecin 11 : Oui. Nous on leur en parle, mais là du coup, comme c'est dans une institution, bon ben ils ont déjà les [euh], entre guillemets les contacts directs à donner. Ça ne va pas plus vite, mais bon, ils sont orientés, oui. Mais moi souvent je leur en parle avant.

Intervieweur : D'accord OK, donc vous n'attendez pas la consultation mémoire pour proposer ces choses-là ?

Médecin 11 : Non, non, je les propose déjà avant, mais après on n'est pas toujours entendu hein. C'est là où la consultation mémoire aide parce que « bon, bah oui, mais non non, non, ça va aller ; non non, je gère, je gère, je gère ». Et puis il arrive un jour où il gère plus et c'est là où généralement ça s'aggrave parce que bah voilà, ils sont épuisés. Je parle des aidants hein, ils

sont épuisés et puis, on n'a pas de solution à leur apporter à part éventuellement une entrée en institution ou [euh]... C'est difficile.

Intervieweur : D'accord et l'entrée en institution, c'est quelque chose qui est parfois évoquée en consultation, mémoire ou c'est plutôt vous qui l'évoquez ?

Médecin 11 : Non, ça c'est plutôt nous qui l'évoquons. Oui, non, non, ça, c'est nous... « pfiou » On nous renvoie le [euh] [rires] ; on nous envoie, envoie le bébé [rires]. Mais ça j'en parle ; après il faut l'accepter, ça ce n'est pas toujours [euh] accepté.

Intervieweur : D'accord, OK. Et selon vous, quels sont les freins à l'utilisation de la consultation mémoire aujourd'hui ? Vous m'avez parlé un petit peu des délais. Vous voyez d'autres freins ?

Médecin 11 : Ah oui les délais ! Pour moi il n'y a pas... Oui, ça n'est même pas un frein, c'est [euh] c'est plus un voilà... Un dysfonctionnement. Non pour moi il ne devrait pas y avoir de frein, je ne vois pas ce qui pourrait être un frein. Parce qu'en fait, sont des gens qui sont spécialisés, qui bon ben [euh] qui peuvent quand même... Enfin, je, je ne sais pas ce que vous disent les autres confrères, mais non non, je ne sais pas si on appelle ça un frein. Ce qui est pénible, c'est ce [euh] cette longueur de délai.

Intervieweur : D'accord.

Médecin 11 : On aimerait bien avoir un rendez-vous relativement rapide. En fait, on nous envoie au bain, soit parce que les gens ont attendu la dernière minute, soit parce qu'ils viennent seulement de prendre leur décision, ce n'est pas facile.

Intervieweur : D'accord OK, OK, OK. Et vous aujourd'hui, quels seraient vos besoins en tant que médecin généraliste quand vous adressez un patient à une consultation mémoire ? Est-ce qu'il y a certains de vos besoins, pour lesquels vous avez l'impression qu'ils ne sont pas satisfaits ?

Médecin 11 : Non, mes besoins.... Mes besoins, c'est la rapidité de [euh], enfin la, entre guillemets, la relative rapidité d'obtention d'un rendez-vous. Le reste après, ça va. Moi, c'est qu'on me donne un rendez-vous pas aux calendes grecques, quoi. Qu'on ne me dise pas, oui qu'il vienne dans six mois, et tout ira bien. C'est ça, ça c'est mon principal besoin, le reste après... Tout va bien, je sais gérer.

Intervieweur : Donc, vous ne voyez pas de piste d'amélioration ?

Médecin 11 : Bah si, il faudrait qu'ils ouvrent plus de créneaux, il faudrait qu'il y ait plus de gériatre, plus de consultations... Le fameux plan Alzheimer dont on nous bassine depuis la présidence Sarkozy et cetera. Rien ne change, rien ne bouge. Il n'y a pas d'unité. Non, non, c'est ça. Du Pipo !

À chaque fois, on nous fait gober, que tout va changer et que ça va être merveilleux, il n'y a absolument rien de fait ou alors à un point [euh]... Enfin je veux dire, c'est [euh] c'est, ce n'est rien du tout quoi. Je veux dire en pratique quotidienne, moi je ne vois pas la pratique changée. Je ne sais pas pareil, ce que vous disent mes confrères, je ne vois pas vraiment les choses changer.

Intervieweur : D'accord, et donc qu'est ce qui manque selon vous ?

Médecin 11 : Il n'y a pas de simplification de prise en charge. On nous fait gober... Je ne pense pas que l'argent, je ne pense pas que l'argent soit injecté dans la [euh], la pathologie quoi.

Je ne sais pas où il est injecté, peut-être dans la CMU, dans l'AME, enfin bref, mais certainement pas dans la consultation mémoire. Pourtant, c'est un problème de société, parce qu'il y en a de plus en plus. Vous le savez comme moi, vous voyez bien les chiffres donc [euh]...

Intervieweur : Et vous, pour vous, ce qu'il faudrait pour simplifier les prises en charge ? A domicile par exemple...

Médecin 11 : Il faudrait du personnel, mais après le personnel, il faut le recruter et pour le recruter, il faut qu'il soit payé, il faut qu'il soit motivé. Enfin là, là on part sur une discussion politique... Ça pourrait durer pendant des heures ! Mais oui, ça pourrait être du recrutement, mais ça, vous le savez

comme moi, que pour recruter bah, ce n'est pas facile ! Que ce n'est pas valorisant [euh] pour le personnel, ils sont très mal payés, donc qu'est-ce que vous voulez. Alors à domicile, n'en parlons pas. À domicile là [euh]. On ne sait pas, on ne sait déjà pas recruter dans les établissements, alors à domicile, là c'est l'horreur ! Les services de soins à domicile et cetera c'est une catastrophe.

Intervieweur : Hum hum.

Médecin 11 : Ils n'ont qu'à mieux les payer. Revalorisation des salaires [euh] déjà pour motiver et je pense que ça irait déjà beaucoup mieux, mais tant que ça ne sera pas fait il n'y a rien qui changera.

Intervieweur : OK donc, pour la prise en charge du patient ce qu'il faudrait peut-être, pour vous, c'est d'avantage d'aides à domicile, pour favoriser le maintien à domicile, si je comprends bien ?

Médecin 11 : Éventuellement, oui, ça pourrait être très bien, mais alors là, je vais vous dire c'est un sacré chantier ! C'est un sacré chantier ! Un sacré chantier ! Donc là [euh], c'est de l'utopie ! [rires] Non, c'est de l'utopie, ce n'est même pas envisageable. Quand vous voyez [euh] la teneur du personnel de vie et le [euh] « je-m'en-foutisme ». Voilà [euh], le « on s'en fout ». Je veux dire, ce n'est pas là de [euh], ce n'est pas là de fonctionner hein ! Ça pourrait hein, dans l'idéal ça serait très bien.

Alors c'est bien beau de dire qu'il ne faut pas envoyer les gens à l'EPHAD, qu'il faut les laisser à domicile. Mais si vous ne les laissez pas dans des bonnes conditions, je peux vous dire que vous voyez des catastrophes.

Intervieweur : Ouais, je me doute. Dernière question, est-ce que vous pourriez me raconter comment se passent vos relations avec les gériatres de manière générale ?

Intervieweur : Oh bien. Bien, quand on arrive à les avoir. Mais moi, ça va, j'ai les bons numéros [rires].

Intervieweur : [rires]

Médecin 11 : Non, très bien ici à [VILLE], on a de bonnes équipes. Alors le seul [euh] ; là on est plus sur la mémoire, on est sur le comportemental, la gérontopsy ; là franchement c'est du foutage de gueule. Alors là, on s'éloigne peut-être du sujet hein ? Parce que vous c'est les troubles cognitifs, hein, c'est ça ?

Intervieweur : Oui. Vous m'avez dit, vous arrivez facilement à voir les gériatres au téléphone s'il y a un souci ?

Médecin 11 : Oui.

Intervieweur : Et d'une manière générale, est-ce que....

Médecin 11 : Parce que j'ai la chance d'avoir les bons numéros après.

Intervieweur : Ouais.

Médecin 11 : Après ce n'est pas toujours le cas hein, celui qui n'a pas les bons numéros je ne sais pas comment il fait !

Intervieweur : Ouais, et est-ce que vous voyez des pistes d'amélioration pour améliorer la communication avec les gériatres ?

Médecin 11 : Je [euh], je ne sais que dire, je ne sais que dire... Avoir plus de disponibilités, peut-être être plus de créneaux... Et enfin je ne sais pas, oui....

Intervieweur : Ok.

Médecin 11 : Ou alors une plateforme... Il y en a une de plateforme, mais bon le problème, c'est qu'on ne tombe pas

forcément sur la bonne personne, que [euh] que ça prend du temps, hein, c'est long, c'est... En ville c'est plus compliqué ; à l'EPHAD encore on peut se poser, on peut gérer pour les confrères et cetera. En ville, c'est plus compliqué. Mais je vous dis encore à [VILLE], on a une super plateforme, donc on ne va pas se plaindre, je ne sais pas comment ça se passe ailleurs.

Intervieweur : Oui.

Médecin 11 : Et puis après il faut s'investir aussi, hein. La gériatrie, ce n'est pas quelque chose qui intéresse beaucoup la profession, donc voilà.

Intervieweur : D'accord, OK. Je vous remercie beaucoup d'avoir pris le temps.

Médecin 11 : Pas de quoi. Bonne journée, au revoir.

VII. Bibliographie

1. Isabelle LP. Haute Autorité de santé - Guide parcours de soins des patients présentant un trouble neurocognitif associé à la maladie d'Alzheimer ou à une maladie apparentée. 2018
2. Confusion, troubles cognitifs et démence [Internet]. Collège des Enseignants de Neurologie. 2016 [cité 1 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.cen-neurologie.fr/fr/deuxieme-cycle/confusion-troubles-cognitifs-demence>
3. Population par âge – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. [cité 2 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291>
4. Pyramide des âges | Insee [Internet]. [cité 2 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381472#graphique-figure1>
5. Projections de population à l'horizon 2070 - Insee Première - 1619 [Internet]. [cité 2 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2496228>
6. Prévalence de la démence et de la maladie d'Alzheimer chez les personnes de 75 ans et plus : données réactualisées de la cohorte PAQUID - EM consulte [Internet]. [cité 2 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/104600/prevalence-de-la-demence-et-de-la-maladie-d-alzhei>
7. Maladie d'Alzheimer et autres démences [Internet]. [cité 2 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-neurodegeneratives/maladie-d-alzheimer-et-autres-demences>
8. Impact économique de la démence. Presse Médicale. 1 janv 2005;34(1):35-41.
9. La prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées - Sénat [Internet]. [cité 2 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/notice-rapport/2004/r04-466-notice.html>
10. Le plan contre les maladies neuro-dégénératives 2014-2019 [Internet]. Gouvernement.fr. [cité 2 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.gouvernement.fr/action/le-plan-contre-les-maladies-neuro-degeneratives-2014-2019>
11. Croisile B, Rothoft JM. Plaintes de mémoire en médecine de ville : présentation et prise en charge. Rev Gériatrie. 2004;29(3):179-88.
12. Cantegreil-Kallen I, Lieberherr D, Garcia A, Cadilhac M, Rigaud AS, Flahault A. La détection de la maladie d'Alzheimer par le médecin généraliste : résultats

d'une enquête préliminaire auprès des médecins du réseau Sentinelles. Rev Médecine Interne. août 2004;25(8):548-55.

13. Ledésert B, Ritchie K. The diagnosis and management of senile dementia in general practice: A study of 301 general practitioners in the montpellier region: DIAGNOSIS OF DEMENTIA IN GENERAL PRACTICE. Int J Geriatr Psychiatry. janv 1994;9(1):43-6.
14. Les consultations mémoire [Internet]. 2020 [cité 3 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/les-consultations-memoire>
15. La Lettre de l'Observatoire [Internet]. Fondation Médéric Alzheimer. 2017 [cité 4 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.fondation-mederic-alzheimer.org/la-lettre-de-observatoire>
16. Isabelle LP. Haute Autorité de santé - Étiologie d'un trouble cognitif Consultations mémoire.
17. Violaine R. CONSULTATION MEMOIRE QUELLE PLACE POUR LE MEDECIN GENERALISTE DANS LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ATTEINTS DE LA MALADIE D ALZHEIMER EN NORD ISERE. Thèse med. Université Claude Bernard Lyon, année 2019
18. Zabawa C. ZABAWA C. Consultation mémoire : attentes des médecins généralistes. Thèse med. Université de Bourgogne, faculté de médecine de Dijon, année 2013.
19. BLANCHET A, GOTMAN A. L'entretien. ARMAND COLIN; 2015. 128 p.
20. KAUFMANN JC. L'entretien compréhensif. 4e édition. ARMAND COLIN; 2016. 128 p.
21. LEJEUNE C. Manuel d'analyse qualitative. 2e édition. De Boeck Supérieur; 2019. 155 p.
22. Aliacar L. Dépistage des troubles cognitifs, modalités et freins en médecine générale : étude de pratiques professionnelles en région Midi-Pyrénées [Internet]. 2014 [cité 3 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.semanticscholar.org/paper/D%C3%A9pistage-des-troubles-cognitifs%2C-modalit%C3%A9s-et-en-%3A-Aliacar/e1679183124fd1460be2b498a685fc9851ca91cb>
23. Garnier-Crussard A, Vernaudon J, Auguste N, Moutet C, Dauphinot V, Krolak-Salmon P. Perception of Benefits and Risks of Neurocognitive Disorders Diagnosis: A French National Survey. J Alzheimers Dis JAD. 2019;67(4):1267-75.

24. Brooker D, La Fontaine J, Evans S, Bray J, Saad K. Public health guidance to facilitate timely diagnosis of dementia: Alzheimer's COoperative Valuation in Europe recommendations. *Int J Geriatr Psychiatry*. juill 2014;29(7):682-93.
25. Waldorff FB, Rishøj S, Waldemar G. Identification and diagnostic evaluation of possible dementia in general practice: A prospective study. *Scand J Prim Health Care*. janv 2005;23(4):221-6.
26. Perry M, Drašković I, van Achterberg T, Borm G, van Eijken M, Lucassen P, et al. Can an EASYcare based dementia training programme improve diagnostic assessment and management of dementia by general practitioners and primary care nurses? The design of a randomised controlled trial. *BMC Health Serv Res*. 2 avr 2008;8(1):71.
27. Helmer C, Pérès K, Pariente A, Pasquier F, Auriacombe S, Poncet M, et al. Primary and Secondary Care Consultations in Elderly Demented Individuals in France. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2008;26(5):407-15.
28. For the Evidem Programme, Koch T, Iliffe S. The role of primary care in the recognition of and response to dementia. *J Nutr Health Aging*. févr 2010;14(2):107-9.
29. SPF. Maladie d'Alzheimer : enquête sur les connaissances, opinions et comportements des Français. [Internet]. [cité 4 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-neurodegeneratives/maladie-d-alzheimer-et-autres-demences/maladie-d-alzheimer-enquete-sur-les-connaissances-opinions-et-comportements-des-francais>
30. SPF. Baromètre santé médecins généralistes 2009. [Internet]. [cité 3 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/notices/barometre-sante-medecins-generalistes-20092>
31. Isabelle LP. Haute Autorité de santé - Tests de repérage d'un trouble cognitif en médecine générale.
32. Pariel-Madjlessi S, Opéron C, Péquignot R, Konrat C, Léonardelli S, Belmin J. Syndromes démentiels du sujet âgé: démarches diagnostiques. *Presse Médicale*. 2007;36(10):1442-52.
33. Fisher C a. H, Larner AJ. Frequency and diagnostic utility of cognitive test instrument use by GPs prior to memory clinic referral. *Fam Pract*. oct 2007;24(5):495-7.
34. Belmin J, Oasi C, Folio P, Pariel-Madjlessi S. Codex, un test ultra-rapide pour le repérage des démences chez les sujets âgés. In 2007 [cité 12 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.semanticscholar.org/paper/Codex%2C-un-test-ultra->

rapide-pour-le-rep%C3%A9rage-des-Belmin-Oasi/16675fb5bdf1db713bafa729befc234223ce78c0

35. Zulfiqar AA, Longuemarre AT de. Codex and MMSE: what to choose? *Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 27 août 2019;17(3):279-89.
36. Turner S, Iliffe S, Downs M, Wilcock J, Bryans M, Levin E, et al. General practitioners' knowledge, confidence and attitudes in the diagnosis and management of dementia. *Age Ageing*. sept 2004;33(5):461-7.
37. Volpe-Gillot L, Bonté F. Place de l'hôpital de jour dans le diagnostic et la prise en charge de la maladie d'Alzheimer. *Wwwem-Premiumcomdatarevues126860340013006924* [Internet]. 15 avr 2008 [cité 4 avr 2023]; Disponible sur: <https://www-em-premium-com.ressources-electroniques.univ-lille.fr/article/140649/resultatrecherche/21#N10053>
38. Johnson H, Bouman WP, Pinner G. On telling the truth in Alzheimer's disease: a pilot study of current practice and attitudes. *Int Psychogeriatr*. juin 2000;12(2):221-9.
39. Masson E. Attentes et besoins des aidants de personnes souffrant de maladie d'Alzheimer [Internet]. *EM-Consulte*. [cité 12 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/728052/attentes-et-besoins-des-aidants-de-personnes-souff>
40. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : suivi médical des aidants naturels [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 4 avr 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_938713/fr/maladie-d-alzheimer-et-maladies-apparentees-suivi-medical-des-aidants-naturels
41. Schulz R, Beach SR. Caregiving as a risk factor for mortality: the Caregiver Health Effects Study. *JAMA*. 15 déc 1999;282(23):2215-9.
42. Renshaw J, Scurfield P, Cloke L, Orrell M. General practitioners' views on the early diagnosis of dementia. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. janv 2001;51(462):37-8.
43. Downs M, Turner S, Bryans M, Wilcock J, Keady J, Levin E, et al. Effectiveness of educational interventions in improving detection and management of dementia in primary care: cluster randomised controlled study. *BMJ*. 25 mars 2006;332(7543):692-6.
44. Vickrey BG, Mittman BS, Connor KI, Pearson ML, Della Penna RD, Ganiats TG, et al. The effect of a disease management intervention on quality and outcomes of dementia care: a randomized, controlled trial. *Ann Intern Med*. 21 nov 2006;145(10):713-26.

45. Fantino B, Wainsten JP, Bungener M, Joublin H, Brun-Strang C. Représentations par les médecins généralistes du rôle de l'entourage accompagnant le patient: Santé Publique. 1 sept 2007;Vol. 19(3):241-52.
46. Pin Le Corre S, Benchiker S, David M, Deroche C, Louassarn S, Scodellaro C. Perception sociale de la maladie d'Alzheimer : les multiples facettes de l'oubli: Gérontologie Société. 1 juill 2009;32 / n° 128-129(1):75-88.
47. Vernooij-Dassen MJFJ, Moniz-Cook ED, Woods RT, De Lepeleire J, Leuschner A, Zanetti O, et al. Factors affecting timely recognition and diagnosis of dementia across Europe: from awareness to stigma. Int J Geriatr Psychiatry. avr 2005;20(4):377-86.
48. Hommet C, Novella JL, Auriacombe S, Vercelletto M, Berrut G, Belliard S, et al. Symptomatic treatments in Alzheimer's disease in 2016: a study from Memory centers in France. Gérontologie Psychol Neuropsychiatr Vieillesse. sept 2016;14(3):274-86.
49. Wilkinson D, Stave C, Keohane D, Vincenzino O. The role of general practitioners in the diagnosis and treatment of Alzheimer's disease: a multinational survey. J Int Med Res. 2004;32(2):149-59.
50. Amieva H, Dartigues JF. ETNA3, a clinical randomized study assessing three cognitive-oriented therapies in dementia: Rationale and general design. Rev Neurol (Paris). oct 2013;169(10):752-6.
51. Du CL. Le processus diagnostique et la prise en charge de la maladie d'Alzheimer en médecine générale dans le Finistère [Internet]. 2017 [cité 3 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.semanticscholar.org/paper/Le-processus-diagnostic-et-la-prise-en-charge-de-la-Du/0220017046f5327d15e3fd09bec2379740e64761>
52. Fontaine D. Les dispositifs de prise en charge et d'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et d'aide à leurs aidants familiaux. Gérontologie Société. 2009;32 / 128-129(1-2):225-41.
53. Debout C. Pandémie de Covid-19 et pénurie infirmière en France : un phénomène prévisible. Rev Francoph Int Rech Infirm. sept 2020;6(3):100200.
54. Stuck AE, Egger M, Hammer A, Minder CE, Beck JC. Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: systematic review and meta-regression analysis [Internet]. Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE): Quality-assessed Reviews [Internet]. Centre for Reviews and Dissemination (UK); 2002 [cité 4 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK69232/>

55. Hubert G. La circulation de l'information médicale: évaluation du lien complexe ville-hôpital [Thèse d'exercice]. [Bobigny, Villetaneuse, Seine-Saint-Denis ; 1970-..., France]: Université Sorbonne Paris Nord; 2006.
56. Törnfeldt L, Roos S, Hellström I. Mobile geriatric team for older people: A qualitative descriptive study of relatives' views on what creates senses of security and quality of care. *Nord J Nurs Res.* juin 2021;41(2):77-83.
57. Evaluation du Plan Alzheimer 2008-2012 - Ministère de la Santé et de la Prévention [Internet]. [cité 4 avr 2023]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/evaluation-du-plan-alzheimer-2008-2012>
58. François P, Boussat B, Fourny M, Seigneurin A. Quality of service provided by a University Hospital: General practitioners' opinion. *Santé Publique Vandoeuville-Lès-Nancy Fr.* 1 mars 2014;26:189-97.
59. Perrillat-Amede S, Debray M, Franco A. La lettre de sortie en gériatrie: attentes des médecins généralistes et évaluation des courriers du service de court séjour gériatrique au centre hospitalier d'Annecy. 2008. 1 p.
60. Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux – états des lieux, repères et outils pour une amélioration [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 4 avr 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2874187/fr/coordination-entre-le-medecin-generaliste-et-les-differents-acteurs-de-soins-dans-la-prise-en-charge-des-patients-adultes-souffrant-de-troubles-mentaux-etats-des-lieux-reperes-et-outils-pour-une-amelioration
61. Nezzal A, Gnassounou R, Zahi W, Defontaines B, Nezzal A, Belin C, et al. Le bilan neuropsychologique en visioconférence : la téléconsultation mémoire Annaba-Paris. *Rev Neurol (Paris).* 1 avr 2019;175:S3-4.
62. Dryden EM, Kennedy MA, Conti J, Boudreau JH, Anwar CP, Nearing K, et al. Perceived benefits of geriatric specialty telemedicine among rural patients and caregivers. *Health Serv Res.* 2023;58(S1):26-35.
63. Poon P, Hui E, Dai D, Kwok T, Woo J. Cognitive intervention for community-dwelling older persons with memory problems: telemedicine versus face-to-face treatment. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2005;20(3):285-6.

AUTEURE : Nom : PARENT

Prénom : Stacy

Date de soutenance : 08 juin 2023

Titre de la thèse : Croyances et ressentis du médecin généraliste lors de l'adressage d'un patient suspect de troubles cognitifs en consultation mémoire : étude qualitative par entretien compréhensif auprès de médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais

Thèse - Médecine - Lille - 2023

Cadre de classement : *Médecine Générale*

DES : *Médecine Générale*

Mots-clés : Troubles cognitifs - Médecins généralistes – Lien ville-hôpital - Orientation vers un spécialiste – Consultation mémoire – Ressentis – Croyances

Introduction : Un trouble neurocognitif majeur est un syndrome caractérisé par l'altération durable et acquise des fonctions cognitives, comportementales et de l'autonomie dans la vie quotidienne. Leur prévalence en France est évaluée à 17,8%. Les médecins généralistes sont amenés à prendre en charge les patients atteints de troubles neurocognitifs. Devant la complexité de la prise en charge, ils ont recours à la consultation mémoire afin d'obtenir un avis spécialisé. L'objectif principal de cette étude est d'explorer les croyances et les ressentis des médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais lors de l'adressage d'un patient suspect de troubles neurocognitifs en consultation mémoire.

Méthode : Étude qualitative par entretiens compréhensifs auprès de médecins généralistes de décembre 2021 à octobre 2022. Analyse par une méthode inspirée de la théorisation ancrée, puis triangulation jusqu'à obtention de la suffisance des données. 11 entretiens ont été réalisés.

Résultats : La consultation mémoire apporte une aide diagnostique considérable, grâce à l'obtention d'une évaluation gériatrique standardisée et d'une valeur d'expertise, facilitant l'acceptation de la maladie et des aides par le patient et son aidant. L'absence d'intérêt porté au diagnostic précoce par les médecins généralistes, sous-tendu par le caractère incurable de la maladie et l'absence de thérapeutique curative ; le refus et l'indisponibilité des patients ou des aidants ; l'accessibilité de la consultation mémoire, ont été identifiés comme des freins à son utilisation.

Conclusion : La prise en charge des troubles neurocognitifs est un enjeu majeur de santé publique. Notre étude nous montre la nécessité d'améliorer l'information des médecins et des patients, l'accès à la consultation mémoire, et la collaboration ville-hôpital ; afin d'offrir une prise en charge globale du patient atteint de trouble cognitif.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur François PUISIEUX

Assesseures : Madame le Docteur Anita TILLY, Madame le Docteur Juliette GELLENS

Directeur de thèse : Docteur Romain NAESENS

