



Faculté de médecine

Année 2023/2024

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Matthieu ROGER DE GARDELLE

Né le 19 mai 1995 à Ermont (95)

TITRE

Repérage du trouble neurocognitif en soins primaires : enquête mixte auprès de
médecins généralistes du Loir-et-Cher

Présentée et soutenue publiquement le **Jeudi 18 Avril 2024** date devant un jury
composé de :

Président du Jury :

Professeur Bertrand FOUGÈRE, Gériatrie, Faculté de Médecine -Tours

Membres du Jury :

Docteur Anna-Chloé BALAGEAS, Neurologie, PH - CHU Tours

Docteur Cécile RENOUX, Médecine Générale, MCU, Faculté de Médecine – Tours

Directeur de thèse : Docteur Bernard MERCIER, Gériatrie, PH – CHB - Blois

RESUME :

Introduction : Les troubles neurocognitifs représentent un défi majeur en santé publique, caractérisés par une prévalence croissante et une pénurie de médecins généralistes. La complexité de la prise en charge est aggravée par le manque de communication interprofessionnelle, les difficultés diagnostiques et l'absence de traitements spécifiques. Ce travail vise à examiner la pratique des médecins généralistes dans le repérage de ces troubles.

Méthode : Une approche mixte quantitative et qualitative a été employée, combinant l'analyse des courriers de médecin traitant adressant leurs patients à la consultation mémoire de Blois avec des entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes du Loir-et-Cher.

Résultats : Les courriers des médecins de soins primaires contenaient 37,8% des informations recommandées par la HAS. Les éléments les plus souvent retrouvés étaient le motif de la plainte, les antécédents médicaux, les traitements et le mode de vie. Le courrier rédigé à l'ordinateur contenait plus d'éléments que celui rédigé à la main ($p=0,049$). L'année de rédaction du courrier ne fait pas varier la quantité d'informations qu'il contient. Les médecins se basaient sur leur propre référentiel qu'ils construisaient à partir de leur expérience personnelle familiale et professionnelle hospitalière, pour éliminer une cause curable de trouble neurocognitif lors du premier bilan. L'intuition clinique aidée par la présence d'un aidant naturel pouvait remplacer les tests neuropsychologiques. L'isolement du patient et la surcharge administrative pouvaient constituer des freins au repérage du trouble neurocognitif. L'obtention d'un diagnostic étiologique n'était pas indispensable, renforçant le sentiment que le médecin traitant était le gestionnaire d'une « maladie sociale ». Le médecin se constituait un réseau de soins afin d'optimiser le maintien au domicile et de l'autonomie de vie de son patient.

Discussion : Le meilleur repérage du trouble neurocognitif passera par un transfert des tâches administratives vers des nouveaux métiers de la santé. L'accès rapide à un spécialiste référent et l'accélération du développement de la filière mobile extrahospitalière axée sur la gestion de cas complexes permettrait d'optimiser la prise en charge. Pour compléter notre étude, il serait utile d'aller explorer l'impact des nouveaux métiers de la santé dans le repérage des troubles neurocognitifs.

Conclusion : L'analyse descriptive des courriers montre des résultats semblables à la littérature. Le repérage du trouble neurocognitif se fait avant tout grâce à l'entourage, lorsque le médecin généraliste lance le premier bilan, il se base sur son propre référentiel. Il délègue les tests neuropsychologiques afin de mieux se concentrer sur la gestion du maintien de l'autonomie de vie.

Mots clés : troubles neurocognitifs, courrier d'adressage, consultation mémoire, repérage en soins primaires, analyse de pratique

Identification of neurocognitive disorder in primary care: a mixed-method survey among general practitioners in Loir-et-Cher

Introduction : Neurocognitive disorders represent a major public health challenge, characterized by an increasing prevalence and shortage of primary care physicians. The complexity of care is compounded by lack of interprofessional communication, diagnostic difficulties, and lack of specific treatments. This work aims to examine the practice of general practitioners in the identification of these disorders.

Method : A mixed quantitative and qualitative approach was used, combining the analysis of the letters of attending physician addressing their patients with the memory consultation of Blois with semi-directed interviews with general practitioners of the Loir-et-Cher.

Results : The letters from primary care physicians contained 37.8% of the information recommended by HAS. The most common findings were the reason for the complaint, medical history, treatment and lifestyle. Computer-written mail contained more elements than hand-written mail ($p=0.049$). The year the letter is written does not change the amount of information it contains.

Doctors used their own framework, which they built from their own family and professional experience in hospitals, to rule out a treatable cause of neurocognitive impairment in the initial evaluation. Clinical intuition aided by the presence of a caregiver could replace neuropsychological testing. Isolation of the patient and administrative overload may have been barriers to identifying neurocognitive impairment. Obtaining an etiological diagnosis was not essential, reinforcing the sense that the attending physician was the manager of a “social disease.” The physician built a network of care to optimize home maintenance and patient autonomy.

Discussion : The best identification of neurocognitive disorder will be through a transfer of administrative tasks to new health professions. Timely access to a referral specialist and accelerated development of the out-of-hospital mobile channel focused on complex case management would help optimize care. To complete our study, it would be useful to explore the impact of new health professions on the identification of neurocognitive disorders.

Conclusion : The descriptive analysis of the letters shows similar results to the literature. Identifying neurocognitive impairment is primarily a matter of personal acquaintances; when primary care doctors do the initial assessment, they base their own assessment on their own. It delegates neuropsychological testing to better focus on managing the maintenance of independent living.

Key words : neurocognitive disorders, referral mail, memory consultation, primary care referral, practice analysis

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr Henri MARRET

ASSESSEURS

Pr Denis ANGOULVANT, Pédagogie
Pr Mathias BUCHLER, Relations internationales
Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, Moyens - relations avec l'Université
Pr Clarisse DIBAO-DINA, Médecine générale
Pr François MAILLOT, Formation Médicale Continue
Pr Patrick VOURE'H, Recherche

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Carole ACCOLAS

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Pr Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972
Pr André GOUAZE (†) - 1972-1994
Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004
Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON
Pr Gilles BODY
Pr Philippe COLOMBAT
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr Luc FAVARD
Pr Bernard FOUQUET
Pr Yves GRUEL
Pr Gérard LORETTE
Pr Loïc VAILLANT

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER –
J.C. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – J.
CHANDENIER – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA
LANDE DE CALAN – P. DUMONT – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES –
D. GOGA – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE
– Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE
– G. LEROY – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAIN – J.P. MUH – J. MURAT
– H. NIVET – D. PERROTIN – L. POURCELOT – R. QUENTIN – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER
– J.C. ROLLAND – P. ROSSET – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D.
SIRINELLI – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
APETOH Lionel.....	Immunologie
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique	Cardiologie
BACLE Guillaume.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BAKHOS David	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARBIER François.....	Médecine intensive et réanimation
BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie clinique
BERHOUE Julien	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne	Cardiologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BOURGUIGNON Thierry	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CAILLE Agnès	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CALAIS Gilles.....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESMIDT Thomas	Psychiatrie
DESOUBEAUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DI GUISTO Caroline	Gynécologie obstétrique
DIOT Patrice.....	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EHRMANN Stephan	Médecine intensive – réanimation
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
ELKRIEF Laure.....	Hépatologie – gastroentérologie
ESPITALIER Fabien.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FOUGERE Bertrand	Gériatrie
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
GATAULT Philippe.....	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GUERIF Fabrice.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine.....	Médecine intensive – réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HANKARD Régis.....	Pédiatrie
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice.....	Physiologie
LABARTHE François	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie, hépatologie

LEGRAS Antoine.....	Chirurgie thoracique
LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
LEVESQUE Éric.....	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LINASSIER Claude.....	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent.....	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François.....	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain.....	Pneumologie
MARRET Henri.....	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel.....	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent.....	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine.....	Pédiatrie
MOREL Baptiste.....	Radiologie pédiatrique
MORINIERE Sylvain.....	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa.....	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis.....	Rhumatologie
ODENT Thierry.....	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi.....	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna.....	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric.....	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Franck.....	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean.....	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent.....	Physiologie
REMERAND Francis.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe.....	Biologie cellulaire
RUSCH Emmanuel.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline.....	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem.....	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab.....	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria.....	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET-BIGOT Bénédicte.....	Thérapeutique
THOMAS-CASTELNAU Pierre.....	Pédiatrie
TOUTAIN Annick.....	Génétique
VELUT Stéphane.....	Anatomie
VOURC'H Patrick.....	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé.....	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess.....	Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien.....Soins palliatifs

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine.....Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AUDEMARD-VERGER Alexandra.....	Médecine interne
BISSON Arnaud.....	Cardiologie (CHRO)
BRUNAUT Paul.....	Psychiatrie d'adultes, addictologie
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo.....	Rhumatologie (au 01/10/2021)
CLEMENTY Nicolas.....	Cardiologie
DOMELIER Anne-Sophie.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane.....	Biophysique et médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
GARGOT Thomas.....	Pédopsychiatrie
GOUILLEUX Valérie.....	Immunologie
HOARAU Cyrille.....	Immunologie
KERVAREC Thibault.....	Anatomie et cytologie pathologiques
LE GUELLEC Chantal.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEDUCQ Sophie.....	Dermatologie
LEFORT Bruno.....	Pédiatrie
LEJEUNE Julien.....	Hématologie, transfusion
LEMAIGNEN Adrien.....	Maladies infectieuses

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

BECKER Jérôme.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUTIN Hervé.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BRIARD Benoît.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
DE ROCQUIGNY Hugues	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GILOT Philippe.....	Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282
GOMOT Marie.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – EA 7501 - ERL CNRS 7001
GUEGUINOU Maxime.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
LATINUS Marianne.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LE MERRER Julie	Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
MEUNIER Jean-Christophe	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
PAGET Christophe	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
RAOUL William	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
SECHER Thomas.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SI TAHAR Mustapha.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SUREAU Camille	Directrice de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259
TANTI Arnaud	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
WARDAK Claire.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'éthique médicale

BIRMELE Béatrice.....Praticien Hospitalier

Pour la médecine manuelle et l'ostéopathie médicale

LAMANDE Marc.....Praticien Hospitalier

Pour l'orthophonie

BATAILLE Magalie.....Orthophoniste
CLOUTOUR Nathalie.....Orthophoniste
CORBINEAU Mathilde.....Orthophoniste
EL AKIKI Carole.....Orthophoniste
HARIVEL OUALLI Ingrid.....Orthophoniste
IMBERT Mélanie.....Orthophoniste
SIZARET Eva.....Orthophoniste

Pour l'orthoptie

BOULNOIS Sandrine.....Orthoptiste

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des enseignants et enseignantes
de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits aux indigents,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

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

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

Que les hommes et les femmes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre
et méprisé(e) de mes confrères et consœurs
si j'y manque.

à François, à Anne-Marie,

« Le plaisir le plus noble réside en la joie de comprendre »

Léonard de Vinci

Remerciements

Au Président du jury

Monsieur le Professeur des Universités Bertrand FOUGÈRE,

Nous avons en commun une passion pour la gériatrie et j'avais à cœur de vous choisir comme président de thèse, c'est un honneur pour moi que vous ayez accepté de la présider. Ce modeste travail est l'expression d'une volonté de mieux comprendre comment prendre en charge les patients âgés en soins primaires. Soyez assuré de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

Aux Membres du jury

Madame la Maître de Conférence Universitaire Cécile RENOUX,

Nous avons passé des après-midis entières à la faculté pour réaliser les GEAP et autres groupes d'apprentissage, outils pédagogiques indispensable en médecine générale. Merci d'avoir accepté sans hésitations de siéger parmi les membres du jury, je vous suis profondément reconnaissant.

Madame Anna-Chloé BALAGEAS,

Nous nous sommes rencontrés lors d'une journée relative aux consultations mémoire, lieu central d'expression de la neuro-gériatrie. Merci à vous de m'avoir conseillé dans les prémices de ma recherche et d'avoir accepté de siéger parmi les membres du jury, c'est une vraie joie pour moi.

Monsieur Bernard Mercier,

Nous avons passé 6 mois ensemble à l'hôpital de Blois puis 12 mois supplémentaires à travailler ensemble afin de réaliser ce travail de recherche. C'est un honneur pour moi que vous ayez accepté de me diriger et de siéger comme membre du jury. Merci pour votre humanité, votre écoute et vos précieux conseils tout au long de ce périple.

Merci aux équipes médicales des urgences du CHRU Trousseau, de l'USP de Clocheville, des urgences gynécologiques de Bretonneau, du service du SSR gériatrique de Blois, de l'EMSP37 de Bretonneau et pour finir de la MSP de Saint Georges sur Cher dans laquelle j'ai réalisé mon SASPAS. Malgré les difficultés inhérentes à notre métier, vous m'avez permis de mûrir et d'améliorer les compétences fondamentales qu'un médecin se doit d'acquérir, et pour tout cela je vous remercie sincèrement.

Table des matières

Remerciements	- 9 -
Liste des acronymes	- 16 -
INTRODUCTION	- 17 -
MATERIEL ET METHODES.....	- 20 -
Étude quantitative.....	- 20 -
I - Sélection des courriers.....	- 20 -
II - Type d'étude	- 20 -
III - Méthode de recueil	- 23 -
IV - Critère de jugement principal	- 23 -
V - Analyse statistique	- 23 -
Étude qualitative	- 24 -
I - Type d'étude.....	- 24 -
II - Sélection des participants.....	- 24 -
III - Recueil des données.....	- 24 -
IV - Analyse des données.....	- 25 -
RESULTATS.....	- 25 -
Étude quantitative.....	- 25 -
I - Analyse par note	- 25 -
II - Analyse par année	- 26 -
II - Analyse par catégorie.....	- 28 -
III - Analyse du type de rédaction.....	- 29 -
IV - Types d'examens réalisés	- 29 -
V - Analyse par type de plainte.....	- 30 -
Étude qualitative	- 31 -
I - Bâtir son premier bilan	- 32 -
<i>a. Les médecins se construisaient leur référentiel</i>	<i>- 32 -</i>
<i>b. Rester clinique permet de repérer la perte cognitive.....</i>	<i>- 34 -</i>
<i>c. S'appuyer sur la compétence proche</i>	<i>- 35 -</i>
II - La mise en œuvre du premier bilan.....	- 37 -
<i>a. L'alerte était souvent donnée par l'aidant.....</i>	<i>- 37 -</i>
<i>b. La mobilité du patient était un élément incontournable</i>	<i>- 39 -</i>
<i>c. Les médecins étaient stoppés par le patient lui-même</i>	<i>- 39 -</i>
<i>d. L'intensité du trouble limitait la démarche d'exploration</i>	<i>- 41 -</i>
III - Se définir un rôle dans la prise en charge	- 42 -
<i>a. La transmission de tâches</i>	<i>- 42 -</i>
<i>b. Les médecins savaient quand explorer.....</i>	<i>- 43 -</i>
<i>c. L'ambivalence par rapport au spécialiste.....</i>	<i>- 44 -</i>
IV - La construction du réseau en s'appuyant sur les acteurs du soins primaires.....	- 46 -
<i>a. La communication avec le spécialiste.....</i>	<i>- 46 -</i>
<i>b. Les rapports complexes avec l'hôpital.....</i>	<i>- 48 -</i>
<i>c. Les nouveaux métiers de la santé perçus par les médecins comme une aide au repérage</i>	<i>- 49 -</i>
<i>d. L'orthophoniste comme outil clé du diagnostic</i>	<i>- 51 -</i>

V - Gestion de l'autonomie de vie	- 52 -
<i>a. Le diagnostic étiologique importait peu aux médecins.....</i>	- 52 -
<i>b. La gestion des cas jugés urgents par le médecin traitant</i>	- 53 -
VI - Les raisons de la difficulté de faire du repérage de trouble neurocognitif	- 56 -
<i>a. Ne pas être entouré professionnellement</i>	- 56 -
<i>b. Être considéré comme un technicien administratif de la santé.....</i>	- 56 -
<i>c. Le manque de valorisation financière</i>	- 57 -
Discussion	- 58 -
Synthèse des principaux résultats.....	- 58 -
▪ Pour l'analyse quantitative	- 58 -
▪ Pour l'analyse qualitative	- 60 -
Forces et faiblesses	- 64 -
Perspectives.....	- 65 -
CONCLUSION.....	- 66 -
BIBLIOGRAPHIE	- 67 -
ANNEXES	- 73 -
Annexe 1 - Liste d'éléments cités par le courrier type de la HAS.....	- 73 -
Annexe 2. Exemple d'une approche pour demander un entretien par téléphone	- 73 -
Annexe 3. Critères COREQ	- 74 -
Annexe 4. Guide d'un entretien semi-dirigé	- 75 -

Liste des acronymes

6-CIT : 6-item Impairment Test
ADAS : Alzheimer's Disease Assessment Scale
ADL : Activities of Daily Living
ADL : Affection Longue Durée
Angio-IRM : Angiographie par Imagerie par Résonance Magnétique
Angio-TDM : Angiographie par Tomodensitométrie
ANOVA : Analysis of Variance
Benton : test de rétention visuelle de Benton
BioStaTGV : logiciel d'analyse statistique
BREF : Batterie Rapide d'Efficiency Frontale
CMPL : Consultation Mémoire de Proximité Libérale
CMP : Consultation Mémoire de Proximité
CMT : Consultation Mémoire de Territoire
DAT-Scan : Dopamine Transporter Scan
EMSP37 : Équipe Mobile de Soins Palliatifs 37
GDS : Geriatric Depression Scale
GP-CoG : General Practitioner Cognition Assessment of Cognition
HAD10 : Hospital Anxiety and Depression Scale
HAS : Haute Autorité de Santé
IADL : Instrumental Activities of Daily living
ICOPE : Integrated Care for Older People où Soins Intégrés pour les Personnes Âgées
IPA : Infirmière en Pratique Avancée
IRM : Imagerie par Résonance Nucléaire
INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
MIS : Memory Impairment Screen
MMSE : Mini Mental State Examination
MoCA : Montreal Cognitive Assessment
NHP : Nottingham Health Profile
NPI : Neuro-psychiatric Inventory ou Inventaire Neuropsychiatrique
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
TDM : Tomodensitométrie
SF-36 : Short Form 36
WHOQOL : World Health Organization Quality of Life Assessment
XLStat : Excel Statistics

INTRODUCTION

En France, il y a 68 millions d'habitants en janvier 2023⁽¹⁾, on compte 1,3 million de personnes atteintes d'un trouble neurocognitif ⁽²⁾ et le médecin généraliste est en première ligne pour le repérage de ce type de troubles.

Environ 2% de la population française est atteinte d'un trouble cognitif confirmé, rapporté à une patientèle de médecin généraliste en région Centre Val de Loire, cela correspond à 20 patients sur 1100 en moyenne ⁽³⁾. Le taux de prévalence du trouble neurocognitif augmente avec l'âge, il est estimé à environ 40 personnes sur 1000 après 60 ans et passe à 60 personnes sur 1000 après 70 ans pour atteindre une personne sur deux après 90 ans⁽²⁾⁽⁴⁾. La fréquence des personnes atteintes passe de 3% à 15% entre 65 et 85 ans⁽⁵⁾. Plus un patient vieillit plus il a de risque de développer d'un trouble neurocognitif. N'oublions pas que la pathologie peut aussi toucher des sujets jeunes estimé à 55 000 personnes de moins de 65 ans, dites personnes malades jeunes ⁽²⁾.

A l'échelle de la France le coût du trouble neurocognitif est estimé à 35 milliards d'euros par an⁽⁷⁾ et tout ce qui touche de près ou de loin au diagnostic représente environ 15% du total des dépenses. Chez les personnes âgées de plus de 70 ans, une personne atteinte d'un trouble neurocognitif coutera 3,7 fois plus cher qu'une personne non atteinte⁽⁸⁾ et plus le trouble est sévère plus le coût par an est élevé⁽⁹⁾. Selon la fondation Médéric Alzheimer, l'augmentation prévue du coût global d'ici à 2030 est de 40%.

En parallèle du vieillissement de la population, le nombre de médecins généralistes exerçant en France est en constante diminution, avec une baisse de 10% du nombre des médecins exerçant en France depuis 2010 ⁽¹⁰⁾. L'âge moyen est de 50 ans avec 27% de médecins de plus de 60 ans⁽¹¹⁾. La région Centre Val de Loire n'est pas épargnée par ces phénomènes car en 2022, elle arrive en avant dernière position des régions en termes de nombre de médecins et en dernière position en termes de densité médicale (103 médecins pour 100 000 habitants). Dans le Loir-et-Cher, la densité médicale est de 108 pour 100 000 habitants⁽¹⁰⁾.

La population française comporte 20,5% de personnes âgées de plus de 65 ans, le département du Loir et Cher en comporte 25,4% avec une augmentation de la proportion estimée à 36,6% à l'horizon 2035⁽⁶⁾. Ce chiffre signifie que ce territoire sera probablement durement touché par le phénomène d'augmentation des cas prévalents.

Étant en première ligne des soins primaires, le médecin généraliste est souvent confronté à ce type de pathologie. Le rôle du médecin traitant est de synthétiser les éléments médicaux, familiaux et environnementaux indispensables à une prise en charge globale optimale. Dans le cadre d'une plainte cognitive, le médecin initie en premier une exploration diagnostique. Le trouble neurocognitif reste sous-diagnostiqué avec 50% des cas et souvent à un stade tardif de

la pathologie⁽¹²⁾⁽¹³⁾. Il arrive souvent que ni les médecins ni la famille ne réussissent à reconnaître la pathologie à un stade précoce⁽¹⁴⁾. La mortalité de la maladie augmente avec son intensité, étant 8 fois plus élevée lorsque le trouble est d'intensité sévère⁽¹⁵⁾.

Rappelons qu'en France aucun test utilisé seul n'est recommandé par la HAS en soins primaires pour faire le diagnostic⁽¹⁶⁾. Certains tests standardisés sont validés en médecine générale pour le repérage comme le GP-CoG, le 6-CIT ou le MMSE. Les recommandations sont peu connues des médecins et difficile à appliquer en pratique courante⁽¹²⁾. Après la découverte d'une dysfonction cognitive l'objectif du médecin est de réaliser un bilan global comprenant une imagerie cérébrale et un bilan biologique puis d'adresser son patient soit vers un confrère spécialiste ambulatoire ou hospitalier dont le rôle sera d'affiner et de confirmer le diagnostic étiologique⁽¹³⁾.

Chaque médecin généraliste possède ses propres représentations de la pathologie cognitive, vécue positivement par certains car intéressante sur le plan intellectuel ou vécue négativement car synonyme de difficulté de prise en charge globale⁽¹⁷⁾. Ce qui construit le rôle du médecin traitant dans le trouble neurocognitif c'est sa personnalité, la manière dont il appréhende la plainte, l'analyse et l'explore. Ce qui bloque les médecins traitants dans leur approche n'est pas le manque de compétence mais plutôt le fait que la pathologie touche en priorité l'autonomie et qu'il n'y a pas de traitement spécifique⁽¹⁸⁾. Le manque de communication entre les différents intervenants du parcours de soins est aussi un élément récurrent évoqué par les médecins généralistes pour tenter d'expliquer les facteurs d'une mauvaise prise en charge⁽¹⁹⁾⁽²⁰⁾⁽²¹⁾.

Le mode de communication entre les médecins généralistes et les autres médecins est souvent le courrier manuscrit. D'une bonne qualité de courrier découle une meilleure compréhension de la demande et de fait, une pertinence accrue du soin⁽²²⁾⁽²³⁾. L'impuissance auquel le médecin généraliste fait face à son patient atteint d'un trouble neurocognitif est parfois exacerbé par ce manque de communication et de réponses à ses attentes⁽²³⁾. Les délais de consultations trop longs, le manque de réponse concrète aux problématiques médico-sociale, une approche centrée sur les médicaments, sont autant d'éléments qui mettent le généraliste en difficulté face à son patient. A l'inverse, les spécialistes concernés par la pathologie cognitive reprochent aux médecins généralistes des lacunes dans les informations transmises ou même parfois une mauvaise temporalité dans l'adressage⁽¹⁹⁾.

Pour répondre à certaines de ses problématiques, des plans Alzheimer successifs ont été instaurés depuis 2001 et ont permis la mise en place de stratégie dans le dépistage, et le parcours de soins en créant par exemple la consultation mémoire⁽²⁴⁾. Le projet ICOPE lancé en 2019 par l'OMS a pour but de valoriser les soins intégrés pour personnes âgées avec un but de prévenir et mieux dépister les pertes de fonctions dans 6 domaines : locomotion, cognition, vitalité, psychologie, audition et vision⁽²⁵⁾.

La consultation mémoire est un espace pluridisciplinaire dédié au diagnostic du trouble neurocognitif et à leur suivi. Il existe 47 centres mémoires en France selon la Fédération des

Centres Mémoires. On distingue 4 types de lieux : le CMRR plutôt utilisée à la demande des spécialistes, la CMT, la CMP, la CMPL⁽²⁶⁾. Dans la région Centre Val-de-Loire, le CMRR se trouve à Tours et dans le département du Loir-et-Cher la consultation mémoire de territoire se situe à Blois. A l'échelle de la France, c'est 243 000 patients en file active réparti sur 550 consultations labellisées, avec 110 000 nouveaux patients par an⁽²⁷⁾.

Avant d'adresser son patient à la consultation mémoire, il est difficile d'appréhender comment le médecin traitant s'oriente dans la prise en charge. Peu d'études mixtes ont été proposées pour étudier simultanément le contenu des courriers et la pratique des médecins en matière d'orientation dans la prise en charge globale. Une thèse a montré qu'une minorité de courriers d'adressage remplissent les critères recommandés par la HAS⁽²⁸⁾. L'étude des attentes des médecins généralistes et spécialistes de la consultation mémoire en terme de communication a permis de montrer qu'il existe des critères de qualité en commun et d'autres plus spécifiques à chaque compétences médicales⁽²⁹⁾. Le constat est le même dans une autre étude datant de 2018, montrant qu'il manque souvent des informations dans le courrier et que cela pourrait être mis en lien avec l'absence d'un courrier standardisé facilement utilisable en pratique courante⁽³⁰⁾.

Notre objectif est de savoir comment le médecin généraliste repère et s'oriente devant un trouble neurocognitif. Pour cela nous avons fait une étude en deux parties. Une première partie quantitative portant sur l'analyse du courrier adressé en consultation mémoire. Une seconde partie qualitative lors d'entretiens semi-dirigés explorant la pratique du médecin généraliste.

Ce travail nous semblait pertinent dans une volonté de proposition d'un nouveau modèle explicatif sur la pratique du médecin généraliste en matière de repérage du trouble neurocognitif en soins primaires dans le Loir-et-Cher.

MATERIEL ET METHODES

La méthode choisie était mixte, quantitative et qualitative, simultanée et indépendante. Nous avons d'abord réalisé une étude quantitative pour obtenir des résultats théoriques sur la pratique des médecins généraliste en matière de prise en charge initiale, puis nous sommes allés questionner des médecins pour recueillir leur pratique en matière de repérage de trouble neurocognitif.

Étude quantitative

I - Sélection des courriers

La première étude a pour but de comparer des courriers issus de la base de données du centre de consultation mémoire de Blois avec le modèle de courrier type provenant des recommandations de la HAS⁽¹⁶⁾. La population étudiée correspond aux courriers papier adressant pour la première fois un patient en centre de consultation mémoire rédigé par un médecin généraliste. Les courriers sélectionnés doivent avoir été écrits entre le 1^{er} janvier 2018 et le 31 décembre 2022. Ce type de courrier contient des informations sur le premier bilan que le médecin généraliste a réalisé pour un patient suspect de trouble neurocognitifs.

Critères d'inclusion : courrier reçu par la consultation mémoire entre le 1^{er} janvier 2018 et le 31 décembre 2022, courrier rédigé par un médecin généraliste adressant un patient pour la première fois.

Critères d'exclusion : courrier non rédigé par un médecin généraliste, courrier qui a été rédigé avant le 1^{er} janvier 2018 ou après le 31 décembre 2022, courrier qui ne correspond pas à une première consultation mémoire.

II - Type d'étude

Cette étude est quantitative analytique descriptive, avec analyse du contenu du courrier. Afin d'avoir un référentiel pour comparaison nous avons utilisé la recommandation HAS datant de 2018 : « *Comment optimiser la consultation mémoire ?* ».

Du médecin traitant à la consultation mémoire

Je vous adresse Mme/M. X, âgé(e) de ----- dont je suis le médecin traitant depuis ----- pour demande d'avis (diagnostic, évaluation, suivi) :

Les problématiques sont les suivantes

Le/la patient/e se plaint de -----depuis -----

Son entourage décrit un changement de comportement, de personnalité et rapporte les événements suivants (voire risques civils, médicaux et familiaux)

Le/la patient/e ou l'entourage note des difficultés nouvelles et durables avec un retentissement sur :

- Vie domestique (ne le fait plus aujourd'hui ?)
- Vie sociale (risques domestiques et sociaux)
- Vie familiale (troubles du sommeil chez l'aidant, tension familiale)
- Vie professionnelle
- Suivi médical (des problèmes associés à la prise des médicaments ?)

L'examen clinique récent montre :

- Poids stable (perte de poids) ?
- Tension artérielle (normale ?)
- Déficits sensoriels ?
- Chutes ? troubles de l'équilibre ?
- Symptômes comportementaux ?

Concernant l'histoire médicale de -----

Il/elle est actuellement traité(e) pour et avec ? (dossier pharmaceutique, ALD) ?

- Maladies cardiovasculaires avec
- Maladies neurologiques avec
- Troubles thyroïdiens avec
- Autres avec

MMSE® ou autre test (date) : ----- Autres scores (date) : -----

Biologie -----Imagerie cérébrale, de préférence à défaut TDM : -----

Le principe d'une consultation mémoire a été accepté sans réserve ? (ou avec réticence) par XXXXX, son entourage ? Les deux ?

Aides et soins actuels

Des risques civils, médicaux, financiers ou familiaux à signaler ?

- Usage de la voiture ? O/N
- Risques domestiques (gaz, plaque de cuisson, arme à feu, escalier, etc.) ? O/N
- Patient isolé (capacité à donner l'alerte) ? O/N
- Soutien possible de l'entourage ? O/N
- Difficultés quant au suivi médical ou la gestion des médicaments difficiles ? O/N
- Incidents marquant la vie domestique professionnelle ou sociale ? O/N
- Incidents financiers ? O/N
- Altération récente de la qualité de vie ? O/N
- Autres

A partir des 30 éléments cités dans la lettre recommandée, nous avons créé 15 catégories regroupant des éléments de même connotation (*exemple* : les 3 éléments « antécédents cardiovasculaires » et « antécédents neurologiques » et « antécédents psychiatriques » ont été regroupés dans la catégorie 4 : « antécédents médicaux »). Pour chaque catégorie, entre 3 et 10 notions clés ont été choisies.

Ces notions ont été sélectionnées pour leur lien étroit avec la catégorie (*exemple* : « Antécédents personnels cardiovasculaires, neurologiques, psychiatriques, endocriniens, antécédents familiaux neurologiques, cardiovasculaires » fait référence à la catégorie 4 « antécédents médicaux »). Dans le cas où le courrier contenait une de ces notions clés, la catégorie était validée et le courrier obtenait un point.

Détail des catégories

Numéro de catégorie	Nom de la catégorie
Catégorie 1	Identité administrative
Catégorie 2	Motif de la consultation
Catégorie 3	Morphologie et clinique
Catégorie 4	Antécédents médicaux
Catégorie 5	Traitements actuels
Catégorie 6	Test neuropsychologique
Catégorie 7	Bilan biologique
Catégorie 8	Imagerie cérébrale
Catégorie 9	Aides humaines actuelles
Catégorie 10	Vie domestique et vie familiale
Catégorie 11	Vie sociale et vie professionnelle
Catégorie 12	Risque civil et financier
Catégorie 13	Risque domestique
Catégorie 14	Qualité de vie
Catégorie 15	Principe de la consultation accepté par le patient

Notion clés associées à chaque catégorie

Catégorie	Mots-clés
Catégorie 1	Nom, prénom, âge, date de naissance, lieu de naissance
Catégorie 2	Type de plainte, début de la plainte, caractéristique de la plainte,
Catégorie 3	Taille, poids, tension artérielle, IMC, examen clinique, déficits sensoriels
Catégorie 4	Antécédents personnels cardiovasculaires, neurologiques, psychiatriques, endocriniens, antécédents familiaux neurologiques, cardiovasculaires
Catégorie 5	Noms commerciaux de médicaments, DCI d'un médicament posologie de médicaments, nouveaux médicaments introduits, changement récent de posologie
Catégorie 6	MMSE, Test de 5 mots, Test de Dubois, IADL, ADL, GP-Cog, MoCA, NPI, Test de l'horloge, Test de la BREF, Test MIS, Test de Stroop, Test ADAS, Échelle de Reisberg, Test CODEX
Catégorie 7	La mention : « bilan biologique normal », toute feuille de résultat fournie par le laboratoire, toute feuille de résultats fournie par le médecin, tout inscription manuscrite d'un résultat de bilan biologique
Catégorie 8	IRM cérébrale, TDM cérébrale, Scintigraphie cérébrale, Angio-IRM cérébrale, Angio-TDM cérébrale, radiographie du crâne, DAT-Scan cérébral
Catégorie 9	Passage d'une aide-ménagère, passage d'une aide-soignante, passage de membre d'une association au domicile, aide par la famille proche (enfant ou parent)
Catégorie 10	Description des activités domestiques, description des activités extérieures, description d'une vie familiale, description de la présence d'enfant, description des liens familiaux
Catégorie 11	Description d'un entourage amical, description des relations interpersonnelles, travail actuel, passé professionnel
Catégorie 12	Conduite d'un véhicule, présence d'arme à feu au domicile, description d'une mise en danger en extérieur, description de la gestion financière
Catégorie 13	Description du type de domicile (maison, appartement, hôtel), présence d'escaliers, présence de tapis, présence de gaz, risque d'incendie
Catégorie 14	Description de la qualité de vie vécue par le patient, résultat d'un test évaluant la qualité de vie : NHP, SF-36, WHOQOL
Catégorie 15	Toute notion où le patient donne son accord verbal ou écrit pour assister à la consultation mémoire

III - Méthode de recueil

Afin de sélectionner 100 courriers dans la base de données de la consultation mémoire de Blois nous avons procédé à un tirage au sort parmi tous les courriers d'adressage depuis le 1^{er} janvier 2018 jusqu'au 31 décembre 2022. Nous avons divisé cette période en 5 intervalles de durée égale équivalent à une année, afin de pouvoir les comparer ensemble. Avant de procéder au tirage au sort nous avons récupéré la liste de tous les passages à la consultation mémoire entre le 1^{er} janvier 2018 et le 31 décembre 2022 grâce au logiciel informatique de l'hôpital de Blois. A chaque passage correspondait une identité mais il arrivait qu'un patient fasse plusieurs passages sur la période définie plus haut, nous avons gardé uniquement le premier passage afin de respecter les critères d'inclusion. Après avoir imprimé la liste complète de tous les passages, nous les avons divisés en 5 périodes comme cité plus haut afin de procéder à un tirage au sort par année. Pour chaque période d'une année, 20 courriers sont tirés au sort.

Période	Nombres de passages	Nombre de patients
01/01/18 – 31/12/18	1834	1618
01/01/19 – 31/12/19	1085	891
01/01/20 – 31/12/20	771	605
01/01/21 – 31/12/21	802	604
01/01/22 – 31/12/22	668	539
Total	5160	4257



Le tirage au sort a été effectué avec la méthode du tirage simple à partir d'une liste de nombres aléatoires. 100 nombres ont été générés par année. L'analyse de chaque courrier a été faite indépendamment des autres courriers, un courrier tiré au sort après l'autre. Nous avons anonymisé toutes les données provenant du dossier patient, aucun nom, aucune date de naissance, aucune donnée de l'examen clinique n'a été collectée. Les données récupérées ont été classées sur le logiciel Excel (version 2021).

IV - Critère de jugement principal

Le critère de jugement principal est la note obtenue par le courrier du médecin généraliste qui adresse son patient en consultation mémoire pour la première fois.

Les critères de jugement secondaires sont : la fréquence des catégories, le type de rédaction, le type d'examen réalisé, le type de test neuropsychologique, le type de plainte.

V - Analyse statistique

La note du courrier est une variable quantitative discrète. Nous avons testé la normalité de notre échantillon de 100 courriers afin d'orienter le type de tests statistiques que nous

pouvions réaliser. Les analyses ont été effectuées grâce au logiciel XLStat sur Excel et grâce à l'aide de BioStaTGV.

Étude qualitative

I - Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative inspirée de l'approche par théorisation ancrée et qui a abouti à la proposition d'un modèle explicatif. L'étude qualitative permet d'explorer l'existence et la signification de phénomènes, elle est inductive ou empirico-inductive et utilise des données brutes observées pour créer des hypothèses. Il s'agit d'une explication issue d'un fait à partir de données observées⁽³¹⁾⁽³²⁾. Nous avons choisi le modèle de l'entretien individuel semi-dirigé. L'entretien semi-dirigé permet de poser des questions ouvertes et fermées aux médecins. Tous les résultats reposent sur la subjectivité des praticiens, ils ne sont pas destinés à être généralisés. Ils permettent d'étudier la pratique de la médecine générale en étant au plus proche des conditions réelles d'exercice.

II - Sélection des participants

L'échantillonnage qui a été choisi est théorique, sans détermination du nombre de sujets à inclure initialement, basé sur la stratégie de l'échantillonnage inductif.

Nous avons cherché un participant considéré comme typique de la population cible et après analyse de l'entretien, nous avons formulé une hypothèse qui a servi à recruter le participant suivant. La population cible sont les médecins généralistes exerçant dans le département du Loir-et-Cher encore en activité qui s'occupent de patients de plus de 65 ans.

Les participants ont été recrutés dans plusieurs cabinets de médecine générale répartis dans le département. Les critères d'inclusions sont : l'installation seul ou en groupe dans une structure de type MSP, l'activité rurale ou urbaine, l'âge entre 25 et 75 ans, ayant des patients âgés de plus de 65 ans dans leur patientèle.

Les critères d'exclusion sont : un âge supérieur à 75 ans, le statut de remplaçant, le fait de travailler dans une structure hospitalière à mi-temps.

La prise de rendez-vous s'est faite par téléphone en expliquant l'objectif de la thèse (Annexe 2). La durée des entretiens devait initialement être comprise entre 15 et 25 min, mais cette durée pouvait être rallongée si le praticien en ressentait le besoin. Nous avons respecté l'emploi du temps de l'informateur, lui laissant le choix d'arrêter l'entretien quand il le souhaitait. Nous avons demandé le consentement par voie orale pour l'enregistrement de l'entretien.

III - Recueil des données

Chaque entretien a été semi-dirigé et semi-structuré, conduit par l'initiateur de la thèse. Les questions étaient ouvertes, à but descriptif, narratif, évaluatif et comparatif. Cette approche a été réalisée afin de permettre aux médecins interrogés d'exprimer leurs vécus par rapport au

repérage des patients atteints de troubles neurocognitifs. Les entretiens ont été réalisés dans les cabinets où travaillent les médecins, enregistrés grâce à 2 dictaphones en simultané. Les enregistrements n'ont pas été soumis aux participants sauf s'ils en faisaient la demande. Chaque entretien a été anonymisé, l'identité de chaque participant a été remplacée par un numéro (le médecin numéro un est le M1).

IV - Analyse des données

L'étiquetage initial des données et l'analyse intégrative ont été réalisées par l'initiateur de la thèse grâce au logiciel Word. L'ensemble de l'analyse ouverte a bénéficié d'une triangulation par la confrontation des résultats de deux chercheurs. L'étiquetage initial a été conduit à l'aide du logiciel Word mais l'analyse intégrative et la construction du modèle explicatif ont été réalisées par les deux chercheurs.

RESULTATS

Étude quantitative

Les résultats de trois tests de normalité sur quatre montraient que la distribution des courriers sélectionnés ne suit pas une loi normale ($p < 0,05$) nous obligeant à utiliser des tests statistiques non paramétriques dans nos analyses descriptives.

Variable\Test	Shapiro-Wilk	Anderson-Darling	Lilliefors	Jarque-Bera
Note du courrier	p-value = 0,000248	p-value < 0,0001	p-value < 0,0001	p-value = 0,058

Tableau 1. Tests de normalité

I - Analyse par note

L'hypothèse que nous voulions tester est que le courrier contient moins de 50% des éléments recommandés. Cette hypothèse a été formulée après analyse de la littérature⁽²⁹⁾.

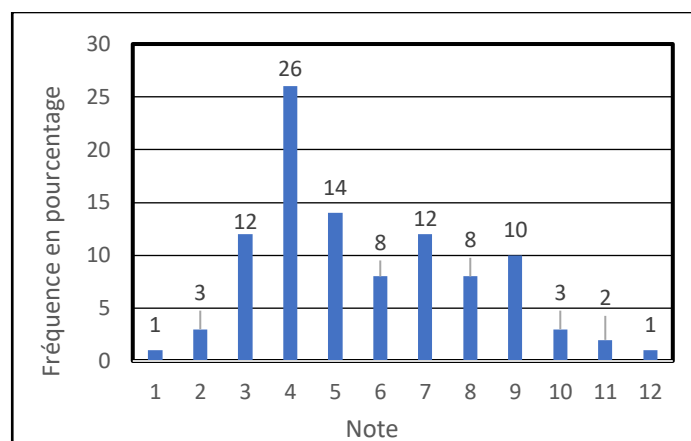
Moyenne	5,67
Médiane	5
Écart-type	2,37007863
Variance de l'échantillon	5,61727273
Kurtosis (Coefficient d'aplatissement)	-0,5040612
Coefficient d'asymétrie	0,53817605
Plage	11
Minimum	1
Maximum	12
Nombre d'échantillons	100

Tableau 2. Statistiques descriptives des notes

Comme le montre le *tableau 2*, la note moyenne est de **5,67 sur 15** sur les 100 courriers analysés. En moyenne, le nombre de catégories inscrites dans le courrier est de 5,67. Par rapport au courrier recommandé de la HAS et d'après notre analyse, en moyenne un courrier d'un médecin généraliste adressant son patient en consultation mémoire contient **37,8% des informations recommandées**.

La note maximale est 12 sur 15 et la note minimale est 1 sur 15. Aucun des courriers analysés n'a obtenu la note maximale. L'écart-type est de 2,37 avec un coefficient de variation (écart-type/moyenne) de 0,42 signifiant que l'écart type n'est pas élevé donc que les notes se situent proche de la moyenne.

La médiane est proche de la moyenne signifiant que les notes sont uniformes avec peu de valeurs extrêmes.



Graphique 1. Fréquence des notes

D'après le *graphique 1* la note **4 sur 15** est la plus fréquente avec 26% des courriers la contenant. Sur notre échantillon, le médecin généraliste met **26,7% des catégories**. Les notes ne sont pas symétriques autour de la moyenne, confirmant les résultats de notre précédente analyse. Comme le montre le *graphique 1*, 64% des courriers ont une note inférieure à 7 sur 15 signifiant que 2 courriers sur 3 contiennent moins de 50% des catégories. Les résultats de cet échantillon ne peuvent pas être généralisés mais confirment l'hypothèse que les courriers contiennent moins de la moitié des informations recommandés.

II - Analyse par année

L'hypothèse testée est qu'il n'existe pas de différence sur les moyennes des notes en fonction de l'année de rédaction du courrier. Sur 20 courriers analysés par année, les moyennes variaient entre 4,95 et 6,65. L'**année 2018** obtenait la moyenne la plus basse avec **4,95** et l'**année 2020** l'année la plus haute avec **6,65**. Pour chaque année, la moyenne est proche de la médiane indiquant que les notes sont uniformes sans valeurs extrêmes.

2018		2019		2020		2021		2022	
Moyenne	4,95	Moyenne	5,5	Moyenne	6,65	Moyenne	5,2	Moyenne	5,95
Médiane	5	Médiane	5	Médiane	7	Médiane	4,5	Médiane	5
Écart-type	2,28208123	Écart-type	2,18848662	Écart-type	2,27746396	Écart-type	2,01572763	Écart-type	2,7429335
Variance	5,20789474	Variance de	4,78947368	Variance de	5,18684211	Variance de	4,06315789	Variance de	7,52368421
Plage	9	Plage	8	Plage	8	Plage	6	Plage	10
Minimum	1	Minimum	2	Minimum	3	Minimum	3	Minimum	2
Maximum	10	Maximum	10	Maximum	11	Maximum	9	Maximum	12

Tableau 3. Description des notes par années

Nous avons testé la normalité de chaque échantillon avant de comparer leur moyenne. Le groupe 2018 et 2020 ne suivent pas une loi normale comme le montre le *tableau 4* malgré tout nous avons fait l'analyse ANOVA en considérant qu'ils suivaient une loi normale afin de pouvoir utiliser des tests paramétriques.

Groupe 2018	Ne suit pas une loi normale ($p=0,21$)
Groupe 2019	Suit une loi normale ($p=0,030$)
Groupe 2020	Ne suit pas une loi normale ($p=0,055$)
Groupe 2021	Suit une loi normale ($p=0,019$)
Groupe 2022	Suit une loi normale ($p=0,022$)

Tableau 4. Test de normalité pour chaque sous-échantillon

Dans le *tableau 5*, la statistique q d'écart studentisé (3,933) est supérieure à la valeur critique (2,781) ce qui signifie que les moyennes par année sont toutes différentes. L'année 2018 nous a servi de référence car sa moyenne est plus basse que celle des autres années, cela nous garantit que l'effet de l'année sur la note moyenne sera positif.

Après comparaison des années entre elles (2018 vs 2019, 2018 vs 2020, 2018 vs 2021, 2018 vs 2022, 2019 vs 2020, 2019 vs 2021, 2019 vs 2022, 2020 vs 2021, 2020 vs 2022, 2021 vs 2022) grâce au test de Tukey, il est montré qu'il **n'existe pas de différence statistiquement significative entre les notes obtenues en fonction de l'année de rédaction** (au seuil $\alpha = 0,05$). Cela signifie que sur la période étudiée le nombre d'éléments mis dans le courrier ne varie pas selon l'année de sa rédaction.

Notes / Test de Tukey (HSD) Analyse des différences entre les modalités avec un IC 95%					
Contraste	Différence	Différence standardisée	Valeur critique	Pr > Diff	Significatif
2020 vs 2018	1,700	2,323	2,781	0,147	Non
2020 vs 2021	1,450	1,982	2,781	0,283	Non
2020 vs 2019	1,150	1,572	2,781	0,519	Non
2020 vs 2022	0,700	0,957	2,781	0,874	Non
2022 vs 2018	1,000	1,367	2,781	0,650	Non
2022 vs 2021	0,750	1,025	2,781	0,843	Non
2022 vs 2019	0,450	0,615	2,781	0,972	Non
2019 vs 2018	0,550	0,752	2,781	0,944	Non
2019 vs 2021	0,300	0,410	2,781	0,994	Non
2021 vs 2018	0,250	0,342	2,781	0,997	Non
Statistique q d'écart studentisé :			3,933		
Différence significative minimale :			2,035		

Tableau 5. Comparaison par année

Le *tableau 6* nous indique qu'il existe une différence statistiquement significative entre les notes des courriers de l'année 2018 et 2020 à l'IC95% [0,247 ; 3,153].

Les notes des années 2019 à IC95% [-0,903 ; 2,003], 2021 à IC95% [-1,203 ; 1,703] et 2022 à IC95% [-0,453 ; 2,453] ne sont pas statistiquement différentes de l'année 2018.

Paramètres du modèle (Y) :							
Source	Valeur	Erreur standard	t	Pr > t	Borne inférieure	Borne supérieure	Codes de signification
Constante	4,950	0,517	9,567	<0,0001	3,923	5,977	***
Test -2018	0,000	0,000					
Test -2019	0,550	0,732	0,752	0,454	-0,903	2,003	°
Test -2020	1,700	0,732	2,323	0,022	0,247	3,153	*
Test -2021	0,250	0,732	0,342	0,733	-1,203	1,703	°
Test -2022	1,000	0,732	1,367	0,175	-0,453	2,453	°
Codes de signification : 0 < *** < 0.001 < ** < 0.01 < * < 0.05 < . < 0.1 < ° < 1							

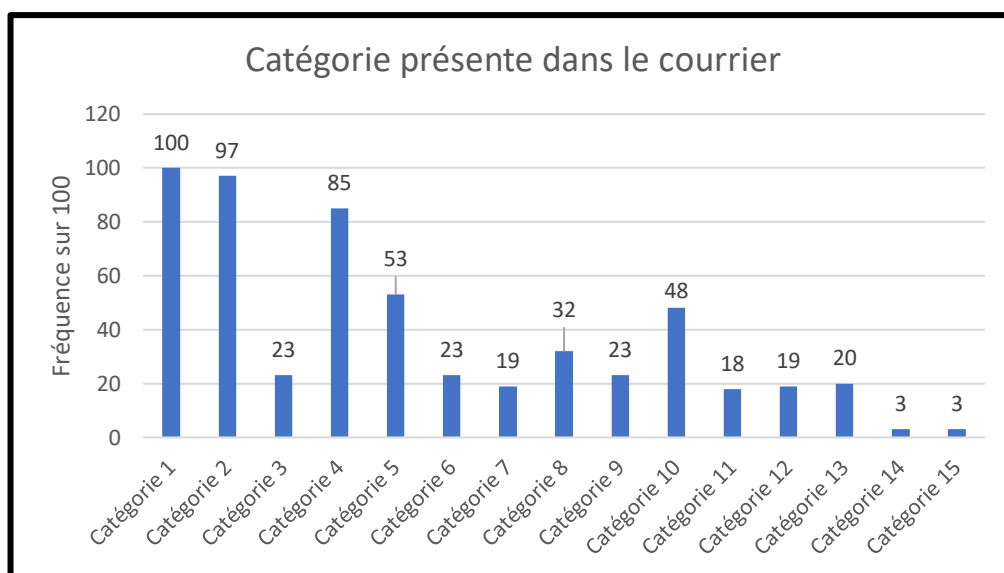
Tableau 6. Paramètres du modèle

En conclusion, **l'année de rédaction ne fait pas varier la moyenne des notes obtenues par les courriers sauf pour l'année 2018 et l'année 2020.**

Les résultats nous permettent de conclure que la quantité d'information moyenne est restée stable sur une période étudiée de 5 ans (au seuil $\alpha = 0,05$)

II - Analyse par catégorie

La note la plus fréquente étant **4 sur 15**, nous avons voulu déterminer les quatre catégories les plus fréquemment retrouvées dans le courrier. Comme le montre le *graphique 2* la catégorie portant sur l'**identité** était présente dans **100%** des cas et le **motif de la consultation** mentionné dans **97%** des cas, avec souvent la durée de la plainte exprimée en mois ou en années. Les **antécédents médicaux** étaient consignés dans **85%** des cas, avec souvent un descriptif détaillé des antécédents cardiovasculaires



Graphique 3. Catégorie dans les courriers

La morphologie avec l'**examen clinique**, les **aides humaines actuelles** et l'utilisation d'un **test neuropsychologique** étaient notifiés dans **23%** des cas. Les **traitements** du patient se trouvaient dans **53%** des courriers et la description d'une **vie domestique et familiale** était nommée dans **48%** des courriers. L'**imagerie** cérébrale était mentionnée dans **32%** des

courriers alors que le **bilan biologique** l'était à hauteur de **19%** tout comme le risque civil et financier. La description d'une **vie sociale et professionnelle** se trouvait dans **18%** des courriers et l'évocation d'un **risque domestique** à hauteur de **20%**. La **qualité de vie** n'est apparue que dans **3%** des courriers analysés tout comme l'acceptation de la consultation par le patient.

Après avoir vérifié notre hypothèse, ces résultats permettaient de comprendre quelles informations paraissent importantes pour le médecin traitant.

III - Analyse du type de rédaction

Le *tableau 7* montre que **39%** des courriers sont rédigés à la **main** avec une note moyenne de **5,179 sur 15** et que les courriers rédigés à l'**ordinateur** compte pour **61%** de tous les courriers avec une moyenne de **5,951 sur 15**.

Variable	N	N*	Moyenne	ErT moyenne	EcTyp	Minimum	Q1	Médiane	Q3	Maximum
Ordinateur	61	0	5,951	0,312	2,439	1,000	4,000	5,000	8,000	12,000
Manuscrite	39	22	5,179	0,342	2,138	2,000	4,000	4,000	7,000	10,000

Tableau 7. Statistiques des 2 groupes

Nos deux échantillons suivent une loi Normale (manuscrit $p < 0,005$ et ordinateur $p < 0,006$) Nous avons testé l'hypothèse que le mode de rédaction d'un courrier influence la quantité d'information qu'il contient en émettant l'hypothèse que la rédaction à l'ordinateur permet de mettre plus d'information que le courrier manuscrit et que la note moyenne est plus importante.

	Ordinateur	Manuscrit
Moyenne	5,95	5,2
Variance	5,95	4,6
Degré de liberté	89	
Statistique t	1,6645	
P(T<=t) unilatéral	0,0497	
Valeur critique de t (unilatéral)	1,6621	
P(T<=t) bilatéral	0,0995	
Valeur critique de t (bilatéral)	1,9869	

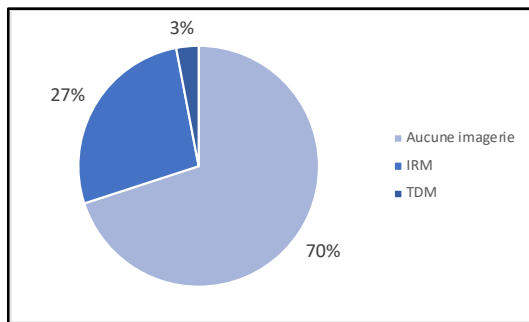
Tableau 8. Test de Welch sur le type de rédaction

D'après le *tableau 8* les moyennes des notes entre le courrier manuscrit et rédigé à l'ordinateur diffèrent significativement (**$p=0,095$**) et le courrier de ceux rédigé à l'ordinateur contiennent plus d'informations que les manuscrits (**$p=0,0497$**).

En pratique cela signifie que le type de rédaction influence la note globale et donc la quantité d'informations contenue dans le courrier. Les médecins généralistes rédigeant leur courrier à l'ordinateur mettent plus d'informations que ceux qui rédigent à la main.

IV - Type d'examen réalisé

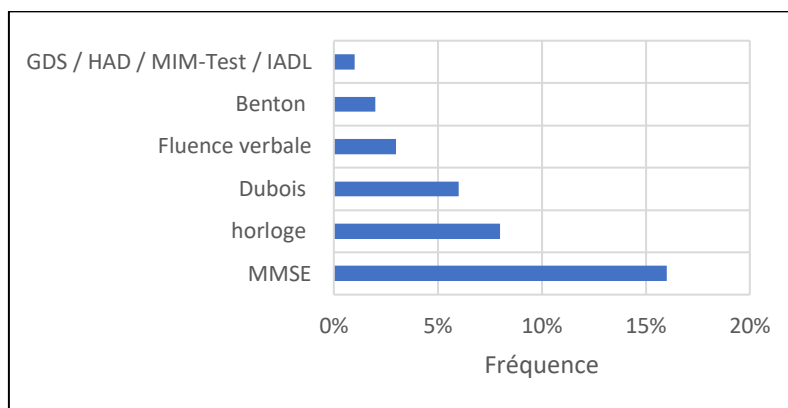
Notre hypothèse est que plus de 50% des courriers contiennent la mention d'une imagerie cérébrale et que c'est une IRM dans 100% des cas comme le préconise la HAS.



Graphique 5. Type d'imagerie

Comme vu sur le *graphique 5*, seuls **30%** des courriers contenaient la **mention d'une imagerie**, dans 27% des cas une IRM et une TDM dans 3% des cas. Ce résultat montre que **70% des courriers ne mentionnent pas d'imagerie**. L'IRM est l'imagerie réalisée dans 90% des cas, ce qui infirme notre hypothèse initiale.

Notre hypothèse serait que les tests neuropsychologiques mentionnés dans les courriers font partis de ceux recommandés par la HAS à savoir le MMSE, le MOCA, le GP-Cog, le 6-CIT, le MIS, le test des 5 mot et le codex. Notre autre hypothèse est que le test le plus fréquemment réalisé est le MMSE comme le suggère la littérature⁽¹³⁾⁽³³⁾.



Graphique 6. Fréquence des tests neuropsychologiques

Sur 100 courriers, 19 mentionnent la réalisation d'une imagerie. Les 9 tests mentionnés sont le Benton dans 2% des cas, le test de Fluence verbale dans 3% des cas, le test des 5 mots de Dubois dans 6% des cas, le test de l'horloge dans 8% des cas, le GDS ainsi que le HAD, le MIM-Test et l'iADL le sont dans 1% des courriers. Le test **MMSE** est mentionné dans **84%** des cas ce qui valide notre hypothèse.

V - Analyse par type de plainte

Après analyse, le courrier mentionne une **plainte unique** dans **77%** des cas, 2 plaintes dans 14% et 3 plaintes dans 9% des cas. La plainte la plus fréquente était **mnésique** avec 70 mentions suivie par le trouble du comportement avec 10 mentions comme observé dans le *tableau 9*. La mention « trouble cognitif » comme plainte principale était mentionnée 8 fois. Sur 100 courriers analysés, 22 courriers contenaient plusieurs plaintes, avec souvent la plainte mnésique comme plainte principale. Dans le cas d'un courrier contenant plusieurs plaintes, 12 sur 14 contenaient la plainte mnésique lorsqu'il y a 2 plaintes, 6 sur 9 courriers lorsqu'il y a 3 plaintes.

Type de plainte	Fréquence
Mnésique	70 %
Trouble du comportement	10 %
Troubles cognitifs sans préciser le type	8 %
Trouble du sommeil ou Désorientation temporo-spatiale ou Confusion	4 %
Hallucinations	3 %
Troubles de l'équilibre ou Test neuropsychologique anormal ou Déficit de l'attention	2 %
Ralentissement psychomoteur ou Mise en danger ou Micrographie ou Manque du mot ou Maintien à domicile difficile ou Logorrhée ou Dyspraxie ou Trouble de la concentration ou Trouble de l'appétit ou Apathie ou Agressivité ou Trouble de l'adaptation ou Trouble psychologique ou Chute ou Apraxie	1 %

Tableau 9. Type de plainte

Après avoir fait notre analyse des courriers, plusieurs éléments ressortaient. Cette première analyse a montré que les courriers contenaient moins de la moitié des éléments recommandés par la HAS, la moyenne des notes ne variait pas selon l'année de rédaction, que le type de rédaction influençait la note moyenne, que les médecins ne faisaient que peu souvent mention d'une imagerie dans leur courrier, que le test neuropsychologique le plus souvent réalisé est le MMSE, que la plainte la plus fréquente est mnésique. Ces résultats sont en accord avec notre analyse de la littérature⁽³⁰⁾⁽²⁸⁾.

Étude qualitative

Nous avons réalisé 12 entretiens, voici en résumé les caractéristiques de la population interrogée. L'âge moyen des participants est de 49 ans, l'âge médian est de 40 ans. La **durée moyenne d'enregistrement** est de **46 minutes**. Le sex-ratio est de 1,4 (7 hommes et 5 femmes). La moyenne d'enregistrement des entretiens est de 46 minutes. La médiane est de 46 minutes.

	Âge	Sexe	Durée	Territoire d'exercice	Mode d'exercice
M1	60-65 ans	Masculin	38 minutes	Semi-rural	MSP
M2	40-45 ans	Masculin	47 minutes	Urbain	Cabinet seul
M3	60-65 ans	Masculin	58 minutes	Urbain	Cabinet de groupe
M4	35-40 ans	Féminin	49 minutes	Semi-rural	Cabinet de groupe
M5	> 65 ans	Masculin	52 minutes	Urbain	Cabinet seul
M6	55-60 ans	Féminin	56 minutes	Urbain	Cabinet seul
M7	35-40 ans	Féminin	38 minutes	Semi-rural	MSP
M8	< 35 ans	Masculin	44 minutes	Semi-rural	MSP
M9	35-40 ans	Masculin	45 minutes	Semi-rural	MSP
M10	< 30 ans	Féminin	33 minutes	Urbain	Cabinet de groupe
M11	> 65 ans	Masculin	63 minutes	Urbain	Cabinet de groupe
M12	35-40 ans	Féminin	31 minutes	Semi-rural	MSP

Tableau 10. Caractéristiques de l'échantillon

Avant chaque entretien, un questionnaire de questions ouvertes et fermées a été rédigé (cf. Annexe 4). A la suite de chaque entretien ce questionnaire a été modifié afin de s'adapter aux problématiques soulevées après analyse du verbatim. Cette analyse intégrative participe à la scientificité de l'analyse qualitative. L'échelle COREQ a été notre base pour rédiger notre protocole et décrire nos résultats (cf. Annexe 2).

I - Bâtir son premier bilan

a. Les médecins se construisaient leur référentiel

Les médecins se basaient sur leur **propre référentiel** pour se sentir complet lors de l'exploration. Sans pouvoir hiérarchiser l'ordre des examens, ils construisaient ce qui leur semblait recommandé en se basant sur leur **expérience hospitalière**. La formation initiale qu'ils avaient reçue leur permettait d'être confiant lors de l'initiation du bilan d'un trouble neurocognitif.

M2 : « [...] j'ai travaillé en gériatrie, j'ai travaillé à l'Ermitage, on était très sensible à cela, quand vous étiez internes là-bas on vous apprenait à être systématique, penser au cognitif [...] donc après les démences curables, on faisait le bilan qui était recommandé »

M5 : « Au CHU de Rennes il existe un site qui est bien fait, c'est un test assez simple ou il est demandé la date de naissance, il y a une quinzaine de questions, avec des dessins, bon c'est assez ancien, ils ont dû utiliser plusieurs vieux tests pour le faire »

Le **schéma algorithmique** était le modèle d'exploration le plus utilisé par les médecins. Les trois éléments les plus importants sont le **bilan biologique**, **l'imagerie cérébrale** et **l'avis spécialisé**. Le gold standard en matière d'imagerie était l'IRM cérébrale car permettant d'explorer davantage d'étiologies. **Aucun médecin n'avait le même schéma d'exploration**. Cela s'expliquait par les différents examens qui étaient disponibles dans le réseau local.

M1 : « Alors mon approche quand il y a suspicion est de faire des bilans complémentaires [...], je fais un bilan bio aussi, assez complet également [...] je demande des imageries cérébrales assez systématiquement »

M9 : « « [...] IRM et quand ils ne peuvent pas je fais un scanner [...] Et puis je leur fais un gros bilan biologique, avec les sérologies syphilis, vitamine B9+B12, vitamine D, PTH »

M4 : « Je n'utilise pas le scanner en dehors des pacemakers mais sinon c'est IRM d'emblée [...] je vais d'emblée à l'examen de référence sur la mémoire, je vais à l'IRM »

M7 : « [...] Après je prescris un bilan biologique avec B9 / B12, TSH, syphilis, numération, EAL [...] Après souvent je prescris une imagerie, un scanner en première intention, parce que les délais des IRM sont souvent longs, même si cela serait mieux d'avoir une IRM »

La réalisation d'examens complémentaires était motivée par la **peur de ne pas découvrir une étiologie curable** considérée comme plus grave que le trouble neurocognitif dégénératif. Passer à côté d'un trouble neurocognitif curable était vécu comme un échec. La découverte

d'une étiologie rare et complexe de trouble neurocognitif modifiait de manière importante la façon d'explorer.

M5 : « Oui, je fais une IRM encéphalique ça c'est automatique, je regarde les troncs supra-aortiques parce que j'ai un patient qui avait une agénésie totale de la carotide interne droite un jour dans un contexte de début de TNC [...] je vais lui faire un bilan, il peut avoir un trouble ionique, une thyroïde qui déconne, il peut y avoir autre chose »

M2 : « [...] faire une IRM plus le bilan, éliminer une hydrocéphalie à pression constante, rechercher quand c'est une démence vasculaire, leucoaraïose, AVC multiples passés inaperçu, les dysthyroïdies »

M8 : « Il ne faut pas passer à côté du méningiome, de la tumeur ou d'un truc comme cela d'où l'imagerie qu'il faut que je demande plus souvent probablement »

Les médecins recherchaient l'exhaustivité diagnostique avec comme objectif de **ne pas oublier des causes curables** de trouble neurocognitifs. L'incertitude diagnostique que ressentait le médecin le poussait à aller faire d'avantage d'examens.

M3 : « [...] l'imagerie me permet de dépister d'autres pathologies, enfin autre que la démence sénile, ça peut être les lésions tumorales, les lésions vasculaires type AVC, qui passent souvent inaperçues »

M7 : « [...] moi je pense que cela peut éliminer des diagnostics différentiels, pour être sûr qu'il n'y ait pas une tumeur. Surtout dans le cas d'une aggravation rapide, soit suspect soit subaiguë »

L'expérience personnelle influençait la volonté du médecin de bilancer. Une expérience négative vécue avec un proche atteint d'un trouble neurocognitif pouvait altérer l'objectivité du praticien. Le rôle que le médecin traitant se donnait envers son patient se modifiait après le vécu d'une expérience personnelle ou professionnelle douloureuse.

M6 : « [...] c'est le terme démence qui ne me plait pas en soi. Alzheimer c'est mieux. C'est tout à fait personnel, je pense que c'est par rapport à mon père. Mon père a fait une démence vasculaire. Je ne fais pas le MMSE, c'est trop long. Je sais qu'il y a une cotation, mais je ne sais pas ce test me fout le bourdon [...] Il me fout le bourdon car mon père a eu Alzheimer et qu'il a fait le MMSE, c'est moi qui lui ai fait faire »

M8 : « 75-80 ans, c'est purement arbitraire, c'est ce que moi je me suis fixé comme limite, c'est mon référentiel »

M5 : « [...] c'est ce que j'ai ressenti par rapport à ma mère, je vois souvent ça dans les choses au cabinet [...] Alors ça marque un peu quand tu as des trucs comme ça qui tombe dans la queue, les trucs comme ça tu regardes les gens avec un filtre, il y a des trucs qui te rappelle à l'ordre »

M10 : « Mon expérience personnelle ou j'ai une grand-mère qui n'a jamais voulu être explorée et bilantée »

b. Rester clinique permet de repérer la perte cognitive

Certains médecins proposaient un dépistage systématique à partir d'un seuil d'âge mais le plus fréquent étaient de **dépister grâce à son suivi clinique**. Le sens clinique qui s'était développé grâce à l'expérience permettait au médecin de savoir le moment opportun pour explorer. Le médecin devenait plus humain envers son patient grâce au sens clinique, il était plus à l'écoute et respectait mieux les choix de son patient.

M8 : « *Je veux un MMS, et je les envoie plutôt après 75 ans, c'est quasi-systématique* »

M3 : « *Le dépistage c'est déjà voir et repérer, les localiser, je parle des plaintes cognitives [...] il faut être observateur, l'importance c'est d'être sur le terrain et bien connaître les gens* »

M4 : « *Typiquement pour cette patiente-là, où j'ai vu une dégradation physique et sur le côté incurique [...] et d'ailleurs c'est ça qui m'a mis la puce à l'oreille* »

La **clinique** passait **avant** les **examens complémentaires** pour une majorité des médecins interrogés. **Connaître son patient dans sa globalité c'est mieux dépister.**

M6 : « *Il y a des symptômes qui apparaissent avant sur l'IRM avant qu'il y ait de manifestations cliniques. La dame je ne lui ai pas dit tout cela. Cette dame à 69 ans, j'ai l'impression qu'elle a déjà quelque chose* »

M11 : « *Quand je vais les chercher, moi je ne fais pas les tests cognitifs* »

M5 : « *Les signes cliniques qui me font penser que la personne a quelque chose sur le plan cognitif, ça commence par les signes anxiodépressifs, un peu frontaux* »

L'intuition clinique était valorisée dans la démarche des médecins. Avoir confiance en son ressenti permettait au médecin de savoir le moment opportun pour réaliser les examens complémentaires. Des **éléments objectifs du quotidien** comme le poids, l'habillage, les courses, les rendez-vous sont des marqueurs que le médecin avait à sa disposition pour aller dépister la dysfonction cognitive. Il était plus facile d'explorer des patients qui présentaient des symptômes bruyants.

M11 : « *Je n'en vois pas tant que ça mais quand c'est profond, les bonnes gens qui se présentent je vois tout de suite que quelque chose ne va pas* »

M5 : « *Cela arrive que le patient ait des crises de paniques en se perdant dans les magasins, cette situation m'est arrivée plusieurs fois pour un de mes patients* »

M10 : « *Je suis persuadée qu'elle a la maladie d'Alzheimer même si elle n'a jamais fait de tests parce qu'elle fait ses valises tous les soirs et demande quand est-ce qu'elle va rentrer chez elle, elle répète 10 000 fois la même chose* »

M4 : « *[...] Le patient qui perd son ordonnance, qui est allé à l'hôpital en pensant voir un cardiologue alors que c'était le gastro donc déjà dans ces cas-là le MMS ne me sert à rien, on voit bien que la situation dérape, voire déraile sévère [...] finalement on découvre beaucoup de choses quand les gens vont en salle d'attente sur leur capacité à se déshabiller* »

Les **15 minutes de consultation** ne semblaient pas suffisantes pour commencer un bilan diagnostique mais cela suffisait au médecin pour **trouver des éléments cliniques pertinents** comme une désorientation temporo-spatiale ou une difficulté à retrouver ses affaires.

Le temps imparti lors de la consultation ne semblait pas être un élément limitant le dépistage clinique car le médecin initiait alors un suivi rapproché pour obtenir plus d'éléments justifiant leur intuition initiale. Le **suivi** était un **élément fondamental** selon les médecins pour **bilanter** un patient.

M11 : « Je pense que le médecin ne peut pas comprendre d'emblée ce qu'il se passe, il a beau être le meilleur clinicien, tout ce que l'on veut, il ne va rien trouver. Il y a besoin de revoir les gens »

M8 : « C'est rare d'avoir un vieux juste dément et sans autre pathologie. J'ai toujours un bilan biologique qui traîne, ils ont vu les cardiologues, les gens sont suivis »

M5 : « Ça demande un grand investissement, on en revient au problème de départ, notre présence, notre suivi, notre disponibilité [...], il faut passer voir les gens régulièrement, on est toujours sur le qui-vive »

M10 : « Je fais un bilan gériatrique biologique tous les ans, qu'il y ait une plainte cognitive ou non »

c. S'appuyer sur la compétence proche

L'utilisation de la **compétence proche** était essentielle aux médecins, qu'elle soit médicale ou paramédicale. Le réseau constitué au cours de leur exercice facilitait l'exploration. Ce **réseau** pouvait **accélérer l'exploration** et permettait de réaliser des examens de façon pertinente et plus rapide. Le système de la **Maison de Santé Pluridisciplinaire** semblait apporter une concentration de compétences utiles pour le bilan d'exploration.

M7 : « Si le patient est d'accord, je commence par l'infirmière Asalée que j'ai au cabinet. Elle fait des bilans mémoire, test de l'horloge, MMS, test des 5 mots de Dubois »

M1 : « [...] l'orthophoniste, c'est pratique comme on se croise dans le couloir tous les jours je lui explique la situation de mon patient pour qu'elle puisse voir mon patient assez rapidement »

M8 : « [...] quand je leur dis que le bilan peut se faire juste à côté, ils sont ravis. Les patients privilégient la proximité. Les patients connaissent l'Asalée, elle est infirmière libérale [...] Alors que l'IDE qui vient au domicile pour la famille et bien elle a une plus-value énorme car elle peut faire les choses, faire les tests »

M10 : « Dans l'idéal il serait bénéfique de faire une consultation de dépistage organisée ou l'on devrait être formé pour faire au minimum un MMS et qu'il y ait un circuit de réseau local pour adresser ton patient selon les résultats des tests »

Les médecins adressaient leurs patients vers des **personnes de confiance** que ce soit à l'hôpital ou en libéral. Faute de pouvoir adresser à une personne de confiance, les médecins privilégiaient **la structure la plus proche en termes de distance**. La distance avec la

structure d'exploration conditionnait la réalisation du bilan et ses modalités. Il arrivait que le médecin traitant ne connaisse pas l'existence de la consultation mémoire de proximité.

M9 : « Je fais beaucoup avec l'hospitalisation de jour à Amboise, comme ça ils sont dans la boucle [...] Enfin bon, il en reste une gériatre à Amboise qui fait de bons bilans, c'est exhaustif, tu sens qu'elle prend le temps »

M5 : « Oui, à Blois, je n'envoie qu'à Blois. J'adresse surtout à des gens que je connais »

M1 : « [...] mais en pratique c'est vrai que j'ai souvent plus de facilité, enfin moi en tout cas à contacter les neurologues libéraux, parfois je les connais et je peux même les appeler »

Les médecins **ne ressentent pas de réelle proximité** avec la consultation mémoire. Ce manque de lien pouvait les freiner lors de leur choix d'orientation préférant privilégier le spécialiste de proximité.

M10 : « Ce que je constate c'est que je ne reçois pas de retour de la consultation mémoire ou des collègues à qui j'envoie les patients »

M6 : « « à un moment, j'envoyais à la consultation mémoire à Blois et puis pouf je crois que cela ne marche plus »

M1 : « [...] consultation mémoire ou neurologue libéral hein, c'est souvent avec les neurologues libéraux que l'on a le plus de facilité à avoir des rendez-vous »

Les **délais de rendez-vous** étaient souvent évoqués pour expliquer le manque d'utilisation de certaines compétences proches. Le fait de ne pas pouvoir adresser vers le spécialiste pouvait être vécu comme une frustration professionnelle. Le manque de proximité que le médecin pouvait ressentir à l'égard de l'hôpital ou des spécialistes libéraux le freinait dans sa démarche diagnostique.

M8 : « Je n'ai jamais adressé au spécialiste. Les neurologues ils n'ont pas le temps et on n'en a pas assez. Les gériatres croulent sous le boulot et puis on n'a pas ou peu, ou alors je ne sais pas qu'ils existent »

M6 : « Les neurologues c'est la catastrophe pour en avoir [...] Je n'ai pas d'interlocuteur privilégié en neurologie sur l'hôpital de Blois »

M4 : « [...] finalement je n'ai pas l'entrée sur Tours, et puis ce sont souvent des patients âgés, le transport ne facilite pas l'accès. J'essaie d'aller au plus simple et au plus proche »

M11 : « Moi je n'ai pas souvenir d'avoir envoyé quelqu'un vers le gérontologue pour des troubles de la mémoire. Ça toujours été fait par quelqu'un d'autre »

II - La mise en œuvre du premier bilan

a. L'alerte était souvent donnée par l'aidant

Les médecins étaient **alertés par l'entourage** du patient. Cette utilisation leur permettait de valider leur intuition clinique afin d'obtenir des éléments de vie en condition réelle. Les médecins s'appuyaient sur l'entourage pour mettre en œuvre les explorations proposées. Le premier bilan était souvent **initié à la demande des aidants**. Les éléments inquiétants perçus par l'entourage permettaient de renforcer le devoir diagnostique du médecin.

M6 : « *Dans la maladie d'Alzheimer c'est surtout l'entourage qui nous alerte, enfin pas dans tous les cas mais le plus souvent [...] Lorsque les troubles de la mémoire commencent à apparaître, c'est évident que la famille ou l'aidant doit intervenir »*

M8 : « *J'aime bien avoir un membre de la famille au téléphone, soit le conjoint, soit les enfants, soit un voisin, de la famille ou pas »*

M3 : « *[...] je compte beaucoup sur le regard de certains voisins, le voisinage »*

M7 : « *[...] souvent ce sont les aidants qui nous mettent la puce à l'oreille. Je pense que pour certains patients je ne m'en rendrai pas compte s'il n'y avait pas un proche qui nous disait : « il y a un problème, il perd la tête »*

M8 : « *Les enfants qui nous alertent de temps en temps, les conjoints eux aussi [...] La fille m'avait appelé pour me prévenir que sa mère était folle, je lui ai répondu que je la trouvais aussi bizarre. Je lui fais une IRM et j'ai trouvé un méningiome de 6 cm en plein cortex frontal »*

M11 : « *Souvent le compagnon ou la compagne parle des difficultés, parle du caractère qui change, vous voyez pleins de petits symptômes qui font que ça déconne à la maison »*

Le médecin pouvait être **mis en difficulté par la solitude des patients**. L'absence d'aidant naturel pouvait empêcher le patient de réaliser une imagerie ou d'aller chez l'orthophoniste. Le médecin se sentait coincé, comme pris au piège, à cause de l'impossibilité de faire son correctement son travail. De cette frustration naissait un **sentiment d'incompétence**. L'absence d'un aidant était le principal facteur limitant dans la prise en charge aussi bien diagnostique que thérapeutique.

M4 : « *J'en ai une qui est seule, complètement isolé avec un début de trouble cognitif et impossible de faire le bilan parce qu'elle est complètement opposée »*

M4 : « *Là typiquement cette dame-là, il n'y a personne autour, donc je suis complètement dans une impasse »*

M9 : « *Le papy est venu habiter dans cette ville, tout seul, il est veuf. Le patient ne voulait pas admettre le diagnostic, il était dans le refus de soins. Il a fini dans l'unité fermée à l'hôpital. Pendant 1 an et demi ça a été compliqué de gérer pour moi »*

M6 : « *J'ai déjà vu une patiente Alzheimer au tout début de sa maladie, elle venait toute seule. Mais je ne pouvais pas faire du travail correct »*

M10 : « *C'est un vieux monsieur qui vit à son domicile tout seul avec sa femme, troubles cognitifs probablement ancien mais jamais bilantés, aucune plainte ni de lui ni de sa famille »*

Les problématiques créées par la « démence » seraient liées à notre mode de fonctionnement en société. Environ 12% des personnes vivant en France sont isolées socialement, soit 1,5 million de personnes en 2021. Cet isolement rend les conséquences du trouble neurocognitif majeur plus complexes. Les médecins se rendaient compte qu'une personne isolée avait moins de chances d'être bien prise en charge qu'une personne accompagnée. Ce constat était commun à tous les médecins. Le dépistage du trouble neurocognitif passe avant tout par l'accompagnant.

M1 : « *l'urgence ça peut être la femme qui appelle parce que son mari commence à dérailler un peu* »

M4 : « *Dès qu'il y a un aidant finalement je m'aide beaucoup de l'aidant, c'est eux qui nous permettent de savoir où est-ce que l'on en est, aussi bien dans le quotidien que dans la nutrition* »

M5 : « *Quand ils ont quelqu'un avec eux, cette personne devient un aidant et en aidant, cela passe mieux* »

Les médecins **se sentaient plus en sécurité lorsqu'un aidant devenait un allié** dans la prise en charge. Quand la **confiance régnait entre le médecin et la famille** d'un patient, il ressortait que le médecin se mobilisait plus et était plus impliqué dans la prise en charge, ce qui **favorisait l'exploration et accélérait le diagnostic**. La relation donnant-donnant du médecin avec la famille était un facteur améliorant le parcours de soins du patient suspect d'un trouble neurocognitif.

M5 : « *Je demande à quelqu'un qui l'accompagne si dans la vie de tous les jours le patient a des troubles cognitifs, des pertes de mémoire des oublis ou des choses comme cela* »

M4 : « *Dès qu'il y a un aidant finalement je m'aide beaucoup de l'aidant, c'est eux qui nous permettent de savoir où est-ce que l'on en est, aussi bien dans le quotidien que dans la nutrition, dans la nuit, dans les changements de comportements* »

A contrario, un **entourage peu aidant** ou une famille problématique pouvait **mettre en difficulté** le médecin tant sur le plan personnel que professionnel. Le médecin pouvait être moins enclin à réaliser des bilans neurocognitifs quand il avait vécu une mauvaise expérience avec une famille dans le cadre d'un héritage par exemple. Le **lien social** que les médecins construisaient avec la famille du patient suspect de trouble neurocognitif paraissait essentiel pour réussir à réaliser le premier bilan. Il arrivait parfois que l'obtention de l'accord des proches pour explorer était plus importante que celle du patient.

M9 : « *J'ai eu des problèmes en 2018 ou j'ai fait un bilan mémoire à un patient et ses fils se sont déchirés pour l'héritage et il y a un procès en cours depuis 4 ans* »

M10 : « *C'est un vieux monsieur qui vit à son domicile tout seul avec sa femme, troubles cognitifs probablement ancien mais jamais bilantés, aucune plainte ni de lui ni de sa famille. J'ai été bien embêté pour le bilanter* »

M3 : « *La prise en charge à mettre en œuvre est importante, déjà en partant de la base, qui est la base familiale, le conjoint, la famille, le couple* »

M5 : « *Quand ils ont quelqu'un avec eux, cette personne devient un aidant et en aidant, cela passe mieux* »

b. La mobilité du patient était un élément incontournable

La **mobilité du patient** était un critère majeur dans la faisabilité du bilan. Dans le département du Loir-et-Cher, l'exploration complète nécessite de pouvoir être mobile car les lieux d'exploration sont distants les uns des autres. Pouvoir se déplacer pour aller voir les différents acteurs de la prise en charge semblait être une condition obligatoire afin d'initier le premier bilan. L'**éloignement géographique** avec la structure qui aide le médecin généraliste pouvait le mettre en difficulté vis-à-vis de sa mission de prendre en charge.

M1 : « [...] *alors que ce soit loin, à titre personnel ça ne me gêne pas mais par contre ça peut gêner le patient et puis quelques fois s'il doit payer le taxi ça peut être un frein aussi parce qu'il ne conduit pas, ils sont âgés* »

M10 : « *dans ces situations-là il n'y a aucun intérêt parce que je les trouve autonomes, il n'y a pas d'aides en place à la maison, les déplacements sont faits seuls en voiture* »

M5 : « *Pour moi la conduite est autrement plus importante que la perte de la capacité à faire les mots croisés, et parfois cela limite les explorations car un patient non mobile ne peut rien faire* [...] »

M4 : « *Quand les patients se dégradent, si jamais il y a besoin de faire 15km je peux trouver, s'ils se dégradent et que l'on a besoin de faire 1h30 aller et 1h30 retour cela va devenir vite très compliqué* »

M1 : « *souvent ils disent ah bah non ca m'embête je n'ai pas envie d'y aller, il n'y en a pas besoin, et puis vous savez c'est loin, je n'ai pas envie d'aller en ville c'est souvent les excuses que l'on entend* »

Outre la difficulté à réaliser le bilan chez des patients peu mobiles, les médecins craignaient la **conséquence légale** de la découverte du trouble neurocognitif. Le retrait du permis de conduire en cas de découverte d'un trouble pouvait limiter l'exploration du médecin.

M9 : « *On sous-estime les dépistages. Il y a un autre souci aussi, c'est que papy avec mamie qui viennent te voir en voiture, tu les dépistes et tu trouves un truc, tu les prives de liberté* »

M9 : « *C'est un petit milieu socio-économique, tu leur enlèves leur voiture, tu les flingues aussi. C'est le seul lien qu'ils ont avec l'extérieur* »

M5 : « *Les personnes âgées à qui tu dis : « maintenant tu me donnes tes clés de voiture » et bien c'est une grosse claque, c'est vraiment délicat. Je l'ai fait à ma mère, elle ne m'en a pas voulu très longtemps mais j'ai bien senti que je l'avais emmerdé* »

M6 : « *Dans ma pratique, ce qui est important, c'est le gaz et la conduite automobile* »

c. Les médecins étaient stoppés par le patient lui-même

Une **minorité des patients semblait vouloir se faire explorer**. Le premier bilan qu'initiait le médecin avait pour objectif de rassurer le patient demandeur. Il arrivait que le médecin réalise

le bilan sans réelle conviction. Le refus du patient d'être bilanté faisait naître un sentiment d'impuissance du médecin.

M6 : « Souvent je leur dis : « si c'est vous qui vous plaigniez c'est que ce n'est pas grave, ça sera grave le jour où ça sera vos proches qui seront inquiets » ».

M11 : « vous savez c'est rarement le patient qui vient tout seul pour son trouble de la mémoire »

M7 : « Ma première démarche est de lui demandeur s'il veut être exploré. Si le patient est d'accord, je commence par l'infirmière Asalée que j'ai au cabinet [...] Si les gens sont demandeurs d'explorer parce qu'il y a parfois des conjoints ou des patients qui refusent d'aller plus loin »

M10 : « oui, cela arrive, alors cela ne vient pas souvent spontanément d'eux-mêmes »

Les médecins pouvaient être **mis en échec par le patient** pour explorer. La plainte cognitive ne suffisait pas au patient comme unique motif de consultation. Cette **peur du patient face au diagnostic de la pathologie** était ressentie et acceptée par le médecin. La culpabilité de ne pas faire son travail était décrite par les médecins, avec parfois un **sentiment de frustration** face au patient qui refusait l'exploration.

M1 : « [...] quand ils ont peur d'y aller, ils n'y vont pas »

M11 : « Tout le monde a un trouble de la mémoire à partir d'un certain âge »

M10 : « Cette plainte est souvent un motif de « bout de couloir » avec des patients qui me disent : « je perds la tête » »

M7 : « Parfois il y a des gens qui ne veulent pas aller plus loin [...] Il arrive que je sois contrainte de laisser le diagnostic en suspens, sans étiquette précise et j'en reste là »

M8 : « il y a des gens butés qui ne veulent rien savoir et qui encore maintenant m'empêche d'avancer parce qu'ils ne veulent aucun examen, aucune IRM, aucune imagerie, ils ne veulent pas aller voir Justine en Asalée »

Le **respect de la volonté du patient** était un critère commun à tous les médecins. Si le patient ne voulait pas explorer, le médecin temporisait et attendait une éventuelle dégradation afin de faire hospitaliser le patient et de lancer la procédure diagnostique. A partir de l'instant où le patient refusait l'exploration, les médecins se tournaient vers les aidants pour faire accepter le processus de la démarche diagnostique.

M8 : « [...] moi je dis au patient pourquoi je demande les examens. Et j'accepte quand mon patient me dit qu'il n'a pas envie de le faire »

M7 : « Soit le patient ne veut pas savoir ou parfois pour des raisons pratiques, pour aller passer un scanner c'est compliqué »

M10 : « c'est plus au décours d'une hospitalisation pour un problème aigu et que l'on se rend compte qu'il y a sûrement des troubles cognitifs qui faudra bilanter après »

M10 : « Le problème c'est qu'ils se plaignent de la mémoire en générale je trouve, mais quand je veux mettre en place des choses comme la consultation mémoire et bien ils refusent tout net »

Le ressenti des médecins face à un patient dans le refus de soins s'exprimait par une **dualité** entre la sensation **d'être incompetent face à la pathologie** et la **volonté de rester déontologique**. Aucun des médecins interrogés n'avait déjà obligé un patient à se faire explorer. Quand le patient refusait toute exploration, le médecin s'attelait à gagner sa confiance pour tenter de le convaincre.

M4 : « *Finalement ceux pour lesquels je suis le plus embêté c'est ceux que je vois, alors soit moi soit l'entourage, et qui commence à avoir des problèmes de compréhension sur les ordonnances ou sur les examens que j'ai demandé de passer et ces patients-là sont rarement en demande et là j'y éprouve plus de difficultés car le patient doit entrer dans une prise en charge* »

M8 : « *J'avance petit à petit et puis au bout d'un moment, quand j'ai établi une relation de confiance suffisante avec le patient pour que je me sente en capacité d'aborder la mémoire sans que le patient se braque* »

M7 : « *[...] après cela dépend du stade de la démence, parce que si finalement le patient va bien, il ne se plaint pas, pourquoi irais-je lui faire des examens ?* »

d. L'intensité du trouble limitait la démarche d'exploration

Un **trouble neurocognitif majeur d'intensité sévère** est un argument pour ne pas explorer selon les médecins interrogés. L'**anosognosie** empêchait les médecins d'initier une démarche diagnostique. Le bénéfice d'avoir un diagnostic étiologique n'était pas jugé utile pour le médecin. La proportionnalité entre les effets bénéfiques attendus et les difficultés engendrées étaient souvent un sujet soulevé lors des entretiens. La **question éthique** se posait dans les cas où toute exploration était jugée impossible.

M4 : « *Tous les patients qui ont un versant agressif ou de déni important c'est vraiment très très compliqué* »

M3 : « *Il y en a d'autres avec des démences vasculaires de 90 ans ou il y a un entourage familial, est-ce que je vais les embêter avec des bilans neurologiques ? je n'y trouve pas un grand intérêt* »

Le refus du patient s'inscrivait souvent dans les **troubles du comportement** lié au trouble cognitif. Le médecin se retrouvait alors stoppé dans sa volonté d'obtenir un diagnostic étiologique. L'impasse diagnostique ressentie à cause du comportement du patient était en lien avec le **manque d'aide juridique pouvant contraindre son patient**.

M4 : « *[...] je lui avais déjà demandé de passer une IRM cérébrale et elle m'a répondu : « madame, je ne suis pas folle » [...] Je suis dans une impasse majeure, car je suis absolument sûre des troubles cognitifs* »

M10 : « *J'ai été amenée à intervenir à son domicile en urgence parce qu'il s'est mis à avoir des accès de violence, en voulant taper son épouse [...] C'est trop tard pour ce patient, il a des troubles cognitifs tellement évolué, qu'il n'est pas capable d'être bilanté* »

III - Se définir un rôle dans la prise en charge

a. La transmission de tâches

Privilégier la **délégation des tâches** était une volonté des médecins. Après avoir été alertés, les médecins adressaient leurs patients pour tester les compétences cognitives auprès de professionnels dédiés comme l'orthophoniste. La plupart des médecins savaient comment faire les tests de débrouillage mais ne les réalisaient pas, préférant orienter **vers les personnes ayant plus de capacités** pour réaliser le bilan d'exploration. Déléguer semblait plus simple pour les médecins.

M1 : « [...] l'examen que je fais est relativement limité [...] là souvent on a des orthophonistes qui nous font des bilans très détaillés, bien mieux que ce moi je pourrais faire »

M5 : « bon-là, je suis totalement incompetent, je demande la date et le président de la République, j'essaie de stadifier son évolution [...] et puis dès que j'ai un petit truc sur lequel je peux m'appuyer j'envoie directement au neuro-gériatre à Blois »

M10 : « [...] je ne vais pas faire le MMSE ou les tests. Je n'ai pas d'appétence pour les tests. Par contre j'oriente vers l'orthophoniste pour faire ces tests là ou bien directement en consultation mémoire [...] »

M3 : « [...] puis on oriente les gens en fonction des pathologies, des connaissances des gens, et puis l'orientation selon leur désir, il y a des gens qui veulent orienter plus vers un axe ou bien vers l'autre, en fait j'ai une activité de chef de gare »

L'auto-critique de ses propres capacités en matière de dépistage des troubles neurocognitifs pouvait expliquer cette volonté de déléguer. Il arrivait souvent au cours des entretiens que les médecins expriment des remords quant à leur incapacité à faire correctement l'exploration. Ce qui pouvait augmenter le manque d'implication dans la prise en charge. Le temps imparti de la consultation était évoqué comme un facteur limitant.

M2 : « [...] moi je considère qu'en tant que généraliste j'ai perdu la main et je n'ai pas cette compétence, et je suis honnête, je suis moins bon médecin que j'étais il y a 15 ans »

M9 : « En 2018, je faisais les bilans mémoires seuls. Mais je travaillais 80 heures semaine. Le bilan mémoire si tu veux bien le faire, c'est 1 heure minimum »

M7 : « Si c'est une personne de 60 ans avec quelque chose d'atypique, il aura un diagnostic plus fin que moi »

M4 : « [...] moi j'ai l'impression de mon MMS, mon test de l'horloge et mon BREF c'est bien gentil mais de toute façon cela ne sera pas suffisant »

M11 : « je ne suis pas sûr qu'il y ait besoin de nous. Alors pourquoi pas mais on a tellement besoin du généraliste pour un tas de conneries de certificats pour aller sport, pourquoi pas la mémoire »

Les médecins exprimaient parfois un **manque de rigueur** pour mettre en œuvre le bilan. Cela partait d'une bonne intention car les médecins voulaient en faire toujours plus mais se rendait compte qu'il est parfois difficile de faire tout seul.

M11 : « Les neurologues voient beaucoup plus tôt les gens, parce que les gens connaissent bien les voies à suivre, ils savent à qui s'adresser [...] Parce que vous voyez je n'ai sans doute pas la rigueur, peut-être de ça. Je n'ai pas envie de mettre des gens dans des cases »

M8 : « Moi la maladie en tant que tel je m'en fous. Non mais en vrai il faut que je fasse l'imagerie. [...] Après je n'y pense pas forcément à chaque fois. Je devrais avoir un schéma en tête ou je coche la case imagerie cérébrale dès qu'elle est faite »

b. Les médecins savaient quand explorer

La **temporalité de l'exploration** est aussi un critère crucial qu'exprimaient les médecins. Ils donnaient de l'importance à cet aspect de leur travail. La performance ressentie était reliée à la capacité de cerner l'urgence. Les médecins plus âgés avaient une tendance à temporiser l'exploration, au contraire des médecins jeunes qui n'attendaient pas la dégradation cognitive.

M1 : « [...] par contre il n'y aura pas de demande urgente parce qu'il y a un trouble cognitif ou de mémoire, parce qu'il n'arrive plus à faire ses mots croisés, là on a le temps »

M4 : « Alors, on a ceux qui vont trouver qu'ils ont des troubles de la mémoire, en général je les explore et je me rends compte qu'ils n'ont pas de troubles de la mémoire »

M5 : « [...] alors non ce n'est pas urgent. Je fais tout le bilan en ville et puis j'adresse au neuro-gériatre »

M10 : « La moralité de tout cela c'est que j'essaie d'anticiper le trouble et j'essaie de bilanter les patients avant qu'il ne soit plus bilantable »

Les ressources prévues par le système de santé dans le Loir-et-Cher ne permettait pas au médecin de réaliser les examens dans un temps raisonnable selon eux. Il semblait important pour les médecins de **garder le circuit d'exploration pour les patients qui pouvaient bénéficier d'un diagnostic précoce**. A sa manière, chaque médecin prenait le temps de choisir le moment opportun pour bilanter en respectant la temporalité du patient.

M2 : « comment je gère le problème de la plainte mnésique c'est IRM et prise de sang et puis courrier d'orientation au centre de la mémoire qui pour moi est prévu pour ça »

M3 : « Mais actuellement c'est difficile pour avoir des accès aux bilans d'explorations qui sont logiques, déjà pour avoir des bilans mémoires, d'avoir des rendez-vous en gériatrie avec l'équipe du Dr X c'est des délais de l'ordre de 6 mois »

M6 : « si je vois que le délai de consultation mémoire est trop long, je peux prendre mon téléphone »

M10 : « Le type de patient pour lequel je me dis que c'est lié à l'âge ou rien ne m'inquiète je vais temporiser »

Quand le médecin sentait que la situation nécessitait une évaluation gériatrique urgente, il arrivait à **modifier sa posture** pour obtenir de l'aide dans la prise en charge. Globalement, les médecins temporisaient l'initiation de leur bilan étiologique surtout à cause du manque de traitement curatif.

M5 : « Dans ces cas-là je contacte directement le spécialiste concerné par l'organe, je passe assez rapidement la main. Quand ce n'est pas urgent, je temporise et j'attends et quand c'est urgent je contacte les spécialistes rapidement quand mon patient présente des signes de gravité »

M7 : « Si j'ai un gros doute, j'essaie d'appeler directement l'orthophoniste pour que mon patient puisse avoir un bilan neuropsychologique avec la consultation mémoire à Amboise [...] Après j'adresse assez rapidement à un spécialiste »

M10 : « Le but du coup de téléphone sera de le faire hospitaliser si ce n'est plus gérable au domicile, ou je peux aussi appeler les gériatres pour avoir un avis sur une thérapeutique quand je suis en attente d'une hospitalisation »

La plainte mnésique seule ne semblait pas un motif suffisant pour prendre le temps d'explorer. Les **troubles du comportement** que le médecin découvrait chez son patient étaient le motif qui l'incitait à accélérer le bilan. Le médecin traitant se sentait utile pour son patient quand la pathologie devenait bruyante.

M10 : « La plainte mnésique nécessite, pour moi, une consultation à part. Parce que s'il y a le renouvellement plus autre chose plus la mémoire, ça fait trop »

M10 : « Les patients n'aiment pas venir au cabinet juste pour le simple motif de la plainte mnésique »

M1 : « il n'y aura pas de demande urgente parce qu'il y a un trouble cognitif ou de mémoire, parce qu'il n'arrive plus à faire ses mots croisés, là on a le temps »

M5 : « Parfois il y a des signes un peu étonnant pour l'âge et à ce moment-là je téléphone au neurologue qui me prendra mon patient plus rapidement »

La **connaissance de ce qu'il se passe autour du patient** permettait aux médecins de juger de la pertinence d'une exploration. Le mode de vie du patient, les relations avec l'entourage familial, le comportement au domicile sont autant d'éléments que le médecin intégrait dans sa prise de décision pour bilancer.

M3 : « Et puis il y en a d'autres, qui ont des pathologies qui ne sont pas très évoluées mais qui sont moins entourés, qui sont plus isolés soit par conjointe, soit le conjoint a lui-même un état cognitif dégradé et là les choses se précipitent un peu plus dans leur prise en charge »

M11 : « Et puis des fois cela se déclare très vite, je me souviens d'une femme que j'ai suivie pendant 40 ans, avec son mari, d'un seul coup elle s'est mise à déconner, elle est devenue violente à la maison. A ce moment-là, les parents l'ont hospitalisée »

c. L'ambivalence par rapport au spécialiste

Il existait une **dualité** entre les médecins interrogés. Pour la **moitié des médecins il n'y avait pas besoin du spécialiste** pour réaliser le bilan diagnostique et pour **une autre moitié il était essentiel voire obligatoire d'obtenir l'aide d'un spécialiste de la mémoire**.

Se sentir isolé du monde hospitalier participait au fait que le médecin veuille prendre en charge le patient du dépistage à l'annonce diagnostique. Les médecins identifiés comme anxieux demandaient plus souvent de l'aide à un confrère pour confirmer leur intuition clinique et s'assurer de leur pertinence.

M1 : « [...] je demande systématiquement des avis spécialisés de toute façon, de neurologue »

M3 : « oui parce que ça donne un cap de prise en charge, une étape, c'est une marche pour les familles et le patient, parce que ça donne un repère, ça donne un repère de spécialiste, ça sort du cadre habituel du rôle du médecin traitant »

M7 : « Après j'adresse assez rapidement à un spécialiste. Pour les personnes âgées, j'adresse facilement à la consultation mémoire à Amboise, et quand j'ai un doute sur quelque chose de particulier chez des sujets jeunes, souvent j'adresse au neurologue en libéral »

M8 : « Depuis janvier 2022, je n'ai jamais envoyé pour un trouble neurocognitif. Je n'ai jamais adressé au spécialiste »

M6 : « [...] surtout vérifier que je ne sois pas passé à côté de quelque chose. Je n'en attends pas grand-chose »

M10 : « Sinon dans le cadre de la plainte cognitive je ne fais pas souvent appel directement au spécialiste »

Le **manque de considération de son travail par le collègue** pouvait jouer sur la volonté du médecin traitant à communiquer avec le spécialiste. Laisser le patient au spécialiste permettait de se conforter mais tous les médecins n'avaient pas confiance dans la capacité du spécialiste à comprendre le patient dans sa globalité. Certains médecins ne voyaient pas l'apport du spécialiste car ne comprenaient pas son rôle dans la prise en charge thérapeutique.

M1 : « Oui c'est pour me conforter, mais j'ai mon idée sur les choses, après c'est quand même être conforté par une autre personne qui pense comme nous c'est quand même intéressant »

M3 : « [...] ça donne un cap de prise en charge, une étape, c'est une marche pour les familles et le patient, parce que ça donne un repère, ça donne un repère de spécialiste, ça sort du cadre habituel du rôle du médecin traitant »

M2 : « Quand les patients vont en consultation, le neurochirurgien mets le courrier au panier et il demande au patient de lui raconter les symptômes et il ne regarde pas le courrier du médecin traitant, il n'en a rien à foutre »

M11 : « Vous savez on a beau être généraliste on finit par poser un diagnostic, il ne faut quand même ne pas nous raconter d'histoires. Alors après les gens ont besoin d'un spécialiste, ils ne me croient pas. Enfin ce n'est pas qu'ils ne nous croient pas mais c'est que si le diagnostic n'est pas confirmé par un spécialiste et bien ce que je dis n'aura pas la même valeur »

Le spécialiste était vu comme la personne de référence principalement quand le patient ne rentrait pas dans une case clinique. Le **spécialiste** permettait à certains médecins de se **décharger du travail de recherche étiologique**.

Se sentir compétent c'est savoir utiliser l'autre.

M7 : « *Parce qu'ils ont leur réseau, ils ont un diagnostic plus affiné que nous. Si c'est une personne de 60 ans avec quelque chose d'atypique, il aura un diagnostic plus fin que moi* »

M5 : « [...] *quand je serai inefficace pour guérir leur pathologie, quand je serai inefficace pour leurs symptômes. Dans ces cas-là je contacte directement le spécialiste concerné par l'organe, je passe assez rapidement la main* »

M2 : « [...] *pour moi le lieu de référence c'est plutôt la consultation mémoire de l'hôpital parce que c'est comme ça que j'ai toujours fais* »

IV - La construction du réseau en s'appuyant sur les acteurs du soins primaires

a. La communication avec le spécialiste

Le moyen de communication le plus fréquemment utilisé était le **courrier rédigé sur un ordinateur** que les médecins donnaient au patient en mains propres. Ce mode de communication permettait de transmettre toutes les **informations considérées comme essentielles**. C'est la méthode que les médecins considéraient comme habituelle pour communiquer avec d'autres intervenants.

M1 : « *je préfère communiquer par courrier manuscrit* »

M4 : « *uniquement par courrier [...] je ne les appelle pas, je n'ai pas de lien direct avec eux* »

M2 : « *Moi je rédige un courrier, et les patients appellent au numéro et ils disent qu'ils ont un courrier du médecin traitant, voilà et moi je fais une synthèse* »

M10 : « *le courrier, en priorité, j'utilise le courrier manuscrit* »

La plupart des médecins étaient confiants en leur capacité à bien décrire la situation de leur patient. Chaque médecin se servait de son **propre référentiel pour retranscrire l'exploration réalisée**. Sans évoquer d'hypothèse préalable, le médecin donnait des **éléments objectifs** concernant son patient comme les résultats de l'imagerie cérébrale ou le bilan orthophonique. Il était rare que le médecin évoque une hypothèse a priori.

M6 : « *Comme tous les courriers que j'envoie au spécialiste. Je note les antécédents, les éléments Je suis très scolaire [...] Je marque bien les antécédents, les symptômes. Je dis au patient de bien emmener leur imagerie, leur prise de sang* »

M7 : « *La répercussion sur le quotidien est importante. Si j'ai une question spécifique sur un point en particulier, je n'hésite pas à le signaler. Le bilan que j'ai fait, le bilan biologique, l'imagerie, le bilan neuropsychologique ou orthophonique* »

M10 : « *Avec les logiciels c'est plus simple et détaillé car il résume les antécédents et les traitements. Je m'applique à faire un courrier avec les informations que je pense nécessaire avant d'adresser un patient* »

Certains médecins reconnaissaient volontiers qu'il n'étaient **pas assez exhaustif dans leur courrier**. Aucun médecin n'a spontanément mentionné de modèle de lettre comme source de référence. Les informations contenues dans le courrier reflétaient leur capacité à être rassurant

pour le patient car il avait tendance à lire ce courrier. **Peu de médecins cachaient les informations** contenues dans le courrier afin de ne pas être culpabilisant vis-à-vis du patient.

M1 : « *enfin c'est un peu résumé quand même, parce que je ne fais pas des romans, [...], mais j'essaie de mettre le maximum d'éléments* »

M2 : « *Je pense que je mets les informations que je trouve pertinentes donc si je pense qu'il y a besoin de 3 mots je vais mettre 3 mots, si je pense qu'il y a besoin de 10 mots je vais mettre 10 mots ou 10 lignes ou 30 lignes* »

M10 : « *cela ne m'étonne pas, je n'en mets pas beaucoup non plus* »

M2 : « *je pense que mes courriers sont plus courts qu'au début de mon activité ou je faisais des courriers qui étaient probablement plus longs mais après à tort ou à raison* »

En cas de **situation urgente** ressentie par le médecin, l'**appel téléphonique** était préféré au courrier. Les médecins expliquaient que la discussion directe avec un confrère amenait assez facilement à une réponse rapide en termes de conseils et souvent d'un rendez-vous proche ou dans un délai considéré comme acceptable. Avoir un **réseau de connaissance** permettrait d'accélérer le processus diagnostique pour des cas complexes.

M6 : « *si je vois que le délai de consultation mémoire est trop long, je peux prendre mon téléphone* »

M5 : « *Parfois il y a des signes un peu étonnant pour l'âge et à ce moment-là je téléphone au neurologue qui me prendra mon patient plus rapidement* »

M4 : « *De temps en temps je passe un coup de fil, bon moi j'ai fait tout mon internat à Blois donc ça aide, donc je connais les médecins de la consultation mémoire, surtout quand je suis vraiment embêté mais cela m'est arrivé qu'une seule fois en 7 ans, pour un patient très complexe* »

M7 : « *Si j'ai un gros doute, j'essaie d'appeler directement l'orthophoniste pour que mon patient puisse avoir un bilan neuropsychologique avec la consultation mémoire à Amboise* »

Le **mail sécurisé** était aussi un autre mode d'adressage. Le médecin utilisait ce mode de communication considéré comme plus rapide. Ce mode de communication sécurisé permettait **d'échanger des informations sans risquer de violer le secret médical**. Quand le médecin n'avait pas confiance en l'informatique, il privilégiait le contact par fax.

M7 : « *souvent c'est par courrier. Si j'ai un truc qui me paraît très atypique et que je veux qu'il soit vu pas dans 6 mois, j'utilise MSsanté ou via le secrétariat et puis voilà [...]* »

M9 : « *En général, comme j'ai dépatouillé avec un bilan Asalée, je leur dis que j'ai fait cela et cela et puis je leur faxe une demande* »

M5 : « *je fais un petit mot et je l'envoie par fax car l'hôpital avec son logiciel c'est une vraie merde donc je n'y touche pas parce que c'est trop compliqué* »

b. Les rapports complexes avec l'hôpital

Les médecins interrogés se sentaient **seuls face au patient** et à la pathologie. De cet isolement naissait un sentiment de **culpabilité**. L'utilisation de l'hôpital leurs permettait d'avoir un **soutien** lors de la prise en charge des cas jugés complexes. Les médecins adaptaient l'orientation vers la structure en fonction de l'intensité du trouble du patient. Les cas considérés comme plus grave étaient souvent orientés en première intention vers le secteur de l'hospitalisation.

M2 : « pour moi le lieu de référence c'est plutôt la consultation mémoire de l'hôpital parce que c'est comme ça que j'ai toujours fais »

M8 : « Il faut que l'hôpital se déplace vers les gens. Ce n'est plus aux gens d'aller à l'hôpital, cela coûte trop cher »

M9 : « Tu devrais aller voir les gens à l'hôpital pour recueillir leur avis et leur faire comprendre qu'il y a bien un moment où un médecin va devoir se farcir le dossier »

Certains n'avaient **pas envie d'utiliser la ressource hospitalière** à mauvais escient. Le manque de disponibilité de l'hôpital et la difficulté dans l'obtention de rendez-vous rendait le recours à l'hôpital plus compliqué.

M8 : « Les gériatres de l'hôpital, je ne les embête pas avec les troubles cognitifs. Non pas qu'ils soient mauvais ou que je leur en veuille, ce sont surtout des questions de délais »

M8 : « En fait je me dis qu'en médecine générale je n'ai pas envie de faire suer mes collègues à l'hosto, ils ont assez d'emmerdes. Ils n'en peuvent plus. »

Certains médecins jugeaient **l'hôpital comme digne de confiance**. Cette confiance était placée dans les interlocuteurs spécialistes avec qui le lien professionnel s'était formé au cours du temps. Une **réponse rapide et un contact humain** faisait que le médecin favorisait un hôpital par rapport à un autre indépendamment de la facilité d'accès pour le patient. Plus que le centre régional, **l'hôpital de proximité** apportait une solution rapide aux situations jugées peu complexes lorsque le médecin demandait de l'aide.

M6 : « il y a de très bons services à l'hôpital de Blois, sauf les urgences. Les médecins à l'hôpital sont excellents »

M8 : « L'hôpital peut avoir cet intérêt et surtout plus le diagnostic est fait tôt et mieux c'est sur les patients »

M9 : « Je fais beaucoup avec l'hospitalisation de jour à Amboise, comme ça ils sont dans la boucle »

M10 : « parce qu'en général c'est plus proche d'ici. Je n'ai rien contre Blois mais c'est vrai que je connais plus l'hôpital d'Amboise. Je trouve que cela tiens la route »

A l'inverse, certains médecins **ne voulaient pas d'aide de l'hôpital** dans la prise en charge. Cela s'expliquait car ils se sentaient capable de faire la prise en charge. Une autre explication pouvait être le mauvais retour des patients envers l'hôpital. La vision globale du médecin

généraliste contrastait avec celle du spécialiste d'organe. Cette différence de philosophie pouvait expliquer pourquoi **le médecin préférait gérer seul son patient**.

M8 : « Une fois que j'ai fait cela, le gériatre de l'hôpital il ne vas pas m'aider plus que ça dans la prise en charge »

M11 : « On voit bien que dans certains endroits, comme l'hôpital, l'accueil c'est souvent limite »

M8 : « Je me mets à la place du gériatre à l'hôpital, ils sont très bien je ne veux pas critiquer, mais ils reçoivent les gens sans vraiment les connaître, ils ne connaissent pas leur vie »

M7 : « Souvent ce que je fais c'est que je les envoie là-bas mais je les adresse à quelqu'un d'autres dès que j'ai le bilan complet pour faire le suivi »

c. Les nouveaux métiers de la santé perçus par les médecins comme une aide au repérage

La structure **Asalée** fut créé en 2004 sous forme d'une association afin d'améliorer la prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques. L'infirmière Asalée est dite « déléguée à la santé publique », utilisant des protocoles établis par les médecins généralistes avec une formation préalable demandée par l'association. Elle travaille en collaboration avec le médecin pour prendre en charge des pathologies chroniques au nombre de 4 : le diabète de type 2, les pathologies cardiovasculaires, la BPCO et les troubles neurocognitifs. La prescription médicale n'est pas une mission de l'infirmière Asalée⁽³²⁾.

L'**infirmière en pratique avancée (IPA)** a un statut unique créé en 2016 par la loi de modernisation du système de santé. La formation s'étale sur trois années, la première est un tronc commun et les deux suivantes concernent des enseignements spécifiques dans 5 domaines d'intervention :

- Les pathologies chroniques stabilisées et les polypathologies courantes en soins primaires
- L'oncologie et oncohématologie
- La maladie rénale chronique, dialyse et transplantation rénale
- La psychiatrie et la santé mentale
- Les urgences

Le diplôme équivaut à un master universitaire. Le médecin confie des patients aux IPA sans supervision directe. La prescription médicale est possible pour des renouvellements de médicaments par exemple⁽³³⁾

L'**assistant médical** est recruté par un médecin qui lui donne des missions définies au préalable. Ces missions sont administratives, d'aide à la préparation de la consultation, d'organisation et de coordination. Les détenteurs d'un diplôme d'État d'infirmier ou d'auxiliaire de puériculture ou d'aide-soignant ou un diplôme de niveau 4 relevant ou non du secteur de la santé peuvent prétendre à devenir assistant médical après avoir complété une formation d'adaptation à l'emploi ou un certificat de qualification professionnelle⁽³⁴⁾.

Les nouveaux métiers comme l'infirmière Asalée ou l'IPA (Infirmière en pratique avancée) étaient jugés comme essentiels par les médecins. **L'aide apportée permettait de se concentrer surtout sur la prise en charge médicamenteuse et sociale des patients.** Le diagnostic était donc évoqué en premier lieu non plus par le médecin mais par les collègues paramédicaux.

M4 : « *Nous on a une infirmière Asalée donc c'est encore différent car je peux lui demander de faire des tests, donc ça m'arrive de temps en temps de lui envoyer des patients [...]* Aujourd'hui je suis ravie d'avoir une infirmière Asalée qui peut me faire ses bilans là »

M8 : « *L'infirmière Asalée c'est le top, quand tu as un doute sur la mémoire d'un patient [...] pour l'infirmière Asalée c'est dans le couloir, ou je lui fais un SMS. Ou carrément, je lui rentre des patients dans son agenda »*

M9 : « *on a la chance d'avoir une IDE Asalée et ça cela nous a beaucoup dépatouillé. Pour les trucs pas trop compliqués, comme papy qui commence à sucrer des fraises, les troubles de la mémoire classiques mais sans troubles du comportement on fait avec elle pour faire un premier débrouillage »*

En plus des métiers paramédicaux de la mémoire, les médecins voyaient en **l'assistant médical** une aide précieuse. La participation à la prise en charge d'une personne formée pour assister le médecin semblait être une solution aux difficultés rencontrée lors du repérage du trouble neurocognitif.

M6 : « *alors que moi il me faudrait, pour avoir de meilleures conditions de travail, parce que mes conditions de travail sont dégradées, il me faudrait un assistant »*

M5 : « *Mais j'aimerais bien avoir un assistant mais c'est trop compliqué pour le moment »*

M11 : « *On pourrait faire mieux avec nos assistantes médicales »*

Dans le cadre de la CPTS, une **infirmière coordinatrice** pouvait être sollicitée pour aider dans le parcours de soins. Tout comme l'IPA ou l'infirmière Asalée, le rôle de cette infirmière était d'apporter un soutien au patient dans la logistique. La capacité de ces professionnels de santé de se **déplacer au domicile** semblait primordiale aux yeux des médecins.

M11 : « *Donc quel que soit la situation, dès qu'il y a de la complexité, autant physique que psychologique ou sociale, donc on peut confier ce dossier-là à cette structure qui va prendre en charge le patient avec l'infirmière coordinatrice et tout ce petit monde-là »*

M10 : « *Je pense que la première évaluation est un comme les soins palliatifs par une infirmière ou par une psychologue qui se déplace au domicile des patients et qui doivent faire un rapport au gériatre »*

M9 : « *L'IPA je suis d'accord, à la rigueur, une IPA qui ne fait que du bilan mémoire, elle va devenir aussi bonne voire meilleure qu'un neuro-gériatre quand elle aura 4-5 ans de bouteille. L'Asalée, elles ont une formation spéciale »*

M6 : « *je pourrais être aidé par un autre professionnel de santé type infirmière coordinatrice pour avoir un autre discours, cela pourrait être très bien »*

d. L'orthophoniste comme outil clé du diagnostic

Dans une volonté de ne pas faire tout par eux-mêmes, les médecins pouvaient utiliser de l'aide des métiers en lien avec la mémoire. Ces métiers étaient **valorisés pour gagner du temps**. L'orthophoniste était particulièrement plébiscitée afin de faire une analyse plus fine des signes de déficits cognitifs chez le patient. Dans une volonté de faire un premier bilan diagnostic. La proximité de ces paramédicaux dans le cabinet était appréciée.

M1 : « souvent on a des orthophonistes qui nous font des bilans très détaillés [...] moi j'ai toujours été très satisfait des retours des orthophonistes »

M7 : « L'infirmière Asalée fait du débrouillage. Je pense que les 2 cherchent des choses différentes. Le bilan d'orthophoniste est plus fin, je pense qu'elles font beaucoup plus de tests, elles ont une sémantique que l'on n'utilise pas »

M12 : « Moi au cabinet je fais le MMS, les 5 mots de Dubois, le test de l'horloge [...] et puis après je passe la main aux orthophonistes »

M10 : « Par contre j'oriente vers l'orthophoniste pour faire ces tests-là »

M1 : « oui, tout à fait, plutôt en ambulatoire, on a l'orthophoniste à côté et oui c'est plutôt des libéraux »

Le **manque de disponibilité des orthophonistes** mettait en difficulté le médecin dans son exploration étiologique, cela s'est ressenti dans la plupart des entretiens. Le recours trop fréquent des orthophonistes par les familles ayant des enfants atteints d'un trouble des apprentissages serait une entrave au bon fonctionnement des circuits mémoire.

M2 : « [...] Ils n'ont même pas le temps de voir un orthophoniste, c'est 3 mois, les patients qui veulent envoyer leur enfant chez l'orthophoniste ils n'en trouvent pas, il y a 3 ou 6 mois d'attente et ils sont complètement débordés »

M3 : « Les orthophonistes sont de plus en plus submergés par la prise en charge des enfants, des bilans des enfants surtout pour les difficultés scolaires, les retards scolaires [...] donc les adultes passent après »

M5 : Le bilan orthophoniste serait super utile mais elles sont débordées par tout ce qui touche à la sphère de l'enfant »

M6 : « Il y a un certain nombre d'années, j'envoyais chez l'orthophoniste [...] mais là ils sont tellement débordés sur Blois que ce n'est plus possible »

Peu de médecins ont évoqués spontanément les **équipes mobiles hospitalières** comme aide dans leur exploration. Les médecins avaient recours à ces structures en cas de détresse dans une situation complexe. Le désir d'utiliser la structure se confrontait parfois à la réalité pratique du terrain avec un **manque de réactivité et des délais longs** avant une possible prise en charge.

M10 : « Cette équipe mobile de gériatrie pourrait permettre de débloquer des situations où l'on a besoin d'un bilan gériatrique ou d'un bilan mémoire surtout quand le patient ne peut pas se déplacer seul ou lorsque la famille est démotivée par les délais de rendez-vous »

M11 : « Alors quand je ne veux pas m'emmerder, maintenant qu'il y a Santé Escale 41, je leur passe un coup de fil et ils gèrent »

M4 : « Là tout est calé, l'équipe Alzheimer passe, je neurologue la suit, donc je regarde pour toujours retomber sur mes pattes »

V - Gestion de l'autonomie de vie

La qualité de vie ne semble pas être un élément prioritaire pour la plupart des médecins interrogés. Après l'analyse par triangulation, ce terme est à remplacer par le terme « **autonomie de vie** » car il comprend des éléments plus concrets du quotidien.

Selon les médecins interrogés, le patient suspect ou atteint d'un trouble neurocognitif semblait entrer dans une dimension sociale plus que biomédicale. Les raisons de ce changement de paradigme pour le médecin résultait du fait qu'il n'existe pas de thérapeutique pour endiguer la progression du trouble neurocognitif et pas non plus de thérapeutique pour anticiper sa formation. L'une des manières de soigner le patient est de le rendre plus autonome ou d'empêcher son admission en structure.

a. Le diagnostic étiologique importait peu aux médecins

La volonté d'obtenir un **diagnostic étiologique** n'était **pas une priorité** pour les médecins généralistes à cause du manque thérapeutique curative. L'intensité sévère du trouble pouvait empêcher le patient de réaliser les tests ou de passer dans une machine d'IRM. Ce qui comptait pour les médecins était de **gérer ses conséquences au quotidien**.

M1 : « je pourrais faire le diagnostic seul, sans le spécialiste, mais enfin moi j'ai toujours demandé avis spécialisé [...] c'est mieux d'avoir le maximum d'éléments pour traiter au mieux le patient à son intérêt »

M3 : « Avoir un diagnostic c'est très bien, avoir des étiquettes c'est très bien mais il faut avoir des débouchés : c'est la prise en charge »

M6 : « Moi je ne fais pas trop la différence entre les étiologies, de préciser si c'est un Alzheimer pur ou une démence vasculaire. Ça ne m'intéresse pas personnellement de faire cette différence entre les étiologies »

M4 : « Au début de mon activité j'envoyais facilement en consultation mémoire et puis finalement je me suis rendu compte que lorsque c'était des démences vasculaires d'évolution lente, de toute façon il ne se passait pas grand-chose [...] »

Le constat d'échec à obtenir un diagnostic précis mettait parfois à mal les médecins.

L'étiologie était intéressante d'un point de vue théorique, pour valider des connaissances acquises. Elle n'apportait rien au médecin dans la gestion de son patient. La caractérisation de l'intensité du trouble semblait plus pertinente pour évaluer les aides nécessaires au patient.

M7 : « Il arrive que je sois contrainte de laisser le diagnostic en suspens, sans étiquette précise et j'en reste là. J'essaie d'avoir, quand je peux, d'avoir un MMSE et un test de l'horloge pour mettre un chiffre à un moment dans le dossier. »

M8 : « Pas tout de suite, enfin pas vraiment. Pourquoi ils sont déments, les démences vasculaires, les corps de Lewy, les machins ça avait un intérêt surtout quand j'étais interne. Maintenant je ne me prends plus trop la tête. »

M6 : « Après l'étiologie ne change rien à la conduite à tenir. »

M10 : « « c'est sûr que l'étiologie ne m'importe pas ou peu. Ce qui me pose problème c'est plutôt quel plan d'aide je vais mettre en place »

M12 : « Souvent c'est intriqué, les étiologies vasculaires et dégénératives, au final l'étiologie m'importe peu »

L'élément important du diagnostic était surtout l'intensité des troubles sur le quotidien. **La gestion de la vie courante du patient importait plus que la certitude diagnostique.** Ce phénomène est expliqué par le rôle que se donnait le médecin par rapport à son patient. L'annonce d'une mauvaise nouvelle avec un diagnostic pouvait faire culpabiliser le médecin.

M8 : « Les neuro-gériatres, on a tout c'est super en termes de diagnostic étiologique et à la fin bon bah il mettait : mise en place des aides sociales, on n'a pas besoin de 3 pages pour savoir qu'il faut demander l'APA, contacter l'ADMR, le portage des repas [...] »

M7 : « Le diagnostic aura été confirmé puis posé et puis après je m'occupe de la suite du suivi »

M11 : « Comme on sait qu'il n'y a pas de traitement physique ni chimique et bien je prends mon temps c'est plutôt un accompagnement social et des aidants que je vais mettre en place, c'est plutôt ce qu'il y a autour, l'environnement »

M12 : « Que ce soit Alzheimer, vasculaire ou toxique je m'en fiche. Je trouve que les conséquences au quotidien sont les mêmes, pour le patient pour l'entourage »

b. La gestion des cas jugés urgents par le médecin traitant

Aucun des médecins interrogés ne suggérait que la solution au trouble neurocognitif pour le patient était son institutionnalisation. Chacun d'entre eux estimaient que **le patient devait rester au domicile autant que possible.**

La gestion du domicile passait systématiquement par 2 voies : **l'aidant ou l'hôpital.** L'aidant servait à gérer le quotidien et l'hôpital la situation aigue incontrôlable. **L'hôpital semblait alors la voie de dernier recours,** lorsque les autres solutions ne suffisaient plus au patient. Certains médecins anticipaient de manière systématique la réalisation des dossiers d'admission, pour se prémunir de l'obligation urgente de le faire quand la situation se dégradait.

M4 : « si elle se mets en danger et que je pourrais appeler la régulation du SAMU ou un de ses voisins appellera en disant que ça ne va pas du tout et elle se fera hospitaliser pour une autre raison et à ce moment-là on peut mettre le nez dans les troubles cognitifs et mettre les choses en place »

M8 : « Les gens percutent souvent quand on les met devant le fait accompli et la famille vient pour m'en parler et ils me disent que j'ai raison. C'est à ce moment-là qu'ils préparent les dossiers d'admission à l'EHPAD en si besoin »

M9 : « *En anticipant et en faisant des dossiers, plutôt qu'il soit hospitalisé et qu'il reste 3 semaines là-bas pour qu'il y ait le temps de faire tout le bilan social sur place* »

Le manque de structure adaptée modifiait le rôle de **l'hôpital**, alors considéré comme un **lieu de vie plutôt qu'un lieu de soins médicaux**. Parmi les recours possible, l'hôpital est une solution dans les cas vécus comme urgents. Les médecins se sentaient **en confiance pour tout gérer en ville** et s'appuyaient sur l'hôpital souvent en cas de dernière nécessité. La grande perte d'autonomie physique était souvent le motif principal de recours à l'hôpital.

M12 : « *Si la toilette ne se passe pas bien je n'aurai pas d'autres choix que de la faire hospitaliser ou la mettre au SSR le temps de cadrer un peu les choses au niveau social* »

M4 : « *J'attends avec le médecin de l'hôpital que ça parte en cacahuètes, il me dit qu'il récupérera le patient à ce moment-là [...]* »

M7 : « *En fait je me dis qu'en médecine générale je n'ai pas envie de faire suer mes collègues à l'hosto, ils ont assez d'emmerdes. Ils n'en peuvent plus.* »

M3 : « *Lors des moments ou cela devient difficile soit ponctuellement de manière transitoire, on peut faire des prises en charge des gens, momentanément à des périodes difficiles pendant 15 jours, ou 3 semaines ou 1 mois dans une structure médicalisée* »

M12 : « *Cela m'est plusieurs fois arrivé d'orienter vers les séjours de répit* »

L'**aidant** était souvent nommé comme le **garde-fou** pour le patient. En apportant le soutien logistique et en étant le senseur de l'apparition de nouveaux symptômes, l'aidant représentait le **principal allié au maintien à domicile**. En parallèle, les aides à domicile pouvaient remplacer la famille ou le rôle de l'aidant principal.

M1 : « *qu'il n'est pas méchant mais il fait des fugues, il s'en va, il fait un peu n'importe quoi et ça commence à devenir dangereux [...] c'est son épouse qui m'a appelée et qui aimerait me voir vite, tu vois là c'est une demande urgente, mais parce qu'il y a des troubles qui sont majorés* »

M3 : « *La prise en charge à mettre en œuvre est importante, déjà en partant de la base, qui est la base familiale, le conjoint, la famille, le couple* »

M6 : « *j'aime bien que l'entourage soit là. Si pendant les visites à domicile je ne vois que le patient âgé, je n'aime pas trop. Je préfère voir les patients avec leurs proches* »

M12 : « *La fille se rends compte des signes et elle est aidante donc c'est un gros gros plus* »

Quand le patient ne voulait pas se faire explorer ni aller à l'hôpital, le médecin occupait une place de « **gestionnaire social** », en gérant les aides au domicile en lien avec la famille. La plus-value du médecin passait par des perçues comme ingrates, dévalorisant le rôle médical au profit du rôle social.

M4 : « *jusqu'au moment où j'étais vraiment bloqué et donc finalement je gérais avec la partie sociale, les aides au domicile avec l'entourage familiale pour tout cadrer* »

M12 : « *Je suis démuni, parce que je ne sais pas trop quoi leur proposer. A part de la logistique du quotidien, le portage des repas, le relai infirmier* »

M9 : « [...] parce qu'à la polyclinique l'assistante sociale n'a pas fait son travail. Il y a beaucoup de paperasses que le patient et sa famille et tous les autres professionnels n'ont pas fait, il y a bien un con de service qui va se taper tout ça »

M10 : « La gestion du patient passera plus par la manière dont il va vivre à la maison et ça passe par les aides, par les dossiers de précaution d'EHPAD, par tout le versant social »

Il arrivait souvent que le médecin soit tout seul pour gérer le patient par manque d'**aides sociales administratives**. Le sentiment d'**impuissance** face à l'immobilisme ou le déni des autorités alimentait les **initiatives personnelles**. Peu de médecins se soustrayaient à cette responsabilité sociale, qui représentait alors leur rôle dans la prise en charge.

M9 : « Notre projet serait, quand on aura les aides, c'est de faire un portage des repas en partant de l'Abbaye, avec des produits de l'ESAT et des fermes aux alentours, en circuit court. Je suis pour le portage des repas, c'est bien »

M8 : « Quand les gens sont seuls, et bien je traite avec eux donc je questionne sur le besoin d'aide, l'entourage au domicile, la gestion administrative, financière. Je les questionne sur le social, enfin le quotidien des gens »

M8 : « C'est bon, il est dément, c'est ALD, aide sociale, APA, repas, ergothérapeute, kinésithérapie, voilà j'essaie de mettre tout en place pour qu'ils restent chez eux ou s'ils veulent aller EHPAD qu'ils puissent y aller »

Certains médecins fleurtaient avec la légalité afin de **protéger leur patient**. Le fait de rester au domicile était une priorité des médecins, tout comme protéger les patients en les empêchant de réaliser certaines actions. La conduite automobile semblait un thème important dans la gestion du quotidien. Les médecins interrogés déploraient le manque d'une législation contraignante pour interdire les patients de conduire quand la situation le nécessitait. **La loi de mars 2022 semblait méconnue des médecins interrogés.**

M5 : « En parallèle de cela, la première chose que je fais c'est de leur piquer leurs clés de voiture, parce que là il y a danger [...] »

M6 : « Dans ma pratique, ce qui est important, c'est le gaz et la conduite automobile. C'est déjà 2 choses très importantes à gérer »

M5 : « Les personnes âgées à qui tu dis : « maintenant tu me donnes tes clés de voiture » et bien c'est une grosse claque, c'est vraiment délicat. Je l'ai fait à ma mère, elle ne m'en a pas voulu très longtemps mais j'ai bien senti que je l'avais emmerdé »

M9 : « Tu sais que quand tu leurs enlève leur moyen de transport, c'est fini, tu les condamnes à la maison. C'est compliqué de prendre des décisions là-dessus »

L'implication personnelle dans la prise en charge prenait une place importante dans la manière de gérer le quotidien. Le **rôle du sauveur** ressenti par le médecin pouvait être utile pour s'occuper de tout l'aspect administratif du patient. Le médecin se sentait investi des missions qui incombait à un proche du patient.

M8 : « J'ai un papy qui vit tout seul, il s'est fait escroquer 40 000€ par des artisans qui lui ont fait des devis absolument astronomiques. Ma grosse inquiétude c'est d'abord de sécuriser le patient [...] »

M3 : « Vous êtes pleins d'éléments ou vous vous investissez un maximum et ça vous ne pouvez pas rester insensible à cela, ce n'est pas comme une drogue mais il y a une dépendance au contact humain »

M9 : « celui dont je t'ai parlé tout à l'heure qui était un danger public. Je l'ai fait venir puis j'ai dit aux fils de couper les câbles de la batterie et d'appeler les 2 dépanneurs du coin qui étaient au courant, et ils sont venus et ils ont dit : « la voiture est morte » »

Le mot démence était mal accepté par les médecins. Le modèle de la maladie « sociale » était une nouvelle définition donnée par les médecins interrogés car s'intégrant dans une dimension globale et non purement médicale. Le patient dément ou suspect d'un trouble cognitif rentrait dans une case dans l'esprit du médecin. Cette case renfermait la gestion de l'autonomie, l'alimentation, la mobilité, le comportement et non seulement la gestion médicamenteuse des symptômes.

VI - Les raisons de la difficulté de faire du repérage de trouble neurocognitif

Quand l'exploration semblait nécessaire pour le médecin, il l'initiait avec l'aide de son entourage professionnel. Il était rare que le médecin ne veuille pas explorer la plainte cognitive. Les obstacles qui l'empêchaient de réaliser le premier bilan et la suite de la prise en charge sont nombreux mais pas insurmontables.

a. Ne pas être entouré professionnellement

L'isolement professionnel ressenti par certains médecins expliquait les difficultés de prise en charge des patients suspects de troubles neurocognitifs. Le regroupement des médecins semblait la solution à une meilleure prise en charge des patients, tant sur le plan du diagnostic que sur le plan de l'administratif. Le regroupement au sein de maison pluridisciplinaire semblait une solution pour faciliter une meilleure continuité des soins. Les médecins regrettaient le manque d'entraide.

M6 : « seule avec un associé, globalement seule. J'ai une plateforme qui gère mon secrétariat. Mais j'aimerais bien avoir un assistant mais c'est trop compliqué pour le moment. Ma façon de travailler ce n'est pas la bonne manière [...] »

M5 : « Et puis un dimanche et bien ce médecin s'est flingué, donc je me suis retrouvé seul pour faire 55 actes par jour quand je pouvais ou 40 actes lorsque je ne pouvais pas [...] »

M2 : « on est débordés de travail on est asphyxié de travail »

b. Être considéré comme un technicien administratif de la santé

La **surcharge administrative** devenait pénible pour les médecins. Le rajout de tâches considérée comme complexes car chronophage ne leur permettait pas d'être dans le soin.

Cette réalité où le médecin doit accomplir des tâches considérées comme secondaire pouvait freiner les médecins dans leur capacité de repérage de la plainte cognitive. Le transfert d'un rôle de thérapeute à un **rôle de technicien** s'ancrait dans leur réalité.

M2 : « [...] on a moins de connaissances et de compétences on a énormément de tâches administratives, la tenue d'un cabinet, il faut commander le matériel, il faut remplir les déclarations URSSAF, les déclarations d'impôts, la gestion du cabinet ça prends un temps fou [...] »

M3 : « on est devenu trop administratif et trop secrétariat de dossier, il y a beaucoup de choses qui ont évolué, comparativement on s'occupait plus du patient, on prenait plus de temps à l'examen, de la médecine pure »

M6 : « Je pense qu'il faut que l'on délègue l'administratif »

M4 : « oui, on va retourner à de l'ordinateur, prise en charge d'un problème, réponse et ce n'est pas du tout Je pense que l'on est en train de nous enlever la prise en charge globale de nos patients, et ce qui est la force de la médecine générale »

Le constat est indépendant de la tranche d'âge du médecin. La nécessité de s'occuper des tâches administratives qui ne peuvent pas être réalisées par le patient empêchait le médecin de se sentir pleinement accompli dans son rôle.

M9 : « le problème c'est que l'on a tellement dérivé dans le transfert de tâche depuis qu'il n'y a plus de médecins »

M11 : « Je remplis beaucoup de dossier pour pas grand-chose »

M2 : « le médecin généraliste est complètement débordé et malheureusement ne peut pas faire un travail de qualité »

M2 : « il faut que le médecin remplisse des documents, après il y en a moins pour le sport mais cela peut-être des certificats pour des embauches, pour des aides maternelles, on fait même des certificats pour autoriser l'enfant à prendre tel ou tel médicament enfin il y a plein »

c. Le manque de valorisation financière

Les médecins se plaignaient du **manque de rémunération** pour l'acte de dépistage. **Peu d'entre eux connaissaient les cotations proposées par la Sécurité Sociale afin de valoriser cet acte.** Par décence ou par pudeur, les médecins étaient ambivalents quant au fait de faire payer plus le patient pour un test de dépistage ou lors de la prise en charge.

M9 : « Pour les vieux, tu n'as pas de truc spécial comme une cotation qui valorise le temps passé »

M10 : « On pourrait faire un temps dédié à la mémoire avec la plainte mnésique comme unique motif de consultation. La plainte mnésique nécessite, pour moi, une consultation à part »

M9 : « *Un de mes patients qui rentre en EHPAD, j'ai vu les 2 filles 30 min la dernière fois, éthiquement je ne les fais pas payer, je passerai une consultation de visite sur le 100% parce que je ne vais pas les faire payer* »

Discussion

Synthèse des principaux résultats

▪ Pour l'analyse quantitative

Notre analyse rétrospective a permis de trouver que le courrier des médecins traitants du Loir-et-Cher contenait 37,8% des informations de la lettre recommandée de la HAS⁽¹⁶⁾. Ce résultat n'est pas surprenant au vu de la littérature quand l'on sait que moins de 50% des médecins déclarent connaître les recommandations⁽³⁸⁾. Il conforte l'hypothèse que l'exhaustivité de la recommandation ne permet pas d'améliorer la communication entre médecins généralistes et spécialistes⁽²¹⁾. Les recommandations HAS sont difficiles à mettre en application en pratique, car très exhaustive, comme le montre une thèse de 2016 où seuls 6% des médecins déclarent qu'elle est tout à fait réalisable⁽¹⁷⁾. Ces résultats ne critiquent pas le bien-fondé de la recommandation HAS de 2018 mais soulignent la difficulté dans son application, en accord avec la littérature⁽³³⁾⁽³⁹⁾⁽⁴⁰⁾.

Parmi les informations retrouvées dans le courrier, le médecin en privilégie certaines comme les antécédents du patient, le type de plainte et l'imagerie réalisée. Il existe une différence notable avec la littérature concernant les antécédents médicaux avec 2 études où ce chapitre particulier est moins mentionné dans les courriers (61% et 55% versus 85% pour notre étude)⁽²⁸⁾⁽²⁹⁾. Pour les autres éléments du courrier, la littérature montre des résultats semblables aux nôtres. Une thèse de 2021 montrait que les tests neuropsychologiques étaient mentionnés dans 16,5% des courriers contre 23% dans notre étude. La mention du MMSE dans ces études correspondait à celle que nous avons trouvée dans la nôtre. En revanche nous ne savons pas si c'est le médecin qui a réalisé le test ou s'il a simplement noté le résultat, néanmoins 16% des médecins déclarent réaliser le test dans la thèse du Dr Salbashian⁽³⁸⁾. Une thèse de 2018 montrait que 21% des courriers portaient une mention sur des examens complémentaires radiologiques contre 32% pour la nôtre⁽⁴¹⁾. La qualité de vie est mentionnée dans seulement 3% des courriers c'est ce que l'on retrouve dans les autres études (de 3 à 18%)⁽²⁸⁾⁽²⁹⁾. Pour faire un parallèle avec les résultats de l'analyse qualitative, les médecins ont une attention spéciale sur l'amélioration de la qualité de vie chez leurs patients mais ne le notent pas dans le courrier d'adressage.

Les critères de qualité du courrier, retenus dans la thèse du Dr Sandjian ne sont pas toujours mentionnés dans les courriers que nous avons analysés. Nous comprenons bien que le médecin ne cherchera pas à être exhaustif mais à sélectionner des éléments qui permettront au spécialiste de comprendre la situation du patient malgré un manque de détail⁽²¹⁾. La note la plus fréquente est de 4 sur 15, ce qui signifie que le médecin note quatre éléments dans son

courrier. Ceci conforte l'idée que le médecin préférera un courrier synthétique. Dans notre analyse, 2 courriers sur 3 contiennent moins de sept éléments.

En consultation de médecine générale, la plainte mnésique concerne environ 57% des plaintes cognitives au total⁽¹²⁾. Dans notre étude, les courriers mentionnent une plainte unique dans 77% des cas. La plainte mnésique représente 70% de ces plaintes. La plainte mnésique est la plus fréquente dans de nombreuses études, cela est à mettre en parallèle du fait qu'elle augmente avec l'âge avec une proportion de 23% chez des sujets âgés de plus de 85 ans⁽⁴²⁾. Il est difficile de la reconnaître au stade précoce de la maladie⁽¹⁴⁾, car la plainte exprimée est rare, représentant 0,5% des consultations de médecine générale⁽¹³⁾. C'est la famille qui alerte dans la plupart des cas le médecin en cas de problème cognitif. Plus le trouble neurocognitif est sévère moins le patient consulte pour un motif de problème cognitif⁽⁴³⁾. La plainte multiple est présente dans 9% des courriers, ce qui peut signifier que le médecin n'attend pas une dégradation cognitive importante avant d'adresser.

La réalisation de tests neuropsychologiques n'étaient pas une priorité car seuls 23% des courriers le mentionnaient. C'est le MMSE qui était le plus fréquemment réalisé, cela rejoint la littérature⁽⁴⁴⁾⁽⁴⁵⁾. Rappelons que le MMSE n'a qu'une sensibilité de 63% et une spécificité de 89% selon le DSM-III.

Les tests ne semblent pas être une priorité dans les éléments à mentionner dans le courrier, cela est en accord avec une thèse de 2017 montrant que seuls 47% des médecins trouvaient les tests adaptés à leur pratique. Une autre thèse de 2011 montre que 35% des médecins n'utilisent pas les tests neuropsychologiques, qu'ils soient validés ou non par la HAS⁽⁴⁶⁾. Cela conforte l'idée que l'adressage ne se fait pas sur un résultat de test neuropsychologiques mais bien sur un faisceau d'arguments clinico-radiologique comme le préconise la HAS⁽¹⁶⁾.

Peu importe l'année de rédaction, la quantité d'information ne semblait pas varier dans les courriers rédigés entre 2018 et 2022. Peu d'études portent sur l'analyse comparative des courriers en fonction de l'année de sa rédaction, avec souvent une analyse à un temps *t* donné. Ces résultats sont donc nouveaux, montrant que les médecins généralistes ne font pas varier la quantité d'informations sur la période étudiée. Les courriers année 2018 obtenait néanmoins la plus faible moyenne de note, cela pouvait être expliqué par le fait que la nouvelle recommandation concernant le parcours de soin du patient sortait seulement cette année-là⁽⁴⁷⁾. La variation de la moyenne entre les différentes années trouve son explication aussi dans le contexte sanitaire global, l'année 2020, période de pandémie COVID a limité les déplacements des patients et les consultations en cabinet de médecine générale. La réorganisation de la consultation mémoire a pu impacter le type de patient qui était adressé en consultation⁽⁴⁸⁾. La pandémie COVID ayant limité l'accès à la consultation mémoire, cela pourrait expliquer que le médecin fasse le maximum de son bilan en ville avant d'adresser. Cela permettrait de comprendre pourquoi la moyenne des notes est la plus élevée cette année-là.

Seuls 30% des courriers portaient mention d'une imagerie cérébrale. C'est assez faible mais cela rejoint d'autres études comme celle du Dr Dbouk avec 21% de mention et celle du Dr Syed avec 34,5%. L'imagerie recommandée en première intention par la HAS, le gold standard en soins primaires reste l'IRM mais la tomodensitométrie peut être réalisée si le patient présente des contre-indications.

L'IRM est utile aussi bien dans le diagnostic que dans le suivi de la pathologie, néanmoins Cochrane préconise d'utiliser l'IRM comme outil pour éliminer une cause secondaire du trouble neurocognitif majeur et non comme outil diagnostique⁽⁴⁹⁾. Parmi les imageries listées dans les courriers, l'IRM occupe la première place avec 90% de celles mentionnées, la TDM est loin derrière avec 10%. Ce résultat est en accord avec ceux de l'étude qualitative car les médecins considéraient l'IRM comme le gold standard.

Un courrier dactylographié contient plus d'éléments qu'un courrier manuel ($p = 0,098$). Les courriers rédigés à l'aide d'un ordinateur comptait pour 61% des courriers, pour 39% de courriers rédigés à la main. Cette proportion plus importante de courriers rédigés à l'aide d'un ordinateur peut s'expliquer par la volonté du médecin de standardiser son modèle de courrier⁽⁵⁰⁾. Cela est à mettre en parallèle avec notre étude qualitative où la constante est que le médecin privilégiera plutôt le courrier papier rédigé dactylographié. D'après une thèse de Senger et Bouton de 2018, les médecins plébiscitent le courrier papier qu'il soit manuscrit ou imprimé depuis un ordinateur aux dépens du mail sécurisé⁽⁴¹⁾.

Le courrier est un outil important à disposition des médecins généralistes. Cet outil est la base de sa communication avec les autres acteurs du système de santé, en particulier les spécialistes hospitaliers de la consultation mémoire. Ce que nous retenons de cette étude c'est que la quantité d'information ne prévaut pas sur la qualité et que les médecins privilégient certaines informations aux dépens d'autres. Notre étude trouve des résultats semblables à la littérature en de nombreux points. Notre piste pour améliorer la communication en la simplifiant serait de pouvoir créer un modèle de courrier accessible sur internet qui s'intégrerait dans la plupart des logiciels utilisés par les médecins avec une présentation standardisée et adaptée aux spécificités de chaque région.

■ Pour l'analyse qualitative

L'étude qualitative a mis en lumière plusieurs éléments pertinents dans la compréhension de la pratique du médecin généraliste dans le repérage d'un patient suspect ou atteint d'un trouble neurocognitif. Les entretiens ont duré en moyenne 46 minutes, la moyenne d'âge des participants étaient de 49 ans et le sex-ratio de 1,4 (7 hommes pour 5 femmes).

Les médecins généralistes se perçoivent comme les premiers professionnels confrontés au trouble neurocognitif. Ils sont en première ligne pour repérer la perte cognitive. Ils sont aussi le socle sur lequel se repose le patient pour la prise en charge globale, du repérage à la mise en place des aides. Mais la prise en charge ne se fait pas tout seul, le médecin à conscience de ses limites⁽¹²⁾.

La mission que le médecin se donne est définie par la temporalité propre aux soins primaires, où la théorie de Kerr White prend toute sa place. Parmi 1000 patients vus en soins primaires par mois, seuls 5 patients seront adressés en consultation vers un spécialiste et 1 seul sera hospitalisé au CHU⁽⁵¹⁾. La grande fréquence des pathologies infectieuses et chronique fait passer la plainte cognitive souvent au second plan. Comme cité plus haut, la plainte cognitive est rare avec seulement 0,5% des consultations de médecine générale.

Les médecins initient la première approche de l'exploration en se basant sur leur propre référentiel construit sur un modèle algorithmique ayant pour objectif d'éliminer une cause curable de « démence ». Le premier bilan n'est pas initié par le médecin lui-même, nous retrouvons des résultats comparables dans la thèse du Dr Sandjian où seul 13% des médecins déclarent faire le dépistage. Le manque de connaissance des recommandations de la HAS pourrait expliquer son manque d'application. Le sentiment que la plainte n'est pas urgente a été décrit par plusieurs médecins interrogés, cela est retrouvé dans une autre étude qualitative de 2013⁽¹²⁾.

Souvent, le bilan est orienté en fonction de leur expérience hospitalière et celle en tant que médecin généraliste, les cas de maladies rares marquent le médecin traitant ce qui modifie son type de bilan. Il n'a pas été mentionné l'utilisation des recommandations comme référentiel, ce qui confirme les résultats de certaines études. La place de l'expérience personnelle est importante, beaucoup de médecins ont un proche ayant un trouble neurocognitif et cela influence leur idée de l'exploration. Les médecins ayant un proche touché seront plus attentifs et iront plus rapidement explorer. Les autres raisons évoquées dans notre analyse qui pouvaient expliquer le sous-diagnostic par les médecins sont le manque de temps et la volonté de ne pas nuire à son patient. Cela concorde avec une étude de 1997 ayant pour but d'expliquer le manque d'accès au diagnostic pour le patient⁽⁵²⁾.

Le sens clinique semble être préféré aux tests neuropsychologiques et autres bilans complémentaires cela en raison du fait qu'ils ne remplacent pas la vraie connaissance de la situation du quotidien du patient. L'intuition clinique permettait de se passer de certains tests pour identifier le trouble neurocognitif même mineur. Ce constat peut être nuancé par une étude de 2009 montrant que le médecin généraliste a une valeur prédictive positive estimée à 23,6% dans le diagnostic positif du trouble neurocognitif majeur⁽⁵³⁾.

Le manque de temps ne semblait pas être une raison valable pour expliquer le manque d'exploration car les médecins prenaient le suivi de leur patient pour approfondir. La difficulté de faire la part des choses entre un vieillissement normal et un trouble neurocognitif débutant semblait créer un sentiment d'incertitude, ce qui amenait le médecin à préférer suivre la dégradation avant d'intervenir. Ce phénomène a aussi été observé dans une enquête épidémiologique de 2007⁽⁵⁴⁾.

Il est possible en 15 minutes de repérer et de commencer le bilan du trouble neurocognitif. Le réseau constitué de personne de confiance qu'utilise le médecin ainsi que la faible distance avec le lieu d'exploration semblait accélérer la prise en charge. La MSP était le meilleur

moyen de concentrer la compétence et ainsi de débiter le bilan du trouble. Le lien avec la consultation mémoire était complexe, la sensation d'éloignement et le manque de confiance ainsi que les longs délais de rendez-vous expliquaient que les médecins n'y aient pas recours systématiquement.

L'isolement social du patient amenait à une difficulté dans le repérage de la dysfonction cognitive et ce retard de repérage pouvait aggraver plus rapidement les troubles et entraîner une complexification du bilan, avec des problèmes de mobilité par exemple. Cela est confirmé dans une autre étude qualitative datant de 2013 où l'isolement est décrit comme un obstacle important au moment du repérage. Près de la moitié des médecins ne repèrent pas la plainte cognitive lorsque le patient est seul⁽⁵²⁾⁽¹³⁾. La solitude des patients mettait à mal le médecin, en créant un sentiment de frustration et d'incompétence.

Une faible mobilité du patient était un frein à l'exploration, les lieux d'exploration souvent situés loin du domicile. Les solutions de mobilité existantes desservaient les villes mais pas les campagnes. Rappelons que la loi du 28 mars 2022 interdit la conduite des patients atteints d'un trouble neurocognitif dès l'instant où déclin cognitif apparaît⁽⁵⁵⁾. Le manque d'entourage entraînait un appauvrissement cognitif par défaut de stimulation. C'est en cela que le trouble neurocognitif peut être définie comme une « maladie sociale ». L'élément indissociable de la réalisation du bilan est l'aidant naturel, soit le conjoint, soit la famille, soit un ou une amie. Rappelons que les informations données par le patient lui-même sont souvent peu fiables souvent à cause de l'intensité de son trouble. C'est l'entourage qui alerte le médecin le plus souvent et qui donne des éléments tangibles de ce qu'il se passe au domicile. Les médecins s'en servent comme d'un allié diagnostique et cela renforce leur décision d'explorer.

Très peu de patients étaient demandeurs d'une exploration, cela était accepté par les médecins mais avec certaine incompréhension. Une enquête Européenne réalisée dans 6 pays par des entretiens semi-dirigés confirme que les patients ne consultent que très peu pour ce genre de motif. Quatre patients sur dix consultent à un stade de trouble neurocognitif mineur, cinq patients sur dix à un stade de trouble d'intensité modérée et seulement 7% à un stade d'intensité sévère⁽⁵⁶⁾.

Il n'est pas possible de contraindre légalement un patient à se faire soigner. Ce manque de contrainte juridique pouvait parfois empêcher le médecin d'explorer. Ce qui lui donnait un sentiment d'incompétence. L'éthique médicale posait la question d'aller explorer un patient sévèrement atteint ou chez qui le diagnostic n'aurait pas apporté plus d'aides, tous les médecins s'étaient déjà posés la question à de multiples reprises.

Le médecin définit son rôle comme un gestionnaire d'orientation en gérant la délégation de tâches comme le bilan neuropsychologique, cela pour aller vers la meilleure compétence du domaine. Environ 60% des médecins déclarent adresser vers une consultation spécialisée⁽⁵⁷⁾, une autre étude a montré que 91% des médecins adressent vers le spécialiste. Cette volonté de déléguer tient du manque de confiance professionnelle dans la manière de faire correctement le début de l'exploration. La performance des médecins réside dans leur

capacité à cerner l'urgence, et garder le circuit d'exploration le plus pertinent et efficace avec la possibilité de modifier sa posture quand une situation se dégrade comme lors des troubles du comportement. La décision d'explorer dépend aussi du mode de vie du patient. En ce sens, le programme ALCOVE préconise un diagnostic au moment le plus opportun pour le patient et ses aidants⁽⁵⁸⁾.

Le recours au spécialiste n'est pas systématique, parce que le médecin traitant se voit attribuer la mission de tout gérer en ville, parfois seul, et cela l'empêche de voir l'intérêt du spécialiste hospitalier. Parfois, le manque de considération du confrère explique cette décision de se passer de lui, ce qui peut créer un transfert de responsabilité pour le diagnostic étiologique.

Le réseau que se construit le médecin traitant joue un rôle important. Ce constat est le même dans une thèse de 2019 qui qualifie ce maillage de « réseau de soins primaires », préféré par le médecin car considéré comme plus proche⁽⁵⁹⁾. Le courrier est le mode de communication préféré avec pour modèle un référentiel propre qui permet de retranscrire des éléments objectifs de la vie du patient et les résultats des examens. Les médecins considéraient que leur courrier ne contenait pas assez d'éléments, ce qui est en accord avec notre étude quantitative. L'autre mode de communication est l'appel téléphonique, réservé aux situations vécues comme urgentes.

Un sentiment de culpabilité naissait de l'isolement face au patient et à la maladie, l'hôpital peut alors être un soutien digne de confiance avec un contact humain et une réponse rapide. Tous les médecins n'utilisaient pas l'hôpital, soit par volonté de tout gérer ou par manque de vision commune et surtout à cause des mauvais retours des patients et de la peur de l'utiliser à mauvais escient. En voulant valoriser leur temps, les médecins avaient comme objectif d'utiliser les métiers « annexes » de la médecine comme l'assistant médical, l'IPA ou l'Asalée parfois pour pallier au manque d'orthophoniste. Le temps gagné permettait de se recentrer sur des tâches médicales plutôt que sociale. La gestion commune du patient avec l'IPA peut, comme nous montre la thèse du Dr Braud, permettre de réaliser des dépistages de la perte d'autonomie et des fonctions cognitives⁽⁶⁰⁾.

Le patient atteint d'un trouble neurocognitif entre dans une dimension sociale que les médecins intégraient dans leur mode de prise en charge en gérant avec difficulté leur quotidien. Dans l'étude de *Facing Dementia Survey* les patients décrivaient l'isolement social comme une conséquence de leur maladie mais cela pouvait aussi s'intégrer comme une cause de leur pathologie⁽⁶¹⁾. Ce constat était plus fort lors de la crise sanitaire du COVID en 2020, les symptômes de la maladie semblaient décuplés avec 54% des patients déments décrivant une majoration de leurs symptômes neuropsychiatriques⁽⁶²⁾.

Le diagnostic étiologique ne semble pas être la priorité des médecins, au contraire de la mise en place d'aides au quotidien. Ces aides sont d'ordre « cognitives » comme la réhabilitation de la mémoire par les orthophonistes, le soutien psychologique avec les psychologues soit libéral soit intégrée aux équipes Alzheimer. Les aides « physiques » elles sont souvent gérées

par des structures locales comme le SSIAD pour les soins infirmiers ou l'ADMR pour les soins d'hygiène ou de ménage.

Le maintien à domicile est le but que le médecin se donne et qu'il met en œuvre pour limiter le recours à l'hôpital, jugé utile en cas de dernier recours. L'hôpital était perçu comme un lieu de vie plus qu'un lieu de soins médicaux. Le médecin est souvent contraint au rôle de « gestionnaire social » à cause du manque d'aides sociales et de la difficulté des familles dans leur mise en place.

Parmi tous les éléments cités, les facteurs limitant l'exploration sont la surcharge administrative, le manque de rémunération et l'isolement du patient. Le manque de rémunération souvent évoqué a été pris en compte par les autorités qui ont créé les cotations spéciales « VL » pour les visites longues en juillet 2011. Depuis avril 2022 il est possible de coter cet acte tous les 3 mois pour les patients en ALD lors des visites à domicile. Ces efforts de l'Assurance Maladie montrent que ce sujet pécunier a été pris en compte pour améliorer les conditions d'exercice et donc faciliter la volonté du médecin à se déplacer et à passer du temps avec son patient, pour entre autres tenter de mieux repérer le trouble neurocognitif.

Forces et faiblesses

La faiblesse principale de notre étude quantitative est son caractère monocentrique et rétrospectif. L'étude étant monocentrique, cela a créé un biais « effet centre » et n'a pas permis de pouvoir comparer plusieurs sites ensemble. Une analyse multicentrique aurait augmenté la validité externe de notre étude. Le faible nombre de courriers analysés en est une autre, car cela fait perdre de la puissance au résultat. La lettre de référence de la HAS contient un nombre important d'éléments dans son contenu. Notre méthode pour créer des catégories avec ces éléments listés ne s'est pas basé sur une méthode reconnue. Les 3 à 10 notions choisies pour faire valider une catégorie dans le courrier n'était pas exhaustives et il est possible que certains éléments aient été oubliés lors de l'analyse. Cela a pu créer un biais de mesure qui se traduirait par une erreur dans l'attribution d'un point pour le courrier analysé (*exemple* : attribuer la note de 1 même si le mot clé n'a pas été lu dans le courrier).

La sélection des courriers par tirage au sort permettait d'obtenir un échantillon représentatif de la population des médecins généralistes adressant leur patient en centre de consultation mémoire. La génération de nombre aléatoire par ordinateur nous a permis de certifier le caractère aléatoire du tirage au sort. Le recrutement des courriers a été fait par tirage au sort ce qui a permis de limiter le biais de sélection des courriers les plus exhaustifs qui contenait beaucoup de catégories. Le fait d'avoir pu faire une analyse des courriers rédigés sur une période de 5 ans nous a permis d'obtenir plus de courriers pouvant correspondre aux critères d'inclusion et d'exclusion. Cette période a aussi limité les biais de sélection. Dans le cadre de notre étude descriptive, le critère de jugement principal semblait adapté à la problématique.

La médiane d'âge de 40 ans est plus basse que celle nationale de 56 ans.

Cette étude qualitative était la première du chercheur, ce qui a entraîné des erreurs dans la rédaction du questionnaire des 2 premiers entretiens, avec trop de questions fermées et des relances trop fréquentes des médecins interrogés. La subjectivité du chercheur influence le type de réponse de l'interrogé, ce qui peut biaiser le développement de son idée lors de l'entretien. 2 des 12 entretiens ont été réalisés par visioconférence, cela a perturbé l'échange à cause de la qualité de la vidéo et a pu rendre difficile l'interaction avec l'investigateur. Certains médecins interrogés connaissaient l'investigateur ce qui a pu influencer leur façon de répondre aux questions. Certains traits personnels comme le niveau social, l'expérience, la culture, les valeurs et le caractère de l'investigateur ont pu créer de l'incompréhension et des difficultés à se confier de la part des participants. Les interférences pendant les entretiens de l'ordre d'un appel téléphonique, de la sollicitation d'un confrère, de l'urgence d'une visite, de consultation prévue après l'entretien ont pu gêner son bon déroulement et empêcher le développement de certaines idées.

L'âge moyen de 49 ans des participants à notre étude était équivalente à celle des médecins dans le département du Loir-et-Cher (53 ans). Nous avons limité les biais de sélection en incluant une proportion équilibrée d'hommes et de femmes (7 hommes et 5 femmes). Une des forces de cette étude est la répartition géographique des médecins participants, sur une bonne partie du département, dans 6 villes différentes. La durée moyenne des entretiens de 46 minutes a permis d'aller plus loin dans les questionnements et de prendre le temps pour que les participants puissent développer leur raisonnement et expliquer leur pratique. Le questionnaire de l'entretien N+1 était construit grâce à l'analyse de l'entretien N, ce qui a permis de soulever plus de problématiques et a permis une meilleure saturation des données. Nous avons progressivement réduit la quantité de questions fermées au profit de questions ouvertes afin de permettre aux intervenants de laisser libre cours à leur pensée en ayant la possibilité de développer leur propos. La triangulation des données qui s'est articulée autour de la recherche de sens, l'analyse intégrative et la proposition d'un modèle explicatif dans le processus de repérage du médecin traitant pour un patient suspect de trouble neurocognitif. L'association d'une étude quantitative à une étude qualitative a permis d'être plus précis dans les questionnaires. L'approche quantitative est plus objective pour connaître la pratique des médecins, ce qui s'alliait parfaitement avec l'approche qualitative qui apporte de la subjectivité et permet d'être au plus proche des conditions réelles d'exercice.

Perspectives

Cette étude a vocation à mieux comprendre ce qui explique pourquoi le trouble neurocognitif est difficile à prendre en charge par le médecin traitant. A comprendre la manière dont le patient est pris en charge, du dépistage au diagnostic puis à la prise en charge médico-sociale complexe. L'entourage, le réseau de professionnels de confiance, le regroupement de médecin, la gestion avec des équipes mobiles extrahospitalières, l'utilisation de nouveaux métiers de la santé semblent être les meilleures manières de répondre au défi que représente cette maladie à l'avenir. Pour aller plus loin dans la réflexion, il serait intéressant d'étudier l'influence des nouveaux métiers de la santé dans la pratique du médecin généraliste pour l'aider dans le dépistage de la maladie cognitive. Dans le cadre du projet ICOPE initié par

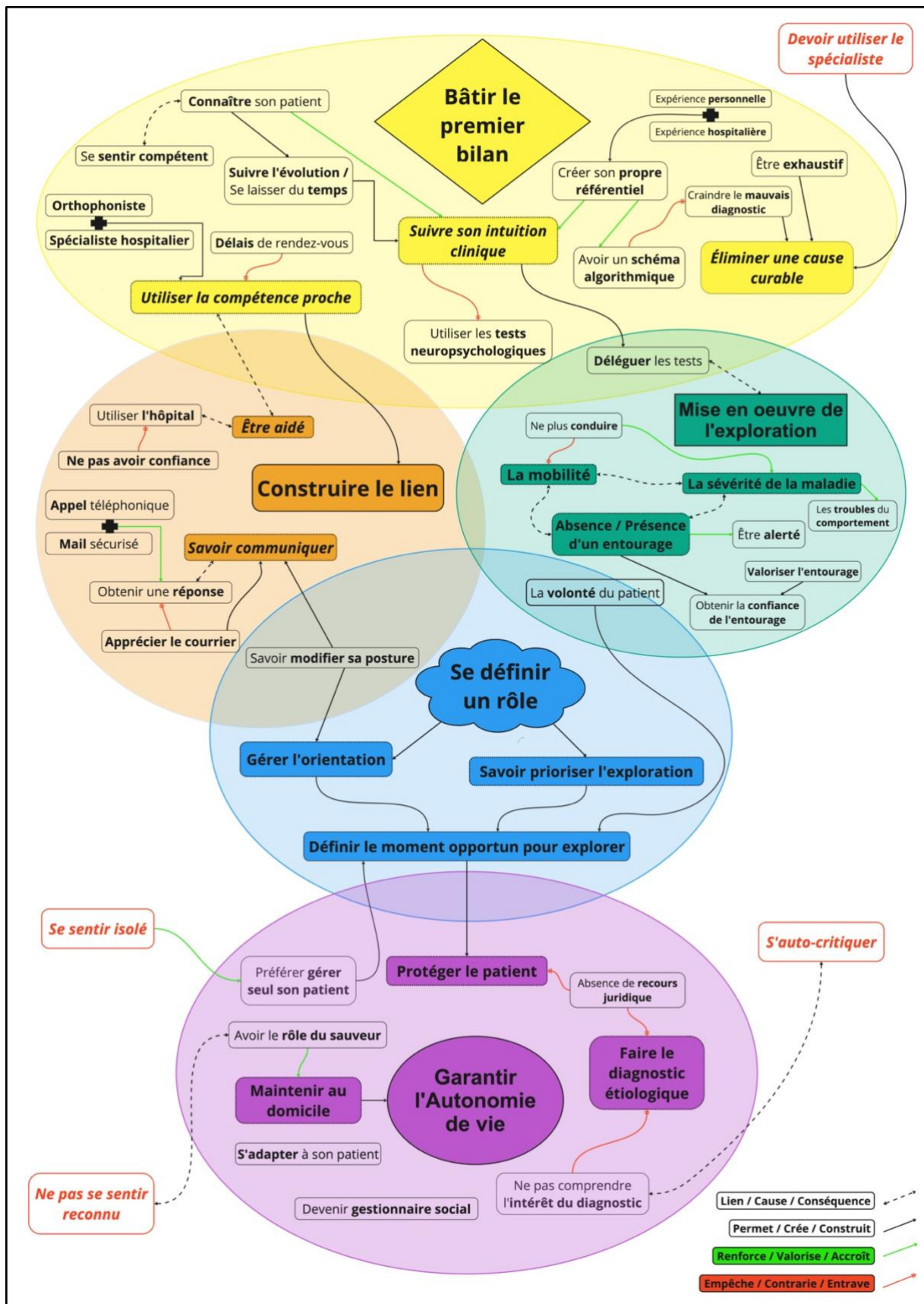
l'OMS en 2021⁽²⁵⁾ et lancée en région Centre Val de Loire en 2022 pour suivre et détecter les pertes de fonctions liées à l'âge, il serait intéressant d'évaluer comment ce projet pourrait influencer la pratique de la médecine générale en matière de repérage de troubles neurocognitifs.

CONCLUSION

La communication du médecin généraliste avec la consultation mémoire est partielle avec 37,8% des éléments recommandés par la HAS. Les éléments mis dans le courrier sont ciblés, les plus fréquents sont notamment les antécédents médicaux, les traitements et le mode de vie. La quantité d'informations du courrier semble invariable sur la période étudiée de 5 ans. Le courrier papier rédigé à l'ordinateur contient plus d'informations que le courrier manuscrit.

Dans la gestion du patient suspects d'un trouble neurocognitif, le médecin traitant s'aide de l'aidant naturel qui fait le dépistage puis structure son bilan afin de ne pas omettre de causes curables en se basant sur un référentiel tiré de son expérience hospitalière et l'adapte en fonction de son expérience personnelle.

Le manque de temps n'est pas uniquement ce qui explique le manque de faisabilité du premier bilan, car il organise un suivi rapproché et se laisse du temps pour explorer. En se construisant son réseau proche de soins primaires, il préfère déléguer le premier bilan à des collègues paramédicaux, en évitant le recours systématique à l'hôpital. Il est freiné par le patient lui-même ou l'intensité du trouble et son principal frein reste l'isolement de son patient. Le diagnostic étiologique n'est pas essentiel, il a pour mission de gérer l'autonomie de vie dans un contexte de maladie jugée plus sociale que médicale, pour cela il s'aide principalement du réseau de soins primaires constitué de structures de soins et de professionnels libéraux. Sa communication avec la structure hospitalière pare au plus pressé, ce qui explique qu'il n'y ait que 37,8% des informations recommandés par la HAS dans son courrier.



Modèle explicatif à propos du repérage du trouble neurocognitif en soins primaires.

BIBLIOGRAPHIE

1. PAPON Sylvain. Bilan démographique 2022 – Bilan démographique 2022 | Insee. janv 2023 [cité 29 août 2023]; Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6687000?sommaire=6686521>
2. Rochoy M, Chazard E, Bordet R. [Epidemiology of neurocognitive disorders in France]. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 1 mars 2019;17(1):99-105.
3. Patientèle des médecins libéraux APE par région - 2017 à 2021 | L'Assurance Maladie [Internet]. 2023 mai 12 [cité 29 août 2023]. Disponible sur: <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/patientele-medecins-liberaux-ape-region>
4. GBD 2019 Dementia Forecasting Collaborators. Estimation of the global prevalence of dementia in 2019 and forecasted prevalence in 2050: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Public Health*. févr 2022;7(2):e105-25.
5. Helmer C, Pasquier F, Dartigues JF. [Epidemiology of Alzheimer disease and related disorders]. *Med Sci MS*. mars 2006;22(3):288-96.
6. Couleaud N, Lenseigne F, Moreau G. Spécificités démographiques en matière d'âge – La France et ses territoires | Insee [Internet]. [cité 20 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5020060?sommaire=5040030>
7. Bérard A, Gervès C, Aquino JP. Combien coûte la maladie d'Alzheimer ?
8. Rapp T, Andrieu S, Chartier F, Deberdt W, Reed C, Belger M, et al. Resource Use and Cost of Alzheimer's Disease in France: 18-Month Results from the GERAS Observational Study. *Value Health*. 1 mars 2018;21(3):295-303.
9. Aranda MP, Kremer IN, Hinton L, Zissimopoulos J, Whitmer RA, Hummel CH, et al. Impact of dementia: Health disparities, population trends, care interventions, and economic costs. *J Am Geriatr Soc*. juill 2021;69(7):1774-83.
10. Agence régionale de Santé. Démographie des professionnels de santé [Internet]. [cité 29 août 2023]. Disponible sur: <https://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/media/106435/download?inline>
11. Nombre de médecins généralistes en activité en France en 2023. RecoMédicales [Internet]. 9 avr 2023 [cité 29 août 2023]; Disponible sur: <https://recomedicales.fr/articles/nombre-medecins-activite-france/>
12. Engberink AO, Pimouguet C, Amouyal M, Gerassimo O, Bourrel G, Berr C. Determinants of support for dementia patients in general practice: a qualitative approach based on an epidemiological cohort. *Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Viellissement*. juin 2013;11(2):157-67.
13. Letrilliart L. Maladie d'Alzheimer : rôle de repérage, d'évaluation initiale et d'orientation du médecin généraliste. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie*. 1 déc 2020;20(120, Supplement):120S19-24.

14. Ross GW, Abbott RD, Petrovitch H, Masaki KH, Murdaugh C, Trockman C, et al. Frequency and characteristics of silent dementia among elderly Japanese-American men. The Honolulu-Asia Aging Study. JAMA. 12 mars 1997;277(10):800-5.
15. Hui JS, Wilson RS, Bennett DA, Bienias JL, Gilley DW, Evans DA. Rate of cognitive decline and mortality in Alzheimer's disease. Neurology. 25 nov 2003;61(10):1356-61.
16. Haute Autorité de Santé HAS. Patients présentant un trouble neurocognitif associé à la maladie d'Alzheimer ou à une maladie apparentée [Internet]. Saint-Denis La Plaine; 2018. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2906096/fr/patients-presentant-un-trouble-neurocognitif-associe-a-la-maladie-d-alzheimer-ou-a-une-maladie-apparentee
17. Lassarrette M. Obstacles et difficultés en matière de diagnostic précoce de démence en soins primaires : enquête auprès des médecins généralistes des hautes-pyrénées [Internet] [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine générale]. [Toulouse]: Université de Toulouse III - Paul Sabatier; 2016 [cité 18 oct 2022]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/1621/1/2016TOU31067.pdf>
18. Hogan D, Frank C. Défis posés par les nouveaux traitements de la maladie d'Alzheimer: L'approbation accélérée de l'aducanumab aux États-Unis soulève des questions. Can Fam Physician. 1 mars 2023;69(3):e49-51.
19. Berendsen AJ, Kuiken A, Benneker WH, Meyboom-de Jong B, Voorn TB, Schuling J. How do general practitioners and specialists value their mutual communication? A survey. BMC Health Serv Res. 8 août 2009;9(1):143.
20. Hubert G, Galinski M, Ruscev M, Lapostolle F, Adnet F. Information médicale : de l'hôpital à la ville. Que perçoit le médecin traitant ? Presse Médicale. 1 oct 2009;38(10):1404-9.
21. Garåsen H, Johnsen R. The quality of communication about older patients between hospital physicians and general practitioners: a panel study assessment. BMC Health Serv Res. 24 août 2007;7(1):133.
22. Jenkins S, Arroll B, Hawken S, Nicholson R. Referral letters: are form letters better? Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract. févr 1997;47(415):107-8.
23. Kvamme O, Olesen F, Samuelsson M. Improving the interface between primary and secondary care: a statement from the European Working Party on Quality in Family Practice (EQuiP). Qual Health Care QHC. mars 2001;10(1):33-9.
24. L'historique des Centres Mémoire [Internet]. Fédération des Centres Mémoire. [cité 15 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.centres-memoire.fr/presentation-de-la-federation-des-centres-memoires/historique-des-centres-memoire/>
25. Tavassoli N, De Souto Barreto P, Berbon C, Mathieu C, De Kerimel J, Lafont C, et al. Implementation of the WHO integrated care for older people (ICOPE) programme in clinical practice: a prospective study. Lancet Healthy Longev. juin 2022;3(6):e394-404.
26. Ministère de la santé et de la prévention. INSTRUCTION N° DGOS/R4/2022/217 du

10 octobre 2022 relative au nouveau cahier des charges des consultations mémoire et des centres mémoire ressources et recherche [Internet]. DGOS/R4/2022/217 oct 17, 2022.

Disponible sur:

http://www.specialitesmedicales.org/offres/doc_inline_src/666/Instruction%2BCM2R.pdf

27. Les consultations mémoire [Internet]. [cité 3 sept 2022]. Disponible sur:

<https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/les-consultations-memoire>

28. Syed A. Adressage des patients en consultation mémoire par le médecin généraliste: analyse rétrospective de 200 courriers médicaux [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Cité. Faculté de santé; 2021.

29. SANDJIAN Laure. Identification des critères de qualité de la communication des informations médicales transmises par courrier entre médecins généralistes et médecins spécialistes dans le cadre de la consultation mémoire par enquête Delphi. [Internet] [Thèse de doctorat en médecine]. [Lyon]: Lyon; 2015. Disponible sur:

file:///Users/rdgx/Downloads/THm_2015_SANDJIAN_Laure-3.pdf

30. Dbouk CJ, Makaroff Z. Le courrier, outil de communication: enquête descriptive autour de la consultation mémoire de l'hôpital des Charpennes à Villeurbanne [Internet]. Lyon, France: Université Claude Bernard; 2018 [cité 18 oct 2022]. Disponible sur:

<https://n2t.net/ark:/47881/m6n29vzm>

31. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. Int J Qual Health Care. 16 sept 2007;19(6):349-57.

32. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. Kinésithérapie Rev. 1 janv 2015;15(157):50-4.

33. Fontanet M. Le repérage de la maladie d'Alzheimer en médecine générale : quel est l'outil d'évaluation idéal ? [Internet]. 2019 [cité 10 mars 2024]. Disponible sur:

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02361605>

34. Fédération Nationale des Centres de Santé [Internet]. [cité 26 déc 2023]. Protocole Asalée, les centres de santé peuvent adhérer. Disponible sur: <https://www.fnccs.org/protocole-asalee-les-centres-de-sante-peuvent-adherer>

35. Asalée [Internet]. [cité 26 déc 2023]. Disponible sur: <http://asalee.org/>

36. L'infirmier en pratique avancée - Ministère de la Santé et de la Prévention [Internet]. [cité 26 déc 2023]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/acces-territorial-aux-soins/article/l-infirmier-en-pratique-avancee>

37. assistant médical [Internet]. [cité 26 déc 2023]. Disponible sur:

<https://www.onisep.fr/ressources/Univers-Metier/Metiers/assistant-medical-assistante-medicale>

38. Salbashian J. L'application des recommandations HAS dans la prise en charge des patients atteints de maladie d'Alzheimer en médecine générale dans la région Midi-Pyrénées 2015 [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2016 [cité 18 oct 2022]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/1601/>

39. O'Connor DW, Pollitt PA, Hyde JB, Brook CP, Reiss BB, Roth M. Do general practitioners miss dementia in elderly patients? *BMJ*. 29 oct 1988;297(6656):1107-10.
40. 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.
41. Senger C, Bouton R. Critères de qualité du courrier d'admission d'un patient adressé aux urgences de l'hôpital de Sallanches par un médecin généraliste : obtention d'un consensus par méthode Delphi® [Internet]. 2018 [cité 9 mars 2024]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01899613>
42. Ibanez G, Son S, Chastang J, Magnier AM. Mental Health Disorders in General Practice in France: A Cross-Sectional Survey. *Transl Biomed* [Internet]. 2016 [cité 9 mars 2024];07(04). Disponible sur: <http://www.transbiomedicine.com/translational-biomedicine/mental-health-disorders-in-general-practice-in-france-a-crosssectional-survey.php?aid=17729>
43. Montel S. La plainte subjective ne correspond pas toujours aux troubles cognitifs objectifs : réflexion à partir d'une population de patientes âgées atteintes d'un cancer du sein. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie*. 1 oct 2008;8(47):38-41.
44. Bonhomme M. Le repérage précoce de la Maladie d'Alzheimer en médecine générale : enquête auprès de 205 médecins généralistes de la Haute-Vienne [Internet]. Limoges; 2013 [cité 9 mars 2024]. Disponible sur: <http://aurore.unilim.fr/ori-oai-search/notice/view/unilim-ori-37397>
45. 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*. 1 août 2004;25(8):548-55.
46. Blanchet E. Utilisation des tests et échelles à visée gériatrique en consultation de médecine générale : intérêts et obstacles. Enquête auprès de 84 médecins généralistes de Meurthe-et-Moselle [Internet] [other]. UHP - Université Henri Poincaré; 2011 [cité 9 mars 2024]. p. non renseigné. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732416>
47. Krolak-Salmon P, Letrilliart L, Ceccaldi M, Andrieu S, Guérin O, Dubois B, et al. Vers une stratégie nationale de diagnostic des troubles cognitifs. Approche commune du Collège de médecine générale et des spécialistes des troubles neurocognitifs. *Presse Médicale*. 1 janv 2018;47(1):75-83.
48. Brown EE, Kumar S, Rajji TK, Pollock BG, Mulsant BH. Anticipating and Mitigating the Impact of the COVID-19 Pandemic on Alzheimer's Disease and Related Dementias. *Am J Geriatr Psychiatry*. 1 juill 2020;28(7):712-21.
49. Lombardi G, Crescioli G, Cavedo E, Lucenteforte E, Casazza G, Bellatorre AG, et al. Structural magnetic resonance imaging for the early diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease in people with mild cognitive impairment. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet].

2020 [cité 9 mars 2024];(3). Disponible sur:

<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009628.pub2/full/fr>

50. Tattersall MHN, Butow PN, Brown JE, Thompson JF. Improving doctors' letters. *Med J Aust*. 4 nov 2002;177(9):516-20.

51. Green LA, Fryer GE, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The Ecology of Medical Care Revisited. *N Engl J Med*. 28 juin 2001;344(26):2021-5.

52. Bush C, Kozak J, Elmslie T. Screening for cognitive impairment in the elderly. *Can Fam Physician*. oct 1997;43:1763-8.

53. Gautier A, Berra N. Baromètre santé médecins généralistes 2009.

54. Amieva H, Andrieu S, Berr C, Buée L, Checler F, Clément S, et al. Maladie d'Alzheimer : enjeux scientifiques, médicaux et sociétaux [Internet]. Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM); 2007 [cité 9 mars 2024] p. XV. Disponible sur: <https://hal-lara.archives-ouvertes.fr/hal-01570630>

55. Arrêté du 28 mars 2022 - Légifrance [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045464094>

56. Letrilliart L, Roubaud C, Lainé X, Ecochard R, Krolak-Salmon P. Évaluation des procédures diagnostiques de la maladie d'Alzheimer : une revue systématique des méta-analyses. *Cah Année Gériatrique*. 1 sept 2012;4(3):330-44.

57. Stillmunkés A, Subra J, Kurdi J, Bismuth S, Villars H, Oustric S. Représentations de la maladie d'Alzheimer chez les médecins généralistes. Brève revue de la littérature. *Médecine*. 1 mars 2014;10(3):131-3.

58. Alzheimer COoperative Valuation in Europe. ALCOVE Synthesis report EN [Internet]. [cité 20 févr 2024]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_1369090

59. Koundé M. La coordination de la prise en charge pluridisciplinaire des patients atteints de démence par le médecin généraliste pour le maintien à domicile. Étude qualitative dans le canton de Capendu-Trèbes [Internet]. 2019 [cité 9 mars 2024]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02866051>

60. Braud V. Évaluation gériatrique globale et plan personnalisé de prévention de la personne âgée en soins primaires : apports, obstacles et leviers [Internet]. 2023 [cité 9 mars 2024]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04405126>

61. Bond J, Stave C, Sganga A, O'Connell B, Stanley RL. Inequalities in dementia care across Europe: key findings of the Facing Dementia Survey. *Int J Clin Pract Suppl*. mars 2005;(146):8-14.

62. Canevelli M, Valletta M, Toccaceli Blasi M, Remoli G, Sarti G, Nuti F, et al. Facing Dementia During the COVID-19 Outbreak. *J Am Geriatr Soc*. août 2020;68(8):1673-6.

ANNEXES

Annexe 1. Liste d'éléments cités par le courrier type de la HAS

1	Nom et prénom
2	Age et date de naissance
3	Plainte principale
4	Date de début de la plainte
5	Entourage familial
6	Trouble du comportement
7	Usage de la voiture
8	Description domicile
9	Vie sociale
10	Vie professionnelle
11	Vie domestique
12	Incidents financiers
13	Qualité de vie
14	Inobservance thérapeutique
15	Examen clinique
16	Poids et taille
17	Constantes
18	Déficits sensoriels
19	Chutes, trouble de l'équilibre
20	Traitement en cours
21	ALD
22	Antécédents cardiovasculaires
23	Antécédents neurologiques
24	Antécédents psychiatriques
25	Test(s) neuropsychologique(s)
26	Bilan biologique
27	Imagerie cérébrale
28	Principe de la consultation accepté par le patient
29	Aides humaines
30	Soins actuels

Annexe 2. Exemple d'une approche pour demander un entretien par téléphone

Bonjour,

Je m'appelle Matthieu Roger de Gardelle et suis interne de médecine générale actuellement. Je réalise un travail de recherche dans le cadre de ma thèse.

Le thème porte sur les troubles neurocognitifs sans m'intéresser au stade ou à la gravité.

La thèse est en 2 parties, la première porte sur une analyse de courriers de médecin traitant envoyant un patient en consultation mémoire. Elle a été réalisée, afin de comprendre quel bilan est réalisé avant d'adresser et ce que fait le médecin traitant pour prendre en charge le trouble neurocognitif. Cette première étude préliminaire a permis de dégager des questionnements qui seront utiles pour la seconde partie.

La deuxième partie est une étude qualitative par entretiens qui explore la manière dont le médecin traitant repère et bilan la plainte cognitive en soins primaires. Les entretiens n'ont pas vocation à être exhaustif et vous m'accorderez le temps qu'il vous conviendra. Pour vous donner un ordre d'idée, un entretien dure en générale 20 à 30 minutes.

Chaque entretien sera anonymisé, vous ne pourrez pas être identifié ni dans la retranscription, ni dans la thèse.

Seriez-vous partant pour participer à un entretien ?

Annexe 3. Critères COREQ

Numéro de l'élément	Questions/ description
Domaine 1 : Équipe de recherche et réflexivité	
Caractéristiques personnelles	
1. Intervieweur / facilitateur	L'entrevue ou le groupe de discussion a été dirigé(e) par quel(s) auteur(s)?
2. Qualifications	Quelles étaient les qualifications du chercheur? <i>Par ex., Ph.D., M.D.</i>
3. Emploi	Quel était l'emploi de chacun au moment de l'étude?
4. Genre	Est-ce que le chercheur était un homme ou une femme?
5. Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur?
Liens avec les participants	
6. Liens établis	Un lien a-t-il été établi avant le début de l'étude?
7. Connaissances du participant à propos de l'intervieweur	Quelles connaissances les participants avaient-ils à propos du chercheur? <i>Par ex., buts personnels, raisons pour faire la recherche</i>
8. Caractéristiques de l'intervieweur	Quelles étaient les caractéristiques rapportées à propos de l'intervieweur/du facilitateur? <i>Par ex., biais, présomptions, raisons et intérêts au sujet de la recherche.</i>
Domaine 2: Devis de l'étude	
Cadre théorique	
9. Approche méthodologique et fondements théoriques	Sur quelle approche méthodologique repose l'étude? <i>Par ex., théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu</i>
Sélection des participants	
10. Échantillonnage	Comment les participants ont-ils été sélectionnés? <i>Par ex., échantillonnage intentionnel, de convenance, séquentiel, boule de neige</i>
11. Recrutement des participants	Comment les participants ont-ils été recrutés? <i>Par ex., en personne, par téléphone, par la poste, par courriel</i>
12. Taille de l'échantillon	Combien de participants ont fait partie de l'étude?
13. Refus de participation et abandon	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné l'étude? Raisons?
Lieu	
14. Lieu de la collecte des données	Où les données ont-elles été recueillies? <i>Par ex., à la maison, à la clinique, dans le milieu de travail</i>
15. Présence de non-participants	Est-ce qu'une personne autre que les participants et les chercheurs était présente?
16. Description de l'échantillon	Quelles sont les caractéristiques importantes de l'échantillon? <i>Par ex., données démographiques, date</i>
Collecte des données	
17. Guide d'entrevue	Est-ce que les auteurs ont fourni les questions, les indices et les guides ? Est-ce que le guide d'entrevue a été préalablement testé?
18. Entrevues répétées	Les entrevues ont-elles été répétées? Si oui, combien de fois?
19. Enregistrement audio/vidéo	Est-ce qu'un enregistrement audio ou vidéo a été utilisé pour recueillir les données?
20. Notes prises sur le terrain	Est-ce que des notes ont été prises pendant ou après l'entrevue ou le groupe de discussion?
21. Durée	Quelle était la durée des entrevues ou des groupes de discussion?
22. Saturation des données	La saturation des données a-t-elle été discutée?
23. Révision des transcriptions	Est-ce que les transcriptions ont été remises aux participants pour obtenir leurs commentaires ou leurs corrections?
Domaine 3 : Analyse et résultats	
Analyse des données	
24. Nombre de codificateurs de données	Combien de personnes ont fait la codification des données?
25. Description de l'arbre de codification	Les auteurs ont-ils fourni la description de l'arbre de codification?
26. Identification des thèmes	Est-ce que les thèmes ont été identifiés à l'avance ou ont découlé des données?
27. Logiciel	Quel logiciel, s'il y a lieu, a été utilisé pour gérer les données?
28. Rétroaction des participants	Est-ce que les participants ont fourni une rétroaction sur les résultats?
Rapport	
29. Utilisation de citations	Est-ce que des citations ont été utilisées pour illustrer les thèmes / résultats ? Est-ce que chaque citation était identifiée ? <i>Par ex., le numéro d'identification du participant</i>
30. Cohérence entre les données et les résultats	Les résultats sont-ils cohérents avec les données présentées?
31. Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été clairement présentés dans les résultats?
32. Clarté des thèmes secondaires	Y avait-il une description des cas isolés ou une discussion des thèmes secondaires?

Annexe 4. Guide d'un entretien semi-dirigé

1. Quel est votre âge ? Comment pourriez-vous définir votre mode d'exercice ?
 - Pourquoi ce mode d'exercice influence votre pratique ?

2. Avez-vous des sujets âgés dans votre patientèle ?
 - Comment cela change-t-il votre approche en consultation ?
 - Si non : voyez-vous des patients qui pourraient être suspects de troubles neurocognitifs ?
3. Réalisez-vous un repérage systématique des dysfonctions cognitives ?
 - Si oui : comment, par screening général ou plutôt ciblé en fonction de l'âge
 - o *Relances : types de tests, vision de la relation avec le patient*
 - Si non : que pensez-vous de ce genre de dépistage ?
4. Avez-vous une histoire récente vécue avec un patient en lien avec le repérage du trouble neurocognitif ?
 - Si non : relancer en parlant d'un patient suspect de trouble neurocognitif, d'une plainte de la famille concernant un de leurs proches
5. Aides extérieures pour le repérage :
 - Qui ?
 - Quand ?
 - Comment ?
6. Pourquoi, selon vous, le médecin devrait être la personne qui réalise le premier bilan du trouble neurocognitif ?
- Dépistage clinique versus test : décrivez-nous votre pratique
 - *Relances : intuition clinique, ressenti du médecin, perception de la profondeur du trouble*
7. Est-ce au médecin traitant de faire l'annonce diagnostique ?
 - Si oui, dans quel contexte ?
 - Si non : expliquez pourquoi ?
8. Peut-on se passer du spécialiste ? Dans quels contextes ?
9. Comment communiquez-vous avec les autres acteurs des soins primaires ?
 - Le courrier serait l'élément clé ?
 - Pourquoi utiliser certains canaux et pas d'autres ?
10. La conduite automobile chez la personne âgée
11. Donnez-moi votre définition de la démence
12. L'autonomie de vie serait la même chose que la qualité de vie selon vous ?
 - *Relances : pas de thérapeutique curative, difficulté du maintien au domicile, peu d'aides de la famille*

Vu, le Directeur de Thèse



**Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le**

ROGER DE GARDELLE Matthieu

80 pages – 10 tableaux – 6 graphiques – 1 illustration

RESUME

Introduction : Les troubles neurocognitifs sont un problème majeur de santé publique avec une augmentation du nombre de cas prévalents et une diminution du nombre de médecins de soins primaires. La difficulté dans l'obtention d'un diagnostic et le manque de communication avec les autres acteurs du système de santé rendent la prise en charge complexe. L'objectif de ce travail a été d'analyser la pratique du médecin généraliste en matière de repérage des troubles neurocognitifs.

Méthode : Étude mixte quantitative et qualitative réalisée en simultanée indépendante. L'étude quantitative est analytique descriptive des courriers de médecins généralistes adressant leur patient à la consultation mémoire de Blois. L'étude qualitative est inspirée de la théorisation ancrée à partir d'entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes du Loir-et-Cher.

Résultats : Les courriers des médecins de soins primaires contenaient 37,8% des informations recommandées par la HAS. Les éléments les plus souvent retrouvés étaient le motif de la plainte, les antécédents médicaux, les traitements et le mode de vie. Le courrier rédigé à l'ordinateur contenait plus d'éléments que celui rédigé à la main ($p=0,049$). L'année de rédaction du courrier ne fait pas varier la quantité d'informations qu'il contient. Les médecins se basaient sur leur propre référentiel qu'ils construisaient à partir de leur expérience personnelle familiale et professionnelle hospitalière, pour éliminer une cause curable de trouble neurocognitif lors du premier bilan. L'intuition clinique aidée par la présence d'un aidant naturel pouvait remplacer les tests neuropsychologiques. L'absence de loi juridique contraignante, l'isolement du patient et la surcharge administrative pouvaient constituer des freins au repérage du trouble neurocognitif. L'obtention d'un diagnostic étiologique n'était pas indispensable, renforçant le sentiment que le médecin traitant était le gestionnaire d'une « maladie sociale ».

Discussion : Le meilleur repérage du trouble neurocognitif passera par une collaboration avec les nouveaux métiers de la santé. L'accès rapide à un spécialiste référent et l'accélération du développement de la filière mobile extrahospitalière axée sur la gestion de cas complexes permettrait d'optimiser la prise en charge. Pour compléter notre étude, il serait utile d'aller explorer l'impact des nouveaux métiers de la santé dans le repérage des troubles neurocognitifs.

Conclusion : L'analyse descriptive des courriers montrait des résultats semblables à la littérature. Les médecins généralistes géraient le parcours de soins des patients suspects ou atteints de troubles neurocognitifs en se basant sur leurs expériences passées, en utilisant l'entourage comme outil de dépistage et en déléguant le maximum de tâches afin de mieux se concentrer sur le maintien de l'autonomie de vie.

Mots clés : troubles neurocognitifs, courrier d'adressage, consultation mémoire, dépistage en soins primaires, analyse de pratique

Jury :

Président du Jury : Professeur Bertrand FOUGERE

Directeur de thèse : Docteur Bernard MERCIER

Membres du Jury : Docteur Cécile RENOUX

Docteur Anna-Chloé BALAGEAS

Date de soutenance : Jeudi 18 avril 2024