



HAL
open science

Communication entre médecin traitant-EHPAD-consultation mémoire : élaboration et diffusion d'une fiche de liaison

Romuald Bour

► **To cite this version:**

Romuald Bour. Communication entre médecin traitant-EHPAD-consultation mémoire : élaboration et diffusion d'une fiche de liaison. Sciences du Vivant [q-bio]. 2013. hal-01733857

HAL Id: hal-01733857

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01733857>

Submitted on 14 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Romuald BOUR

le 13 décembre 2013

<p>COMMUNICATION ENTRE MEDECIN TRAITANT-EHPAD-CONSULTATION MEMOIRE : ELABORATION ET DIFFUSION D'UNE FICHE DE LIAISON</p>

Examineurs de la thèse :

M. A. BENETOS	Professeur	Président
Mme L. JOLY	MCU-PH	Juge
M. M. POUSSEL	MCU-PH	Juge
Mme S.SIEGRIST	MCA-MG	Juge
M. J-D. GRADELER	Docteur en Médecine	Juge

Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine :
Professeur Henry COUDANE

Vice-Doyen « Pédagogie » : **Mme la Professeure Karine ANGIOI**
Vice-Doyen Mission « Sillon lorrain » : **Mme la Professeure Annick BARBAUD**
Vice-Doyen Mission « Finances » : **Professeur Marc BRAUN**

Assesseurs :

- 1 ^{er} Cycle :	Professeur Bruno CHENUÉL
- 2 ^{ème} Cycle :	Professeur Marc DEBOUVERIE
- 3 ^{ème} Cycle :	Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI
• « <i>DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques</i> »	
• « <i>DES Spécialité Médecine Générale</i> »	Professeur Paolo DI PATRIZIO
- Commission de Prospective Universitaire :	Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT
- Développement Professionnel Continu :	Professeur Jean-Dominique DE KORWIN
- Filières professionnalisées :	M. Walter BLONDEL
- Formation Continue :	Professeur Hervé VESPIGNANI
- Recherche :	Professeur Didier MAINARD
- Relations Internationales :	Professeur Jacques HUBERT
- Universitarisation des études paramédicales et gestion des mono-appartenants :	M. Christophe NEMOS
- Vie Étudiante :	Docteur Stéphane ZUILY
- Vie Facultaire :	Mme la Docteure Frédérique CLAUDOT
- Étudiants :	M. Xavier LEMARIE

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ - Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY

Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE
 Jean-Louis BOUTROY - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT -
 François CHERRIER Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de
 LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS

Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH
 Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone
 GILGENKRANTZ

Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET - Christian JANOT - Michèle KESSLER - Jacques
 LACOSTE

Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre
 LEDERLIN Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Michel MANCIAUX - Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU -
 Michel MERLE

Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT -
 Francis PENIN Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-
 Marie POLU - Jacques POUREL Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT -
 Michel RENARD - Jacques ROLAND

René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Claude SIMON - Danièle
 SOMMELET

Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ -
 Gérard VAILLANT Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Gérard BARROCHE Professeur Pierre BEY - Professeur Patrick BOISSEL

Professeur Michel BOULANGE – Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Jean-Pierre CRANCE
Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeure Simone GILGENKRANTZ Professeure Michèle KESSLER - Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD Professeur Michel PIERSON - Professeur Michel SCHMITT - Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Michel STRICKER Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeure Colette VIDAILHET - Professeur Michel VIDAILHET Professeur Michel WAYOFF

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Christo CHRISTOV

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médecine*)

Professeur Michel CLAUDON – Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIÉWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et Mycologie*)

Professeure Marie MACHOUART

3^{ème} sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (*Médecine et santé au travail*)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeur François KOHLER – Professeure Eliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY - Professeur Didier PEIFFERT

Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Gérard AUDIBERT
Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeure Marie-Reine LOSSER

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE
Professeur Luc TAILLANDIER - Professeur Louis MAILLARD

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN

Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeure Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT – Professeur Thierry FOLLIGUET

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeure Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY - Professeur Athanase BENETOS

Professeure Gisèle KANNY – Professeure Christine PERRET-GUILLAUME

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET
Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO – Professeure Rachel VIEUX

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Olivier MOREL

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeure Karine ANGIOI

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT - Docteure Françoise TOUATI – Docteure Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteure Aude MARCHAL – Docteur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médecine)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Mathias POUSSSEL – Docteure Silvia VARECHOVA

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteure Véronique VENARD – Docteure Hélène JEULIN – Docteure Corentine ALAUZET

3^{ème} sous-section : (*Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales*)

Docteure Sandrine HENARD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteure Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN

2^{ème} sous-section (*Médecine et Santé au Travail*)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

4^{ère} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)*)

Docteure Lina BOLOTINE

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteure Céline BONNET

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)

Docteure Françoise LAPICQUE – Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-BERTOLA

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire*)

Docteur Fabrice VANHUYSE

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Docteur Stéphane ZUILY

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (*Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie*)

Docteure Laure JOLY

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

5^{ème} sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteure Elisabeth STEYER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

60^{ème} Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE
Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA - Madame Nathalie MERCIER – Madame Céline HUSELSTEIN

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteure Sophie SIEGRIST - Docteur Arnaud MASSON - Docteur Pascal BOUCHE

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

A NOTRE PRESIDENT

Monsieur le Professeur A. BENETOS

Professeur de Gériatrie, Chef de service au CHU de Nancy et responsable du CMRR

Je suis particulièrement sensible à l'honneur que vous me faites de bien vouloir présider mon jury de thèse.

Veillez trouver ici l'expression de toute ma gratitude et de mon profond respect.

A NOS JUGES

Madame le Docteur L. JOLY

Maître de conférences des universités-Praticien Hospitalier en Gériatrie

Vous me faites le grand honneur d'accepter de juger ce travail. Je vous remercie de l'intérêt que vous avez bien voulu porter à cette étude.

Veillez trouver ici le témoignage de ma profonde considération.

Monsieur le Docteur M. POUSSEL

Maître de conférences des universités- Praticien Hospitalier en Physiologie

Vous avez accepté avec gentillesse de participer à ce jury de thèse et je vous en remercie.

Je vous prie de trouver dans cet hommage la marque de mon profond respect.

Madame le Docteur S. SIEGRIST

Maître de conférences associé des universités-Médecin Généraliste

Vous avez accepté spontanément de juger ce travail.

Qu'il me soit permis de vous exprimer ma gratitude et mon profond respect.

Monsieur le Docteur JD GRADELER

Maître de stage des universités, Médecin Généraliste

Vous m'avez fait l'honneur de diriger ce travail et je vous en remercie sincèrement. Votre disponibilité, votre écoute et vos conseils pertinents ont été d'un précieux soutien pour mener à son terme cette thèse.

Veillez trouver ici le témoignage de ma profonde considération.

Je remercie sincèrement :

- Mme Marcuola pour avoir initié ce travail, ainsi que pour sa disponibilité et son aide précieuse.

- Mes maîtres de stage qui m'ont tant apporté dans l'apprentissage de ce métier passionnant et exigeant : Monsieur le Docteur Kurtz, Monsieur le Docteur Niziolek, Monsieur le Docteur Dollet, Monsieur le Docteur Zanetti, Monsieur le Docteur Bourdon, Madame le Docteur Jonveaux.

- Les médecins généralistes qui m'ont accueilli chaleureusement pendant mon activité de remplacement : Monsieur le Docteur Arcade, Monsieur le Docteur Righetto, Monsieur le Docteur Guillaume, Monsieur le Docteur Sellies, Monsieur le Docteur Bravetti.

- Les Infirmières et les Médecins qui m'ont reçu chaleureusement pour ce travail.

Je dédie cette thèse :

- A Audrey. Du brevet au BAC, de la première année à la thèse, en passant par la vie étudiante et l'arrivée de Capucine... j'espère pouvoir être à tes côtés jusqu'à notre entrée en EHPAD !!
- A Capucine, ma petite puce.
- A mes parents, Viviane et Jean-Martin. Merci pour votre amour, votre soutien sans faille, et votre patience ! Un diplôme, 13 ans après mon départ à Nancy, ça doit vous soulager aussi !
- A Josiane et Alain, toujours présents, 15 ans que vous me supportez...merci !
- A Audrey, Arnaud, Lucie, Charlotte.
- A Dora, Fernand, Clément, merci pour vos conseils et votre Amour.
- A Thérèse.
- Aux « Bonnette » chez lesquels j'ai toujours été accueilli comme un fils, merci !
- A toute la famille « Bour-Klein-Kratz et apparentés ».
- Aux ami(e)s, du collège à l'internat, merci pour tous les moments de bonheur partagés !! Je vous aime !!!!
- Au Bitcherland, à la Moselle est, au FCM, au FCW, et oui c'est signé « ppywoi » à tout jamais !

SERMENT

« **A**u moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque ».

Table des matières

I. Introduction.....	20
II. Prérequis concernant les patients atteints de la Maladie d'Alzheimer ou apparentée.....	22
II.1. Contexte démographique, sociologique et épidémiologique.....	22
II.2. Rappel des recommandations essentielles concernant : les critères diagnostiques, le dispositif d'annonce, le projet de soins et de suivi.....	24
II.2.1. Dépistage et démarche diagnostique	24
II.2.2. Dispositif d'annonce.....	26
II.2.3. Projet de soins.....	28
a) Les éventuels traitements médicamenteux symptomatiques spécifiques.....	28
b) Les interventions non médicamenteuses.....	29
c) La prise en charge des comorbidités et des facteurs de risque.....	30
d) Le soutien des aidants naturels	30
e) L'orientation vers les services sociaux, mise en place des aides, des financements.....	31
f) L'orientation vers les réseaux locaux et les associations de malades.....	32
g) L'orientation vers les structures de répit.....	33
h) Orientation et gestion des cas complexes : les MAIA	34
II.2.4. Suivi du patient atteint de MA ou apparentée	35
a) Par le Médecin Traitant.....	35
b) Par les Consultations Mémoire	37
II.2.5. Critères d'hospitalisation.....	38

II.3. Organisation et objectif du projet de soins autour du patient institutionnalisé	39
II.3.1. Généralités autour des EHPAD	39
a) Les Pôles d'Activités et de Soins Adaptés (PASA).....	40
b) Les Unités d'Hébergement Renforcé (UHR).....	40
II.3.2. Equipe soignante.....	41
II.3.3. Rôle spécifique du Médecin Coordonnateur	42
II.3.4. Rôle du Médecin Traitant, interactions avec le Médecin Coordonnateur	44
III. Etude qualitative en vue de l'élaboration et de la diffusion d'une fiche de liaison MT-EHPAD-Consultation Mémoire	46
III.1. Justification du travail	46
III.1.1. Constatation de dysfonctionnements en pratique courante	46
III.1.2. Revue Bibliographique.....	52
a) Fiche issue de la circulaire N°DGOS/DGS/DSS/R4/MC3/2011/394 du 20 octobre 2011 (63)(62).....	52
b) Fiche élaborée par une équipe de gériatrie	55
c) Fiche de liaison découverte lors d'une enquête de proximité	63
III.2. Matériel et Méthode	67
III.2.1. Méthodologie Globale.....	67
III.2.2. Population.....	68
a) Les équipes de soins infirmiers des EHPAD	68
b) Les Médecins Généralistes	69
c) Les Médecins et Infirmiers des Centres Mémoire	69
III.2.3. Recrutement et méthodologie des entretiens libres exploratoires	70
a) Recrutement	70
b) Méthodologie de recueil des données	70

III.2.4. Recrutement et méthodologie des entretiens semi-directifs.....	70
a) Recrutement	70
b) Méthodologie de recueil et d'analyse des données.....	71
III.3. Résultats	75
III.3.1. Résultats de la pré-enquête exploratoire par entretiens libres.....	75
a) Les CM de Joeuf et Marange-Silvange.....	75
b) L'EHPAD de Sainte-Marie-aux-Chênes.....	75
c) Les médecins généralistes	76
III.3.2. Fiche de liaison provisoire ou « Béta » intégrée au logiciel osiris® (figure 5) ...	78
III.3.3 Résultats d'analyse des entretiens semi-directifs	84
a) Entretiens (Annexe)	84
b) Profils.....	84
c) Présentation des thèmes et sous-thèmes.....	89
d) Résultats du sous-thème « Contenu » (Thème Fiche)	91
e) Résultats du sous-thème « Fonctionnement » (Thème Fiche)	102
f) Résultats du sous-thème « Forme et Présentation » (Thème Fiche).....	107
g) Résultats du sous-thème « Critiques » (Thème Fiche)	108
h) Résultats du sous-thème « Dysfonctionnements » (Thème Communication).....	114
i) Résultats du sous-thème « Vecteurs de synergie et de coordination » (Thème Communication).....	118
j) Résultats du sous-thème « Ressenti autour du patient » (Thème Ressenti).....	122
k) Résultats du sous-thème « Ressenti autour du rôle de l'EHPAD dans le suivi du patient institutionnalisé » (Thème Ressenti)	124
l) Résultats du sous-thème « Ressenti autour du rôle de la Consultation Mémoire dans le suivi du patient institutionnalisé » (Thème Ressenti)	128
m) Résultats du sous-thème « Ressenti autour du rôle du Médecin Traitant dans le suivi du patient institutionnalisé » (Thème Ressenti)	132

IV. Discussion	135
IV.1. Autour de la méthode	135
IV.2. Autour des hypothèses initiales à la base de ce projet	136
IV.3. Autour du contenu de la fiche	137
IV.3.1. Troubles du comportement «perturbateurs»	137
IV.3.2. Informations pour une première consultation	144
IV.3.3. Evènements intercurrents	144
IV.3.4. Antécédents	145
IV.3.5. Troubles du sommeil.....	145
IV.3.6. Chutes.....	145
IV.3.7. Intégration dans la vie à l’EHPAD et bouleversements de la vie sociale	145
IV.3.8. Autonomie et évaluation de la fragilité gériatrique	146
IV.3.9. Item administratif.....	148
IV.3.10. Item Médecin Traitant.....	148
IV.3.11. Retour d’information.....	148
IV.4. Réalisation de la fiche de liaison finale	149
IV.5. Autour du mode de présentation de la fiche au MT et autour de la communication IDE-MT	156
IV.6. Autour de la diffusion et de la présentation de la fiche aux professionnels.....	157
IV.6.1. Vers les Infirmier(e)s	157
IV.6.2. Vers les Médecins Traitants	161
IV.6.3. Vers les EHPAD du groupe SOS-Hospitalor.....	161
V. Conclusion.....	162
VI. Annexes.....	164
VI.1. Entretiens IDE.....	164
VI.1.1. IDE 1	164

VI.1.2. IDE 2	169
VI.1.3. IDE 3	175
VI.1.4. IDE 4	177
VI.1.5. IDE 5	180
VI.1.6. IDE 6	183
VI.2. Entretiens Médecins Traitants	186
VI.2.1. Médecin 1 (M1)	186
VI.2.2. Médecin 2 (M2)	189
VI.2.3. Médecin 3 (M3)	192
VI.2.4. Médecin 4 (M4)	195
VI.2.5. Médecin 5 (M5)	197
VI.2.6. Médecin 6 (M6)	200
VI.2.7. Médecin 7 (M7)	202
VI.3. Entretiens Consultation Mémoire	204
VI.3.1. Consultation Mémoire 1 (CM1).....	204
VI.3.2. Consultation Mémoire 2 (CM2).....	207
VI.3.3. Consultation Mémoire 3 et 4 (CM3, CM4).....	212
VI.3.4. Consultation Mémoire 5 (CM5).....	220
 Liste des Abréviations	 225
 Tables des illustrations	 228
Tableaux	228
Figures	230
 Bibliographie	 231

I. Introduction

La maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées (MA)(1)(2) demeurent au cœur de l'actualité et des différents plans de Santé Publique.

Au niveau planétaire, l'Organisation Mondiale de La Santé (OMS) a dévoilé son plan d'action globale pour la santé mentale 2013-2020 (3) incluant dans son programme la MA en se basant notamment sur l'ouvrage « *Dementia : a public health priority* »(4). Au niveau continental, le projet ALCOVE (5) comparant les différentes modalités et habitudes de prise en charge des états membres a permis d'établir une cinquantaine de recommandations de bonnes pratiques. Enfin, au niveau hexagonal, l'année 2013 a été marquée par la publication du rapport d'évaluation du troisième plan Alzheimer 2008-2012, par les Professeurs Joël ANKRI et Christine VAN BROECKHOVEN (6).

On retrouve en commun à ces trois projets la volonté de poursuivre de grandes séries épidémiologiques et de recherche nécessitant d'importants échantillons à l'image de la cohorte MEMENTO (7) associée à l'incitation et à la multiplication des actions locales pluridisciplinaires de dépistages, de diagnostics précoces, d'aides, ou de traitements non médicamenteux. Les objectifs sont multiples et peuvent même apparaître comme hétéroclites. Néanmoins, on peut s'apercevoir que les ingrédients requis sont souvent les mêmes : une qualité de l'information transmise associée à une volonté de développer une synergie de moyens humains et techniques autour du malade.

Ce volontarisme affiché vient se heurter à certaines réalités de terrain. Ainsi, les rapporteurs du troisième plan Alzheimer (6) constatent une faible implication des Médecins Traitants (MT) dans la coordination du parcours de soins et du dispositif de Consultation Mémoire, alors même qu'ils demeurent le premier recours du patient âgé et qu'ils bénéficient d'un statut juridique adapté (8). Ce constat soulève certaines interrogations. L'organisation du système de santé en France donne-t-elle les moyens aux MT de s'impliquer davantage? Est-ce que la coordination entre les Centres Mémoire et les médecins traitants est toujours optimale? Manifestement non, puisque ces difficultés ont abouti à la recommandation n° 28:« renforcer les liens entre les médecins traitants, les Consultations Mémoire et les dispositifs d'intégration d'aides et de soins (MAIA) ».

C'est donc dans ce contexte d'incitation à la coordination et à la communication entre professionnels, que nous nous sommes plongés dans un travail de réflexion afin de déterminer si, à notre échelle, des actions concrètes étaient envisageables. Notre attention s'est ainsi portée vers la réalisation d'une fiche de liaison entre les Médecins Traitants, les Établissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) et les Centres Mémoire (CM) de notre secteur d'activité.

Dans une première partie, nous présenterons le contexte démographique, épidémiologique et social actuel autour des démences, ainsi que les recommandations en matière de dépistage, diagnostic, projet de soins et de suivi. Nous essaierons de centrer ces rappels autour de la pratique courante du médecin généraliste et du cheminement du patient du domicile à l'EHPAD, cadre notre étude.

Dans un second temps, nous dévoilerons spécifiquement notre travail avec notamment sa justification, sa problématique, la méthodologie et le cadre d'étude retenus, pour finir avec la présentation des résultats.

Enfin, dans une troisième partie nous aborderons la discussion autour des options finalement retenues.

II. Prérequis concernant les patients atteints de la Maladie d'Alzheimer ou apparentée

II.1. Contexte démographique, sociologique et épidémiologique

L'OMS et la plupart des auteurs qualifient les démences comme les maladies du XXIème siècle. Les estimations basées sur les modèles démographiques actuels tablent sur une augmentation continue du nombre des malades. On devrait ainsi passer au niveau mondial de 35,6 millions en 2010 à 112,4 millions de sujets en 2050, avec pour principaux pays touchés, la Chine et l'Inde (4).

En France l'espérance de vie à la naissance atteint, en 2012, 78,4 ans pour les hommes et 84,4 ans pour les femmes. On comptabilise aujourd'hui plus de 11 millions de nos concitoyens âgés de plus de 65 ans, définis comme « seniors », et plus de 3,5 millions âgés de 80 ans, ayant accédé au « grand âge » (9). Il s'agit toutefois d'une population d'une extrême diversité. Les sociologues définissent plusieurs profils allant du « Boomers Bohêmes », soit les nouveaux seniors qui portent la modernité et refusent la norme du vieillir, jusqu'au « Senior Fragilisé » par la dépendance mentale, physique ou économique, aboutissant au concept de vulnérabilité et à l'entrée dans la sphère gériatrique. L'état civil n'étant finalement qu'un critère parmi d'autres au sein de l'Evaluation Gériatrique Standardisée (10).

Ce vieillissement de la population a placé le précepte de « bien vieillir » au centre des aspirations de notre société comme en témoigne la mise en place d'un plan national en 2007-2009 (11). En conséquence, les troubles cognitifs véhiculent une image sociale très négative et stigmatisante. L'étude INPES de 2008 intitulée « Le regard porté sur la Maladie d'Alzheimer » (12) montre que la MA est la troisième maladie jugée la plus grave par les personnes interrogées (derrière le cancer et le sida) et la troisième maladie la plus crainte devant le cancer et les accidents de la circulation. Les clichés retrouvés dans l'opinion sont ceux de patients à des stades avancés perdant leur personnalité, déshumanisés, représentant une fin de vie indigne.

Sur le plan épidémiologique, on peut citer parmi les études de référence, le suivi de la cohorte PAQUID (13) qui a débuté en 1998 en France pour suivre une population de plus de 3000 personnes sur maintenant 15 ans, ou encore une étude coopérative européenne regroupant 11 cohortes (14).

Selon leurs résultats, on peut évaluer aux environs de 850 000 le nombre de patients atteints de troubles cognitifs, chiffre correspondant à une estimation théorique. En effet, le nombre de patients recensés à ce jour par l'Assurance Maladie tourne autour de 500 000 via les déclarations d'Affection de Longue Durée (ALD) (15). Ce décalage est a priori lié à la nature même de l'évolution naturelle des démences. Le diagnostic est souvent évoqué tardivement, avec un décalage en général de 7 à 10 ans entre le début de la maladie et les premières doléances, puis un deuxième retard de 24 mois entre les premiers symptômes et le diagnostic, le *Mini Mental State Examination* (MMSE) moyen étant à ce moment à 19/30 (13). Les formes mineures de la maladie demeurent sous diagnostiquées en particulier en maison de retraite (16) un problème parmi d'autres pointés par le rapport d'évaluation du plan Alzheimer 2008-2012 de juin 2013.

Il convient de signaler que ces cohortes ont permis d'évoquer une prévalence et une incidence corrélées à l'âge. Mais cette relation est à pondérer par des biais. Tout d'abord par un biais statistique vu le nombre moindre de patients de grand âge inclus, et également par un biais conceptuel, le déclin et les troubles cognitifs pouvant être assimilés au phénomène de vieillissement naturel. Il est toutefois admis en France une prévalence pour les démences qui passe de 1,2 % entre 65 et 69 ans à 28,5 % après 90 ans. On évalue à 140 000 le nombre de nouveaux cas par an dont 100 000 patients atteints de la MA.

Un des principaux enseignements des études de cohorte type PAQUID est la confirmation de l'existence de facteurs de risque de développer une MA ou apparentée (15) : l'âge avancé, le sexe féminin, une consommation de benzodiazépines, un syndrome dépressif, ou encore un faible niveau d'enseignement et un isolement social. Ces constats rejoignent et définissent le concept de réserve cognitive (17) correspondant à la capacité qu'ont les individus à résister aux dommages cérébraux et à retarder l'impact clinique des maladies neurodégénératives.

Les maisons de retraite participent également à des études épidémiologiques. L'étude PLEIAD au sein de 300 EHPAD et concernant 3000 résidents (18) met en évidence 51% des résidents diagnostiqués MA ou apparentés.

Ce chiffre pouvant même être majoré à 60 % selon certains auteurs anglo-saxons (19) voire 80%, compte tenu du nombre de patients non diagnostiqués (16) (20).

L'étude PLEIAD a également précisé que 76 % des patients atteints de la MA recevaient un traitement psychotrope avec des troubles du comportement plus fréquents (73%) et une dépendance plus lourde que les autres résidents. Ces statistiques permettent d'appréhender le volume de recrutement de patients en termes de suivi mémoire et de troubles comportementaux.

Sur le plan économique, le coût global des démences est en progression constante. On estime la charge financière actuellement à 1% par an du produit intérieur brut (PIB) et devant s'étendre à 3% dans les 20 ans à venir pour les pays d'Europe de l'Ouest. Il s'agit déjà actuellement de la maladie la plus onéreuse à traiter. Les autorités françaises ont donc logiquement financé plusieurs plans de lutte contre la maladie, le dernier à hauteur de 1,6 milliards d'euros, afin d'améliorer l'ensemble de la prise en charge et d'en limiter l'impact futur sur l'ensemble de notre société.

La Maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées s'érigent donc en priorité de Santé Publique en associant une réalité clinique actuelle sous-estimée à des perspectives d'avenir anxiogènes. De nombreuses problématiques sociétales sont soulevées par ces maladies : démographie, place et dignité du sujet âgé, mise en valeur et soutien de l'aidant, financement des soins et de la recherche, organisation du système de soins et place du médecin traitant au décours de l'évolution de la maladie...

II.2. Rappel des recommandations essentielles concernant : les critères diagnostiques, le dispositif d'annonce, le projet de soins et de suivi

II.2.1. Dépistage et démarche diagnostique

L'objectif de la mesure 8 du plan Alzheimer 2008-2012 (7) était d'améliorer les conditions permettant l'annonce du diagnostic et l'accompagnement du patient et de son entourage dans toutes les phases de la maladie.

La Haute Autorité de Santé a élaboré des recommandations de bonne pratique portant sur le diagnostic et la prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées (21), l'annonce et l'accompagnement du diagnostic (22), la prise en charge des troubles du comportement (23) et de la confusion aiguë, ainsi que sur le suivi médical des aidants naturels (24). L'ANESM a également défini des bonnes pratiques autour de l'accompagnement en établissement médico-social (25).

Les critères de diagnostic classiquement admis sont ceux du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV (DSM IV) (26) et ceux du National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke and the Alzheimer's Disease and Related Disorders Association (27) (NINCDS-ADRDA). Ils s'articulent globalement autour d'une apparition de déficits cognitifs multiples à début progressif et continu avec perturbation des activités de la vie quotidienne, et de la présence de troubles du comportement avec exclusion formelle au bilan d'autre pathologie dépressive ou neurologique.

Le protocole de dépistage et de diagnostic est très bien encadré par les recommandations HAS. La phase de dépistage se doit d'être précoce dès la première plainte mnésique du patient ou de son entourage. Le médecin de premier recours a ainsi la possibilité de réaliser un test de dépistage rapide comprenant une évaluation des activités de la vie quotidienne (IADL simplifiée) et une évaluation cognitive globale où seul le MMSE découle d'une recommandation officielle. Cette action de dépistage bénéficie d'une cotation spécifique ALQP006 à 69,12 euros selon la tarification de la Sécurité Sociale.

Le médecin généraliste peut compléter le bilan initial par un interrogatoire détaillé associé à un examen clinique complet, un bilan biologique systématique et une imagerie cérébrale type IRM de séquence T1, T2, T2* et FLAIR permettant de visualiser la région hippocampique. En cas de déclin cognitif confirmé et d'absence de pathologie évolutive somatique expliquant le tableau, le médecin traitant orientera le patient vers un spécialiste gériatre, psychiatre ou neurologue pour débiter le bilan étiologique.

Le travail de l'équipe de Consultation Mémoire se déroule en général en plusieurs temps. Le premier temps comporte une évaluation fonctionnelle détaillée : les échelles *Instrumental Activities of Daily Living* (IADL), *Activities of Daily Living* (ADL), *Disability Assessment for Dementia* (DAD) font partie des recommandations.

Le deuxième temps correspond à une évaluation psychique avec réalisation du score *Gériatric Depression Scale* (GDS) pour rechercher des troubles de l'humeur, des troubles du comportement avec le *Neuropsychiatric Inventory* (NPI) ou l'échelle de dysfonctionnement frontal (EDF).

Le temps suivant est marqué par la réalisation de tests neuropsychologiques dont l'organisation est propre à chaque équipe et orientés selon le profil du malade. Enfin, le bilan peut être complété par des examens paracliniques adaptés (imagerie fonctionnelle cérébrale, étude du LCR, analyse génétique...), l'objectif étant d'établir un diagnostic. On retrouve par ordre de fréquence : la Maladie d'Alzheimer, la Démence Vasculaire et mixte, la Démence à corps de Lewy et associée à la Maladie de Parkinson, et la Dégénérescence lobaire fronto-temporale.

Il n'existe pas réellement de système de classification de la sévérité d'une démence selon les recommandations HAS, mais il est d'usage en France de corrélérer une gravité à l'évolution du score MMSE (28) : un score supérieur à 24 définit une démence très légère, compris entre 19 et 24 une démence légère, entre 10 et 18 une démence modérée et un score inférieur à 10 une démence sévère.

II.2.2. Dispositif d'annonce

A l'image d'autres maladies graves notamment oncologiques, la MA bénéficie de règles de bonnes pratiques concernant les modalités d'annonce. Elle doit s'effectuer en respectant l'ensemble des droits du malade régis par les lois dites de Bioéthique de 2002 (29) et sous couvert du respect du Code de Déontologie Médicale.

Il est ainsi d'usage que ce soit le médecin spécialiste qui, après avoir établi à l'aide d'arguments forts le diagnostic, rencontre le malade au cours d'une consultation dédiée dans des conditions matérielles adaptées. Le secret médical se doit d'être respecté avec une annonce réservée au patient qui, en cas de difficultés de compréhension, peut être assisté de « sa personne de confiance ».

Afin d'éviter d'éventuelles conséquences néfastes sur la future prise en charge ou une annonce perçue comme trop traumatisante, il convient au médecin d'évaluer le contexte socio-affectif du malade, sa personnalité, sa fragilité, ou encore sa perception de ses troubles et de la maladie.

Il s'agit d'un exercice difficile où le médecin doit faire preuve d'adaptation pour obtenir le bon compromis entre, d'une part, son obligation d'informer pour obtenir le consentement éclairé et, d'autre part, le respect des limites et des mécanismes de protection exprimés par le patient. Il s'agit d'un temps essentiel à la prise en charge. L'information peut être répétée et le patient revu rapidement après la consultation. Cette consultation d'annonce doit comporter la mise en place d'un projet de soins personnalisés afin d'offrir des perspectives de traitements, de suivi et de soutien pour le malade et sa famille.

Il est recommandé que le médecin traitant soit informé par courrier de l'annonce avec, si possible, une transcription précise des termes employés. Son rôle sera d'explicitier le message du spécialiste qui a commencé à annoncer la maladie, de débiter le suivi et de permettre l'ensemble de la coordination des différents aspects du projet de soins.

Cette consultation d'annonce a un caractère un peu systématique et obligatoire qu'il convient d'adapter à chaque cas. Comme le disait Michael Balint « Le patient n'est pas toujours disponible au moment où le médecin le voudrait, de même que le médecin n'est pas forcément non plus disponible au moment où le patient le souhaite ». L'annonce peut être perturbée par cela. Le médecin traitant a souvent un rôle de réannonce qu'il pourra faire au gré des questions posées, du cheminement du patient et de son entourage. S'inscrivant dans la durée, il peut patiemment, au rythme du malade et de sa famille, apporter les éléments permettant le consentement éclairé et un suivi adapté.

Il est à souhaiter que les premières consultations soient effectuées par des médecins ou des psychologues rompus à cet exercice, aptes à prendre en charge le patient dans sa globalité, et que cela ne soit pas délégué comme parfois en oncologie, à des infirmiers qui n'ont pas une vision aussi globale de la prise en charge du patient sous tous ses aspects. Au niveau administratif, il convient à ce moment pour le généraliste de demander pour son patient une prise en charge d'Affection de Longue Durée (ALD-15)(30) et de proposer au patient « la carte d'information Alzheimer ». Sa connaissance de la vie familiale du patient permet aussi de dégager les aidants naturels, d'identifier la personne de confiance et d'anticiper d'éventuelles mesures de protection.

II.2.3. Projet de soins

Le plan de soins et d'aides comprend en fonction de la clinique et de la situation sociale :

a) Les éventuels traitements médicamenteux symptomatiques spécifiques

La prescription initiale d'inhibiteurs de la cholinestérase (donépézil, galantamine, rivastigmine) ou antiglutamates (mémantine) est réservée à un spécialiste ou médecin généraliste titulaire d'une capacité de gériatrie. Ces médicaments bénéficient de nombreuses études d'évaluation. Il n'existe pas de consensus sur leur usage systématique. Toutefois, pour les patients répondeurs pour lesquels le traitement a été instauré à un stade modéré, on observe, par exemple dans l'étude Tariot (31), un ralentissement de la progression de la maladie à court terme. Par ailleurs, l'étude Domino (32) plaide pour un déclin plus lent sur le plan fonctionnel et de l'autonomie lors d'un maintien du traitement par rapport à un placebo. Ces thérapeutiques nécessitent donc une réévaluation régulière du rapport bénéfice-risque et de la tolérance comme décrit par la Commission de transparence de la HAS de 2011 (33).

A signaler sur le versant médicamenteux que la mesure 15 du plan Alzheimer 2008-2012 a abouti à des recommandations de bonnes pratiques concernant les neuroleptiques ou les psychotropes en général (34) (35). En effet en France, les malades Alzheimer sont 6 fois plus exposés aux neuroleptiques que la population du même âge, selon l'indicateur national d'alerte iatrogénique mis en place depuis 2008. L'efficacité des neuroleptiques pour traiter ou prévenir les troubles du comportement est faible (10-20 % d'efficacité). Les neuroleptiques sont indiqués pour traiter les psychoses et syndromes délirants avérés. Chez ces patients fragiles, les neuroleptiques, qu'ils soient typiques ou atypiques, sont à l'origine d'effets indésirables fréquents et/ou très sévères: sédation diurne excessive perturbant échanges et qualité de vie au quotidien, troubles de la marche avec risque de chutes (+ 8 %), survenue d'accidents vasculaires cérébraux (+ 1,8 %), et décès (+ 1 %).

L'arrêt des neuroleptiques est possible, sans phénomène de rebond, de rechute ni de manque dans la plupart des cas. Cet arrêt ne nécessite pas de modalités particulières, ni de doses dégressives.

Les thérapeutiques non médicamenteuses dans un contexte d'échanges entre Médecins Traitants, Soignants et Centres Mémoire sont à privilégier autour de ces patients qui nécessitent une prise en charge personnalisée.

b) Les interventions non médicamenteuses

Les interventions non médicamenteuses sont recommandées mais peu d'études ont prouvé leur efficacité. Toutefois, nous pouvons citer une étude en cours, ETNA3 (36), évaluant l'efficacité à long terme de 3 thérapies non médicamenteuses (stimulation cognitive, thérapie par réminiscence et programme de prise en charge individuel) et dont les résultats devraient être publiés prochainement.

Le plan Alzheimer 2008-2012 (7) par sa mesure n°6 avait mis en place pour les malades atteints d'une démence peu sévère des équipes pluridisciplinaires spécialisées Alzheimer (ESA) rattachées à des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ou des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD). Les rapporteurs du plan ont confirmé l'intérêt de ces structures et proposé l'extension des possibilités de recours à des ergothérapeutes et psychomotriciens à tous les SSIAD (proposition 10). L'intervention de ces professionnels, au domicile du patient, est limitée à 13 visites par an. Les EHPAD sont parfois considérées comme le domicile du patient mais pas dans ce cadre. Ces équipes ne peuvent y intervenir sous prétexte que les EHPAD sont normalement aptes à fournir des prestations identiques. Ce n'est malheureusement pas toujours le cas.

Quoi qu'il en soit, ces intervenants ont pour objectifs de stimuler la mémoire des patients et aussi de former les aidants (familiaux ou professionnels) à l'utilisation d'outils spécifiques: jeux d'observation, ... On peut ainsi espérer une continuité dans la stimulation des patients par les différents aidants gravitant autour de lui. Le recours à d'autres spécialistes tels que psychologues, psychiatres, kinésithérapeutes ou orthophonistes est totalement justifié selon le contexte du domicile ou de l'institution, après prescription du Médecin Traitant.

Les orthophonistes, les kinésithérapeutes et les médecins sont des professionnels libéraux pouvant intervenir en EHPAD ou à domicile dans le cadre de la maladie d'Alzheimer. Les orthophonistes peuvent participer à la stimulation et au maintien des capacités existantes. Les kinésithérapeutes font de même en participant au maintien d'une certaine activité physique, à la prévention de l'ankylose et des douleurs.

Le but de ces interventions est de maintenir le plus longtemps possible l'autonomie physique et psychique des patients afin de retarder l'apparition d'une grabatisation.

La musicothérapie, l'aromathérapie, la luminothérapie, la stimulation neurosensorielle, les massages, ou d'autres initiatives type jardin thérapeutique, ont toutes leur place dans le cadre d'activités de groupes au sein d'associations ou d'établissements de santé.

Leur mise en place est malheureusement conditionnée par les moyens humains et financiers dont disposent les structures.

c) La prise en charge des comorbidités et des facteurs de risque

N'importe quelle pathologie somatique déséquilibrée peut aboutir à une aggravation des troubles cognitifs et à une majoration des troubles du comportement. Le rôle du Médecin Traitant est primordial chez ces patients polypathologiques et polymédicamentés. Devant la complexité et la lourdeur de ces consultations, les syndicats médicaux ont obtenu de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) la création d'une visite spécifique. Le contenu de cette visite a été précisé et doit se faire en présence de l'aidant principal. Elle peut se faire à domicile ou en EHPAD, en général une fois par an seulement.

Elle peut toutefois être répétée si l'état de santé du patient se dégrade. Elle demande l'évaluation de la dépendance, du projet de soin, de l'évaluation de l'état de santé de l'aidant. Sa cotation est visite longue VL (46 euros) + MD (déplacement 10 euros) + IK (Indemnités Kilométriques) si besoin. Ces visites longues peuvent être réalisées dans le cadre de toute maladie neurodégénérative, donc pas seulement dans le cadre de la maladie d'Alzheimer.

d) Le soutien des aidants naturels

Il est recommandé par la HAS de réaliser une consultation annuelle pour l'aidant principal. Encore une fois ce rôle est dédié à la médecine générale, l'attention du Médecin Traitant devant alors se porter sur l'état physique, l'état nutritionnel, l'autonomie globale et surtout l'état psychique de la personne ressource (24).

Le but est ainsi de s'assurer d'une bonne adéquation entre les possibilités de l'aidant et les besoins du malade ainsi que des moyens de mise en œuvre.

En cas de souffrance détectée chez l'aidant, les échelles de fardeau type *Mini-Zarit*, le GDS ou d'autoévaluation de la dépression type échelle de Beck sont indiquées. Le médecin généraliste peut valoriser le temps d'écoute. Il existe une cotation ALQP003 à 69,12 euros pour test d'évaluation d'une dépression.

e) L'orientation vers les services sociaux, mise en place des aides, des financements

De fréquentes questions sont posées par le malade ou sa famille au médecin généraliste concernant le parcours médico-social. Il est important que le médecin traitant soit capable de conseiller aux patients et aux aidants d'avoir recours aux services sociaux, aux associations de malades, aux groupes de soutiens ou de bénévoles. Cette tâche de pratique quotidienne fait partie du projet personnalisé de soins et peut s'étendre à l'ensemble des patients âgés dépendants.

Nous l'avons vu précédemment, on retrouve parmi les critères diagnostiques NINCDS-ADRDA la perturbation des activités de la vie quotidienne (27). Pour les patients de plus de 60 ans résidant en France il est donc indiqué, si cela n'a pas été fait en Consultation Mémoire, de réaliser rapidement une évaluation de la dépendance en vue d'une éventuelle éligibilité à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Cette allocation est la clé de voute de l'accès à l'aide au financement des diverses aides. Il s'agit d'un plan d'aide financé et piloté par le Conseil Général (37) qui peut couvrir de multiples prestations au domicile. (heures d'aide, de garde à domicile effectuées par une tierce personne, d'un service de portage de repas, d'une téléalarme (37).

Le patient et sa famille peuvent retirer le dossier de demande auprès de leur médecin ou dans de nombreuses structures : Conseil Général, Mairie, Centres médico-sociaux (CMS), Caisses Centrales d'Action Sociale (CCAS), Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC), Mutuelles privées.

Le niveau de financement accordé est fonction du revenu du malade et de son stade de dépendance. Le dossier est soumis pour validation par un médecin du conseil général et nécessite le passage au domicile d'un membre de l'équipe médico-sociale. Les structures d'aide à domicile participent souvent à la mise en place de ces aides et au montage des dossiers.

La dépendance est évaluée à l'aide de la grille Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources (AGGIR) (38), échelle de référence. Elle permet de déterminer le Groupe Iso-Ressources (GIR) auquel appartient le patient. Le GIR est coté de 1 (dépendance extrême) à 6 (autonomie). Les patients ayant un GIR de 1 à 4 peuvent prétendre à l'APA. Les patients ayant un GIR 5 ou 6 doivent trouver d'autres organismes pouvant prendre en charge certains frais liés à la dépendance comme les caisses de retraites et le Conseil Général pour un service d'aide-ménagère. A signaler que l'APA est également active pour le financement d'une partie d'un hébergement temporaire ou permanent en EHPAD.

En parallèle, il est fréquent que le médecin traitant ait à établir un certificat médical dans le cadre du dossier destiné à la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH). Ce certificat permet au patient dépendant d'obtenir une carte d'invalidité.

Cette carte accorde une priorité d'accès au stationnement et dans les transports en commun. Elle permet également de bénéficier d'avantages fiscaux. Il est bon d'ailleurs de rappeler au patient et aux aidants les possibilités d'exonération fiscale de certains frais de dépendance et les aides sociales spécifiques mises en place par certaines communes ou cantons.

f) L'orientation vers les réseaux locaux et les associations de malades

Ces dernières années, les réseaux de proximité de gériatrie se sont fortement développés. Le Plan Alzheimer 2008-2012 avec ses mesures 11 et 13, « implanter » et « renforcer » les activités des Centres Mémoire de proximité, a contribué à cet essor. Chaque réseau est différent mais il est globalement possible d'identifier un schéma récurrent de fonctionnement.

A la base du système, on retrouve un ou deux hôpitaux « Référent » possédant en général une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD), un service de soins de suite et réadaptation (SSR) avec des lits d'unité cognitivo-comportementale (UCC), une unité de soins de longue durée (USLD), une Consultation Mémoire (CM), voire une unité d'hébergement renforcé (UHR). Il était d'usage jusqu'à présent que ces hôpitaux fournissent le support logistique à ces réseaux (secrétariat, locaux de réunion ...). Il se greffe à ces hôpitaux des SSIAD partenaires, des professions paramédicales type psychologue ou orthophoniste, des travailleurs sociaux, des associations de malade, des EHPAD, des organismes professionnels d'aide à domicile, des médecins généralistes. Le but étant de favoriser la coordination, l'anticipation et la réactivité autour des malades fragiles et dépendants.

On peut citer sur notre secteur d'activité : le réseau Maill'age autour du Centre Hospitalier de Briey, le réseau Lorraine Géronto-nord s'appuyant sur les hôpitaux de Thionville ou encore le réseau Rege2m pour Metz Campagne.

Ces réseaux sont actuellement en pleine restructuration et réorganisation. L'avenir est apparemment vers les réseaux territoriaux proposant une plateforme unique d'accueil centralisant des demandes concernant les problèmes de dépendance mais aussi d'autres thématiques (addiction, obésité, ...). Les conseils généraux mettent également en place des outils (MAIA, attentum, ...) qui vont certainement être pris en compte et demanderont des réorganisations, des coopérations, ... car les financements ne sont pas extensibles.

En ce qui concerne les associations de malades, on trouve de nombreuses références sur le site de l'association France Alzheimer.

g) L'orientation vers les structures de répit

L'objectif n°1 du plan 2008-2012 était d'augmenter et diversifier les structures de répit au niveau accueil temporaire mais surtout de jour. Encore une fois, le Médecin Traitant, en association avec la famille, est sollicité dans la mise en place de ces soins : dossier médical d'admission, accord préalable pour transport VSL ou VP...

Les rapporteurs du plan signalent que 5248 places réservées Alzheimer en accueil de jour ont été créées, soit deux fois moins que ce qui avait été initialement prévu, mais le taux de remplissage reste faible. Le coût moyen par jour restant à la charge de la famille - 30€ - demeure élevé, malgré le recours possible à l'APA. D'autres obstacles sont relevés : le manque de lisibilité de l'offre sur le territoire, un dispositif peu connu par les professionnels libéraux, le sentiment de culpabilité des aidants, la réticence de personnes âgées à sortir de leur domicile, l'appréhension que peut susciter l'accueil de jour lorsqu'il est implanté en EHPAD. Pour lutter contre ces deux derniers freins psychologiques, la formule d'accueil de jour itinérant se développe, principalement en zone rurale.

Du côté de l'accueil temporaire, le bilan est mitigé pour les mêmes raisons. Il y apparaît, en plus d'un taux d'occupation faible, des grandes irrégularités d'activités. En effet, une surcharge de demandes pendant les vacances et des activités minimales pour le reste de l'année, provoquent des réserves légitimes des établissements.

Cet échec relatif d'une des mesures phares du plan 2008-2012 a abouti à la formulation de la proposition n°15 des rapporteurs : « Inscrire les accueils de jour dans des filières gérontologiques locales (médecins généralistes, services de soins infirmiers à domicile, EHPAD, hôpital...) ».

h) Orientation et gestion des cas complexes : les MAIA

La mesure 4 du plan Alzheimer 2008-2012 consistait en l'élaboration d'un « guichet unique » pour le malade « complexe » afin d'intégrer et faciliter l'action des intervenants sur le plan social, médical, paramédical et administratif, derrière un gestionnaire de cas unique.

Ces structures sont nommées Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des personnes malades d'Alzheimer (MAIA).

Les rapporteurs du plan sont équivoques sur le fait que cette dénomination est trompeuse et maladroite. En effet, il ne s'agit pas d'une structure « en dur » mais bien d'une mission, d'un service spécifique. En Moselle, la MAIA se trouve ainsi au sein du Conseil Général de Moselle à Metz. Concrètement, le médecin traitant peut solliciter par téléphone le gestionnaire de cas qui prend les premières informations et transmet une grille de complexité à remplir par le professionnel. Le médecin Pilote de la MAIA prendra connaissance des informations suite au retour de la fiche, pour ensuite déclencher, via le gestionnaire de cas, une réponse adaptée à la situation en faisant intervenir les différents professionnels concernés.

Il s'agit donc surtout d'un service de recours pour le professionnel en cas « d'impasse », la famille ne peut contacter directement la MAIA. Ce type de situation d'échec doit être évité en favorisant l'anticipation en terme d'adaptation des aides et parfois en terme d'hébergement en établissement médico-social. Le problème est le délai de réponse de ces structures qui n'est pas suffisamment rapide pour permettre la prise en charge en urgence, ni dans les délais qui sont ceux des patients et des médecins traitants.

II.2.4. Suivi du patient atteint de MA ou apparentée

a) Par le Médecin Traitant

En plus de l'adaptation du projet de soins en fonction des besoins, le suivi du patient atteint de MA bénéficie de recommandations précises selon la HAS (21).

Il est recommandé à chaque consultation de :

- Peser le patient et évaluer son état nutritionnel
- Surveiller tension artérielle et rythme cardiaque
- S'intéresser à toutes les comorbidités
- Évaluer l'observance, la tolérance

Il existe une recommandation officielle concernant la fréquence des visites de renouvellement ou de contrôle simple avec, au maximum, trois mois d'intervalle. Toutefois, il est possible de réaliser à chaque aggravation du tableau clinique ou deux fois par an, une consultation de longue durée de réévaluation globale. Cet acte peut se dérouler au cabinet ou en visite avec une cotation « test d'évaluation cognitif » ALQP006 ou lors d'une visite à domicile bénéficiant de la cotation « visite longue » (VL+MD+IK).

En plus des recommandations suscitées, il est indiqué à ce moment pour le médecin traitant d'évaluer :

- l'existence de chutes et le risque de chute avec, par exemple, des tests validés type test «Up and Go» sur 5 mètres, test de poussée sternale, appui unipodal

- l'observance, les complications iatrogènes, la prise de médicaments non prescrits

- l'évolution cognitive par le MMSE-les troubles du comportement avec, par exemple, l'échelle inventaire neuropsychiatrique (NPI) (39) (40) souvent utilisée sous forme simplifiée avec le NPI-ES (41) pour équipe soignante ou NPI-R pour « réduit » (42)

- une évaluation fonctionnelle des activités de base de la vie quotidienne avec les échelles Activities Daily Living de Katz (ADL) (43) (44) ou Instrumental Activities Daily Living de Lawton (IADL-E) (45) (46)

- une évaluation médicale des proches et aidants

- une évaluation sociale des besoins en protection juridique, les risques de la conduite automobile ou d'autres activités, le besoin de modification du plan d'aide APA...

Cette évaluation standardisée tous les 6 mois demande donc un investissement important du médecin généraliste en termes de préparation et de temps. Malgré les incitations financières et le volontarisme du plan 2008-2012, les rapporteurs constatent l'échec actuel de cette politique, le médecin traitant réalisant rarement ces évaluations standardisées lui-même. Dans la majorité des cas où un suivi est maintenu, il préfère recourir à l'avis d'une équipe spécialisée sous forme de Consultation Mémoire ou hospitalisation de jour. Plusieurs explications sont possibles: manque de formation des praticiens à l'utilisation des outils d'évaluation, méconnaissance de la pathologie démentielle et des prises en charge possibles, absence d'utilisation de la nomenclature. A côté des plans nationaux, la logique de l'assurance maladie l'incite à communiquer a minima sur la nomenclature qui peut être utilisée par les médecins généralistes.

La page internet de l'assurance maladie indique qu'il existe une nomenclature et permet d'y accéder. Un courrier est envoyé par les CPAM vers tous les praticiens à chaque changement de convention, de nomenclature, afin d'expliquer les conditions d'utilisation des nouvelles lettres clés ou tarifications. Les textes sont toutefois rébarbatifs et peu de médecins les utilisent si on s'en réfère aux statistiques des remboursements des soins.

A court terme, plus les praticiens de terrain utiliseront ces tarifications et plus les dépenses de prestations de soins augmenteront. Des sociétés savantes, des associations de formation continue, des syndicats, incitent toutefois les praticiens à s'y intéresser et mettent en place des outils de communication pour atteindre ce but. Les sites internet de ces structures permettent de retrouver des condensés des principaux actes utilisables en médecine générale et de leurs tarifications, des dépliants sont également édités et des formations sont organisées. L'idée principale est de valoriser le travail réalisé et d'améliorer la qualité des soins.

b) Par les Consultations Mémoire

Les Centres Mémoire (CM) ou les consultations libérales identifiées agréées sont soumis aux recommandations HAS (22) mais également à un cahier des charges et à des critères de qualité spécifiques mis en place par le plan Alzheimer 2008-2012. On retrouve ces obligations au sein de la circulaire DGOS/DGS/DSS/R4/MC3 n°2011-394 du 20 octobre 2011 (47).

Concernant le suivi en lui-même, la première mission des CM est de revoir de façon systématique le patient à 6 mois du diagnostic et de la titration d'un éventuel traitement pour l'ajuster si besoin. Le spécialiste se doit ensuite, en théorie, de réaliser une synthèse annuelle des suivis qui lui sont fournis (Médecin Généraliste, Psychologue, Orthophoniste...). Mais dans la réalité des faits, il s'agit d'établir une réévaluation standardisée de l'évolution du malade en compagnie de son aidant. Ces bilans prennent donc souvent la forme d'une hospitalisation de jour.

La circulaire DGOS/DGS/DSS/R4/MC3 n°2011-394 spécifie un grand nombre de critères de qualité définissant différents types de structures : un pôle de référence régional appelé Centre Mémoire de Ressources et de Recherches (CMRR), des Centres Mémoire de Proximité et des Consultations Libérales Labélisées. Nous ne rentrerons pas dans les spécificités de chacun. Néanmoins, certaines données sont intéressantes dans la perspective de notre projet d'amélioration de la transmission des informations entre professionnels.

En effet, la Banque Nationale Alzheimer (BNA) a été créée dans le cadre de la mesure 34 du Plan National Alzheimer 2008-2012. Elle a pour but de recueillir l'ensemble des actes pratiqués ainsi que certaines données épidémiologiques. Ce processus de recueil s'effectue sous la forme d'un Corpus d'Information Minima Alzheimer (CIMA)(48).

On retrouve parmi les informations à fournir des éléments concernant le patient : *état civil, mode de vie, niveau d'étude, caractéristiques de l'accompagnant, statut APA, statut ALD, mesure de protection, diagnostic, bilan d'intervention de personnel paramédical, projet de soins, MMSE, IADL, traitements pharmacologiques, effets indésirables, date d'entrée en institution, type de fin de suivi*. Ces éléments seront donc recherchés systématiquement par les équipes du Centre Mémoire. Ce rappel semble donc pertinent dans le cadre de l'identification des besoins des CM.

II.2.5. Critères d'hospitalisation

La HAS a affiché par ses règles de bonnes pratiques (21) une volonté de limiter l'hospitalisation en urgence dans le cas des patients présentant des troubles du comportement. Ainsi, on retrouve comme critères stricts d'hospitalisation via les urgences : l'existence d'une pathologie aiguë intercurrente grave engageant le pronostic vital ou fonctionnel, ou bien des troubles du comportement/état d'agitation provoquant la mise en danger de lui-même et/ou de son entourage.

L'ensemble des autres problématiques passent par une hospitalisation programmée : pathologie intercurrente nécessitant des examens complémentaires non réalisables en ambulatoire, environnement temporairement non favorable, problèmes comportementaux et confusion motivant des examens complémentaires ou tests d'évaluation.

Une hospitalisation justifiée devrait donc s'effectuer pour un séjour très court en gériatrie aiguë afin de bénéficier d'un plateau technique adapté, pour ensuite rapidement s'orienter vers un SSR muni d'une UCC qui adaptera le projet de soins et éventuellement l'hébergement. A la sortie, on peut envisager soit un retour au domicile simple avec plus ou moins anticipation d'un placement en EHPAD ou USLD, ou encore un changement d'unité au sein d'une même structure avec par exemple transfert en Unité d'Hébergement Renforcé (UHR).

La cible de ce message et la clé de voûte de ce projet de bonnes pratiques autour de l'hospitalisation des patients déments, demeurent donc le médecin généraliste. Il reste, de par son statut de premier recours et d'acteur de la permanence des soins, le premier exposé aux situations aiguës complexes. Néanmoins de nombreux obstacles sont à surmonter avant d'obtenir ce suivi optimal des patients. La connaissance par le médecin de la pathologie et des possibilités de prises en charge est essentielle. Le praticien impliqué doit également particulièrement cultiver sa relation avec le patient et la famille car toutes les phases de l'évolution de la maladie sont douloureuses, du diagnostic aux complications, et parfois l'anticipation voulue et proposée par le praticien est refusée par la famille ou les patients.

Les personnes qui entourent le patient sont également à impliquer dans la prise en charge car ils participent aux soins même s'ils n'ont pas officiellement le statut de soignants.

Leur avis est à prendre en compte car ils ont souvent à leur disposition des éléments dont le médecin peut ne pas avoir connaissance. Les aidants principaux, les auxiliaires de vie, les aides-soignants, les infirmières, ...peuvent apporter des éléments intéressants.

Prendre en compte ces éléments dans le courrier d'adressage et les transmettre à l'équipe de soins hospitalière ne peut qu'améliorer la prise en charge. Si des solutions sont proposées le maintien à domicile ou en structure n'en sera que facilité.

II.3. Organisation et objectif du projet de soins autour du patient institutionnalisé

II.3.1. Généralités autour des EHPAD

Lorsque la dépendance du patient atteint un stade où elle nécessite une surveillance continue et/ou des soins quotidiens trop lourds pour être assurés en ambulatoire, un placement en institution est requis. On retrouve différents types de structures accueillant plus d'un million de nos concitoyens. Les Maisons de Retraite non médicalisées et les foyers logements permettent surtout des aides de service à la personne et de vie en communauté sans service de soins continus.

Les USLD sont spécifiquement réservées aux personnes fortement dépendantes dont l'état de santé demande une surveillance médicale constante, des soins permanents et un suivi médical spécifique. Elles dépendent d'un centre hospitalier.

L'EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) est une maison de retraite médicalisée. Selon les rapports de l'ANESM, on recense environ 8000 établissements, avec pour les résidents, un âge moyen de 84,7 ans, et une prédominance féminine forte (70 %) (25) correspondant à leur présence dans la population générale des plus de 75 ans (9). Leur statut juridique correspond en général à un mode de fonctionnement privé à but non lucratif (85%) ou publique (15%) (49). Les EHPAD ont pour mission d'accueillir des personnes âgées de plus de 60 ans en perte d'autonomie et bénéficiant ou non d'une aide sociale.

Les prestations proposées par les EHPAD peuvent varier d'un établissement à un autre, certaines sont généralement présentes : un hébergement en chambre individuelle ou collective, un service de restauration, une blanchisserie, des activités de loisirs, une aide à la vie quotidienne par du personnel spécialisé dont la présence est assurée 24 h/24, une surveillance médicale des soins assurée en continu par du personnel médical (infirmier, aide-soignant, médecin coordinateur...). Des structures importantes peuvent aussi faire appel à des médecins généralistes salariés, ceux-ci deviennent alors les médecins traitants des résidents. Depuis les années 80, certains établissements ont développé des « Cantou » (Centre d'Animation Naturel Tiré d'Occupations Utiles). Ces structures faussement appelées « unité Alzheimer » selon les critères du plan 2008-2012, correspondent en général à des espaces aménagés pour éviter les chutes et les accidents, associés à des ateliers d'occupations adaptées.

Les mesures 1, 15 et 16 du plan Alzheimer 2008-2012 ont proposé la création au sein des EHPAD de structures spécifiques à la prise en charge des patients déments. Elles sont communément appelées « unité Alzheimer ». Elles sont différentes des hébergements de jour ou des hébergements temporaires où les activités proposées tiennent plus de l'animation et de l'occupationnel.

On retrouve deux types d'« unité Alzheimer » (7):

a) Les Pôles d'Activités et de Soins Adaptés (PASA)

L'EHPAD doit disposer d'une file active d'au moins 20 malades éligibles parmi les résidents hébergés. Un malade éligible doit : être mobile et capable de se déplacer seul, avoir été diagnostiqué maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée, présenter des troubles du comportement modérés mesurés par l'échelle NPI-ES, porter atteinte à la sécurité et à la qualité de vie de sa personne et des autres résidents à une fréquence d'au moins une fois par semaine. Selon les rapporteurs du plan, on compte environ 800 PASA actuellement en France, le personnel spécialisé et formé spécifiquement y exerce uniquement en journée.

b) Les Unités d'Hébergement Renforcé (UHR)

L'établissement dispose, en interne ou en provenance d'un autre établissement, d'au moins 12 malades éligibles.

Un malade éligible à une UHR doit : être mobile et capable de se déplacer seul, y compris en fauteuil roulant, avoir été diagnostiqué maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée, présenter des troubles du comportement sévères mesurés par l'échelle NPI-ES avec fort retentissement concernant des troubles perturbateurs à type d'idées délirantes, hallucinations, agitation/agressivité, désinhibition, exaltation de l'humeur/euphorie, irritabilité/instabilité de l'humeur, comportement moteur aberrant. Dans ces structures, on retrouve la présence continue 24h/24 d'un personnel formé spécifiquement. On dénombre 140 UHR au moment de l'écriture du rapport.

L'ensemble des EHPAD partagent une philosophie commune en vue d'assurer une vie de qualité pour les personnes dépendantes, en termes de bien-être, d'état de santé, de dignité du malade jusqu'en fin de vie.

L'organisation de ces structures suit un cahier des charges précis dans le cadre d'une convention tripartite pluriannuelle avec le Conseil Général et l'Etat selon la loi de 1997 modifiée par décrets de 1999 et 2001(50). Cette loi a créé la fonction de Médecin Coordonnateur et établi les principes de fonctionnement du système de soins autour du patient institutionnalisé.

II.3.2. Equipe soignante

On retrouve au sein des équipes soignantes des EHPAD selon la taille de la structure : un médecin coordonnateur, un infirmier coordonnateur, infirmiers (IDE), aides-soignants (AS), psychomotricien, kinésithérapeute, psychologue, auxiliaire de vie.

Dans le cadre de notre travail nous projetons la réalisation d'une fiche de liaison par le personnel soignant paramédical. L'élaboration de ces fiches s'ajoutera aux multiples soins qui font partie de leurs fonctions.

Le personnel soignant de l'EHPAD a la double casquette de devoir assurer l'ensemble des activités classiques d'un service de soins associées à la nécessité de suppléer les handicaps et les incapacités à assurer les actes de la vie quotidienne de résidents pouvant présenter des troubles du comportement.

Cela leur permet d'être les mieux placés pour décrire l'état d'un patient mais les place aussi dans un contexte à haut risque de « burn out » selon les critères de l'Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS) (51) confirmés par l'étude INPES de 2010 autour de la pratique des aidants professionnels (52).

Il est important de citer quelques guides de bonnes pratiques de soins comme les guides HAS (ex ANAES) sur la limitation de la contention de la personne âgée (53), la liberté d'aller et venir (54) et le concept fondamental de bientraitance (55).

La Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG) a également établi en 2007 un guide des bonnes pratiques de soins en EHPAD (56) avec, dans les suites, la mise en place du programme MobiQual. Il s'agit d'un programme qui propose des outils d'évaluation des difficultés pouvant être rencontrées par les différents professionnels. Cette action offre en réponse des solutions concrètes à ces situations complexes. Il convient donc aux soignants de s'approprier ces outils en particulier les médecins coordonnateurs, pour pouvoir apporter des réponses en cas de recours pour troubles du comportement.

L'équipe soignante peut être fragilisée par la prise en charge de patients lourds, avec des troubles du comportement perturbateurs. Nous prenons le pari qu'en réalisant une fiche de liaison les soignants se doteront d'un moyen de communication qui leur permettra d'apporter aux équipes des consultations mémoire les éléments qui rendent difficile la prise en charge des patients. On pourra ainsi espérer des questions plus ciblées et des réponses plus en phase avec les problématiques.

II.3.3. Rôle spécifique du Médecin Coordonnateur

Le médecin coordonnateur (MC) est le conseiller technique gériatrique du directeur avec lequel il forme un binôme. Il est positionné sous l'autorité du directeur. Il assure le rôle d'animateur de l'équipe de soins de l'EHPAD sur laquelle il a une autorité fonctionnelle. Une de ses premières missions est de se prononcer sur l'admission d'un patient en examinant son dossier de pré-admission et d'évaluer les possibilités de l'établissement à fournir un projet de soins adaptés.

Le MC intervient ensuite au moment de la visite d'admission où il se doit de réaliser avant tout un tour d'horizon des attentes de la personne et de ses proches, de la nature des aides à apporter, des difficultés qui risquent de se poser au résident, aux proches, aux aidants, et des mesures à mettre rapidement en place. Il doit également évaluer la charge en soins que va demander le nouveau résident en essayant de ne pas alourdir des équilibres parfois précaires.

L'évaluation gériatrique approfondie obligatoire n'intervient en général que quelques semaines après l'arrivée du résident afin de lui laisser un temps d'adaptation. Elle comprend :

- l'évaluation AGGIR (38) qui est obligatoire au moins tous les six mois. Elle permet d'évaluer le degré de dépendance de la personne. Le GIR moyen pondéré (GMP) permet d'évaluer le degré de dépendance de la totalité des patients pris en charge en EHPAD.

- l'évaluation PATHOS (57) : il s'agit d'un algorithme qui évalue les besoins en ressources de soins médicaux, paramédicaux et techniques en fonction de la polypathologie du patient.

- les autres évaluations se rapprochent des pratiques de l'évaluation gériatrique standardisée (EGS) (58) que l'on retrouve au sein d'équipes gériatriques hospitalières. Ces tests peuvent être réalisés en collaboration avec l'équipe soignante : tests cognitifs (MMS, horloge, 5 mots), équilibre et risque de chute (ex : Tinetti, Get up and go), test d'humeur (GDS), statut nutritionnel (MNA), échelle de la douleur (DOLOPLUS, ALGOPLUS (59)), échelle évaluant les troubles du comportement (NPI, NPI -ES), échelle de NORTON quantifiant le risque d'escarres (60).

Le coordonnateur est en relation avec les autres soignants de l'établissement (IDE, aide-soignante), les intervenants plus ponctuels (kinésithérapeute, orthophoniste, psychologue...) ainsi qu'avec des médecins généralistes, des médecins spécialistes d'organe, des dentistes. Le médecin coordonnateur contribue à harmoniser les points de vue pour ne pas avoir une vision fragmentée de la personne. Il faut donc planifier les interventions et qu'il y ait échange d'informations. L'importance du dossier informatisé commun prend, dès lors, toute sa place.

Ces rappels concernant les évaluations réalisées en EHPAD ont pour but d'appréhender la quantité importante d'informations « gériatriques » en possession de l'équipe soignante et la richesse potentielle des transmissions vers les Centres Mémoire. A l'opposé, on peut entrevoir les risques de dilution de l'information en cas de transmission massive non ciblée.

II.3.4. Rôle du Médecin Traitant, interactions avec le Médecin Coordonnateur

Nous avons jugé opportun de préciser l'environnement et le contexte légal entourant la relation MT-EHPAD-Médecin Coordonnateur afin d'appréhender certains facteurs pouvant influencer la communication et les interactions entre professionnels autour du patient institutionnalisé.

Le Médecin Traitant garde toutes ses prérogatives en tant que Médecin Référent et Médecin premier recours. Il demeure le responsable légal et le signataire de toute prescription médicale ou paramédicale pour le résident. Il reste le médecin « adresseur » en cas de sollicitation d'un avis spécialisé ou d'une hospitalisation avec, pour conséquence, l'obligation de transmettre des informations adaptées à la prise en charge (8).

Le médecin coordonnateur peut, dans certaines circonstances, intervenir en tant que facilitateur pour régler des problèmes dont le MT n'aurait pas forcément connaissance.

Il peut également aider à l'hospitalisation d'un patient vers une UCC, l'intervention d'un autre professionnel de santé. Ces interventions doivent toujours se faire en collaboration étroite avec le médecin traitant.

Par ailleurs, depuis le 1^{er} janvier 2011, il est recommandé aux MT de respecter une convention au sein de l'établissement (61). Elle peut définir, par exemple, un certain nombre de critères comme : ne pas effectuer de visites aux heures de repas, déclarer ses congés, assister à l'une des deux réunions annuelles de la commission de gériatrie de l'établissement, signaler sa présence, tenir le dossier médical à chaque passage, limiter ses prescriptions aux médicaments de la liste de l'établissement, et enfin, accepter de discuter de ses prescriptions et de ses décisions avec le médecin coordonnateur. Cette disposition doit s'entendre, non comme un encadrement à proprement parler, mais plutôt comme une coordination de la politique générale du soin de l'établissement, pour permettre la promotion des recommandations pour une politique cohérente du médicament, et une lutte contre les iatrogénies médicamenteuses (62). Dès lors, il est difficile pour le médecin coordonnateur de se positionner et de savoir « jusqu'où il peut aller » avec les Médecins Traitants.

Ceux-ci doivent se coordonner avec l'équipe de l'EHPAD en adéquation avec le projet d'établissement tout en gardant leur indépendance professionnelle.

C'est un équilibre parfois difficile à trouver. Le médecin généraliste peut ainsi parfois se sentir « dépossédé » du malade.

Il nous paraissait pertinent d'effectuer dans cette première partie un tour d'horizon des obligations et des recommandations qui incombent à chaque professionnel dans la prise en charge du patient atteint de MA, en particulier dans le contexte pluridisciplinaire et de sévérité de la maladie au sein des EHPAD. Ces prérequis nous permettent ainsi de mieux appréhender le fonctionnement des EHPAD et des CM, les prérogatives de chaque professionnel, les interactions entre les corps de métier, les informations disponibles et susceptibles d'être transmises ou attendues dans l'intérêt du suivi du patient institutionnalisé.

III. Etude qualitative en vue de l'élaboration et de la diffusion d'une fiche de liaison MT-EHPAD-Consultation Mémoire

III.1. Justification du travail

III.1.1. Constatation de dysfonctionnements en pratique courante

L'ensemble de ce projet repose sur les constats initiaux de l'équipe soignante et de la psychologue Madame MARCUOLA exerçant au sein de 3 EHPAD du groupe SOS-Hospitalor : *La Source du Breuil* à Sainte-Marie-aux-Chênes, *Les Lilas* à Jarny, *Les Séquoia* à Florange. « La source du Breuil » fait partie du groupement HOSPITALOR, lui-même membre du groupe SOS qui compte 38 maisons de retraite en Lorraine situées principalement en Moselle et dans le Pays haut.

Mme MARCUOLA a constaté une sollicitation quasi systématique par téléphone des Consultations Mémoire ou de l'hôpital de jour pour obtenir des informations concernant le comportement, le traitement, l'autonomie, ou les difficultés actuelles du patient.... Ces appels téléphoniques impromptus provoquant l'arrêt des soins sont vécus comme intrusifs et chronophages par les infirmières.

Mme MARCUOLA, la psychologue, a donc essayé de trouver une solution afin de pallier à ce qui lui est apparu comme une carence dans la transmission d'informations aux Consultations Mémoire. Ces consultations s'intègrent normalement dans un suivi où les dates de rendez-vous sont souvent fixées à l'avance. Ces services peuvent toutefois être sollicités entre deux consultations programmées pour donner leur avis sur des difficultés de prise en charge par les équipes soignantes.

L'utilité d'un outil de liaison dans ce cadre est alors évidente. Dans l'analyse de ce dysfonctionnement, l'équipe a pointé l'absence presque systématique de courrier médical ou paramédical en préparation de ces consultations de suivi.

Une première réponse empirique a été mise en place à l'initiative de Mme MARCUOLA qui a ainsi commencé à rédiger elle-même des courriers manuscrits en prévision de ces consultations. Le succès a été immédiat puisque le nombre d'appels a diminué et que les Consultations Mémoire lui ont adressé des courriers de réponse personnalisés.

Dans le cadre de son emploi du temps partagé entre trois établissements, il lui était néanmoins impossible d'imaginer qu'elle aurait seule la charge de rédiger ce courrier. Dès lors, Mme MARCUOLA eut l'idée de créer une fiche simplifiée de liaison et de la rendre accessible à tout soignant, même en son absence de l'établissement. Elle débuta donc la création d'une première fiche de liaison (figure 1). Elle a ensuite sollicité le Dr GRADELER, médecin coordonnateur de l'un de ces EHPAD, afin d'améliorer son travail. Ils ont convenu ensemble qu'il pourrait être encore plus intéressant pour tout le monde d'intégrer cette fiche au logiciel de gestion du dossier médical (osiris®) sous forme de modèle de courrier. Le lecteur trouvera ci-après cette première fiche de liaison (figure 1).

Figure 1 : Première Fiche de Liaison de Mme MARCUOLA



SOS-HOSPITALOR
EHPAD « La Source Du Breuil »
Rue du Gâtinais
57255 SAINTE-MARIE-AUX-CHENES
Tel : 03 87 61 99 20

Sainte-Marie-Aux-Chênes, le

FICHE DE LIAISON EHPAD – CONSULTATION MEMOIRE, HOPITAL DE JOUR

Vous recevez ce jour en consultation M., Mme <report automatique>, agé(e) de <report automatique>

Actuellement, la prise en soin de M., Mme..... est compliquée par

Renseignée par

Page 1 sur 3

AUTONOMIE

Autonomie complète	<input type="checkbox"/>	Perte d'autonomie	<input type="checkbox"/>
		<i>Habillage, toilette</i>	
		Aide complète	<input type="checkbox"/>
		Aide partielle	<input type="checkbox"/>
		Stimulation	<input type="checkbox"/>
		Guidage	<input type="checkbox"/>
		<i>Alimentation</i>	
		Aide complète	<input type="checkbox"/>
		Aide partielle	<input type="checkbox"/>
		Stimulation	<input type="checkbox"/>
		Risque de fausses routes	<input type="checkbox"/>
		<i>Transferts</i>	
		Marche autonome	<input type="checkbox"/>
		Risque de chutes	<input type="checkbox"/>
		Marche avec aide	<input type="checkbox"/>
		Fauteuil roulant	<input type="checkbox"/>

Observations éventuelles

HUMEUR ET COMPORTEMENT

Humeur et comportement stables, adaptés	<input type="checkbox"/>	Humeur et comportement perturbés	<input type="checkbox"/>
		Apathie	<input type="checkbox"/>
		Repli sur soi	<input type="checkbox"/>
		Humeur triste	<input type="checkbox"/>
		Euphorie, déshinhibition	<input type="checkbox"/>
		Agressivité	<input type="checkbox"/>
		Déambulation	<input type="checkbox"/>
		Cris	<input type="checkbox"/>
		Agitation vespérale	<input type="checkbox"/>
		Activité délirante	<input type="checkbox"/>
		
		
		
		Hallucinations	<input type="checkbox"/>
		
		
		

Observations éventuelles

VIE SOCIALE ET ACTIVITES

- | | | | |
|--|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|
| Famille, proches présents et aidants | <input type="checkbox"/> | | |
| Apprécie la collectivité, relations adaptées | <input type="checkbox"/> | | |
| Ne participe pas aux activités de l'EHPAD | <input type="checkbox"/> | Participe aux activités de l'EHPAD | <input type="checkbox"/> |
| | | | |
| | | Autres activités | <input type="checkbox"/> |
| | | | |

Observations éventuelles

VIE QUOTIDIENNE

- | | | | |
|------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| Sommeil préservé | <input type="checkbox"/> | Somnolence diurne | <input type="checkbox"/> |
| | | Agitation nocturne | <input type="checkbox"/> |
| | | Inversion du cycle veille/sommeil | <input type="checkbox"/> |
| Appétit préservé | <input type="checkbox"/> | Perte d'appétit | <input type="checkbox"/> |
| Poids : | le..... | | |

Observations éventuelles

FONCTIONS COGNITIVES

- | | | | |
|---------------------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|
| Fonctions cognitives préservées | <input type="checkbox"/> | Fonctions cognitives perturbées | <input type="checkbox"/> |
| | | Manque du mot | <input type="checkbox"/> |
| | | Discours incohérent | <input type="checkbox"/> |
| | | Troubles de la compréhension | <input type="checkbox"/> |
| | | Troubles du geste | <input type="checkbox"/> |
| | | Troubles de la lecture | <input type="checkbox"/> |

Observations éventuelles

Cette fiche a été utilisée à deux ou trois reprises par Mme MARCUOLA. C'est lors de discussions autour de ce projet avec le Docteur GRADELER, médecin coordonnateur de l'EHPAD, qu'est apparu l'intérêt d'un éventuel travail de thèse autour de ce projet. L'hypothèse de fond étant que la création d'un tel outil permettrait, selon les recommandations du rapport du plan Alzheimer (6), de renforcer la coordination autour du malade et d'améliorer l'efficacité des soins.

Les objectifs initiaux du projet étaient nombreux :

- rechercher dans la bibliographie l'existence d'outils similaires et en réaliser une analyse critique
- confirmer le besoin auprès des Consultations Mémoire
- intégrer le MT à ce projet en créant un document multidisciplinaire de synthèse
- préciser la nature des informations pertinentes à transmettre à la Consultation Mémoire
- évaluer l'acceptabilité par les professionnels et les critères futurs de succès ou d'échec d'utilisation de la fiche
- réaliser la conception finale de la fiche
- intégrer la fiche au logiciel informatique de gestion du dossier
- tester l'outil
- présenter et diffuser la fiche aux utilisateurs cibles
- étendre l'outil à d'autres EHPAD du même groupe utilisant le même logiciel

C'est donc dans ce contexte de dynamique locale et en s'appuyant sur le travail déjà effectué par l'équipe de Sainte-Marie-aux-Chênes que nous avons débuté notre travail.

III.1.2. Revue Bibliographique

Les mots clés utilisés furent : EHPAD, Consultation Mémoire, Fiche de liaison, Maladie d'Alzheimer et syndrome apparentés. Avec les mêmes paramètres en anglais : Nursing home, Memory Clinic, Communication Tool, Alzheimer's Disease. Les moteurs de recherche utilisés : Google, Google Scholar, Cismef, PubMed, RefDoc, BMLWeb, Drefc.sfm, Cairn.fr, Sudoc.fr, Petale, Dynamed, site HAS, site Santé.gouv, site INRS, site ANESM.

Par ailleurs, compte tenu de la nature « locale » de ce type de fiche, une recherche empirique a été effectuée en téléphonant aux Centres Mémoire de proximité entourant notre secteur pour déterminer l'existence ou non d'outils similaires en circulation.

a) Fiche issue de la circulaire N°DGOS/DGS/DSS/R4/MC3/2011/394 du 20 octobre 2011 (63)(62)

Notre recherche nous a permis de mettre en évidence au sein de la circulaire N°DGOS/DGS/DSS/R4/MC3/2011/394 (63) du 20 octobre 2011 relative à l'organisation de l'offre diagnostique et du suivi de patients atteints de la MA au sein du plan Alzheimer 2008-2012, une recommandation de mise en place systématique d'une fiche de liaison de la Consultation Mémoire vers le médecin traitant. Un exemple de fiche est même proposé en annexe 5 (figure 2).

Concernant son analyse critique, les principaux défauts concernant cet outil sont :

- une absence de réponse au besoin de signaler les difficultés ressenties par les soignants vers la Consultation Mémoire, correspond en réalité à une fiche « réponse » ou « retour »

- pas d'orientation ou de consignes pour le MT ou les soignants sur les informations à fournir pour la prochaine consultation

- pas d'utilisation concrète par les Centres Mémoire qui adressent un courrier médical classique au Médecin Traitant et occasionnellement un double vers le Médecin Coordonnateur

A l'opposé, on peut signaler des points forts pour cette fiche:

- elle attire l'attention du MT sur les fragilités, signale l'annonce du diagnostic, et synthétise le projet de soins

- elle consacre une partie au fardeau de l'aidant

- elle signale malgré tout certaines données à transmettre : état civil, BNA, certaines données CIMA

Figure 2 : Outil de liaison Consultation Spécialisée / Médecin Traitant selon circulaire N°DGOS/DGS/DSS/R4/MC3/2011/394

Annexe 5 : outil de liaison consultation spécialisée /médecin généraliste

DATE DU BILAN:

ETAT CIVIL (données BNA)

Nom, prénom, nom de jeune fille, sexe, date de naissance, âge, ALD, APA,

BILANS REALISES

- Score MMSE : /30:

- Evaluation cognitive réalisée et principaux résultats :

- Evaluation des comportements réalisée et principaux résultats :

- Evaluation fonctionnelle réalisée et principaux résultats :

EXAMEN CLINIQUE

Poids, TA, Pouls, BMI

Trouble nutritionnel : OUI / NON

Trouble de l'équilibre : OUI / NON

Déficit sensoriel: OUI / NON

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Biologie, imagerie

SYNTHESE

-

-

-

DIAGNOSTIC

Annonce du diagnostic :

Au patient :

A l'aidant :

Existence de facteurs de dépendance: OUI / NON

Propositions de prise en charge non médicamenteuse. :

Propositions de prise en charge médicamenteuse :

AIDANTS

Intervenants au domicile : Aucun – IDE – AS – Autre (préciser)

Difficultés rencontrées au domicile :

Fardeau aidant :

Signes dépression : oui non

Anxiété angoisse : oui non

Signes épuisement : oui non

DATE DE LA PROCHAINE VISITE AU CENTRE :

b) Fiche élaborée par une équipe de gériatrie

Une seule parution, très récente, de janvier 2013 réalisée par une équipe de Bordeaux dans la revue de gériatrie intitulée « Communication entre EHPAD et Consultation Mémoire : proposition d'une fiche de liaison type » évoque ce type de projet et propose un modèle (64) (figure 3).

Après étude de l'article, nous avons réalisé un entretien téléphonique avec le premier auteur, Madame BIROT-ALCOUFFE, psychologue clinicienne dans deux EHPAD en Gironde, afin de connaître l'utilisation de la fiche dans la pratique et conclure notre analyse.

Cet entretien nous a permis d'établir que cette fiche a été mise au point selon une méthode de comité d'experts gériatriques (Psychologues, Gériatres du CHU Bordeaux, Médecins Coordonnateurs). La fiche est actuellement en service dans deux EHPAD, sans évaluation de son utilisation, dans un contexte de diffusion récente et sans projet de diffusion concrète de son utilisation à d'autres EHPAD. Concernant son mode d'utilisation, Mme BIROT-ALCOUFFE nous a précisé qu'il s'agissait d'une fiche remplie uniquement par elle-même lors des évaluations qu'elle pratique. Elle est tenue à jours par ses soins sur un fichier texte non intégré au logiciel de gestion du dossier médical.

Au final nous pouvons citer parmi les points faibles de la fiche :

- au niveau du MT : globalement pas de recherche de son implication dans la synergie ou dans l'élaboration de l'outil, pas de participation concrète de leur part

- au niveau de l'EHPAD: une restriction de l'utilisateur à la psychologue, une complexité et un temps requis au remplissage très important, une absence de place pour la verbalisation des difficultés concrètes vécues par l'équipe, une absence d'intégration au logiciel de l'EHPAD

- la fiche est très exhaustive donc séduisante pour le médecin de la consultation mémoire qui la recevrait. Son remplissage prend énormément de temps et il nous semble que cela constituera un frein majeur à son utilisation

- l'utilisation d'une telle fiche par une seule personne, dans un fichier électronique complètement déconnecté du logiciel de gestion des dossiers patients, nous semble être un point de fragilité très important de ce travail. Cet outil et son utilisation telle qu'elle nous a

été présentée, reposent entièrement sur une personne pivot. Il y a fort à parier que le départ de cette personne signera la fin de son utilisation dans ces EHPAD

Au niveau des points forts, nous pouvons insister sur :

- l'exhaustivité des informations fournies, notamment sur la biographie et l'évolution des troubles, des MMS ou de l'imagerie cérébrale permettant une préparation idéale d'une première consultation

- le plan global de la fiche, la précision sur les évènements intercurrents

- la présence d'un onglet « retour » pour une réponse immédiate du CM

Cette fiche ne répond pas à l'objectif que nous nous sommes fixé de faciliter la liaison entre les Consultations Mémoire, les EHPAD et les médecins traitants car elle s'adresse en priorité à la première consultation d'un patient qui n'aurait pas été diagnostiqué. Notre sujet est la liaison entre intervenants dans le cadre du suivi d'un patient.

Figure 3 : Fiche Liaison EHPAD-Consultation Mémoire par équipe Girondine (64)

FICHE DE LIAISON EHPAD - CONSULTATION MEMOIRE

1^{ère} consultation

Suivi

Date et heure du RV :

Nom du spécialiste :

Fiche complétée le : .../.../.....

NOM et Prénom du résident:

NOM de naissance :

Date de naissance : ... / ... /

Niveau d'études/Dernier métier exercé :

APA :

ALD/Motif :

Date d'entrée du résident dans l'établissement : ... / ... /

Nom de l'Établissement :

Coordonnées :

Nom du médecin traitant :

Coordonnées :

Mesure de protection juridique : Sauvegarde Curatelle Tutelle

Nom du mandataire :

Coordonnées :

Personne de confiance et/ou référente:

Coordonnées :

Aménagements prévisibles de la consultation

Besoin de présence d'un traducteur :

Handicap moteur :

Handicap sensoriel :

Pièces à joindre (si disponibles)

Traitement actuel

Courrier du médecin traitant

Examens complémentaires: Scanner cérébral Biologie Autres

Compte-rendu d'hospitalisation et de consultations mémoires précédentes

Évaluation de l'autonomie : Grille AGGIR (à joindre impérativement)

Évaluation comportementale: Grille NPI (en pièce jointe à compléter impérativement)

Évaluations cognitive et thymique (+ autres évaluations standardisées si disponibles)

Nous rappelons que la présence d'un accompagnant permet de rendre la consultation efficiente

1-Motifs de la demande de consultation

Poser un diagnostic du fait de troubles inauguraux principalement d'origine :

- Mnésiques
- Langagiers
- Exécutifs ou attentionnels
- Modification de la personnalité :

Prise en charge de complications d'un état démentiel déjà diagnostiqué :

Diagnostic posé :

Date du diagnostic :

Spécialiste rencontré :

Consultation afin de préciser des :

- Aspects médicaux ou fonctionnels particuliers, lesquels ?
- Aspects affectifs et comportementaux, lesquels ?
- Aspects juridiques, lesquels?
- Aspects éthiques, lesquels ?

Demande d'un second avis diagnostique ou thérapeutique après consultation d'un autre spécialiste de la mémoire (Mission de recours) :

Identification du spécialiste précédent :

2- Histoire de la pathologie cognitive

Année d'apparition des premiers symptômes :

- Début des troubles : ▪ aisément repérable ▪ difficilement repérable

- Profil évolutif : ▪ progressif et insidieux ▪ par paliers

Nature des premiers symptômes :

.....

Évolution et complications éventuelles :

.....

Historique des MMSE GRECO (si disponible) :

Date	Score/30	Réalisé par	Traitement pris alors : (En particulier <i>Donepezil, Rivastigmine,</i> <i>Galantamine ou Mémantine</i>)

6- Etat de santé actuel et comorbidités :

Evaluation comportementale : NPI-ES ci-joint

Capacités fonctionnelles :

- Peut répondre au téléphone
- Se déplace seul(e) dans l'établissement ou ses environs immédiats
- Présente un bon équilibre lors de ses déplacements
- Se lave seul(e) et en prend l'initiative
- Est toujours attentif à sa présentation, sans besoin d'une aide extérieure
- Choisit ses vêtements, s'habille ou se déshabille sans aucune aide
- Mange seul(e)
- Va aux toilettes de façon autonome ou gère seul(e) ses protections
- S'est lié(e) à d'autres résidents au sein de l'EHPAD
- Autre(s) – À préciser :

Chute(s) : Fréquence :

Date de la dernière chute :

Troubles de l'appétit avec : ▪ Perte de poids ▪ Fausses routes ▪ Autres

Troubles du sommeil : ▪ Inversion jour/nuit ▪ Déambulation nocturne ▪ Autres

Commentaires :

7- Prises en charge comportementales médicamenteuses et non médicamenteuses récentes :

▪ **Médicamenteuses** :

.....
.....
.....
.....
.....

▪ **Non médicamenteuses (Précisez le rythme)** :

Kinésithérapeute

Soutien psychologique individuel

Orthophoniste

Ergothérapeute/Psychomotricien

Ateliers thérapeutiques et animations :

-
-
-

Adhésion du résident OUI NON

Commentaires :

.....
.....

8- Commentaires et attentes de l'équipe soignante

.....
Informations collectées et transmises par : (précisez Noms et la fonction)
.....

Grille NPI-ES

Items	Oui	Non	Non applicable	Fréquence (entourer le score)	Gravité (entourer le score)	Score total (FxG)	Retentissement (entourer le score)
Idées délirantes				1 2 3 4	1 2 3		0 1 2 3 4 5
hallucinations				1 2 3 4	1 2 3		0 1 2 3 4 5
Agitation/Agressivité				1 2 3 4	1 2 3		0 1 2 3 4 5
Dépression/Dysphorie				1 2 3 4	1 2 3		0 1 2 3 4 5
Anxiété				1 2 3 4	1 2 3		0 1 2 3 4 5
Exaltation de l'humeur/Euphorie				1 2 3 4	1 2 3		0 1 2 3 4 5
Apathie/Indifférence				1 2 3 4	1 2 3		0 1 2 3 4 5
Impulsivité				1 2 3 4	1 2 3		0 1 2 3 4 5
Irritabilité/Instabilité de l'humeur				1 2 3 4	1 2 3		0 1 2 3 4 5
Comportement moteur aberrant				1 2 3 4	1 2 3		0 1 2 3 4 5
Sommeil				1 2 3 4	1 2 3		0 1 2 3 4 5
Troubles de l'appétit et de l'alimentation				1 2 3 4	1 2 3		0 1 2 3 4 5

SCORE TOTAL :

Fréquence :

1. Quelquefois : moins d'une fois par semaine
2. Assez souvent : environ une fois par semaine
3. Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours
4. Très fréquemment: tous les jours ou pratiquement tout le temps

Gravité :

1. Léger
2. Moyen
3. Important

Retentissement :

1. De façon minimale
2. Légèrement
3. Modérément
4. Sévèrement
5. Très sévèrement/extrêmement

FICHE REPONSE CONSULTATION MEMOIRE – EHPAD

NOM, Prénom du résident :.....

Dans l'attente du courrier qui va suivre :

1. CONCLUSIONS DE LA CONSULTATION

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

2. MODIFICATIONS THERAPEUTIQUES A APPORTER

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Le
A

c) Fiche de liaison découverte lors d'une enquête de proximité

Nous avons contacté par téléphone les différents Centres Mémoire de proximité autour de notre secteur de travail préliminaire de Sainte-Marie-aux-Chênes afin de les interroger sur l'existence d'une fiche de liaison entre les CM et les EHPAD. Nous nous sommes ainsi entretenus avec les équipes des Hôpitaux de Marange-Silvange, de Joeuf, du Centre Gériatrique Le Kem de Thionville, de Metz-Thionville avec l'équipe des services de Gériatrie de Thionville Bel-Air et du Centre Félix Maréchal de Metz. Nous avons également contacté les infirmières de consultation du CHU Nancy, le Centre Mémoire de Ressources et de Recherche, notre référence régionale.

Le premier constat est qu'il n'existe aucune fiche standardisée ou diffusée commune aux EHPAD ou CM suscités. La plupart des Centres Mémoire insistent lors de la convocation sur la nécessité de se présenter avec la dernière ordonnance, les derniers examens complémentaires et un aidant. Toutefois, un centre a attiré notre attention : le centre Félix Maréchal de Metz. Nous avons rencontré le Docteur RETTEL, médecin chef, qui nous a présenté sa « fiche de renseignements pour l'hôpital de jour gériatrique ». Le centre a pris l'initiative de donner à chaque patient convoqué une fiche à renseigner par le MT, une IDE ou une AS. L'objectif était de compenser l'absence de courrier du médecin traitant et la difficulté à récupérer les informations auprès des EHPAD. Le résultat de ce fonctionnement (en place depuis quasiment 10 ans) est satisfaisant lorsque la fiche est remplie, facilitant grandement le travail de l'équipe du CM. La fiche n'a cependant pas réussi à impliquer plus le MT dans le suivi, au « grand regret » du Docteur RETTEL. Par ailleurs, elle n'a jamais été diffusée aux autres structures mémoire.

On trouve de nombreux points forts à cet outil éprouvé : longueur adaptée, possibilité d'exprimer des problèmes concrets, items compréhensibles pour le plus grand nombre, majorité des thèmes de l'évaluation gériatrique abordés. Cette fiche devrait constituer une référence en matière de suivi, nous permettant d'appréhender les attentes des CM de proximité. Quelques défauts rendent toutefois cet outil inadapté à notre objectif : absence d'informations concernant le traitement, les événements intercurrents, les anomalies cliniques, pas d'intégration à l'outil informatique.

On ne peut que s'interroger sur le fait que dix ans après sa mise en œuvre elle ne soit pas plus utilisée ni diffusée aux Centres Mémoire. De notre point de vue, il nous semble qu'elle facilite uniquement le travail du Centre Mémoire et qu'elle ne soit orientée que dans cette optique.

Les soignants qui adressent les patients aux Centres Mémoire n'y ont pas vu un intérêt dans le cadre du diagnostic ou du suivi. Peut-être faudrait-il les interroger sur les obstacles qu'ils voient à son utilisation, les rubriques qu'ils aimeraient y voir figurer? A notre connaissance, durant ces dix années, ce travail d'évaluation n'a pas été fait.

Figure 4 : Fiche de liaison CHR Metz, Centre Félix Maréchal Metz

Réseau Gérontologique du Pays Messin

FICHE DE RENSEIGNEMENTS POUR L'HOPITAL DE JOUR GERIATRIQUE

Hôpital Félix Maréchal - Tél : 03 87 55 78 38

Cette fiche est un lien entre les soignants des institutions et les soignants de l'hôpital de jour gériatrique. Elle vise à préciser le comportement du patient au sein de l'institution, afin que nous puissions réaliser sa prise en charge et son évaluation de manière adaptée à l'hôpital de Jour.

Merci de nous retourner cette fiche le jour de la prise en charge de votre patient à l'hôpital de Jour ☺

Evaluation réalisée par : (Médecin traitant) Date :
..... (IDE – AS)

Pourquoi le patient vient-il aujourd'hui à l'hôpital de jour ?	<input type="checkbox"/> Premier bilan programmé
	<input type="checkbox"/> Suivi programmé par l'hôpital de jour
	<input type="checkbox"/> Evènement exceptionnel

Valeur du GIR précédent s'il est connu : 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 à la date du :

Le patient est-il bien adapté à la vie de l'institution ?

- Oui
- Non, car

L'état clinique depuis la dernière consultation ou depuis ces dernières semaines est-il :

- Stable
 - Amélioré, si oui en quoi ?
 - Aggravé, si oui en quoi ?
-
.....

Points d'appel particuliers à signaler – Problèmes préoccupants actuellement :

.....
.....

Description du comportement du patient dans la vie de tous les jours à l'institution :

- | | |
|--|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> Normal | <input type="radio"/> Tristesse |
| <input type="radio"/> Agitation le jour | <input type="radio"/> Opposition |
| <input type="radio"/> Agitation la nuit | <input type="radio"/> Euphorique |
| <input type="radio"/> Agressivité | <input type="radio"/> Hallucinations |
| <input type="radio"/> Angoisses | <input type="radio"/> Délire |
| <input type="radio"/> Apathie, n'entreprend rien | Autre ? |

Orientation :

Le Patient est bien orienté dans le temps :

- Oui, tout le temps
- Parfois
- Jamais
- Est autonome pour suivre le rythme de l'institution ? (heures de repas, etc...)

Patient bien orienté dans l'espace :

- Dans sa chambre
- Dans l'institution
- Hors de l'institution

	Autonome	Surveillance	Stimulation	Aide partielle	Aide complète
Toilette					
Habillage					

Sommeil :

- Normal
- Réveillé tôt
- Sommeil agité, réveils fréquents, déambulation nocturne
- Difficultés pour s'endormir
- Demande l'intervention d'un soignant très souvent
- Va réveiller les autres résidents
- Réveils fréquents mais le patient ne réclame personne
- Autre

Alimentation (sur la base de 3 repas principaux par jour)

- Bon appétit
- Appétit moyen
- Appétit médiocre
- Ne peut manger que si on lui donne à manger
- Régimes particuliers ?
- Mange de manière autonome
- Doit être stimulé et répond à la stimulation
- Ne répond pas à la stimulation et repousse les aliments

Contenance

- Continent
- Incontinent urinaire
- Incontinent fécal
- Incontinent mixte
- Doit porter des protections
- Se débrouille tout seul
- Doit être surveillé
- Doit être aidé complètement
- Refuse les protections

	Autonome	Surveillance	Stimulation	Aides matérielles ?	Ne se déplace pas
Déplacements à l'intérieur					
Transferts					

Chutes : Non - Oui Fréquence :

Temps moyen de marche évalué à environ : < 15mn <30 mn > 30mn par jour

Activité de gymnastique ? de sport ? oui - non (précisez)

	Normale	Isolement	Indifférence	Opposition	Impossible
Participation aux animations	Lesquelles ?				Pourquoi ?

Observance médicamenteuse : bonne - moyenne - mauvaise

Nous vous remercions pour votre évaluation. Nous vous rappelons que le patient doit arriver à l'hôpital de jour avec celle-ci. En cas de problème n'hésitez pas à nous contacter au 03 87 55 78 38. ©

L'équipe de l'Hôpital de Jour Gériatrique

Maison de retraite :
Téléphone :

Cette phase de recherche bibliographique nous a conduits à poursuivre notre travail. En effet, la plupart de ces fiches sont issues d'initiatives unilatérales, non diffusées dans nos EHPAD cibles ou vers les médecins traitants, et ne correspondant pas totalement à nos attentes.

III.2. Matériel et Méthode

III.2.1. Méthodologie Globale

Pour la réalisation de ce projet, nous nous sommes orientés vers une étude qualitative type « étude de marché ».

En effet, des analogies avec le domaine commercial et scientifique non médical existent. Nous avons ainsi mis en évidence toutes les grandes lignes conceptuelles de ce type de démarche (65) :

- la perception de besoins ou de manques dans une population ciblée : ici, la volonté d'obtenir et de transmettre efficacement des informations vers les professionnels intervenant dans le suivi mémoire de patients institutionnalisés afin d'obtenir en retour des solutions ou pistes de réflexion pour améliorer la prise en charge de ces patients difficiles.

- l'existence d'un marché, d'une clientèle potentielle à satisfaire : les soignants de maisons de retraite de notre secteur et du groupe SOS, les Consultations Mémoire de proximité n'utilisant pas de fiche, les médecins généralistes intervenant dans nos EHPAD.

- un concept ou un produit à proposer : une fiche de liaison.

- une étude de la concurrence laissant place à une faisabilité et une viabilité du projet : dans notre cas, la recherche bibliographique n'a pas permis de trouver une fiche, déjà élaborée, prête à l'emploi et répondant à nos besoins.

Dès lors que ces critères ont été réunis, le travail « d'étude de marché » a pu se poursuivre. Nous nous sommes inspirés de ces modèles commerciaux validés scientifiquement (66)(67) pour établir la suite de notre démarche :

-1. Réaliser une pré-enquête avec quelques entretiens libres ciblés sur des « leaders d'opinion » pour explorer leurs attentes sur le contenu, le fonctionnement, et les premiers ressentis sur le futur accueil de l'outil

-2. Elaborer une version « Béta » ou « provisoire » de la fiche

-3. Réaliser des entretiens qualitatifs « semi-directifs » sur un échantillon ciblé de futurs utilisateurs avec analyse sémantique du contenu pour obtenir des informations pertinentes sur le fond, la forme, le mode de fonctionnement ainsi que le ressenti global autour de l'utilisation de cette fiche. Ceci alimentant la discussion sur les choix à établir et sur les facteurs pouvant déterminer le succès ou l'échec de l'outil

-4. L'élaboration de la fiche définitive modifiée après l'analyse qualitative

-5. La diffusion, le « packaging » de la fiche vers le public cible

III.2.2. Population

La population de notre étude a été déterminée de façon raisonnée non représentative afin de déterminer 3 groupes.

a) Les équipes de soins infirmiers des EHPAD

Du côté des professionnels infirmiers exerçant en EHPAD, nous avons choisi 3 établissements du groupe SOS-Hospitalor qui ont pour critères communs : la présence de Mme MARCUOLA, psychologue, qui avait soulevé la problématique du sujet et un logiciel de gestion identique du dossier médical, osiris®.

Caractéristiques générales :

- EHPAD « La source du Breuil » à Sainte-Marie-aux-Chênes, 44 lits d'hébergement permanent, 1 lit d'hébergement temporaire, pas d'unité Alzheimer

- EHPAD « Les Séquoias » à Florange, 60 résidents en hébergement permanent et 4 en hébergement temporaire, 1 en accueil de jour, 10 lits « CANTOU »

- EHPAD « Les Lilas » à Jarny, 60 résidents en hébergement permanent, 4 en hébergement temporaire et 1 en accueil de jour, 12 lits « CANTOU »

b) Les Médecins Généralistes

L'ensemble des médecins généralistes intervenant dans ces 3 EHPAD étaient susceptibles de figurer dans notre échantillon.

c) Les Médecins et Infirmiers des Centres Mémoire

Les quatre Centres Mémoire sélectionnés sont les partenaires privilégiés des EHPAD suscités :

- Consultation Mémoire du CHR Metz-Thionville, Bel Air Thionville, partenaire de l'EHPAD de Florange

- Consultation Mémoire Le Kem, Thionville, partenaire de l'EHPAD de Florange

- Consultation Mémoire de l'hôpital de Joeuf, partenaire des EHPAD de Ste-Marie et Jarny

- Consultation Mémoire de l'hôpital de Marange-Silvange, partenaire de l'EHPAD de Ste-Marie

Ces différentes consultations sont couplées à des hôpitaux de jour, des services d'UHCD, de SSR, d'USLD ainsi que d'UCC (Thionville x2, Marange-Silvange) et d'UHR pour certains (Thionville Le Kem).

II.2.3. Recrutement et méthodologie des entretiens libres exploratoires

a) Recrutement

Arbitrairement nous avons arrêté notre choix de professionnels à interroger à l'équipe « pilote » de l'EHPAD de Sainte-Marie-aux-Chênes : Mme MARCUOLA, psychologue, Docteur GRADELER, Médecin Généraliste et Médecin Coordonnateur, et à des médecins de deux centres mémoire: Docteur JOSSE, Médecin Chef du Centre Mémoire de Marange-Silvange et Docteur RAVENEL, Médecin Chef du service gériatrie de Joeuf.

b) Méthodologie de recueil des données

Il s'agissait d'entretiens libres exploratoires autour du thème « Réflexions autour du projet de réalisation d'une fiche de liaison MT-EHPAD-Consultation Mémoire ». Les entretiens ont été effectués sur le lieu d'exercice des professionnels recrutés. La retranscription a consisté en une prise de note afin d'élaborer une synthèse finale permettant d'élaborer la fiche « Béta ».

III.2.4. Recrutement et méthodologie des entretiens semi-directifs

a) Recrutement

Un échantillonnage non représentatif raisonné a été effectué, en recherchant la variation maximale des profils au sein des 3 groupes ciblés selon par exemple l'âge, le sexe, l'expérience, le lieu et le mode d'exercice, et la participation ou non à des activités de coordination en EHPAD. Ce recrutement s'est terminé à partir du moment où le nombre d'entretiens était suffisant au regard de la recherche de la saturation des données (68) (69).

b) Méthodologie de recueil et d'analyse des données

Les entretiens ont été conduits sur le lieu d'exercice des professionnels concernés, enregistrés au moyen d'un enregistreur audio, après accord du sujet interrogé, avec une durée de l'entretien de 8 à 30 minutes.

Une anonymisation des données a été effectuée suivie d'une retranscription complète de la discussion. Nous avons élaboré des guides d'entretien standardisés suite au travail préliminaire et à la constitution de la fiche provisoire.

Nous nous sommes inspirés des recommandations usuelles liées à ce type d'études, en essayant d'établir des axes de réflexion et de relances ouverts, neutres, clairs et bienveillants, permettant à l'interlocuteur d'exprimer le plus librement possible ses connaissances, croyances, expériences, opinions ou ressentis.

Afin de favoriser la comparaison des propos recueillis, nous avons essayé de dégager une architecture commune dans les lancements et relances tout en tenant compte des spécificités de chaque métier pour aboutir à 3 guides d'entretien (tableaux 1,2 et 3), le but étant d'aborder les hypothèses dégagées lors de la pré-enquête et de laisser émerger de nouvelles idées.

Le traitement des données correspond à un traitement sémantique manuel classique des données. Cela consiste à étudier les idées des participants (analyse empirique), les mots qu'ils utilisent (analyse lexicale) et le sens qu'ils leur donnent (analyse de l'énonciation)(65). La phase finale du travail reposera sur une interprétation factuelle des données puis subjective pour alimenter la discussion.

Tableau 1 : Guide d'entretien Médecin Généraliste

Lancements	Relances éventuelles
Profil	Sexe, âge, mode d'exercice, appréciation de sa charge de travail, capacité gériatrie, médecin coordonnateur, nombre de patients en EHPAD, nombre de patients avec troubles cognitifs, nombre de suivis « mémoire », nombre d'heures /semaine en EHPAD, fréquence du renouvellement des traitements de fond.
Généralités et communication entre Professionnels	Attendez-vous des informations de la Consultation Mémoire ? Actuellement transmettez-vous des informations quand vous adressez un patient à la Consultation Mémoire? Comment? Par courrier? Par téléphone? Difficultés, dysfonctionnements constatés avec l'EHPAD? Les CM ?
Préparation de la consultation	Les EHPAD vous proposent de préparer cette consultation en imprimant un document contenant un résumé du dossier et en vous permettant d'y ajouter ce que vous souhaitez. Cela vous semble utile? Inutile? Y êtes-vous opposé? Etes-vous prêt à utiliser cet outil? Quelles informations souhaiteriez-vous y voir figurer ? Quelle modalité pour vous soumettre cette fiche ?
Présentation et critique de la fiche provisoire proposée	Critiques, contre-propositions ?
Commentaires libres	

Tableau 2 : Guide entretien IDE

Lancements	Relances éventuelles
Profil	Sexe ? âge ? nombre d'années d'exercice ? en EHPAD ? diplôme ou formation spécifique ? exercice en unité Alzheimer ? nombre de patients à gérer ? nombre de patients avec troubles cognitifs ? nombre de suivis « mémoire » ? Appréciation de la charge de travail ? précédente utilisation de la fiche provisoire?
Généralités et communication entre Professionnels	Attendez-vous des informations de la Consultation Mémoire? Lesquelles ? Que pensez-vous de l'implication du médecin traitant dans le suivi mémoire ? Difficultés, dysfonctionnements constatés avec MT? CM?
Préparation de la consultation	Un modèle de courrier est proposé dans osiris®. Il permet d'imprimer un document résumant le dossier du patient et vous permettant de renseigner les difficultés actuelles que vous pourriez avoir dans la prise en charge de vos résidents déments. Cet outil est accessible aux infirmières, aux AS et aux médecins. Etes-vous prêts à utiliser cet outil? Comment le percevez-vous?
Présentation et critique de la fiche provisoire proposée	Critiques, contre-propositions ?
Commentaires libres	

Tableau 3 : Guide d'entretien Médecin Centre Mémoire

Lancements	Relances éventuelles
Profil	Sexe, âge, mode d'exercice, formation initiale, part des patients institutionnalisés, appréciation de la charge de travail
Généralités et communication entre Professionnels	Comment jugez-vous l'implication du MT dans le suivi mémoire ? Comment jugez-vous l'implication des EHPAD dans le suivi mémoire ? Habituellement recevez-vous un courrier lors de la consultation? Contact téléphonique pour échange d'informations ou avis? Courrier ou note provisoire de réponse de votre part ? Difficultés, dysfonctionnements constatés ?
Préparation de la consultation	De façon exhaustive, quelles informations souhaiteriez-vous que l'on vous fournisse? Quelles informations souhaiteriez-vous que l'on vous fournisse en priorité ? Difficultés, coordination des différents intervenants ?
Présentation et critique de la fiche provisoire proposée	Critiques, contre-propositions ?
Commentaires libres	

III.3. Résultats

III.3.1. Résultats de la pré-enquête exploratoire par entretiens libres

Nous avons convenu de présenter ces résultats sous forme de synthèses.

a) Les CM de Joeuf et Marange-Silvange

Au niveau des CM, les discussions ont permis de confirmer la pertinence du projet et leur intérêt pour la fiche en vue de faciliter la pratique courante. En ce qui concerne leurs besoins, une convergence globale vers de grands objectifs est apparue. On peut citer le Dr RAVENEL : « le volet médical avec le traitement et ses modifications, les évènements intercurrents majeurs, les éléments cliniques pertinents comme les troubles productifs ou non productifs, l'adaptation à la vie de l'EHPAD, les troubles de l'humeur, les difficultés rencontrées par le patient, la famille et l'équipe, l'important étant de nous orienter pour que nous réalisons un bilan adapté à la problématique ». On peut poursuivre en insistant sur le fait que les praticiens conditionnent le succès sur la « simplicité et la rapidité de remplissage pour l'équipe IDE, obligatoire vu leur charge de travail ». Le Dr JOSSE a particulièrement développé le fait de signaler cette fiche au MT car « c'est lui qui mettra en œuvre les propositions thérapeutiques » et d'essayer « de nous fournir les informations permettant la rédaction de nos fiches CIMA pour la Banque Nationale Alzheimer ».

b) L'EHPAD de Sainte-Marie-aux-Chênes

Du point de vue des EHPAD représentés par Mme MARCUOLA, psychologue, et le Dr GRADELER, notre Directeur de Thèse et Médecin Coordonnateur, il apparaît que les premiers retours d'utilisation des courriers et de la fiche initiale (figure 1) ont été positifs pour toute l'équipe. L'objectif de s'appuyer sur le logiciel osiris® demeure une « évidence ».

L'équipe de l'EHPAD verbalise le souhait d'intégrer dans la fiche des reports automatiques d'éléments ayant déjà été saisis dans le dossier informatisé: état civil, dernier traitement, antécédents, allergies, alertes en cours, déclarations de chute. Par ailleurs, il a été suggéré d'ajouter une rubrique concernant les évènements intercurrents type : hospitalisations, consultations spécialisées, bouleversements de la vie familiale ou sociale.

Concernant le contenu descriptif de la situation du malade, l'équipe a souhaité s'appuyer sans restriction sur l'expertise et le travail précédemment effectué par Mme MARCUOLA.

L'examen de sa fiche confirme une adéquation avec l'essentiel des thématiques retrouvées dans notre recherche bibliographique et dans la fiche de référence du Centre Félix Maréchal (figure 4). On peut citer : l'autonomie, l'humeur, les troubles du sommeil, les troubles du comportement productifs ou non productifs, la vie sociale, les signes d'alarme nutritionnels, les troubles cognitifs. Ces éléments semblent pertinents pour permettre le déclenchement des tests adaptés et cités lors de notre rappel théorique : NPI, GDS, MNA, Tests Neuropsychologiques....

Enfin, il a été convenu que l'EHPAD garde la prérogative de déclencher la saisie de la fiche lors de la préparation de la consultation au cours d'un moment spécifiquement dédié à ce type de tâches. La possibilité de renseigner le document est donnée aux AS mais les entretiens ont fait émerger le fait qu'il soit préférable que son élaboration soit le fruit d'un travail d'équipe impliquant plusieurs professionnels (binômes AS-IDE, ou AS-psychologue,).

c) Les médecins généralistes

Nous nous sommes interrogés sur les modalités selon lesquelles nous pourrions impliquer le MT dans la démarche. Nous justifions notre recrutement par les rôles respectifs de médecin traitant de résidents pour notre directeur de thèse et de médecin remplaçant régulier de plusieurs praticiens du secteur de Sainte-Marie pour le rédacteur.

Nous avons ainsi imaginé une rubrique spécifique ayant pour objectif de soumettre la fiche déjà remplie par l'équipe de l'EHPAD au MT afin :

- de lui rappeler la future consultation
- d'attirer son attention sur des éléments d'autonomie, de comportement ou de difficultés qui n'auraient pas forcément été évoqués
- de lui faciliter la rédaction d'un courrier en intégrant le traitement, les antécédents, des rappels de poids, taille, IMC..

- de solliciter ses commentaires et avis sur la prise en charge vers le CM
- d'apporter son examen clinique
- de faire de cette fiche un outil pluridisciplinaire synthétisant courrier médical et transmission de l'EHPAD

Nous avons donc élaboré une fiche de liaison « Béta » faisant office de synthèse des différentes hypothèses émises.

III.3.2. Fiche de liaison provisoire ou « Béta » intégrée au logiciel osiris®

(figure 5)



SOS-HOSPITALOR
EHPAD « La Source Du Breuil »
Rue du Gâtinais
57255 SAINTE-MARIE-AUX-CHENES
Tel : 03 87 61 99 20

Sainte-Marie-Aux-Chènes, le

FICHE DE LIAISON MT-EHPAD – CONSULTATION MEMOIRE, HOPITAL DE JOUR

Vous recevez ce jour en consultation M., Mme <report automatique>, agé(e) de <report automatique>

Allergies :

< report automatique >

Antécédents :

< report automatique >

Maladies et alertes en cours :

< report automatique >

Traitement en cours :

< report automatique >

Evènements notables depuis la dernière consultation :

Hospitalisation(s), joindre compte-rendu(s) si possible :

Consultation(s) Spécialisée(s), joindre compte-rendu(s) si possible :

Bouleversement(s) de la vie sociale ou familiale :

Chute (s) : < report automatique > (constat de chute)

Actuellement la prise en charge de M.Mme < report automatique est marquée par :

AUTONOMIE

Autonomie complète	<input type="checkbox"/>	Perte d'autonomie	<input type="checkbox"/>
		<i>Habillage, toilette</i>	
		Aide complète	<input type="checkbox"/>
		Aide partielle	<input type="checkbox"/>
		Stimulation	<input type="checkbox"/>
		Guidage	<input type="checkbox"/>
		<i>Alimentation</i>	
		Aide complète	<input type="checkbox"/>
		Aide partielle	<input type="checkbox"/>
		Stimulation	<input type="checkbox"/>
		Risque de fausses routes	<input type="checkbox"/>
		<i>Transferts</i>	
		Marche autonome	<input type="checkbox"/>
		Risque de chutes	<input type="checkbox"/>
		Marche avec aide	<input type="checkbox"/>
		Fauteuil roulant	<input type="checkbox"/>

Observations éventuelles

HUMEUR ET COMPORTEMENT

Humeur et comportement stables, adaptés

Humeur et comportement perturbés

Apathie

Repli sur soi

Humeur triste

Euphorie, désinhibition

Agressivité

Déambulation

Cris

Agitation vespérale

Activité délirante

.....

.....

.....

.....

Hallucinations

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Observations Eventuelles :

VIE SOCIALE ET ACTIVITES

Famille, proches présents et aidants
Apprécie la collectivité, relations adaptées
Ne participe pas aux activités de l'EHPAD

Participe aux activités de l'EHPAD
.....
.....
Autres activités
.....
.....

Observations Eventuelles :

VIE QUOTIDIENNE

Sommeil préservé Somnolence diurne
Agitation nocturne
Inversion du cycle veille/sommeil
Appétit préservé Perte d'appétit

Observations Eventuelles :

FONCTIONS COGNITIVES

Fonctions cognitives préservées

Fonctions cognitives perturbées

- Manque du mot
- Discours incohérent
- Troubles de la compréhension
- Troubles du geste
- Troubles de la lecture

Observations Eventuelles :

Vous trouverez ci-joint la grille AGGIR que nous avons établie

JE SOUSSIGNE DOCTEUR < report automatique Médecin Traitant > (NE) SUIS (PAS) EN ACCORD AVEC LES DONNEES SAISIES CI-DESSUS :

Commentaires :

Examen somatique:

Poids < report automatique>, Taille <report automatique>, IMC <report automatique >, dernière TA < report automatique>

Dernier examen clinique :

Signature MT :

Signature EHPAD (nom et fonction) :

III.3.3 Résultats d'analyse des entretiens semi-directifs

a) Entretiens (Annexe)

Ils sont au nombre de 18 : 7 Médecins Généralistes, 6 Infirmières des EHPAD, 4 Médecins et une Infirmière exerçant en Consultation Mémoire. Ils sont disponibles à la lecture en annexe.

b) Profils

Le premier travail a été de réaliser une étude des « PROFILS » de nos interlocuteurs. Nous avons pris le parti de réaliser 3 tableaux récapitulatifs (tableaux 4, 5, 6). La spécificité de chaque profession ne nous a pas permis de dégager des critères de « profilage » communs. Ces tableaux nous ont permis d'affiner et de pondérer l'analyse des propos de nos populations cibles.

Concernant le profil des IDE (Tableau 4), il est bon de noter que les IDE1 et IDE2 ont déjà utilisé la fiche provisoire mise en place dans l'unité pilote de Ste-Marie. Par ailleurs, contrairement aux IDE (3, 4, 5, 6) de Jarny et Florange qui ont plus de résidents à prendre en charge, elles jugent leur charge de travail tout à fait acceptable. Il peut donc être pertinent de mettre en perspective ces 2 sous-groupes. A signaler le profil particulier de l'IDE6, infirmière depuis 18 mois, après avoir été auxiliaire de vie puis AS pendant 15 ans en EHPAD. Sa mère bénéficiant actuellement d'un suivi mémoire pour une démence, on peut imaginer une sensibilité différente à la thématique compte tenu de son parcours.

On constate par ailleurs une convergence des estimations de la proportion de patients souffrant de troubles cognitifs en institution aux alentours de 70 %, avec un suivi mémoire pour environ 30 % d'entre eux.

Tableau 4 : Profils des IDE

	Sexe	Age	Lieu d'exercice	Années d'exercice	Années d'exercice EHPAD	Nombre de patients à prendre en charge par poste	Nombre de patients avec troubles cognitifs	Nombre de patient avec suivi mémoire	Déjà utilisé Fiche Provisoire	Appréciation charge globale de travail
IDE 1	F	51	Ste Marie	25	5	45	beaucoup	15	oui	+
IDE2	F	23	Ste Marie	2	2	45	30	15	oui	+
IDE3	F	40	Jarny	16	7	64	30	20	non	+++
IDE4	F	43	Jarny	20	9	64	40	20	non	+++
IDE5	F	46	Ste Marie	23	5	45	30	15	non	++
IDE6	F	52	Florange	1,5	15	60	beaucoup	15	non	+++

+ : chargée ; ++ : très chargée ; +++ : surchargée

Concernant les profils des médecins généralistes (tableau 5), on parvient également à dégager deux sous-groupes. Un groupe constitué par M1 et M2 pour lesquels l'activité en EHPAD est au cœur de leur activité, en tant que coordonnateur et médecin traitant. Tous les deux sont en charge d'un nombre important de résidents (>100). A signaler pour M1, une capacité de gériatrie aboutissant à une prise en charge par ses soins de la plupart des suivis cognitifs, au contraire de M2 qui adresse un grand nombre de patients en Consultation Mémoire (environ 150 de ses résidents suivis).

Le deuxième groupe est constitué de M3, M4, M5, M6, M7. Ces médecins ont une activité centrée sur la consultation au cabinet. Ils cherchent tous à limiter leur temps de présence en EHPAD et le nombre de patients à prendre en charge. La périodicité de leur renouvellement des traitements s'oriente plus vers 3 mois pour des malades stables. Il est donc intéressant d'étudier les données sous le filtre de ces deux groupes.

Tableau 5 : Profils Médecins Traitants

	Sexe	Age	Lieu d'exercice	Mode d'exercice	Coordonnateur	Capacité de Gériatrie	Nombre de patients suivis en EHPAD	Nombre de patients avec suivi mémoire	Heures par semaine en EHPAD	Périodicité Renouvellement traitement en mois	Appréciation charge de travail globale
M1	H	51	J	Libéral S-Rural Seul	oui	oui	120	10	12	3	+
M2	H	65	J	Salarié EHPAD	oui	non	188	150	22,5	1	
M3	H	58	F	Libéral Urbain associé	non	non	10	3	«trop »	1	
M4	F	52	F	Libéral Urbain associé	non	non	2	0	«moins possible »	3	++
M5	H	35	SM	Libéral S-Rural Associé	non	non	2	1	« moins possible »	3	+++
M6	H	65	SM	Libéral S-Rural Associé	non	non	1	0	« arrêt progressif »	1	+++
M7	H	58	J	Libéral S-Rural	non	non	10	2	« moins possible »	3	++

+ : chargée ; ++ : très chargée ; +++ : surchargée

L'étude des profils au sein des Consultations Mémoire permet de faire apparaître une estimation consensuelle aux alentours de 30% du pourcentage de patients provenant des EHPAD dans l'activité totale des consultations. A signaler, des différences dans le mode de suivi des patients, le CHR de Thionville préférant le mode « recours » en cas de difficultés plutôt qu'une convocation systématique. A noter, le profil particulier de CM4, IDE référente de la Consultation Mémoire, chargée d'appeler personnellement les EHPAD pour récupérer les informations. Son témoignage peut avoir une valeur ajoutée pour certains items.

Tableau 6 : Profils des Consultations Mémoire

	Sexe	Age	Lieu d'exercice	Profession	Titre	Activités	Journée(s) Consacrée(s) à CM ou HDJ par semaine	Estimation de la part des patients institutionnalisés dans activité CM	Mode et délai de convocation pour le suivi du patient institutionnalisé
CM1	F	37	Hôpital Marange- Silvange	Médecin	Praticien Hospitalier	UHCD SSR CM-HDJ	1	25%	x2/an
CM2	H	46	Le Kem Thionville	Médecin	Chef de Service	CM-HDJ UCC, UHR	4	40%	x2/an
CM3	H	64	CHR Thionville Bel air	Médecin	Chef de Service	UCC USLD CM-HDJ	0,5	25%	A la demande
CM4	F	54	CHR Thionville Bel Air	IDE	IDE Référente	CM-HDJ Gériatrie Mobile	1	30%	A la demande
CM5	H	43	Hôpital De Joeuf	Médecin	Praticien Hospitalier	CM,HDJ SSR	2	30%	x1 à 2/an

c) Présentation des thèmes et sous-thèmes

L'analyse sémantique des entretiens a rapidement permis de dégager trois thèmes principaux : « LA FICHE » en elle-même, « LA COMMUNICATION » et « LE RESSENTI » des professionnels autour du suivi mémoire du patient institutionnalisé. A l'intérieur de ces thèmes, nous avons identifié un certain nombre de sous-thèmes puis de chapitres, que nous avons décidé de présenter sous forme d'organigrammes. (figures 6, 7, 8)

Les idées dégagées sont attribuées à chaque sous-thème et chapitre au sein de tableaux. Elles sont accompagnées de leurs occurrences, réparties par sujets interrogés, avec calculs des résultats cumulés. Le lecteur trouvera quelques exemples de citations avec son code d'attribution.

Les principaux résultats sont présentés sous forme de synthèses écrites jointes aux tableaux.

Figure 6 : Thème FICHE

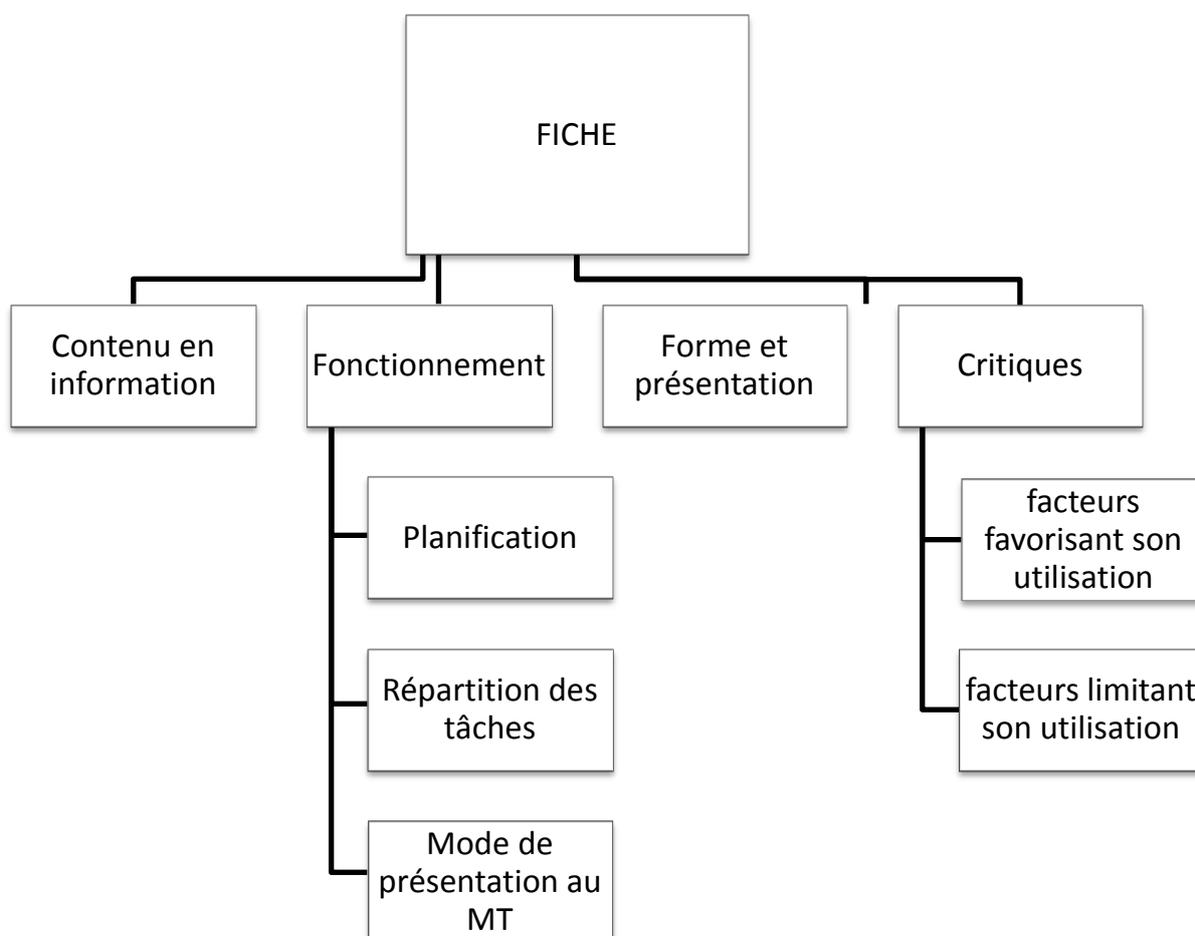


Figure 7 : Thème COMMUNICATION

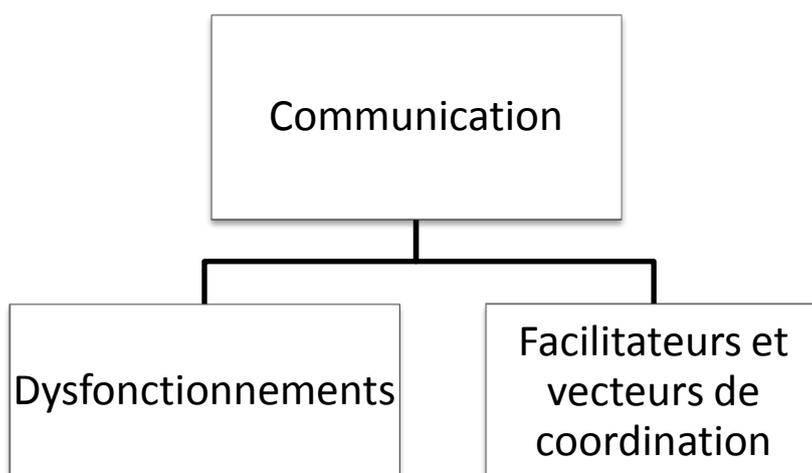
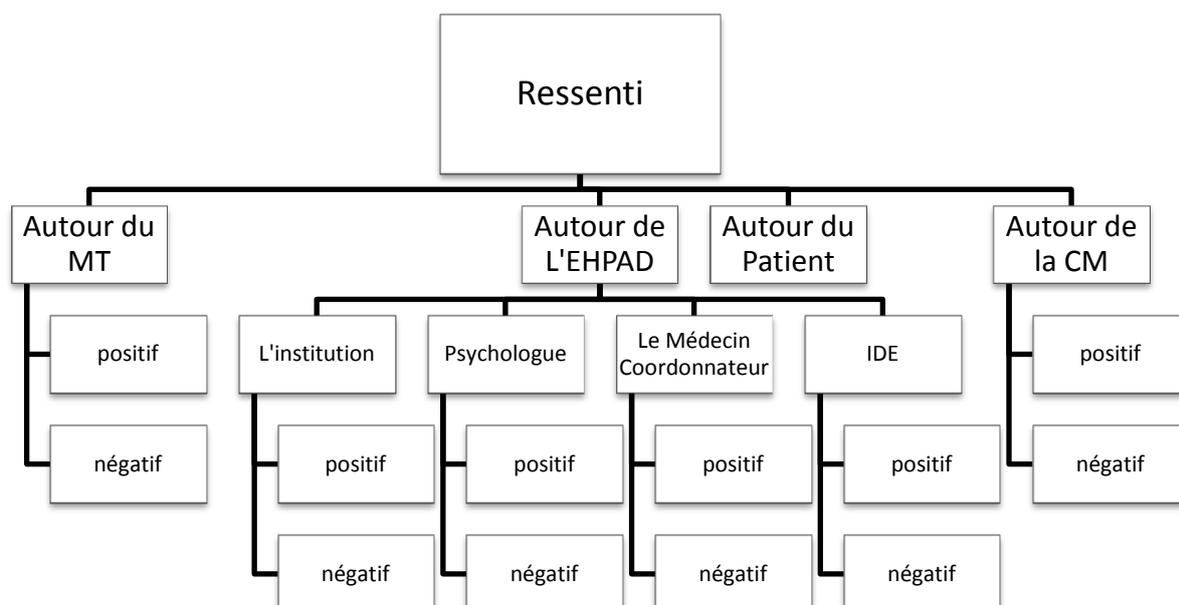


Figure 8 : Thème RESENTI



d) Résultats du sous-thème « Contenu » (Thème Fiche)

On retrouve dans ce thème toutes les propositions d'information pouvant figurer sur la fiche. Ces notions ont été comptabilisées dans plusieurs circonstances : lorsqu'elles ont été verbalisées clairement pour être sur la fiche mais aussi lors de leur évocation lors d'un acte de suivi à réaliser, ou d'une difficulté à transmettre. Ces idées sont classées par fréquence d'occurrence. On retrouve 4 tableaux : le cumul interprofessionnel et trois ventilations par professions.

Nous totalisons 216 citations au total, dont 128 pour les CM. Cette asymétrie de répartition est logique compte tenu de leur position de « demandeur » d'informations. Cependant, il faut signaler que 54 citations et idées sont issues de l'entretien avec CM4, IDE en charge de récupérer les informations et particulièrement investie sur le sujet. Nous avons donc également prêté attention au nombre de sujets évoquant les idées.

L'ensemble est concordant pour les deux informations principales sortant largement du lot : les troubles du comportement (62 occurrences) et le traitement (32 occurrences). Pour les troubles du comportement nous retrouvons une citation par chacun des IDE, MT et CM (sauf IDE3 et M1). A signaler qu'une précision a souvent été ajoutée par 3 CM : la notion de contexte de survenue, avec 8 occurrences. Ce résultat est à mettre en rapport avec l'idée « d'information ciblée » retrouvée dans le sous-thème « facteurs favorisant l'utilisation de la fiche » avec 4 CM pour 9 occurrences (tableaux 15 et 17).

Les premières et deuxième places des « troubles de comportement » et « du traitement » sont confirmées par les indications fournies au tableau 31 correspondant au ressenti sur la Consultation Mémoire. On retrouve pour les professionnels un recours positif à la CM par rapport aux troubles du comportement avec 20 citations (IDE (8) et CM (12)) et pour adapter le traitement (15 citations dont 6 pour IDE et 6 pour MT).

A signaler, en troisième position le souhait de voir apparaître « les informations pour une première consultation », suite aux discours de M5, M6 et CM2, CM5. Ce fait est à mettre en opposition avec le sous-thème « vecteur de communication » du thème « communication » où 6 médecins sur 7 nous signalent élaborer un courrier pour la première consultation. (tableaux 23 et 24)

On retrouve ensuite des données qui se superposent aux items de notre fiche Béta comme les « évènements intercurrents » cités par 4 CM sur 5, les chutes, les bouleversements de la vie sociale. Néanmoins, un bloc « administratif », non présent sur notre fiche, avec ALD (6), APA (5), et date d'entrée en EHPAD (5), apparaît surtout dans les propos de M1, M2 et les médecins de CM.

Pour finir, nous pouvons signaler que certains items présents sur la fiche Béta n'ont pas été cités dans les entretiens : troubles anxio-dépressifs (1 occurrence) ou encore la continence.

Tableau 7 : Résultats « Contenu », récapitulatif interprofessionnel

Contenu de la Fiche					
Nature de l'information à transmettre					
	IDE	MT	CM	Total	Exemples de Citations
Troubles du Comportement dont :	14	6	42	62	CM4-33 : « à le resituer dans le contexte »
-contexte			8	8	CM3-28, 29, 30 : « s'il y a oppositions, refus, les troubles du comportement en général. » IDE2-25 : « Mais surtout les informations concernant les troubles du comportement en fait »
-fréquence			2	2	
-opposition	2		1	3	
-apathie			2	2	
-déambulation	1		7	8	
-hallucination, délire			5	5	
Traitement	12	6	14	32	M6-10 : « les traitements vont jouer sur le plan cardiaque »
Informations pour utilisation première consultation avec :		11	9	20	M5-35, 36 : « leur joindre un bilan biologique type assez complet de démence et un scanner cérébral, au moins pour une première consultation.»
-antécédents		2	2	4	
-traitements		2	2	4	
-biographie		1	1	2	
-biologie		3		3	
-imagerie		2		2	
-CR cardio		1		1	
Evènements intercurrents : pathologies aiguës, décompensations, consultations spécialisées et hospitalisations	2	1	7	10	CM3-29,30 : « éléments évolutifs depuis la dernière consultation, les évènements marquants »
Antécédents	4	4	2	10	IDE1-48 : « antécédents médicaux »

Troubles du sommeil	2		8	10	CM4-70 : « Tout comme les troubles du sommeil »
Chutes	2		6	8	IDE4-20 : « chutes »
Intégration vie dans l'EHPAD	1		5	6	CM3-33 : « coopérant, actif, intégré dans la vie de l'EHPAD »
Autonomie	3		3	6	CM1-29 : « l'autonomie »
ALD		3	3	6	M1-26 : « savoir si les gens sont en ALD »
Date d'entrée en EHPAD		1	4	5	M2-27 : « ajouter la date d'entrée dans l'EHPAD »
APA		2	3	5	M1-27 : « s'ils bénéficient de l'Aide Personnalisée à l'Autonomie »
Histoire de la maladie et des troubles mnésiques		3	2	5	CM5-45 : « anciens MMSE »
Contention dont : -au lit nocturne -au fauteuil			5 2 2	5 2 2	CM4-40, 41, 42, 43 : « Je demande aussi systématiquement euh, s'il y a de la contention au lit, la nuit, au fauteuil »
Alimentation / nutrition			5	5	CM1-31 : « l'alimentation »
Bouleversements vie sociale			4	4	CM1-21 : « social avec des bouleversements de vie »
Troubles Cognitifs	1	1	1	3	IDE6-18 : « l'évaluation de la mémoire »
Personne à l'origine du recours		1	1	2	M5-24 : « si la demande vient de la famille, du patient ou plutôt du personnel (infirmier ou médecin »
Famille, aidants principaux			2	2	CM5-39 : « quel aidant-famille proche »
Dernière Biologie		2		2	M6-13 : « un bilan sanguin complet »
Dossier transmissions soins IDE	2			2	IDE1-43 : « le dossier de transmissions infirmières »
Troubles anxio-dépressifs	1	1		2	CM1-32 : « le moral »
Orientation			1	1	CM4-44 : « s'ils retrouvent tous seuls la salle à manger, leur chambre, s'ils savent l'heure »

Transferts / Mobilisation	1			1	IDE4-19 : « les transferts »
Examen Clinique	1			1	IDE-72 : « et y mettent leurs observations médicales »
Intervention Ergothérapeute		1		1	M1-33 : « une fiche éventuellement pour l'ergothérapeute ? »
Total	46	43	128	216	

Tableau 8 : Résultats « Contenu », répartition au sein des CM

Contenu de la Fiche					
Nature de l'information à transmettre					
	CM1	CM2	CM3	CM4	CM5
Troubles du Comportement dont :	2	11	6	19	4
-fréquence			1	1	
-contexte		2	2	3	
-opposition			1		
-apathie		1	1		
-déambulation		1		6	
-délires, hallucinations		1		4	
Traitement	4	3	2	3	2
Informations pour utilisation première consultation avec :		3			6
-antécédents		1			1
-traitements					
-biographie		1			1
-biologie					
-imagerie cérébrale					1
-CR Cardio					
Evènements intercurrents : pathologies aiguës, décompensations, consultations spécialisées et hospitalisations intercurrentes		3	1	2	1
Antécédents		2			
Troubles du sommeil	1	1		5	
Chutes				6	
Intégration vie dans l'EHPAD	1		1	3	
Autonomie	1			2	
ALD	1				2
Date d'entrée EHPAD	1		1	2	2
APA	1				2
Histoire de la maladie et des troubles mnésiques		1			1

Contention dont :				5	
-au lit nocturne				2	
-au fauteuil				2	
Alimentation / Nutrition				5	
Bouleversements vie sociale	1	1		1	1
Troubles Cognitifs				1	
Personne à l'origine du recours		1			
Famille, aidants principaux	1				1
Dernière Biologie					
Dossier de transmission soins IDE					
Troubles anxio-dépressifs					
Orientation				1	
Transferts / mobilisation					
Examen Clinique					
Intervention Ergothérapeute					
TOTAL				54	

Tableau 9 : Résultats « Contenu », répartition au sein des IDE

Contenu de la Fiche						
Nature de l'information à transmettre						
	IDE1	IDE2	IDE3	IDE4	IDE5	IDE6
Troubles du Comportement dont :	1	6		4	1	2
-fréquence						
-contexte						
-opposition				1		1
-apathie						
-déambulation				1		
-hallucination, délire						
Traitement	2	4	2	1	1	2
Informations pour utilisation première consultation avec :						
-antécédents						
-traitements						
-biographie						
-biologie						
-imagerie						
-CR cardio						
Evènements intercurrents : pathologies aiguës, décompensations, consultations spécialisées et hospitalisations intercurrentes	1	1		1		
Antécédents	2				1	1
Troubles du sommeil				1		1
Chutes				1		1
Intégration vie dans l'EHPAD	1					
Autonomie	2			1		
ALD						
Date d'entrée EHPAD						

APA						
Histoire de la maladie et des troubles mnésiques						
Contention dont : -au lit nocturne -au fauteuil						
Alimentation / Nutrition						
Bouleversements vie sociale						
Troubles Cognitifs						1
Personne à l'origine du recours						
Famille, aidants						
Dernière biologie						
Dossier de transmission soins IDE	1			1		
Troubles anxio-dépressifs						1
Orientation						
Transferts / Mobilisation				1		
Examen Clinique		1				
Intervention Ergothérapeute						

Tableau 10 : Résultats « Contenu », répartition par MT

Contenu de la Fiche							
Nature de l'information à transmettre							
	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7
Troubles du Comportement dont : -fréquence -contexte -opposition -apathie -déambulation -hallucination, délire		1	1	1	1	1	1
Traitement	1				1	4	
Informations pour utilisation première consultation avec : -antécédents -traitements -biographie -biologie -imagerie cérébrale -CR Cardio					5	6	
					1	1	
					1	2	
					2	1	
					1	1	
						1	
Evènements intercurrents : pathologies aiguës, décompensations, consultations spécialisées et hospitalisations intercurrentes							1
Antécédents					1	2	
Troubles du sommeil							
Chutes							
Intégration vie dans l'EHPAD							
Autonomie							
ALD	2	1					
Date d'entrée en EHPAD		1					

APA	2						
Histoire de la maladie et des troubles mnésiques	1		1		1		
Contention dont : -au lit nocturne -au fauteuil							
Alimentation / Nutrition							
Bouleversements vie sociale							
Troubles Cognitifs			1				
Personne à l'origine du recours					1		
Famille, aidants							
Dernière biologie					1	1	
Dossier de transmission soins IDE							
Troubles anxio-dépressifs							
Transferts / Mobilisation							
Examen Clinique							
Intervention Ergothérapeute	1						

e) Résultats du sous-thème « Fonctionnement » (Thème Fiche)

Il s'agit d'un sous-thème et de chapitres réservés aux IDE et MT. Concernant le chapitre « planification » du renseignement de la fiche, toutes les IDE font référence à leur mode de fonctionnement actuel : préparer les consultations lors d'un temps spécifique en début de semaine, une semaine à l'avance.

Concernant la « répartition des tâches », un consensus émerge autour du fait que l'IDE initie l'action en éditant sa partie avant de la soumettre au médecin.

Concernant la « présentation de la fiche au MT » on retrouve une opposition nette entre IDE et MT. En effet, 4 IDE souhaitent soumettre la fiche au MT lors du renouvellement du traitement alors que 4 MT sont pour une présentation dès que possible lors d'une visite pour un autre résident. Par ailleurs ce sujet est source d'un véritable questionnement pour les IDE : dans le sous-thème « facteur limitant l'utilisation de la fiche » (tableaux 15 et 16), elles sont 5 sur 6 à signaler à travers 18 citations « les difficultés à soumettre la fiche au MT ». On peut résumer le sentiment des infirmières en citant IDE3 : « on ne va pas les appeler pour juste remplir le papier là ». Ces données sont à corréliser à celles évoquant le ressenti vis-à-vis des MT, puisque toutes les IDE parlent de leur « manque de disponibilité » (9 citations). (tableaux 34 et 33)

Tableau 11 : Résultats « Fonctionnement », récapitulatif interprofessionnel

Fonctionnement					
Planification des tâches					
	IDE	MT	CM	Total	Exemples de Citations
Habitude de remplir la fiche 7 jours avant consultation lors de la séance dédiée à la préparation des consultations externes	13			13	IDE1-31 : « une semaine avant, une infirmière est chargée de préparer tous les rendez-vous » IDE6-41 : « c'est toujours l'infirmière du week-end qui prépare les rendez-vous pour la semaine »
Proposition de renseigner la fiche 1 mois avant CM lors d'une séance dédiée à la préparation des consultations externes	3			3	IDE4-29 : « Je pense qu'il vaut mieux la soumettre au moment où ils viennent pour les renouvellements trois semaines-un mois avant »
Répartition des tâches					
	IDE	MT	CM	Total	Exemples de Citations
Remplir la fiche est une prérogative de l'infirmière	3	2		5	IDE2-26 : « On remplit la fiche »
MT se doit de prendre connaissance de la fiche, de compléter sa partie, de la signer	7			7	IDE2-33 : « déjà qu'ils valident la fiche de liaison »
Intervention du MT doit survenir après celle de l'IDE	1	2	1	4	M7-19 : « d'accord avec plein de choses mais je ne vais pas les remplir, c'est les infirmières, ensuite on regarde »
Mode de présentation de la fiche au MT					
	IDE	MT	CM	Total	Exemples de Citations
Présentation fiche au MT lors de la visite de renouvellement	4	1		5	IDE4-29 : « Je pense qu'il vaut mieux la soumettre au moment où ils viennent pour les renouvellements trois semaines-un mois avant »

Présentation de la fiche au MT lors de son passage pour un autre résident		4		4	M7-18 : « quand on passe pour un autre patient (M7-18), on leur fait et c'est réglé ! »
Présentation systématique à l'entrée du résident en EHPAD		1		1	M6-20 : « qu'on pourrait la remplir dès l'entrée du patient »
Présentation par courrier postal au MT	2			2	IDE-44 : « alors on devrait leur envoyer afin qu'ils la complètent »

Tableau 12 : Résultats « fonctionnement », répartition IDE

Fonctionnement						
Planification des tâches						
	IDE1	IDE2	IDE3	IDE4	IDE5	IDE6
Habitude de remplir la fiche 7 jours avant consultation lors de la séance dédiée à la préparation des consultations externes	6	2	1	1	1	2
Proposition de renseigner la fiche 1 mois avant CM lors d'une séance dédiée à la préparation des consultations externes				2	1	
Répartition des tâches						
	IDE1	IDE2	IDE3	IDE4	IDE5	IDE6
Remplir la fiche est une prérogative de l'infirmière		1		1	1	
MT se doit de prendre connaissance de la fiche, de compléter sa partie, de la signer		5			2	
Intervention du MT doit survenir après celle de l'IDE		1				
Mode de présentation de la fiche au MT						
	IDE1	IDE2	IDE3	IDE4	IDE5	IDE6
Présentation de la fiche au MT lors de la visite de renouvellement			1	2	1	
Présentation de la fiche au MT lors de son passage pour un autre résident						
Présentation systématique à l'entrée du résident en EHPAD						
Présentation par courrier postal au MT		2				

Tableau 13 : Résultats « Fonctionnement », répartition MT

Mode de fonctionnement							
Planification des tâches							
	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7
Habitude de remplir la fiche 7 jours avant consultation lors de la séance dédiée à la préparation des consultations externes							
Proposition de renseigner la fiche 1 mois avant consultation lors d'une séance dédiée à la préparation des consultations externes							
Répartition des tâches							
	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7
Remplir la fiche est une prérogative de l'infirmière		1					1
Intervention du MT doit survenir après celle de l'IDE		1					1
Mode de présentation de la fiche au MT							
	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7
Présentation de la fiche au MT lors de la visite de renouvellement					1		
Présentation de la fiche au MT lors de son passage pour un autre résident	1		1	1			1
Présentation systématique à l'entrée du résident en EHPAD						1	
Présentation par courrier postal au MT							

Tableau 14 : Résultats « Forme et Présentation », récapitulatif interprofessionnel

Forme et mise en page					
	IDE	MT	CM	Total	Exemples de Citations
Poids, taille avec item nutrition/alimentation		1		1	M2-26 : « j'aurais peut être mis le poids et la taille avec la partie sur l'alimentation »
Privilégier case à cocher	1	1	1	3	M5-27 : « Les petites cases à cocher c'est bien »
Une zone unique de texte libre			11	11	CM1-42 : « Les espaces pour « texte libre » trop nombreux, souvent par expérience très peu remplis »
Automatiser item « évènements intercurrents ou juste joindre CR »		1	1	2	M5-29,30 : « il faudrait que ce soit un peu plus automatique ou tout simplement que les infirmières joignent les comptes-rendus »
Exemples pour certains items			3	3	CM4-108 : « car je ne sais pas si tout le monde sait à quoi ça correspond. Là je mettrais des suggestions dans toutes les parties là »
Zone libre pour psychologue			1	1	CM4-116 : « Il faudrait peut-être réserver la partie d'évaluation cognitive à la psychologue, à remplir en écriture libre »
Total	1	3	17	21	

On retrouve peu de citations se rapportant à ce sous-thème, elles concernent avant tout les propos de la Consultation Mémoire (17/21 citations). On dégage deux idées principales :

- « limiter les zones de texte libre à une » avec 11 occurrences, avec l'idée d'éviter la dilution des informations et de multiplier les saisies chronophages. Cette réflexion peut être liée à « longueur de saisie chronophage » du sous-thème « critiques ». (tableau 15)

- accompagner d'« exemples certains items », avec 3 occurrences. Cela concerne les « évènements intercurrents » ou les « bouleversements de vie sociale » de notre fiche et peut être rapproché des « difficultés de compréhension de termes médicaux » (tableau 15) dans le

cadre d'un sous-thème transversal que nous aborderons dans la discussion (vulgarisation de la fiche).

g) Résultats du sous-thème « Critiques » (Thème Fiche)

Ce sous-thème est partagé entre les critiques positives déterminant des facteurs facilitant l'utilisation de l'outil et les remarques négatives déterminant des freins à son appropriation.

Le premier constat est que l'ensemble des professionnels approuvent le concept et lui reconnaissent une utilité potentielle.

Toutes les IDE et la plupart des MT manifestent la volonté commune d'avoir un outil « rapide et simple d'utilisation » (9+9 occurrences). Dans le même ordre d'idée, l'ensemble des professionnels indiquent qu'une saisie manuelle trop longue ainsi que trop d'items à cocher sont des inconvénients, d'où la suggestion de certaines Consultations Mémoire de créer une « zone d'expression libre unique » (tableau 14).

Il est toutefois bon de pondérer ces résultats par les commentaires de IDE1 et de IDE2 qui ont déjà utilisé la fiche Béta. Dès lors, on constate qu'elles mettent significativement en avant le fait que le remplissage d'une telle fiche « favorise la concertation au sein de l'équipe soignante » avec 17 citations à elles deux. Elles insistent également sur la « possibilité d'exprimer une difficulté » grâce au texte libre et la « rapidité » de la tâche.

Par ailleurs, la principale difficulté évoquée par cinq des six infirmières interrogées, semble être la présentation de la fiche au MT (18 citations) ainsi que, pour certaines, des réserves sur l'ergonomie du logiciel informatique utilisé.

A signaler également que M2, en tant que coordonnateur, ainsi que CM5 insistent particulièrement sur l'importance de la présentation de la fiche au MT.

Un recoupement de certaines idées essentiellement émises par la CM telles que la « transmission ciblée », la « limite de la simplification », la « limite du concept de fiche », le « contexte des troubles du comportement » (tableaux 8 et 7) ou la « zone unique de texte » (tableau14), fait émerger un thème transversal et une problématique de la discussion : comment permettre une transmission d'information satisfaisante pour toutes les parties autour des troubles du comportement en étant à la fois pertinent, concis, circonstancié ?

Tableau 15 : Résultats « Critiques », récapitulatif interprofessionnel

Commentaires positif, Facteurs favorisant l'utilisation					
	IDE	MT	CM	Total	Exemples de Citations
Utilité	7	9	8	24	IDE6-25 : « oui, c'est toujours utile »
Acceptation du principe de fiche	7	8	5	20	M4-24 : « oui »
Rapidité et facilité d'utilisation	9	9	2	20	M4-25 : « si le remplissage est facile et rapide aussi »
Favorise la concertation au sein de l'équipe soignante	17		1	18	IDE2-28 : « Je m'arrange toujours pour la remplir avec au moins une AS »
Possibilité d'exprimer concrètement une difficulté	8	1	6	15	IDE2-65,66 : « il nous arrive souvent d'ajouter manuellement des commentaires quand on a des soucis spécifiques »
Transmission d'information ciblée		3	9	12	CM3-52 : « une observation mais en ciblant »
Présenter la fiche à l'ensemble des Médecins Intervenant dans l'EHPAD	2	4	2	8	M2-23 : « je crois qu'il faudrait déjà tous leur présenter l'outil »
Intégration dans le logiciel Osiris®	4	1	2	7	IDE1-67,68 : « faudrait déjà qu'elle soit facilement accessible dans Osiris et puis qu'on y arrive rapidement »
Acte valorisant	2			2	IDE1-63 : « Oh ben pour moi c'est normal et intéressant »
Commentaires négatifs, Facteurs limitant l'utilisation					
	IDE	MT	CM	Total	Exemples de Citations
Difficultés à soumettre la fiche au MT	18			18	IDE3-25,26,27 : « si le médecin traitant n'est pas là, on ne va pas l'appeler pour remplir ça. Si le hasard fait qu'il vient pour les renouvellements et qu'il y a un rendez-vous qui suit, ça ira mais ça n'arrivera pratiquement jamais. »

Limites liées au concept fiche vs échanges oraux			7	7	CM2-35,36,37 : « après la problématique d'avoir une fiche de liaison c'est qui va la remplir et avec quel degré d'implication et de pertinence. Parce qu'on peut y mettre tout et n'importe quoi »
Limites liées à la simplification			7	7	CM4-68 : « il y a des choses qui me paraissent parfois trop simples »
Longueur de saisie chronophage	3	5	4	12	IDE6-36 : « c'est un sacré pavé ! »
Trop d'items et d'informations	2	3	4	9	CM3-49 : « si on veut qu'un maximum de personnes la remplissent, il faut être limité sur le nombre de cases à cocher »
Difficultés de compréhension des termes médicaux			8	8	CM3-43 : « par exemple « apathie », je ne suis pas certain que les soignants sachent ce que ça veut dire »
Doublet avec grille AGGIR	2		2	2	CM3-46 : « Oui parce que si vous mettez la grille_AGGIR, euh, il y a un certain nombre de choses qui sont redondantes »
Doublet avec antécédents déjà connus			1	1	CM2-43 : « les antécédents, bon une fois qu'on les a, ils sont dans notre dossier ça ne pose plus problème »
Difficultés à la manipulation du logiciel	2			2	IDE6-40 : « le logiciel si il met du temps à se lancer ou qu'il bug je vous la ferais pas par contre »
Dossier Médical Informatique non tenu à jour		1		1	IDE2-81 : « mais il faudrait que les médecins traitants jouent aussi le jeu en remplissant correctement le dossier informatique »

Tableau 16 : Résultats « Critiques », répartition IDE

Commentaires Positifs, Facteurs favorisant l'utilisation						
	IDE1	IDE2	IDE3	IDE4	IDE5	IDE6
Utilité	1	1	1	1	2	1
Acceptation du principe de fiche	1	1	1	1	2	1
Rapidité et facilité d'utilisation	2	1	2	1	2	1
Favorise la concertation au sein de l'équipe soignante	12	5				
Possibilité d'exprimer concrètement une difficulté	2	4		1		1
Transmission d'information ciblée						
Présenter la fiche à l'ensemble des Médecins Intervenant dans l'EHPAD		2				
Intégration dans le logiciel Osiris®	2	1		1		
Acte valorisant	2					
Commentaires Négatifs, Facteurs limitant l'utilisation						
	IDE1	IDE2	IDE3	IDE4	IDE5	IDE6
Difficultés soumettre la fiche au MT		5	5	2	4	2
Limites liées au concept fiche vs échanges oraux						
Limites liées à la simplification						
Longueur de saisie chronophage			2			1
Trop d'items et d'informations			2			
Difficultés de compréhension des termes médicaux						
Doublon avec grille AGGIR	1		1			
Doublon avec antécédents déjà connus						
Difficultés à la manipulation du logiciel	1					1
Dossier Médical Informatique non tenu à jour						

Tableau 17 : Résultats « Critiques », répartition CM

Commentaires positifs, Facteurs favorisant l'utilisation					
	CM1	CM2	CM3	CM4	CM5
Utilité	1	2	2	1	2
Acceptation du principe de fiche	1	1	1	1	1
Rapidité de saisie	2				1
Favorise la concertation au sein de l'équipe soignante					
Possibilité d'exprimer concrètement une difficulté	1		1	4	
Transmission d'information ciblée	1	4	3		1
Présenter la fiche à l'ensemble des Médecins Intervenants dans l'EHPAD					2
Intégration dans le logiciel Osiris®	1				1
Acte valorisant					
Commentaires négatifs, Facteurs limitant l'utilisation					
	CM1	CM2	CM3	CM4	CM5
Difficultés soumettre la fiche au MT					
Limites liées au concept fiche vs échanges oraux		4	1	2	
Limites liées à la simplification		1	2	2	
Longueur de saisie chronophage	1	2			1
Trop d'items et d'informations		2	1		1
Difficultés de compréhension des termes médicaux		5	2		1
Doublon avec grille AGGIR			1		1
Doublon avec antécédents déjà connus		1			
Difficultés à la manipulation du logiciel					
Dossier Médical Informatique non tenu à jour					

Tableau 18 : Résultats « Critiques », répartition MT

Commentaires positifs, Facteurs favorisant l'utilisation							
	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7
Utilité	1	2	2	1	1	1	1
Acceptation du principe de fiche	1	1	1	1	1	2	1
Rapidité et facilité d'utilisation			3	1	2	3	
Favorise la concertation au sein de l'équipe soignante							
Possibilité d'exprimer concrètement une difficulté					1		
Transmission d'information ciblée			3				
Présenter la fiche à l'ensemble des Médecins Intervenants dans l'EHPAD		4					
Intégration dans le logiciel Osiris®						1	
Acte valorisant							
Commentaires négatifs, Facteurs limitant l'utilisation							
	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7
Difficultés soumettre la fiche au MT							
Limites liées au concept fiche vs échanges oraux							
Limites liées à la simplification							
Longueur de saisie chronophage			3	2	1		1
Trop d'items et d'informations			3				
Difficultés de compréhension des termes médicaux							
Doublon avec grille AGGIR							
Doublon avec antécédents déjà connus							
Difficultés à la manipulation du logiciel				3			
Dossier Médical Informatique non tenu à jour			1				

h) Résultats du sous-thème « Dysfonctionnements » (Thème Communication)

En tête des dysfonctionnements, on retrouve, avec 20 répétitions, les « appels impromptus ». Cinq IDE sur six et toutes les CM signalent ces demandes téléphoniques d'informations contre un seul médecin, M1, qui est « Gériatre ». Ainsi CM4, en charge de récupérer les informations manquantes, parle même du recours à un « appel obligatoire systématique » (CM4-35). Les MT « non coordonnateurs » semblent peu concernés par ce type d'appels téléphoniques, puisque on ne constate aucune mention de ceux-ci. Par ailleurs, la filière gériatrique avec les 2 coordonnateurs (M1, M2), quatre des six IDE, et 3 CM sur 5, pointe une absence de réalisation de courrier de suivi de la part du MT vers la CM ou l'HDJ. Cette position est toutefois clairement assumée par M3 et M7.

On retrouve ensuite des difficultés plus spécifiques à certains corps de métier. Les CM reprochent aux EHPAD « une absence de transmission sur les troubles du comportement » (4/5 des CM et 6 citations). Ce dysfonctionnement est à mettre en rapport avec les doléances des CM de « transmission ciblée » (tableau 17) lors de l'évocation des qualités de l'outil et de « contexte des troubles du comportement » lors de la discussion sur le contenu (tableau 8). Ces propositions montrent encore une fois leur désir de centrer les informations pertinentes sur les troubles perturbateurs du comportement.

Du côté des coordonnateurs, M2 évoque des difficultés de planification des rendez-vous et de communication avec les MT, des propos à signaler, malgré le peu d'occurrences, compte tenu de son profil. M2 témoigne ainsi que « les médecins ne sont pas forcément au courant du rendez-vous (M2-14) » et que « les rendez-vous ne sont pas inscrits dans l'informatique (M2-17) , ce n'est pas facile».

Enfin, IDE1 et IDE2, infirmières déjà investies dans ce travail via la fiche Béta, signalent à 7 reprises une « lenteur du retour des informations de la CM via le MT ». Cette idée est à corréliser au « manque de disponibilité », et au « manque de réactivité du MT » du sous-thème « ressenti » (tableaux 34 et 33) et à l'ensemble de la problématique du chapitre « présentation au MT » précédemment abordée. Il se dégage ainsi un thème transversal de « difficultés de communication MT-IDE » qui ouvre une discussion future.

Tableau 19 : Résultats « Dysfonctionnements », récapitulatif interprofessionnel

Dysfonctionnements					
	IDE	MT	CM	Total	Exemples de Citations
Appels téléphoniques impromptus	9	1	10	20	CM4-35 : « Donc voilà moi systématiquement, je rappelle les infirmières » IDE3-10 : « ils nous appelaient parce qu'il manquait des papiers ou des informations »
Absence de courrier du MT lors de la consultation de suivi	6	5	6	17	M3-20,21 : « Je fais un courrier pour la première consultation pas dans le cadre du suivi » CM1-6 : « sérieusement je n'ai pas le souvenir d'avoir reçu un courrier de médecin traitant en 2 ans »
Lenteur du retour d'informations CM via MT vers EHPAD	10		2	12	IDE2-7 : « les compte rendus sont en général assez longs à parvenir »
Absence de transmissions sur troubles du comportement des EHPAD vers CM			6	6	CM1-9 : « il y a des choses qu'on aimerait bien savoir et on galère à les récupérer »
Pas de calendrier ou de rappel des rendez-vous dans le dossier médical Osiris®		2		2	M2-18 : « Il faudrait peut-être une sorte de timing informatique avec les tableaux prévisionnels. »
Difficultés de communication MT-MC		1	1	2	M2-11 : « je n'interviens pas tellement puisque ce sont plutôt les médecins traitants qui le font ou sont supposés le faire »
Difficultés de communication MT-IDE	2			2	IDE6-22 : « certains vont et viennent sans même se signaler, sans aucun échange »
MT pas informé de la planification du rendez-vous CM		1		1	M2-14 : « ils ne sont pas forcément au courant du rendez-vous »

Tableau 20 : Résultats « Dysfonctionnements », répartition CM

Dysfonctionnements					
	CM1	CM2	CM3	CM4	CM5
Appels téléphoniques impromptus	2	2	1	4	1
Absence de courrier du MT lors de la consultation de suivi	2	2			2
Lenteur du retour d'informations CM vers EHPAD	1		1		
Absence de transmissions sur troubles du comportement des EHPAD vers CM	2	1		2	1
Pas de calendrier ou de rappel des rendez-vous dans le dossier médical Osiris®					
Difficultés de communication MT-MC					1
Difficultés de communication MT-IDE					
MT pas informé de la planification du rendez-vous CM					

Tableau 21 : Résultats « Dysfonctionnements », répartition IDE

Dysfonctionnements						
	IDE1	IDE2	IDE3	IDE4	IDE5	IDE6
Appels téléphoniques impromptus	3	3	1	1	1	
Absence de courrier du MT lors de la consultation de suivi	3	1		1		1
Lenteur du retour d'informations CM via MT vers EHPAD	3	5			2	
Absence de transmissions sur troubles du comportement des EHPAD vers CM						
Pas de calendrier ou de rappel des rendez-vous dans le dossier médical Osiris®						
Difficultés de communication MT-MC						
Difficultés de communication MT- IDE						2
MT pas informé de la planification du rendez-vous CM						

Tableau 22 : Résultats « Dysfonctionnements », répartition MT

Dysfonctionnements							
	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7
Appels téléphoniques impromptus	1						
Absence de courrier MT lors de la consultation de suivi	1	1	1				2
Lenteur du retour d'informations CM via MT vers EHPAD							
Absence de transmissions sur troubles du comportement des EHPAD vers CM							
Pas de calendrier ou de rappel des rendez-vous dans le dossier médical Osiris®		2					
Difficultés de communication MT-MC		1					
Difficultés de communication MT-IDE							
MT pas informé de la planification du rendez-vous CM		1					

i) Résultats du sous-thème « Vecteurs de synergie et de coordination » (Thème Communication)

Les MT signalent avec 8 citations et pour 6 sur 7 d'entre eux, qu'ils réalisent systématiquement un courrier pour la première Consultation Mémoire du patient institutionnalisé.

Les utilisateurs « testeurs » de la fiche Béta, c'est-à-dire IDE1 et IDE2 de Ste-Marie, CM5 de Joeuf, et CM1 de Marange-Silvange, mettent en avant la plus-value des lettres manuscrites de la psychologue Mme MARCUOLA ou de sa fiche à travers 8 citations.

Enfin, les CM signalent faire un courrier rapidement après la consultation (5/5) et même souvent un courrier provisoire (3/5) en cas de changement de traitement. Cette information s'oppose à la « lenteur d'arrivée de l'information via le MT aux IDE » évoquée dans les dysfonctionnements (tableau 21) et semble pouvoir être corrélée pour au fait que seulement deux des CM sur 5 déclare adresser systématiquement un « double du courrier au Médecin Coordonnateur ».

Tableau 23 : Résultats « Vecteurs de synergie et de coordination », récapitulatif interprofessionnel

Vecteurs de synergie et de coordination					
	IDE	MT	CM	Total	Exemples de Citations
Courrier systématique MT pour la première consultation		8	3	11	M7-12 : « Je leur fais un petit mot avec les grandes lignes »
Lettre ou fiche de la psychologue	5		3	8	IDE3-11 : « depuis que la psychologue fait un courrier, on n'a plus ce problème. Cela nous a soulagé »
Fiche de liaison soins IDE	1		4	5	CM5-28 : « de transmission de soins IDE »
Bonne connaissance du réseau gériatrique de proximité		1	2	3	CM5-22,23 : « on dispose d'un bon réseau gériatrique de proximité donc on connaît bien les interlocuteurs du secteur. »
Double de courrier adressé au médecin coordonnateur		2	2	4	CM2-24 : « Je fais toujours un double pour le médecin coordo »
Compte rendu/ courrier envoyé rapidement après Consultation Mémoire		2	5	7	CM1-15 : « le courrier d'hôpital de jour ou de consultation mémoire est dicté dans la journée et envoyé dans les 48 heures »
Compte rendu provisoire avec modification traitement			5	5	CM3-20 : « S'il y a une modification de traitement, oui »

Tableau 24 : Résultats « Vecteurs de synergie et de coordination », répartition MT

Vecteurs de synergie et de coordination							
	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7
Courrier systématique MT pour la première consultation	2	1	1		1	1	1
Lettre ou fiche de la psychologue	1						
Bonne connaissance du réseau gériatrique de proximité					1		
Fiche de liaison soins IDE							
Double de courrier adressé au médecin coordonnateur	1						
Compte rendu /courrier envoyé rapidement après Consultation Mémoire	1	1		1			
Compte rendu provisoire avec modification traitement							

Tableau 25 : Résultats « Vecteurs de synergie et de coordination », répartition CM

Vecteurs de synergie et de coordination					
	CM1	CM2	CM3	CM4	CM5
Courrier systématique MT pour la première consultation		2			1
Lettre ou fiche de la psychologue	1				2
Fiche de liaison soins IDE	1		1	1	1
Bonne connaissance du réseau gériatrique de proximité		1			1
Double de courrier adressé au médecin coordonnateur		1			1
Compte rendu /courrier envoyé rapidement après Consultation Mémoire	1	1	1	1	1
Compte rendu provisoire avec modification traitement		1	2	2	

Tableau 26 : Résultats « Vecteurs de synergie et de coordination », répartition IDE

Vecteurs de synergie et de coordination						
	IDE1	IDE2	IDE3	IDE4	IDE5	IDE6
Courrier systématique MT pour la première consultation						
Lettre ou fiche de la psychologue	2	1	1	1		
Fiche de liaison soins IDE		1				
Bonne connaissance du réseau gériatrique de proximité						
Double de courrier adressé au médecin coordonnateur						
Compte rendu/courrier rapide après Consultation Mémoire						
Compte rendu provisoire avec modification traitement						

j) Résultats du sous-thème « Ressenti autour du patient » (Thème Ressenti)

On retrouve seulement 17 citations pour ce sous-thème, avec l'absence d'occurrence pour les IDE. Il est difficile par ailleurs de conclure à des tendances, néanmoins, un consensus sur un « environnement » se dégage autour de la vision du patient institutionnalisé par les MT et les CM. Ils signalent une grande fréquence des troubles cognitifs avec une certaine banalisation de ceux-ci. Par contre, les troubles du comportement perturbateurs motivent un recours à leurs services et demeurent le centre de leurs problématiques.

Tableau 27 : Résultats « Ressenti autour du patient », récapitulatif interprofessionnel

Patient					
Ressenti et commentaires autour de son suivi en institution					
	IDE	MT	CM	Total	Exemples de Citations
Intérêt principal des CM est dans le suivi des formes modérées avant institutionnalisation		3		3	M4-10 : « je pense que la consultation mémoire est plus utile quand les gens ne sont pas en EHPAD »
Un résident atteint de troubles cognitifs est la norme en EHPAD		2	2	4	M3-9 : « Je caricature un peu mais une fois que les gens sont en maison de retraite, c'est normal qu'ils aient des troubles de la mémoire »
Les troubles cognitifs sans troubles du comportement perturbateurs ne justifient pas systématiquement une consultation mémoire de suivi		1	1	2	M3-7 : « Après ce n'est pas forcément les troubles de la mémoire le plus embêtant ce sont surtout les troubles du comportement »
Les troubles du comportement perturbateurs sont problématiques et peuvent justifier un recours au CM		1	3	4	M3-9, 10 : « c'est pour les troubles du comportement qu'on nous demande d'agir plus souvent et de faire quelque chose ! »
L'objectif du suivi Mémoire est de contribuer à une adaptation satisfaisante pour le malade et l'institution			4	4	CM2-48 : « finalement quand quelqu'un est institutionnalisé ce qui nous importe c'est que ça se passe relativement bien, et que l'institutionnalisation puisse se poursuivre dans de bonnes conditions »

k) Résultats du sous-thème « Ressenti autour du rôle de l'EHPAD dans le suivi du patient institutionnalisé » (Thème Ressenti)

On retrouve deux informations principales dans ce sous-thème pour lequel la majorité des idées n'ont que peu d'occurrences.

Tout d'abord, le ressenti des MT aux profils « non coordonnateur » au sujet du suivi des patients en institution. Ainsi, on constate que pour M3, M4, M5, M6, M7, cet aspect de leur activité est pour eux « chronophage », confirmant les données du profil où chacun déclarait vouloir passer le moins de temps possible en EHPAD. M3 parle même d'un caractère « d'obligation ». Ces données peuvent être rapprochées à celles du tableau du « ressenti autour du rôle du MT » dans lequel les IDE signalent un manque de disponibilité des MT. (tableaux 34 et 35)

Par ailleurs, on retrouve une doléance commune des CM et IDE en ce qui concerne un manque de temps et de disponibilité des infirmières pour répondre aux diverses sollicitations téléphoniques (8 occurrences), résultats à corrélérer aux « appels imprévisibles » du sous-thème « dysfonctionnements » (tableaux 19 et 21). Enfin, ces difficultés sont renforcées par un sentiment de « surcharge de travail des IDE » mis en avant par certains professionnels de chaque corporation, mais ne représentant pas la majorité des participants, notamment au niveau des IDE.

Tableau 28 : Résultats « Ressenti autour du rôle de l’EHPAD dans le suivi du patient institutionnalisé », récapitulatif interprofessionnel

EHPAD					
L’Institution					
Ressenti positif autour de son rôle dans le suivi du patient institutionnalisé					
	IDE	MT	CM	Total	Exemples de Citations
Ressenti négatif autour de son rôle dans le suivi du patient institutionnalisé					
	IDE	MT	CM	Total	Exemples de Citations
Chronophage		6		6	M4-7 : « y passer le moins de temps possible »
Obligation		2		2	M3-14 : « qu’on n’a pas le choix »
Médecin Coordonnateur					
Ressenti positif autour de son rôle dans le suivi du patient institutionnalisé					
	IDE	MT	CM	Total	Exemples de Citations
Expertise Gériatrique	1			1	IDE1-54 : « je pense qu’il peut intervenir auprès de la consultation »
Gestion des difficultés de l’équipe soignante	2			2	IDE1-55,56 : « s’il existe vraiment un problème important de prise en charge au sein de l’équipe, de l’établissement »
Ressenti négatif autour de son rôle dans le suivi du patient institutionnalisé					
	IDE	MT	CM	Total	Exemples de Citations
Pas une connaissance suffisante des résidents	1			1	IDE1-53 : « Le médecin coordonnateur ne connaît pas forcément bien tous les résidents »

Psychologue

Ressenti positif autour de son rôle dans le suivi du patient institutionnalisé

	IDE	MT	CM	Total	Exemples de Citations
Expertise, regard complémentaire	2		2	2	CM4-62,63 : « la psychologue rédigeait quelque chose, on aurait des éléments sur les troubles du comportement mais qui seraient resitués dans le contexte. »

Ressenti positif autour de son rôle dans le suivi du patient institutionnalisé

	IDE	MT	CM	Total	Exemples de Citations
Pas de présence dans tous les EHPAD			2	2	CM4-112 : « s'il n'y a pas de psychologue c'est un problème »

IDE

Ressenti positif autour de son rôle dans le suivi du patient institutionnalisé

	IDE	MT	CM	Total	Exemples de Citations
Rôle central dans la planification des consultations externes		2		2	M2-15 : « Cela revient plutôt aux infirmières car en plus elles ont un cahier de rendez-vous papier »
Rôle central dans l'identification et le signalement des troubles du comportement	3	1		4	M7-20 : « le personnel qui soulève les problèmes »
Qualité d'accueil du MT		1		1	M3-15 : « Et encore heureusement qu'on arrive à des endroits où les infirmières sont sympas »

Ressenti négatif autour de son rôle dans le suivi du patient institutionnalisé

	IDE	MT	CM	Total	Exemples de Citations
Surcharge de travail	3	2	1	6	M3-29 : « les infirmières sont déjà surchargées »
Manque de disponibilité	4		4	8	IDE3-12 : « on n'a pas le temps de collecter les informations »

Tableau 29 : Répartition MT pour le chapitre « institution » et l'idée « chronophage »

EHPAD							
L'institution							
Ressenti négatif autour de son rôle dans le suivi du patient institutionnalisé							
	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7
Chronophage			2	1	1	1	1
Obligation			2				

Tableau 30 : Répartition CM et IDE pour le chapitre « IDE » et les idées « surcharge de travail » et « manque de disponibilité »

IDE						
Ressenti négatif autour de son rôle dans le suivi du patient institutionnalisé						
	CM1	CM2	CM3	CM4	CM5	
Surcharge de travail et multiplication des obligations rendant difficile l'adhésion au projet	1					
Manque de disponibilité	1	1		2		
	IDE1	IDE2	IDE3	IDE4	IDE5	IDE6
Surcharge de travail et multiplication des obligations rendant difficile l'adhésion au projet			2			1
Manque de disponibilité			2			2

1) Résultats du sous-thème « Ressenti autour du rôle de la Consultation Mémoire dans le suivi du patient institutionnalisé » (Thème Ressenti)

Concernant les impressions positives, la Consultation Mémoire a été très souvent qualifiée de « recours en cas de difficultés ». On retrouve ainsi 59 citations. Ce recours a parfois été précisé, il est de plusieurs natures. En premier lieu, nous retrouvons les « troubles du comportement » cités par toutes les IDE, par tous les Médecins sauf M1 qui est gériatre (6/7) ainsi que 3 CM sur 5 dont CM4. En deuxième position, se situe un « recours pour des questions sur le traitement » puis en troisième place « le diagnostic ». On remarque que « dégradation cognitive » n'est pas citée par les médecins généralistes ou gériatres dans ce contexte du suivi du patient institutionnalisé. Ces résultats se superposent globalement aux attentes en informations du sous-thème « Contenu de la Fiche ». (tableaux 7 et 8)

Nous pouvons signaler aussi un rôle de « surveillance » décrit par plusieurs médecins et IDE, que l'on peut associer à l'idée « autre regard, expertise » pour dégager un thème d'évaluation gériatrique globale.

La proposition « réponses aux interrogations des familles » a été particulièrement mise en avant par IDE1 et IDE6 avec 8 citations. Pour rappel, nous savons suite à l'entretien avec IDE6 qu'elle a été exposée dans son histoire familiale à un cas de démence. Cela peut donner de la valeur ajoutée à son témoignage.

Concernant les impressions négatives, on retrouve des citations pour M1, M4, M7 parlant de « l'absence de traitement spécifique pour les démences sévères » et évoquant ainsi un certain fatalisme pour ces professionnels.

Tableau 31 : Résultats « Ressenti autour du rôle de la consultation mémoire dans le suivi du patient institutionnalisé », récapitulatif interprofessionnel

Consultation Mémoire					
Ressenti positif autour de son rôle dans le suivi du patient institutionnalisé					
	IDE	MT	CM	Total	Exemples de Citations
Un recours lors de difficultés concernant :	27	14	18	59	IDE2-3, 4 : « la prise en charge des difficultés notamment de l'agressivité et des troubles liés à la maladie »
-Troubles du comportement	9	5	11	21	M4-9 : « Comme je ne fais pas les tests, j'attends essentiellement le diagnostic »
-Traitement	7	6	3	16	
-diagnostic	4	5	1	10	
-Dégradation Cognitive	3	0	0	3	
Maintien d'un suivi, d'une surveillance	3	4	2	9	M5-13 : « la surveillance »
Réponse et prise en charge des interrogations de la famille	8		1	9	IDE6-17 : « Pour la famille oui, c'est important cette consultation avec le spécialiste »
Autre regard, expertise	6	1		7	IDE1-2, 3 : « elle apporte un autre regard, ils peuvent voir des choses que nous ne voyons plus à force de vivre proche des gens »
Réponse à l'épuisement des soignants	2	1		3	M4-16 : « En EHPAD c'est peut-être plus utile pour les soignants pour les aider dans la prise en charge quotidienne des patients »
Autonomie		1		1	M4-15 : « la consultation doit permettre à préserver le lien social et l'autonomie »

Ressenti négatif autour de son rôle dans le suivi du patient institutionnalisé

	IDE	MT	CM	Total	Exemples de Citations
Pas de réponse adaptée ou d'apport par rapport à la problématique posée	3	1		4	IDE1-18 : « parfois ça n'aboutit pas »
Pas de traitement spécifique pour les démences sévères	1	6		7	M1-28, 29 : « ils n'ont plus de traitement anti-Alzheimer, souvent ça ne sert à rien quand ils rentrent chez nous »
Pas de valeur ajoutée par rapport à un titulaire d'une capacité de gériatrie		1		1	M1-11, 12 ,13 : « je n'envoie pas systématiquement les gens en consultation mémoire, juste ceux qui étaient suivis auparavant du fait que je suis gériatre moi-même »

Tableau 32 : Résultats sous-thème « Ressenti autour des CM », concernant idée « recours en cas de difficultés », répartition pour IDE et MT

	IDE1	IDE2	IDE3	IDE4	IDE5	IDE6
Un recours lors de difficultés concernant :	6	11	1	1	2	6
-Troubles du comportement	4	1	1	1	1	1
-Traitement	1	3			1	1
-Diagnostic	1	3				1
-Dégradation cognitive						3

	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7
Un recours lors de difficultés concernant :		2	3	3	1	3	2
-Troubles du comportement		1	1	1	1	1	
-Traitement		1	1	2		2	
-Diagnostic							
-Dégradation cognitive							

Tableau 33 : Résultats sous-thème « Ressenti autour des CM », concernant le chapitre « le ressenti négatif », répartition par MT

Ressenti négatif autour de son rôle dans le suivi du patient institutionnalisé								
	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	
Pas de réponse adaptée ou d'apport par rapport à la problématique posée							1	
Pas de traitement spécifique pour les démences sévères	4			1			1	
Pas de valeur ajoutée par rapport à un titulaire d'une capacité de gériatrie	1							

m) Résultats du sous-thème « Ressenti autour du rôle du Médecin Traitant dans le suivi du patient institutionnalisé » (Thème Ressenti)

Les entretiens ont mis en évidence deux idées principales concernant le versant négatif des ressentis.

Tout d'abord un « désintérêt des MT pour la Consultation Mémoire ». Il est ressenti par IDE1 et IDE2, utilisatrice de la fiche Béta, et surtout par 4 CM sur 5. M1, M4, M7 reconnaissent ce fait. M1, en tant que gériatre, utilise peu ce recours comme vu dans le tableau 31. M4 et M7 assument ce choix par conviction d'un manque de bénéfice pour le patient dans le contexte de l'institutionnalisation. (tableau 33)

Ensuite, « un manque de disponibilité » est pointé par toutes les IDE et par 3 CM sur 5. Cette idée est à corrélérer pour plus de valeur aux « difficultés à présenter la fiche » (tableau 15) et au ressenti des MT non coordonnateurs vis-à-vis de « l'institution ». (tableau 29)

Tableau 34 : Résultats « Ressenti autour du rôle du MT dans le suivi du patient institutionnalisé »

Médecin Traitant					
Ressentis Positifs autour de son rôle dans le suivi du patient institutionnalisé					
	IDE	MT	CM	Total	Exemples de Citations
Autonomie pour prise en charge des patients déments	1	2		3	IDE6-21 : « ils gèrent très bien les démences »
Premier recours en cas de troubles perturbateurs		2		2	M3-10 : « demande d’agir plus souvent et de faire quelque chose »
Prescripteur et référent des prises en charge	1		4	5	CM5-17, 18 : « le MT demeure le prescripteur, le responsable du traitement le référent »
Ressentis Négatifs autour de son rôle dans le suivi du patient institutionnalisé					
	IDE	MT	CM	Total	Exemples de Citations
Désintérêt pour la Consultation Mémoire dans contexte institutionnalisation	7	6	6	19	CM5-16 : « c’est compliqué d’expliquer ce désintérêt » M4-18 : « mais pour les patients je ne vois plus trop l’intérêt étant donné qu’ils sont déjà dépendants et en institution »
Sous-évaluation des troubles cognitifs et du comportement			3	3	CM3-12 : « les troubles cognitifs sont sous évalués ou plutôt pas reconnus »
Manque de disponibilité	8		5	13	IDE6-23 : « Sans compter qu’on a du mal à les faire venir »
Manque de réactivité pour appliquer les propositions de la Consultation Mémoire	2	1	2	5	IDE5-13,14 : « d’autres attendent le compte rendu qui arrive parfois très tard donc ils oublient et on se demande même parfois s’ils le lisent »

Tableau 35 : Résultats « Ressenti autour du rôle du MT dans le suivi du patient institutionnalisé », chapitre « ressenti négatif », distribution IDE et CM

Ressenti négatif autour du rôle du MT dans le suivi du patient institutionnalisé						
	IDE1	IDE2	IDE3	IDE4	IDE5	IDE6
Désintérêt pour la Consultation Mémoire dans contexte institutionnalisation	4	3				
Sous-évaluation des troubles cognitifs et du comportement						
Manque de disponibilité	1	3	1	1	1	1
Manque de réactivité pour appliquer les propositions de la Consultation Mémoire					2	

Ressenti négatif autour de son rôle dans le suivi du patient institutionnalisé					
	CM1	CM2	CM3	CM4	CM5
Désintérêt pour la consultation mémoire dans contexte institutionnalisation	2	1	1		2
Sous-évaluation des troubles cognitifs et du comportement			2		1
Manque de disponibilité	2	2			1
Manque de réactivité pour appliquer les propositions de la Consultation Mémoire				2	

IV. Discussion

L'étude qualitative par entretiens semi-directifs a permis d'appréhender plus finement les attentes et les possibilités d'action de chaque professionnel dans le cadre de l'utilisation d'une fiche de liaison. Nous pouvons ainsi réaliser une comparaison de ces résultats avec nos hypothèses initiales formulées sous la forme de la fiche Béta. L'objectif est de faire émerger des problématiques soumises à discussion afin d'améliorer l'outil avant sa diffusion.

IV.1. Autour de la méthode

Le premier sujet à évoquer est celui du choix de notre méthode : l'enquête qualitative par entretien semi-directif individuel. En effet, une autre technique issue du monde marketing, et couramment utilisée en médecine, aurait été tout à fait adaptée à notre projet d'« étude de marché, de mise en œuvre » : le *focus group* (70). Nous avons imaginé lors de notre travail préliminaire une utilisation éventuelle de ce type de méthode pour bénéficier de sa dynamique de groupe, d'échanges interprofessionnels immédiats qui auraient automatiquement plongé ce travail de recherche dans la coordination, dès sa phase initiale. Malheureusement, compte tenu du cadre géographique étendu et de l'hétérogénéité de la population de l'étude, il nous était particulièrement difficile de réunir les conditions d'un échantillonnage satisfaisant de professionnels. Nous nous sommes dès lors tournés vers une méthode tout aussi valide scientifiquement: les entretiens semi-directifs individuels avec enquête exploratoire préliminaire.

On retrouve toutefois dans cette méthode des biais classiques forcément présents dans notre travail (66):

- Les erreurs du répondant issues des oublis, de la mauvaise compréhension des questions, de la gêne éprouvée, des omissions liées à la présence d'autrui.

- Les erreurs non intentionnelles dues à la négligence du chercheur-enquêteur. Comme la rencontre d'un informateur ne correspondant pas à la recherche, la mauvaise lecture d'une question, la modification non pertinente de l'ordre des questions, la mauvaise compréhension

de la réponse de l'informateur, la prise en compte d'une réponse non pertinente ou incorrecte fournie à une question par l'informateur.

- Les altérations intentionnelles du chercheur-enquêteur qui modifie les réponses fournies, en oublie certaines, rebondit sur d'autres.

- Les influences directement dues au chercheur-enquêteur comme son apparence, son ton de voix, son attitude, ses réactions aux réponses, ses commentaires effectués hors du contexte de l'entretien, etc..

- Les influences dues aux attentes du chercheur-enquêteur en fonction de l'apparence, de la profession de l'informateur ou de ses réponses préalables.

- Les erreurs dues à une exploitation insuffisante ou défectueuse des résultats de l'exploration.

Nous terminerons la discussion sur la méthodologie en rappelant qu'il ne s'agit en aucun d'un travail revendiquant une représentativité dans la population générale des soignants mais d'un travail de recherche afin de répondre à la perception d'un besoin local de coordination.

IV.2. Autour des hypothèses initiales à la base de ce projet

Le travail empirique de la psychologue, Mme MARCUOLA, et les entretiens exploratoires avaient dégagé une tendance, confirmée par l'analyse qualitative : l'existence d'un besoin de coordination et de transmission d'informations entre professionnels. La fiche de liaison est un outil qui peut être proposé.

On peut citer parmi les propos significativement mis en avant par les participants : l'existence de dysfonctionnements récurrents comme des appels téléphoniques impromptus, une absence de courrier de la part du MT ou une carence de transmission en ce qui concerne les troubles du comportement (tableau 19). L'ensemble des sujets interrogés approuvent par ailleurs le concept de fiche et son utilité (tableaux 15, 16,17, 18).

Ces résultats permettent donc de confirmer ces hypothèses « fondatrices » et de légitimer notre démarche.

IV.3. Autour du contenu de la fiche

Les résultats du sous-thème « Contenu » sont riches en propositions (tableaux 7, 8, 9, 10). Elles ont été recueillies globalement en deux temps : tout d'abord durant l'entretien dans sa globalité associé à une question spécifique, puis dans une séance de critique de la fiche Béta après sa présentation.

Deux éléments principaux émergent nettement du lot des propositions :

- le traitement à jour, ne portant pas vraiment à débat. Nous l'avons intégré de façon automatique grâce à Osiris® avec satisfaction des sujets interrogés.

- les troubles du comportement perturbateurs, présents sur notre fiche Béta mais non spécifiquement mis en valeur. Ce fait étant en opposition avec les résultats de notre étude où les troubles du comportement occupent la place centrale de plusieurs sous-thèmes.

Il semble donc logique de discuter spécifiquement de leur présentation au sein de notre fiche avant d'aborder les autres items de l'évaluation gériatrique.

IV.3.1. Troubles du comportement «perturbateurs»

Nous pouvons souligner que dans le « ressenti » des professionnels, il apparaît assez clairement que l'objectif des médecins, qu'ils soient traitants ou gériatres, est d'agir en sorte que « l'institution puisse se poursuivre dans de bonnes conditions » comme le verbalise CM2 (tableau 27). Ainsi, pour le personnel médical, les troubles mnésiques en EHPAD sont considérés comme fréquents et ne constituent pas forcément une difficulté motivant une transmission d'informations ou un recours systématique à la CM.

Au contraire des troubles du comportement perturbateurs qui déclenchent une intervention médicale et constituent une problématique pour les soignants. Il s'agit donc de trouver un équilibre entre ce qui est recommandé pour le patient et ce qui est concrètement possible ou tolérable pour l'institution.

A signaler que les troubles productifs (agitation, délires...) sont en réalité moins fréquents et plus tardifs que les comportements « déficitaires » (apathie, dépression...) selon la littérature (71). Toutefois, c'est bien la nature « perturbatrice » des troubles pour les soignants et les autres résidents qui demeure la priorité des professionnels interrogés.

Nous pouvons citer plusieurs résultats pour étayer ces propos. La présence par exemple de seulement 3 citations pour les troubles mnésiques contre 62 pour les troubles du comportement dans le tableau 7 du « Contenu » de la fiche suggéré par les professionnels, ou encore tout simplement l'absence de référence de la part des médecins aux troubles cognitifs et à la dépression pour motiver un recours au CM dans le contexte de l'institutionnalisation. (tableau 31)

Cette notion de difficultés vis-à-vis des troubles du comportement perturbateurs est confirmée par les résultats du tableau 32 où l'ensemble des IDE ainsi que tous les médecins traitants non gériatres déclarent avoir recours à une HDJ ou à une CM dans ce contexte.

C'est assez logiquement donc que l'on retrouve dans plusieurs sous-thèmes de notre étude des résultats nous invitant à établir une description pertinente et détaillée de ces troubles, les CM exprimant même une certaine crainte de manque d'informations concernant ce sujet. Nous avons regroupé, dans le tableau 36, les résultats abondant dans ce sens.

Tableau 36 : Résultats sous-thème transversal : souhaits des CM autour de la transmission d'informations concernant les troubles du comportement

Sous-thème transversal : souhaits des CM autour de la transmission d'informations autour des troubles du comportement			
Idées, Résultats	Occurrences Pour les CM	Sous-thème	Tableau
Troubles du Comportement dont :	42	Contenu	N°7
-contexte	<u>8</u>		
-fréquence	<u>2</u>		
-opposition	1		
-apathie	2		
-déambulation	7		
-hallucinations, délire	5		
Zone Unique de texte libre	11	Forme	N°14
Transmission d'information ciblée	12	Critiques	N°15
Limites liées au concept fiche vs échanges oraux	7	Critiques	N°15
Limites liées à la simplification	7	Critiques	N°15
Appels téléphoniques impromptus	10	Dysfonctionnements	N°19
Absence de transmissions sur troubles du comportement des EHAPD vers CM	6	Dysfonctionnements	N°19

Pour répondre concrètement aux attentes des professionnels concernant les « troubles du comportement », nous avons donc décidé de modifier profondément notre item. La revue des connaissances théoriques effectuée dans la première partie du travail nous a permis de rappeler que l'évaluation des troubles du comportement par les soignants en EHPAD peut s'effectuer selon les recommandations HAS par l'échelle NPI-ES (41). Cet outil permet d'évaluer 12 thèmes cliniques dans 3 domaines : la fréquence, puis la gravité pour le patient et enfin, le retentissement perturbateur pour le soignant.

Ci-dessous un exemple de grille NPI-ES. (figure 9)

Grille NPI-ES

Items	Oui	Non	Non applicable	Fréquence (entourer le score)	Gravité (entourer le score)	Score total (FxG)	Retentissement (entourer le score)
Idées délirantes				1 2 3 4	1 2 3		0 1 2 3 4 5
hallucinations				1 2 3 4	1 2 3		0 1 2 3 4 5
Agitation/Agressivité				1 2 3 4	1 2 3		0 1 2 3 4 5
Dépression/Dysphorie				1 2 3 4	1 2 3		0 1 2 3 4 5
Anxiété				1 2 3 4	1 2 3		0 1 2 3 4 5
Exaltation de l'humeur/Euphorie				1 2 3 4	1 2 3		0 1 2 3 4 5
Apathie/Indifférence				1 2 3 4	1 2 3		0 1 2 3 4 5
Impulsivité				1 2 3 4	1 2 3		0 1 2 3 4 5
Irritabilité/Instabilité de l'humeur				1 2 3 4	1 2 3		0 1 2 3 4 5
Comportement moteur aberrant				1 2 3 4	1 2 3		0 1 2 3 4 5
Sommeil				1 2 3 4	1 2 3		0 1 2 3 4 5
Troubles de l'appétit et de l'alimentation				1 2 3 4	1 2 3		0 1 2 3 4 5

SCORE TOTAL :

Fréquence :

1. Quelquefois : moins d'une fois par semaine
2. Assez souvent : environ une fois par semaine
3. Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours
4. Très fréquemment: tous les jours ou pratiquement tout le temps

Gravité :

1. Léger
2. Moyen
3. Important

Retentissement :

1. De façon minime
2. Légèrement
3. Modérément
4. Sévèrement
5. Très sévèrement/extrêmement

Ce type de grille nécessite des calculs, des reports à la légende et contient des termes médicaux probablement peu explicites pour les IDE ou AS. Cet outil semble donc trop « lourd » à utiliser pour obtenir les critères de qualité et atténuer les défauts pointés par nos utilisateurs lors de l'étude (tableau 15). Compte tenu du consensus autour du recours à la CM pour des « troubles perturbateurs » (tableau 31), nous avons décidé de centrer notre transmission d'informations sur les difficultés du soignant.

Nous avons donc retenu comme compromis pour l'élaboration de cet item :

- de reprendre les 12 thèmes cliniques de référence
- d'essayer de les vulgariser avec des exemples (cf « difficultés de compréhension des termes médicaux » du tableau 15 des résultats de notre recherche)
- de réaliser une question binaire oui/non sur leur présence
- puis, en cas de « oui », de faire préciser par les soignants le retentissement sur les soins et la vie de l'EHPAD en cochant une des trois propositions suivantes : léger, moyen, important
- de placer cet item concernant les troubles du comportement en fin de fiche
- enfin, de faire suivre les cases à cocher d'une zone de texte et de parole libre unique avec consigne de détailler les difficultés avec « la fréquence, le contexte, et des exemples concrets de difficultés » pour au final se rapprocher des exigences dégagées par les CM dans le tableau 36 tout en gardant une simplicité et une rapidité d'exécution.

Ci-dessous l'item « troubles du comportement » modifié. (figure 10)

Figure 10 : Item « comportement » modifié

COMPORTEMENT

Comportement adapté non perturbateur pour les autres résidents ou les soins .

Comportement perturbateur pour les autres résidents ou les soins .

Si oui, merci de poursuivre l'évaluation en précisant le retentissement (les difficultés) pour les soins ou la vie au sein de l'EHPAD:

1. Idées Délirantes (ex : *complot, usurpation des identités des membres de sa famille...*)

Non . Oui . Retentissement : Léger . Moyen . Important .

2. Hallucinations (ex : *entendre, voir, percevoir des choses qui n'existent pas...*)

Non . Oui . Retentissement : Léger . Moyen . Important .

3. Agitation/Agressivité (ex : *opposition, refus de coopérer ou de l'aide proposée...*)

Non . Oui . Retentissement : Léger . Moyen . Important .

4. Dépression (ex : *semble ou dit être triste, déprimé, constatation de pleurs...*)

Non . Oui . Retentissement : Léger . Moyen . Important .

5. Anxiété (ex : *nerveux, inquiet, effrayé, a peur de rester seul ou d'être séparé de vous...*)

Non . Oui . Retentissement : Léger . Moyen . Important .

6. Euphorie (ex : *humeur constamment joyeuse sans raison, rit de ce qui ne fait pas rire les autres...*)

Non . Oui . Retentissement : Léger . Moyen . Important .

7. Indifférence (ex : *perte d'intérêt pour le monde qui l'entoure, les activités, les conversations...*)

Non . Oui . Retentissement : Léger . Moyen . Important .

8. Désinhibition (ex : *impulsif, agit sans réfléchir, paroles et attitudes déplacées, embarrassantes...*)

Non . Oui . Retentissement : Léger . Moyen . Important .

9. Irritabilité (ex : *impatience ou humeur changeante brutale qui ne lui ressemble pas...*)

Non . Oui . Retentissement : Léger . Moyen . Important .

10. Comportement moteur aberrant (ex : les cents pas, même mouvement répété, tripoter des objets..)

Non . Oui . Retentissement : Léger . Moyen . Important .

11. Troubles du sommeil (ex : la nuit, erre, s'habille, fouille, crie, dérange les autres résidents...)

Non . Oui . Retentissement : Léger . Moyen . Important .

12. Nutrition (ex : changement d'appétit, de poids, d'habitudes alimentaires, de préférence...)

Non . Oui . Retentissement : Léger . Moyen . Important .

Zone d'expression libre en vue de précisions et de transmissions ciblées concernant vos principales difficultés dans la prise en charge de M,Mme <report automatique > :
(exemples concrets de situation , fréquence, contexte de survenue....)

IV.3.2. Informations pour une première consultation

Dès la mise en place de notre sujet de thèse, nous avons pris le parti de nous focaliser sur la consultation de suivi d'un patient diagnostiqué et/ou connu des Centres Mémoire. Les 20 citations que nous avons reçues de la part de M5, M6, CM2, CM3 concernant « une première consultation » et figurant en troisième place des occurrences concernant le « sous-thème » contenu (tableau 7), peuvent ainsi apparaître hors sujet. Cette impression est renforcée par les résultats du tableau 24 où 6 médecins sur 7 déclarent établir un courrier pour une première consultation.

Ces propositions témoignent toutefois du nombre d'informations importantes à transmettre lors de la préparation de ces consultations (biographie, historique des troubles, bilan déjà effectué...ainsi que l'évaluation actuelle..). Cette situation peut justifier également l'utilisation d'une fiche de liaison. Nous pouvons citer CM2 « Est-ce qu'il en faut une première complète pour la première fois et est-ce qu'ensuite on refait une petite fiche avec juste les éléments nouveaux ? » ou encore M5 « éventuellement la soumettre à l'entrée en EHPAD ».

Dans le contexte d'une première consultation ou de démarche diagnostique, notre outil n'est pas approprié. Par contre, l'utilisation de la fiche développée par l'équipe girondine est tout à fait pertinente dans ces cas (64).

Nous avons donc décidé de rejeter les propositions « d'informations pour une première consultation » et « d'histoire de la maladie » pour centrer notre fiche sur les consultations de suivi programmées et les consultations de recours pour troubles du comportement.

IV.3.3. Evènements intercurrents

Cet item n'est pas sujet à remise en cause, il a été cité par 4 Consultations Mémoire sur 5. Nous lui ajoutons juste quelques exemples dans le contexte de « vulgarisation ».

IV.3.4. Antécédents

Cités à 10 reprises, qualifiés parfois de redondants dans le contexte de suivi, nous prenons le parti de les maintenir compte tenu du rappel automatique paramétré dans le modèle de courrier du logiciel médical Osiris®. Cette insertion des antécédents ne demande aucune manœuvre de la part de celui qui élabore le document.

IV.3.5. Troubles du sommeil

Dans le tableau 7 pour « troubles du sommeil » on retrouve toutes les notions de perturbations du sommeil : les insomnies avec difficultés d'endormissement, en passant par les réveils en deuxième partie nuit, ou les vrais troubles du comportement... Compte tenu de la présence des troubles du sommeil perturbateurs dans l'item dédié aux troubles du comportement et de la présence du traitement où la recherche d'un hypnotique sera systématique, nous avons choisi de ne pas surcharger la fiche avec d'autres informations concernant ce thème.

IV.3.6. Chutes

Cité à de multiples reprises par CM4, ce thème ne prête pas vraiment à discussion. Osiris® permettant un report automatique des rapports de chute, cela devrait permettre de les circonstancier pour les CM.

IV.3.7. Intégration dans la vie à l'EHPAD et bouleversements de la vie sociale

Ces deux propositions faisant référence à la vie socio-affective du résident ont été reprises majoritairement par les CM (tableau 8).

On retrouve des citations concernant les « bouleversements » pour 4 CM sur 5.

Nous maintenons donc cet item avec le principe d'une zone de texte à saisir. Nous lui ajoutons des exemples type « deuil, bouleversement familial, changement de chambre, changement d'habitudes de visites... ».

L'item « vie sociale à l'EHPAD » a été particulièrement mis en avant par l'infirmière de Consultation de la Mémoire (CM4). Lors de ses appels téléphoniques elle explore systématiquement cet aspect de la vie du patient. Nous avons décidé d'ajouter à ce thème l'« orientation au sein de l'institution » et la notion de « stimulation pour les activités ».

IV.3.8. Autonomie et évaluation de la fragilité gériatrique

Dans les motifs de sollicitation des CM de la part des IDE et MT, on voit apparaître, derrière le recours en cas de difficulté, la volonté de maintenir un suivi, une expertise gériatrique extérieure, un « autre regard » pour citer IDE1.

Il s'agit souvent dans ce cas de consultations systématiques, il revient dès lors à l'EHPAD de pouvoir fournir les informations nécessaires à une évaluation gériatrique. En plus des thèmes abordés précédemment dans la discussion on peut citer : l'autonomie concernant la toilette, l'habillement, la prise des repas, la continence..., la mobilisation et les transferts, les aides techniques, les fonctions sensorielles, les troubles cognitifs....

Encore une fois dans le cadre de notre travail, nous nous retrouvons face à une recherche de compromis entre rapidité-faisabilité et pertinence-efficacité afin de contenter les différentes parties.

Les grilles d'évaluation AGGIR sont présentes dans le dossier informatisé Osiris. Elles sont régulièrement remises à jour à chaque modification de l'autonomie du patient. Nous nous proposons de la joindre systématiquement à la fiche de liaison (un rappel dans le courrier-fiche indique au rédacteur qu'il devra l'imprimer). Les contentions sont précisées dans tous les traitements des patients (et de ce fait apparaissent sur la fiche). Les recommandations de bonne pratique imposent en effet d'avoir une réévaluation régulière des contentions par le médecin traitant tous les mois.

Ces contentions apparaissent dans les traitements sous la rubrique «autre médicament». Les contentions sont régulièrement réévaluées par l'équipe soignante de l'EHPAD.

Figure 11 : Grille Nationale AGGIR, Formulaire Cerfa n°11510-01 (38)

VARIABLES DISCRIMINANTES - AUTONOMIE PHYSIQUE ET PSYCHIQUE		
COHÉRENCE : converser et / ou se comporter de façon sensée		
ORIENTATION : se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux		
TOILETTE : concerne l'hygiène corporelle	Haut	
	Bas	
HABILLAGE : s'habiller, se déshabiller, se présenter	Haut	
	Moyen	
	Bas	
ALIMENTATION : manger les aliments préparés	Se servir	
	Manger	
ÉLIMINATION : assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale	Urinaire	
	Fécale	
TRANSFERT : se lever, se coucher, s'asseoir		
DÉPLACEMENT À L'INTÉRIEUR : avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant...		
DÉPLACEMENT À L'EXTÉRIEUR : à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport		
COMMUNICATION À DISTANCE : utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme ...		

Nous décidons donc de supprimer les « doublons avec la grille AGGIR » (Tableau 17) et de les substituer par des informations complémentaires sur la mobilisation et les aides techniques.

Concernant les troubles cognitifs, ils n'ont été cités qu'à 3 reprises pour figurer sur la fiche (tableau 7) et apparaissent au dernier rang des motifs de recours.

On peut ajouter comme arguments négatifs que leur présentation sur notre fiche Béta a mis en évidence des propos peu explicites pour les IDE (« manque du mot, discours incohérent ») et pas assez précis pour les CM. On constate un manque de pertinence et une perte de temps pour cet item. La seule plus-value serait celle d'un commentaire libre de la psychologue dans le cadre de la préparation d'une consultation de suivi ou de recours pour dégradation cognitive. Nous décidons donc de laisser cette possibilité ouverte mais de retirer toute charge de travail aux IDE concernant cette problématique. Nous remplaçons cette rubrique par une zone de texte libre au sein de l'item troubles cognitifs dont le titre est explicite : « commentaires libres par psychologue si possible : »

IV.3.9. Item administratif

Dans les rappels théoriques, nous avons évoqué le cahier des charges des CM de proximité, avec l'obligation de remplir les fiches CIMA pour la Banque Nationale Alzheimer qui contiennent un certain nombre d'informations administratives : ALD, APA, mesure de protection juridique, ancienne profession, niveau d'étude.... Certaines données nous ont été proposées par les médecins coordonnateurs M1, M2 ainsi que CM1 et CM2 comme l'existence d'une APA ou d'une ALD (tableaux 8 et 10). Ces éléments ne semblent pas obligatoires à présenter dans le cadre d'un suivi. Par ailleurs la notion d'ALD étant parfois précisée dans les antécédents du patient (à côté de la pathologie concernée) elle pourra figurer de manière automatique dans le courrier. La notion d'APA figure uniquement dans le dossier administratif qui est déconnecté du logiciel médical. Aucun report automatique n'est donc possible. A noter que le personnel administratif de l'EHPAD s'occupe habituellement de ces questions ayant une incidence financière certaine sur la facturation des séjours. On constate par contre la requête de 4 CM sur 5 de voir figurer la date d'entrée en EHPAD (tableau 8), et nous décidons donc de l'ajouter à la fiche ainsi que le motif de demande de la consultation avec des cases à cocher (recours pour : troubles du comportement, adaptation du traitement, dégradation cognitive ou suivi programmé).

IV.3.10. Item Médecin Traitant

Il n'y pas eu de critique positive ou négative à cet égard. Le mode de présentation et la communication sont sujets à une discussion abordée ultérieurement.

IV.3.11. Retour d'information

Afin de permettre un retour d'information plus rapide vers les IDE (doléance du tableau 21), nous avons procédé en fin de fiche à un rappel de l'identité du Médecin Coordonnateur de l'EHPAD afin qu'il puisse bénéficier d'un double du courrier.

IV.4. Réalisation de la fiche de liaison finale

Le résultat est présenté avec la figure 12.

Evènements « médicaux » intercurrents sur les 6 derniers mois : (ex : décompensation cardiaque, respiratoire, infections notables, hospitalisations, consultations spécialisées ... A MINIMA JUSTE JOINDRE LES COMPTES RENDUS disponibles) :

Zone de saisie

Bouleversement(s) de la vie sociale ou familiale : (ex : deuil, bouleversement familial, changement de chambre, changement d'habitude de visite...)

Zone de saisie

VIE SOCIALE ET ACTIVITES

- Famille, proches et aidants présents
- Apprécie la collectivité, relations adaptées
- Activités de l'EHPAD : participation volontaire
- participe suite à stimulation
- ne participe pas
- Orientation et déplacements adaptés dans l'EHPAD Oui Non

COMPORTEMENT

Comportement adapté non perturbateur pour les autres résidents ou les soins .

Comportement perturbateur pour les autres résidents ou les soins .

Si oui, merci de poursuivre l'évaluation en précisant le retentissement (les difficultés) pour les soins ou la vie au sein de l'EHPAD:

1. Idées Délirantes (ex : *complot, usurpation des identités des membres de sa famille...*)

Non . Oui . Retentissement : Léger . Moyen . Important .

2. Hallucinations (ex : *entendre, voir, percevoir des choses qui n'existent pas...*)

Non . Oui . Retentissement : Léger . Moyen . Important .

3. Agitation/Agressivité (ex : *opposition, refus de coopérer ou de l'aide proposée...*)

Non . Oui . Retentissement : Léger . Moyen . Important .

4. Dépression (ex : *semble ou dit être triste, déprimé, constatation de pleurs...*)

Non . Oui . Retentissement : Léger . Moyen . Important .

5. Anxiété (ex : *nerveux, inquiet, effrayé, a peur de rester seul ou d'être séparé de vous...*)

Non . Oui . Retentissement : Léger . Moyen . Important .

6. Euphorie (ex : *humeur constamment joyeuse sans raison, rit de ce qui ne fait pas rire les autres...*)

Non . Oui . Retentissement : Léger . Moyen . Important .

7. Indifférence (ex : *perte d'intérêt pour le monde qui l'entoure, les activités, les conversations...*)

Non . Oui . Retentissement : Léger . Moyen . Important .

8. Désinhibition (ex : *impulsif, agit sans réfléchir, paroles et attitudes déplacées, embarrassantes...*)

Non . Oui . Retentissement : Léger . Moyen . Important .

9. Irritabilité (ex : *impatience ou humeur changeante brutale qui ne lui ressemble pas...*)

Non . Oui . Retentissement : Léger . Moyen . Important .

10. Comportement moteur aberrant (ex : les cents pas, même mouvement répété, tripoter des objets..)

Non . Oui . Retentissement : Léger . Moyen . Important .

11. Troubles du sommeil (ex : la nuit, erre, s'habille, fouille, crie, dérange les autres résidents...)

Non . Oui . Retentissement : Léger . Moyen . Important .

12. Nutrition (ex : changement d'appétit, de poids, d'habitudes alimentaires, de préférence...)

Non . Oui . Retentissement : Léger . Moyen . Important .

Zone d'expression libre en vue de précisions et de transmissions ciblées concernant vos principales difficultés dans la prise en charge de M,Mme <report automatique > :
(exemples concrets de situation , fréquence, contexte de survenue....)

JE SOUSSIGNE DOCTEUR <report automatique Médecin Traitant > (NE) SUIS (PAS) EN ACCORD AVEC LES DONNEES SAISIES CI-DESSUS :

Commentaires :

Examen somatique:

Poids <report automatique>, Taille <report automatique>, IMC <report automatique >, dernière TA <report automatique>

Dernier examen clinique :

Signature MT :

Signature EHPAD (nom et fonction) :

Merci d'adresser un double du compte rendu de consultation au Dr<report automatique> Médecin Coordonnateur

IV.5. Autour du mode de présentation de la fiche au MT et autour de la communication IDE-MT

Dans notre étude, l'analyse des profils (tableau 5) met en évidence un clivage entre les médecins coordonnateurs, dont l'activité en terme de nombre de patients suivis en EHPAD et de présence est importante, et ceux qui ne sont pas et qui souhaitent « y passer le moins de temps possible » pour citer M7 (tableau 28). Ces éléments sont confirmés par un ressenti de manque de disponibilité des MT selon les IDE (tableau 35).

Nous pouvons ajouter à ces résultats la découverte lors de nos entretiens d'un mode de fonctionnement hebdomadaire des IDE dans la préparation des consultations (tableau 12) au cours d'un temps spécifiquement dédié, en se basant sur un agenda papier. Ces éléments aboutissent à des difficultés de présentation de la fiche au MT (tableau 16) clairement verbalisées par IDE3, « on ne va pas l'appeler pour remplir le papier là».

Un des principaux défis de notre travail se trouve dans cette problématique. Il nous faut, dès lors, différencier deux situations différentes correspondant à deux façons bien distinctes d'utiliser l'outil proposé.

La première est celle que nous avons imaginée initialement : un rendez-vous de suivi à distance dont le médecin traitant ne peut se souvenir puisqu'aucun rappel simple n'est possible pour lui dans le logiciel Osiris®, mais que l'infirmière a inscrit dans l'agenda papier ou occasionnellement informatisé du patient. Pour faire face à ces situations, 4 médecins sur 7 proposent dans notre étude qu'on leur présente la fiche lorsqu'ils passent pour un autre résident (tableau 13). Dans les cas où le médecin n'a pas prévu de se déplacer à l'EHPAD, il paraît effectivement difficile de bousculer son planning pour ce type de tâche. Il convient donc de discuter de l'organisation d'un système « d'alerte » autour des rendez-vous permettant une anticipation de l'utilisation de la fiche et de sa présentation au MT.

Concrètement, les rendez-vous sont souvent obtenus ou réceptionnés par le personnel de la maison de retraite. Lorsqu'une infirmière prend connaissance d'un rendez-vous de consultation, elle le note dans un agenda papier ou dans l'agenda informatisé à la date prévue.

Toutes les semaines, une infirmière chargée de cette tâche repère les consultations planifiées et effectue les actions nécessaires : récupérer la lettre du MT dans le classeur du patient, vérifier la présence de la prescription médicale de transport et le commander, préparer ses transmissions...

L'outil informatique Osiris® possède une fonction « agenda » pour chaque patient, avec possibilité d'alertes mais ces fonctions ne sont actuellement pas utilisées par les IDE ou les médecins. L'usage de l'informatique pourrait donc être une solution. Une autre possibilité serait la mise en place d'une alerte sur cet agenda comme, par exemple, noter à la main un rappel un mois à l'avance ou pour la date de consultation du prochain renouvellement si elle est connue. Ce problème de « planification infirmière » sera abordé dans les mois à venir lors de la présentation de ce travail de thèse au sein des commissions gériatriques afin de déterminer les possibilités d'actions.

Un autre usage de la fiche a été mis en avant par ce travail d'entretiens qualitatifs : son utilisation lors d'un recours en cas de difficultés pour des troubles du comportement ou pour un avis concernant un traitement. Nous avons d'ailleurs modifié notre fiche pour l'adapter à cet usage. Dans ce cas, il s'agira d'un rendez-vous pour une Consultation Mémoire ou une HDJ à plus courte distance et très probablement sollicité par le Médecin Traitant. Nous espérons que cette fiche sera ainsi utilisée pour faciliter une évaluation rapide, pertinente et ciblée des troubles du comportement afin d'augmenter l'efficacité de tous les professionnels dans la prise en charge du résident. Pour parvenir à ce résultat, il nous semble indispensable de favoriser l'appropriation de la fiche par les professionnels des EHPAD en réalisant une bonne présentation et diffusion de l'outil.

IV.6. Autour de la diffusion et de la présentation de la fiche aux professionnels

IV.6.1. Vers les Infirmier(e)s

Il nous a semblé pertinent de réaliser un mode d'emploi de la fiche (figure 13) afin de faciliter son accès et son utilisation dans le logiciel pour le personnel soignant.

Nous avons réalisé ce travail avec l'aide et l'expertise de Mme MARCUOLA, la psychologue exerçant dans les 3 EHPAD de notre étude.

Ce mode d'emploi rejoint les modes d'emploi déjà réalisés concernant Osiris® à disposition des IDE.

A signaler que, durant nos déplacements, nous avons rencontré les IDE référentes de chaque maison de retraite. Nous avons ainsi pu leur présenter l'outil au sein du logiciel. De plus, lors de cas concrets, Mme MARCUOLA continue de renseigner la fiche en compagnie des infirmières, contribuant ainsi à la faire entrer dans les habitudes de pratique.

Enfin, le rédacteur de cette thèse participera aux prochaines commissions gériatriques des établissements afin d'effectuer une présentation des résultats de notre travail et de la fiche de liaison MT-EHPAD-CM.

Compléter également les 3 items nécessitant une saisie libre. Il s'agit de :

- « Evènements médicaux intercurrents sur les 6 derniers mois »
- « Bouleversement(s) de la vie sociale ou familiale »
- et SURTOUT « ZONE D'EXPRESSION LIBRE DE VOS DIFFICULTES » (après « Comportement »)

Pour se faire, placer la souris après les « : » de la fin de l'énoncé, puis réaliser votre saisie.

Zone d'expression libre en vue de précisions et de transmissions ciblées concernant vos principales difficultés dans la prise en charge de M,Mme <report automatique > :
(exemples concrets de situation , fréquence, contexte de survenue....) :



Placer le curseur après « : » pour débiter la saisie

Exemples de commentaires que vous pouvez transmettre à l'équipe de la consultation mémoire :

Mme X est très agressive et agitée en fin de journée, elle s'oppose lors de la préparation du coucher M. X. nécessite une stimulation +++ lors des repas et a perdu beaucoup de poids.

Valider votre courrier en cliquant sur  puis l'imprimer en cliquant sur 

Imprimer ensuite la grille AGGIR et la joindre au courrier.

IV.6.2. Vers les Médecins Traitants

Nous avons prévu d'adresser un courrier à tous les médecins traitants intervenant dans les EHPAD de notre étude pour annoncer l'existence d'une fiche de liaison, ses objectifs, son contenu et son fonctionnement. Par ailleurs, les médecins généralistes présents aux commissions gériatriques recevront une présentation de ce travail et de la fiche sous forme de POWER POINT© dans les semaines à venir.

IV.6.3. Vers les EHPAD du groupe SOS-Hospitalor

Notre préparons pour les semaines à venir un article à paraître dans la revue interne aux EHPAD SOS-Hospitalor, ACTUA, afin de présenter notre travail. Nous nous proposons de mettre à disposition des autres équipes du groupe la fiche, en espérant susciter un intérêt de leurs parts.

V. Conclusion

Le vieillissement de la population et l'allongement de l'espérance de vie contribuent à une augmentation régulière du nombre de nos concitoyens résidant en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes. La Maladie d'Alzheimer et les syndromes apparentés représentent actuellement la première cause de dépendance et de placement en maison de retraite. Il est proposé aux Médecins Généralistes d'y poursuivre leurs missions de suivi, d'accompagnement et souvent de premier recours, dans l'optique d'assurer la meilleure qualité de vie possible à leurs patients institutionnalisés, qui présentent en majorité un profil « polypathologiques et polymédicamentés ».

Il peut arriver que certains comportements posent davantage de problèmes en collectivité que dans l'ancien cadre de vie. Compte tenu de l'offre de soins actuelle en médecine comportementale, et des recommandations de bonnes pratiques encourageant la limitation de l'utilisation des psychotropes, un apport des Consultations Mémoire est certainement appréciable dans ce domaine. Une évaluation détaillée en consultation spécialisée peut mettre un terme à certaines situations d'errance thérapeutique ou de difficultés au sein de la relation soignant-soigné en privilégiant les thérapeutiques non médicamenteuses.

Toutefois, nous avons pu constater lors de notre pratique quotidienne, un certain nombre de problèmes et de dysfonctionnements au sein de cette relation tripartite MT-EHPAD-CM. Notre attention s'est donc tout particulièrement portée sur l'insuffisance ou l'absence de transmission d'informations pertinentes ciblées autour de ces personnes âgées, qui se présentent parfois aux Consultations Mémoire avec des courriers succincts et sans accompagnant. Ces carences aboutissent à des appels téléphoniques impromptus et chronophages de la Consultation Mémoire vers les EHPAD en quête d'informations. Ces constats nous ont conduits à réaliser une étude qualitative auprès d'infirmier(e)s et de médecins généralistes exerçant au sein de 3 EHPAD du groupe SOS-Hospitalor ainsi qu'auprès de 4 Centres Mémoire partenaires afin d'élaborer et de diffuser une fiche de liaison.

L'analyse des entretiens semi-directifs nous a permis de confirmer le besoin, de valider le concept de fiche, d'évaluer les qualités attendues de l'outil, les attentes en terme de contenu et, le ressenti des professionnels autour du suivi du patient institutionnalisé.

Les résultats en matière de choix d'informations à transmettre et de ressenti se rejoignent dans une volonté de cibler les échanges sur les troubles « perturbateurs » du comportement, l'adaptation du traitement médicamenteux, dans un contexte d'évaluation globale des fragilités. Par ailleurs les troubles cognitifs et les comportements « déficitaires » passent, eux, au second plan des problématiques pour l'ensemble des professionnels que nous avons interrogés.

Nous nous sommes dès lors plongés dans un travail de synthèse et de compromis afin d'établir une fiche de liaison intégrée au logiciel informatique Osiris© de gestion du dossier médical de nos EHPAD. Nos choix ont été de privilégier une saisie rapide de moins de 10 minutes, d'informations ciblées, intelligibles pour tous les soignants, autour des troubles du comportement en nous appuyant sur les 12 thèmes du NPI-ES, tout en laissant la possibilité de détailler dans un texte libre les circonstances de déclenchement des difficultés. Le reste de la fiche repose sur des cases à cocher et des rappels automatiques possibles à grâce à l'outil informatique. Nous avons conscience des limites de ce type de projet, coincé entre, d'une part la volonté de simplification ou de gain de temps des IDE et MT, et d'autre part, le désir d'exhaustivité et de contextualisation minutieuse des Consultations Mémoire. Nous espérons que, malgré ses imperfections, l'existence de notre fiche favorisera la concertation interdisciplinaire au sein de l'EHPAD, tout en facilitant peut être le recours à la Consultation Mémoire et en renforçant l'efficacité des efforts déjà déployés par les équipes, dans le signalement et la prise en charge des troubles du comportement.

L'appropriation et la future utilisation de la fiche seront dépendantes de notre capacité à réaliser une diffusion et une présentation efficaces. Nous avons donc prévu dans les semaines à venir d'adresser un courrier aux Médecins Traitants pour présenter notre travail et le fonctionnement de la fiche. Nous participerons également aux prochaines commissions gériatriques des établissements. De plus, nous pouvons compter sur l'implication de Mme MARCUOLA, la psychologue des trois EHPAD de notre étude, et de leurs médecins coordonnateurs, pour mettre en pratique notre projet auprès des équipes. Une diffusion a été réalisée aux autres maisons de retraite du groupe SOS-Hospitalor compte tenu de la similitude du système informatique. Notre directeur de thèse a ainsi envoyé par mail une information sur ce travail ainsi que le mode d'emploi réalisé vers tous les médecins coordonnateurs de l'association. Nous préparons une communication supplémentaire interne au groupe dans cette optique. Enfin, il sera intéressant de prolonger ce travail dans quelques mois par une étude de satisfaction et d'adaptation de l'outil, au décours d'un éventuel projet de mémoire ou de thèse.

VI. Annexes

VI.1. Entretiens IDE

VI.1.1. IDE 1

Profil

RB : Quel est votre âge s'il vous plait ?

IDE 1 : J'ai 51 ans.

RB : Depuis combien de temps exercez-vous ?

IDE 1 : 24-25 ans.

RB : Et en EHPAD ?

IDE 1 : Euh.. Ici trois ans, et deux ans sur Valenciennes avant, donc cinq ans en tout.

RB : Avez-vous fait en parallèle des diplômes ou des formations spécifiques ?

IDE 1 : Non, mais je suis IDE référente ici.

RB : Exercez-vous dans une Unité Alzheimer ?

IDE 1 : Bah non puisque nous n'avons pas d'Unité Alzheimer ici, on a des patients qui ont été diagnostiqués déments ou Alzheimer mais nous n'avons pas d'unité en tant que telle.

RB : Combien de patients avez-vous à gérer lorsque vous êtes en poste ?

IDE 1 : 45.

RB : Et parmi eux, combien présentent des troubles cognitifs ?

IDE 1 : Oh ben beaucoup quand même à mon avis, mais je ne pourrais pas dire la proportion exacte.

RB : Et parmi ces patients, combien ont un suivi « Mémoire » ?

IDE 1 : Pff, je dirais une quinzaine.

RB : Comment appréciez-vous votre charge de travail globale au sein de cette structure ?

IDE 1 : Alors là.. ça va mais on a toujours quelque chose à faire ! On pourrait toujours faire plus, mais on manque de temps.

Généralités et communication avec la Consultation Mémoire

RB : En ce qui concerne la Consultation Mémoire, quelles sont vos attentes envers celle-ci ?

IDE 1 : Et ben je trouve que c'est intéressant (IDE1- 1) car elle apporte un autre regard (IDE1-2), ils peuvent voir des choses que nous ne voyons plus à force de vivre proche des gens (IDE1-3). Euh, et puis pour les modifications de traitement (IDE1-4), des conseils dans la prise en charge (IDE1-5) et pour la prise en charge des familles (IDE1-6) aussi. Pour expliquer aux familles (IDE1-7), car beaucoup de familles ont du mal avec les démences (IDE1-8), même si on leur explique, on leur donne des informations, de la documentation mais il y a toujours des choses qu'ils ne comprennent pas ou qu'ils n'arrivent pas à comprendre (IDE1-9) donc on leur dit toujours que c'est un moment important pour eux (IDE1-10), afin qu'ils posent des questions et reçoivent des explications. Et puis quand un diagnostic est posé (IDE1-11) pour le personnel c'est mieux (IDE1-12) on comprend mieux certains comportements liés à la maladie (IDE-13), on excuse plus facilement, on s'agace moins !

RB : Globalement êtes-vous satisfaite des réponses apportées par cette consultation ?

IDE 1 : Ben oui c'est satisfaisant pour nous, oui mais des fois pas suffisamment (IDE1-14) mais c'est peut-être aussi parce qu'en fait il n'y a pas de vraie possibilité pour la personne (IDE1-15). Souvent on place beaucoup d'espoirs (IDE1-16) dans cette consultation, on pense qu'ils verront des choses que nous avons loupé (IDE1-17) mais parfois ça n'aboutit pas, parce qu'il n'y a pas de solution miracle et idéale (IDE1-18).

RB : Et avez-vous des contacts téléphoniques avec la Consultation Mémoire pour l'échange d'informations ?

IDE 1 : Oui oui et ça marche dans les deux sens (IDE1-19). Quand je suis arrivée, on envoyait les gens à la consultation sans courrier (IDE1-20). Parfois la psychologue faisait un courrier (IDE1-21) mais pas de courrier de l'établissement. On en avait discuté car à chaque fois la consultation appelait (IDE1-22) pour avoir des informations.

Donc après discussion, on leur a mis à disposition notre premier dossier de liaison, et maintenant vous êtes en cours d'amélioration de celui-ci. S'ils n'ont pas assez d'informations, ils nous appellent pour compléter (IDE1-23).

RB : Vous adressent-ils un compte-rendu provisoire ?

IDE 1 : Euh, à nous, non (IDE1-24). En général il est adressé au médecin traitant, donc soit il pense à nous le communiquer soit ce n'est pas le cas et donc parfois on n'a pas du tout de compte-rendu (IDE1-26).

RB : Souhaiteriez-vous avoir un compte-rendu ?

IDE 1 : Ah ben oui, je préférerais qu'ils nous adressent aussi le compte-rendu (IDE1-27).

RB : Avez-vous eu d'autres difficultés ou avez-vous constaté des dysfonctionnements avec cette consultation ?

IDE 1 : Non, euh, non.

Préparation de la consultation

RB : Je vais maintenant vous poser des questions sur la préparation de cette consultation. Dans quelles circonstances faites-vous cette préparation ? En urgence, à la dernière minute, pendant un autre soin ? Ou y consacrez-vous un temps spécifique ?

IDE 1 : Alors, nous nos consultations mémoire sont toujours programmées (IDE1-28). C'est rarement en urgence (IDE1-29), euh, et puis si un médecin veut un rendez-vous plus rapidement il y a quand même toujours un délai. Quand on a la date du rendez-vous, on la note dans notre agenda (IDE1-30) et une semaine avant, une infirmière (IDE1-31) est chargée de préparer tous les rendez-vous et les documents qui doivent accompagner (IDE1-32). Certaines collègues préparent les rendez-vous bien avant (IDE-33), mais nous nous sommes dit que les préparer une semaine avant permettait d'avoir les informations les plus récentes (IDE-34).

RB : Quelles informations doivent, selon vous, être fournies, en théorie, par l'IDE de l'EHPAD ?

IDE 1 : Bah il faut déjà un dossier médical complet : les antécédents (IDE-35), le traitement (IDE1-36) en cours et après ce qui pose problème dans le comportement (IDE1-37), dans le quotidien au sein de l'EHPAD. On donne ça pour toutes les consultations.

Parfois la psychologue fait en plus un courrier (IDE1-38) et certains médecins traitants, mais c'est rare, car les médecins traitants ont un peu de mal avec les consultations mémoire (IDE1-39). On a beaucoup de familles qui nous demandent l'intérêt de cette consultation (IDE1-40), on leur dit d'en parler à leur médecin traitant et là ils nous disent « ah oui mais lui non plus ne voit pas l'intérêt (IDE1-41) ». Dans ces cas-là, je suis à court d'arguments (IDE1-42) !

RB : Que faites-vous concrètement dans le cadre de la préparation de cette consultation ?

IDE 1 : Euh, alors concrètement jusque-là j'imprimais le dossier de transmissions infirmières (IDE1-43), et depuis peu on prépare aussi la fiche de liaison (IDE1-44) mise au point par la psychologue et le médecin coordonnateur. On essaie évidemment de ne pas faire de doublon entre les deux (IDE1-47) et puis on appelle le transporteur (IDE1-45), la famille (IDE1-46).

RB : Quelles sont pour vous les informations à transmettre en priorité, les informations essentielles ?

IDE 1 : Ben les antécédents médicaux (IDE1-48), le traitement (IDE1-49) et comment se passe la vie de la personne au sein de l'établissement (IDE1-50).

RB : Quelles informations complémentaires attendriez-vous de la part du médecin traitant, de la psychologue, du médecin coordonnateur ?

IDE 1 : Alors euh pour la psychologue, tout dépend s'il s'agit de patients qu'elle suit ou pas mais elle a un regard différent du nôtre (IDE1-51) et donc je pense que c'est intéressant qu'elle donne son avis (IDE1-52). Le médecin coordonnateur ne connaît pas forcément bien tous les résidents (IDE1-53) même s'il en connaît de plus en plus, je pense qu'il peut intervenir auprès de la consultation (IDE1-54) s'il existe vraiment un problème important de prise en charge au sein de l'équipe (IDE1-55), de l'établissement (IDE1-56). Donc parfois il prend contact avec la consultation pour leur expliquer quels problèmes nous rencontrons. Et puis ben les médecins traitants ne font jamais de courrier (IDE1-57), jamais (IDE-58).

RB : Voyez-vous d'autres difficultés dans cette préparation à part le fait que le médecin traitant ne fasse pas de courrier?

IDE 1 : Ben en fait ce n'est pas vraiment une difficulté, on a plus l'impression que pour eux, la consultation mémoire n'a pas d'intérêt (IDE1-59). Et certains le disent clairement (IDE1-60)!

RB : Combien de temps passez-vous en moyenne à préparer cette consultation ?

IDE 1 : Pff, 15 minutes environ (IDE1-61), le temps d'imprimer, de réfléchir en équipe, car nous demandons parfois aussi aux aides-soignantes (IDE1-62).

RB : Et comment appréciez-vous ce travail, quelle est votre perception de cet acte ?

IDE 1 : Oh ben pour moi c'est normal et intéressant (IDE1-63), et ça nous permet d'échanger aussi sur la personne (IDE1-64), on se dit des choses qu'on ne pense pas forcément à se dire (IDE1-65) sinon. Je trouve que l'outil que nous utilisons actuellement est pas mal fait (IDE1-66) mais je n'en ai fait qu'un !

RB : Et pour vous, quel devrait être son mode de fonctionnement idéal ?

IDE 1 : Ben il faudrait déjà qu'elle soit facilement accessible dans Osiris (IDE1-67), et puis qu'on y arrive rapidement (IDE1-68). Mais Osiris (IDE1-69) est très lent, donc le problème c'est pas la fiche de liaison en elle-même, c'est Osiris (IDE1-70)!

RB : Pensez-vous qu'il vaudrait mieux la remplir directement sur ordinateur ou l'imprimer et la compléter ensuite ?

IDE 1 : Non, directement sur ordinateur (IDE1-71), ce qui permettra de la sauvegarder (IDE-72) et de la retrouver plus facilement si besoin.

Fiche de liaison

RB : Et qui doit selon vous la signer cette fiche, en être le responsable ?

IDE 1 : Euh, celui qui la rédige, si c'est l'IDE (IDE1-72), c'est à elle de la signer et éventuellement la cosigner avec les aides-soignantes présentes. Mais, euh, je pense par contre qu'il n'est pas nécessaire que la rédaction incombe forcément à l'infirmière (IDE1-73), les aides-soignantes (IDE1-74) connaissent parfois les résidents mieux que nous, donc je pense que c'est un outil qu'elles pourraient également s'approprier (IDE1-75) ou au moins rédiger la fiche en binôme IDE-AS. (IDE1-76)

RB : Je vais à présent vous présenter cette fiche afin de vous la remémorer. Que pensez-vous de cette fiche en la voyant ou quand vous l'utilisez ?

IDE 1 : Alors, au niveau des transferts, je pense qu'on pourrait ajouter que certains patients ne quittent pas le fauteuil de la journée (IDE1-77), je ne sais pas comment vous pouvez le tourner mais il y a des gens qui vont directement du lit au fauteuil (IDE1-78), on ne les verticalise pas du tout. Sinon quand j'ai rempli la dernière fois, il me manquait quelque chose dans la rubrique « Humeur » mais je ne sais plus quoi et du coup j'ai marqué dans les observations (IDE1-79).

RB : Le volet « observations » libre est donc important pour verbaliser certaines choses ?

IDE 1 : Ah ben oui c'est bien d'avoir cette possibilité de compléter. Sinon ça me paraît assez complet (IDE1-80).

RB : Avez-vous d'autres remarques concernant cette fiche ou ce sujet ?

IDE 1 : Euh, non, non rien de particulier tout de suite.

RB : Très bien, je vous remercie pour le temps que vous m'avez accordé.

VI.1.2. IDE 2

Profil

RB : Quel est votre âge s'il vous plaît ?

IDE 2 : J'ai 23 ans.

RB : Depuis combien de temps exercez-vous ?

IDE 2 : Bientôt deux ans.

RB : Et en EHPAD ?

IDE 2 : Euh, deux ans également, j'ai commencé ici.

RB : Avez-vous fait en parallèle des diplômes ou des formations spécifiques ?

IDE 2 : Non.

RB : Exercez-vous dans une Unité Alzheimer ?

IDE 2 : Non.

RB : Combien de patients avez-vous à gérer lorsque vous êtes en poste ?

IDE 2 : 45.

RB : Et parmi eux, combien présentent des troubles cognitifs ?

IDE 2 : Ben c'est dur à dire précisément, euh, je dirais une trentaine environ.

RB : Et parmi ces patients, combien ont un suivi « Mémoire » ?

IDE 2 : Euh... Bon peut-être 10-15.

RB : Comment appréciez-vous votre charge de travail globale au sein de cette structure ?

IDE 2 : Oh ça va, c'est gérable.

Généralités et communication avec la Consultation Mémoire

RB : En ce qui concerne la Consultation Mémoire, quelles sont vos attentes envers celle-ci ?

IDE 2 : Ben les modifications de traitement (IDE2-1), le suivi du patient (IDE2-2), euh, la prise en charge des difficultés (IDE2-3) notamment de l'agressivité et des troubles liés à la maladie (IDE2-4).

RB : Globalement êtes-vous satisfaite des réponses apportées par cette consultation ?

IDE 2 : Oh oui ça va (IDE2-5) sauf que les compte rendus sont en général assez longs à parvenir (IDE2-6), 3 semaines -1 mois c'est long (IDE2-7).

RB : Parce qu'effectivement vous n'avez pas de compte rendu provisoire de cette consultation ?

IDE 2 : Non, c'est toujours un compte rendu définitif (IDE2-8) mais qui est long à arriver (IDE2-9). Il est déjà arrivé d'ailleurs que les familles s'en plaignent (IDE2-9').

RB : Et avez-vous des contacts téléphoniques avec la Consultation Mémoire pour l'échange d'informations ?

IDE 2 : Ben oui, ils nous téléphonent avant pour confirmer le rendez-vous (IDE2-10) et en général ils nous demandent deux-trois informations (IDE2-11).

RB : Quelles informations ?

IDE 2 : Bah s'il y a eu des changements depuis la dernière fois (IDE2-12), l'état du patient ou de la patiente (IDE2-13). Mais on leur donne la fiche (IDE2-14), donc généralement c'est assez complet niveau information (IDE2-15). On les a tout de même au téléphone avant la consultation (IDE2-16).

RB : Avez-vous eu d'autres difficultés ou avez-vous constaté des dysfonctionnements avec cette consultation ?

IDE 2 : Non.

Préparation de la consultation

RB : Je vais maintenant vous poser des questions sur la préparation de cette consultation. Dans quelles circonstances faites-vous cette préparation ? En urgence, à la dernière minute, pendant un soin ? Ou y consacrez-vous un temps spécifique ?

IDE 2 : Ben on fait ça le jeudi lorsqu'on prépare les rendez-vous de la semaine suivante (IDE2-17).

RB : Il s'agit donc d'un temps spécifique alors ?

IDE 2 : Oui, en effet (IDE2-18).

RB : Quelles informations doivent, selon vous, être fournies, en théorie, par l'IDE de l'EHPAD ?

IDE 2 : Euh, les troubles du comportement (IDE2-19), par rapport à la dernière visite, ce qui a évolué (IDE2-20), ce qui va mieux (IDE2-21). Les traitements (IDE2-22), parce que des fois les médecins traitants viennent, ils disent de changer tel ou tel traitement mais eux ne le font pas (IDE2-23) car ils attendent la consultation mémoire (IDE2-24). Mais surtout les informations concernant les troubles du comportement en fait (IDE2-25).

RB : Il s'agit là de la théorie. Que faites-vous concrètement dans le cadre de la préparation de cette consultation ?

IDE 2 : On remplit la fiche (IDE2-26), généralement en équipe avec les aides-soignantes (IDE2-27). Je m'arrange toujours pour la remplir avec au moins une AS (IDE2-28).

La dernière fois je l'ai remplie avec la psychologue (IDE2-29). C'est important pour moi de ne pas la remplir seule (IDE2-30).

RB : Quelles sont pour vous les informations à transmettre en priorité ?

IDE 2 : Surtout les difficultés que nous rencontrons avec le patient (IDE2-31) et que nous ne pouvons pas gérer (IDE2-32).

RB : Quelles informations complémentaires attendriez-vous de la part du médecin traitant ?

IDE 2 : Ah ben déjà qu'ils valident la fiche de liaison (IDE2-33) ! Nous la remplissons (IDE2-34) mais très peu d'entre eux la regardent (IDE2-35), je ne sais même pas s'ils savent qu'elle existe (IDE2-36). En même temps, ils viennent généralement une seule fois par mois (IDE2-37), les consultations mémoire ont lieu une fois par an, donc s'ils ne sont pas là au bon moment, ils ne voient pas la fiche (IDE2-38).

RB : Et de la part d'un médecin coordonnateur, voyez-vous des informations à transmettre spécifiquement ?

IDE 2 : Bah que les médecins traitants prennent connaissance de la fiche (IDE2-39), qu'ils aient un suivi (IDE2-40). Je pense qu'ils devraient la remplir tout comme nous, puisqu'il y a une partie médicale (IDE2-41) et qu'ils connaissent aussi bien les patients (IDE2-42). Ils devraient être là quand on la remplit (IDE2-43). Ou alors on devrait leur envoyer afin qu'ils la complètent (IDE2-44) et nous la renvoient ensuite (IDE2-45), mais bon c'est compliqué (IDE2-46).

RB : C'est une idée en effet. Voyez-vous d'autres difficultés pour vous dans la transmission de l'information en général ?

IDE 2 : Par rapport à la consultation mémoire ?

RB : Oui.

IDE 2 : Non.

RB : Très bien. Combien de temps passez-vous en moyenne à préparer cette consultation ?

IDE 2 : Euh, 15 minutes environ (IDE2-47).

RB : Et comment appréciez-vous ce travail ?

IDE 2 : Et ben avant nous n'avions pas cette fiche, ça ne fait pas longtemps que nous travaillons avec elle (IDE2-48). Nous imprimions le dossier informatique mais ce n'était pas pratique (IDE2-49), il manquait des informations (IDE2-50). Cela nous permet vraiment de faire un point sur le patient (IDE2-51) et que eux (la consultation mémoire) revoient le traitement (IDE2-52), les difficultés (IDE2-53), et nous apportent une réponse par rapport à tout ça (IDE2-54).

Fiche de liaison

RB : Parlons maintenant de la fiche de liaison en elle-même et de son mode d'utilisation. Tout d'abord, pensez-vous qu'elle doit être proposée systématiquement avant chaque consultation mémoire ou bien occasionnellement ?

IDE 2 : Ah ben non, tout le temps (IDE2-55).

RB : Et son fonctionnement idéal ? La façon dont elle doit être remplie et par qui ?

IDE 2 : Surtout que les médecins traitants y participent (IDE2-56), que nous la remplissons (IDE2-57), qu'on la leur envoie afin qu'ils complètent leur partie et qu'ils nous la retransmettent (IDE2-58). Souvent les médecins ne lisent même pas la fiche de liaison (IDE2-59), il y a notre nom dessus mais pas de signature médicale (IDE2-60).

RB : Est-ce que les médecins joignent un courrier personnel à cette fiche ?

IDE 2 : Non, nous remplissons la fiche avec les difficultés que nous avons (IDE2-61), nous y joignons les documents administratifs (IDE2-62) mais eux ne participent pas du tout (IDE2-63).

RB : Je vais à présent vous présenter cette fiche afin de vous la remémorer. Que pensez-vous de cette fiche en la voyant ou quand vous l'utilisez ?

IDE 2 : Oh bah pour moi elle est bien construite (IDE2-64), il nous arrive souvent d'ajouter manuellement des commentaires (IDE2-65) quand on a des soucis spécifiques (IDE2-66).

RB : Le volet « observations » permet donc de le faire ?

IDE 2 : Oui, tout à fait (IDE2-67). La psychologue l'avait tapé à l'ordinateur donc au final tout était tapé à l'ordinateur mais oui, c'est suffisant (IDE2-68).

RB : Pour vous, cette fiche doit donc être complétée par informatique (Osiris) ?

IDE 2 : Oui (IDE2-69).

RB : Pas besoin donc pour vous de l'imprimer avant, par exemple pour le médecin traitant ?

IDE 2 : Pour le moment on ne travaille pas avec les médecins (IDE2-70) mais c'est vrai qu'on devrait l'imprimer, leur envoyer (IDE2-71), qu'ils y jettent au moins un œil et y mettent leurs observations médicales (IDE2-72), le traitement (IDE2-73) avant de nous la renvoyer pour qu'on la « mette au propre » (IDE2-74). Mais bon..

RB : Donc vous pensez qu'il faut leur transmettre par courrier ?

IDE 2 : Honnêtement, cela me semble compliqué de les faire venir pour ça (IDE2-75). Ils ont déjà du mal à venir pour autre chose (IDE2-76) alors par courrier ça serait déjà bien (IDE2-77).

RB : C'est intéressant. Et peut être au moment des renouvellements de traitements ?

IDE 2 : Le problème c'est que les maladies évoluent parfois vite et donc d'un mois à un autre, il peut y avoir des changements (IDE2-78).

RB : Avez-vous d'autres remarques concernant cette fiche ?

IDE 2 : La dernière fois en la remplissant je me suis fait une réflexion mais je ne me souviens plus de quoi il s'agissait. Non je réfléchis mais je ne peux plus vous dire. Ah si, il s'agissait d'un problème de mise à jour des informations dans le dossier informatique (IDE2-79). Le médecin traitant n'avait pas mis à jour les informations (antécédents, traitements), donc les informations sur la fiche n'étaient plus les bonnes (IDE2-80). Il me manquait aussi le poids, ce n'est pas grave, j'ai ajouté les éléments manuellement (IDE2-81) mais il faudrait que les médecins traitants jouent aussi le jeu en remplissant correctement le dossier informatique (IDE2-82). Mais le logiciel Osiris est un peu compliqué (IDE2-83), certains médecins ne le maîtrisent pas correctement (IDE2-84).

RB : Très bien, je vous remercie pour le temps que vous m'avez accordé.

VI.1.3. IDE 3

Profil

RB : Quel est votre âge s'il vous plait ?

IDE 3 : J'ai 40 ans. (IDE3-1)

RB : Depuis combien de temps exercez-vous ?

IDE 3 : 16 ans. (IDE3-2)

RB : Et en EHPAD ?

IDE 3 : Euh, 7 ans. (IDE3-3)

RB : Avez-vous fait en parallèle des diplômes ou des formations spécifiques ?

IDE 3 : Ben j'ai fait des formations internes à Hospitalor pour la maladie d'Alzheimer.

RB : Exercez-vous dans une Unité Alzheimer ?

IDE 3 : Non.

RB : Combien de patients avez-vous à gérer lorsque vous êtes en poste ?

IDE 3 : 64. (IDE3-4)

RB : Et parmi eux, combien présentent des troubles cognitifs ?

IDE 3 : Oh plus de la moitié ! (IDE3-5)

RB : Et parmi ces patients, combien ont un suivi « Mémoire » ?

IDE 3 : Pff, je dirais un tiers. (IDE3-6)

RB : Comment appréciez-vous votre charge de travail globale au sein de cette structure ?

IDE 3 : Enorme ! (IDE3-7)

Généralités et communication avec la Consultation Mémoire

RB : Avez-vous déjà utilisé la fiche de liaison proposée ?

IDE 3 : Non. (IDE3-8)

RB : En ce qui concerne la Consultation Mémoire, quelles sont vos attentes envers celle-ci ?

IDE 3 : Un récapitulatif en fait ou un changement de traitement (IDE3-8), et s'ils pouvaient donner des informations à certaines familles (IDE3-9), ça serait bien aussi.

RB : Avez-vous déjà eu des difficultés ou avez-vous constaté des dysfonctionnements au sujet de cette consultation ? Par exemple vous ont-ils déjà appelé car il leur manquait des informations ?

IDE 3 : Ben par un moment ils nous appelaient parce qu'il manquait des papiers ou des informations (IDE3-10) mais depuis que la psychologue fait un courrier (IDE3-11), on n'a plus ce problème. Cela nous a soulagé car sinon on n'a pas le temps de collecter les informations. (IDE3-12)

Préparation de la consultation

RB : Je vais maintenant vous poser des questions sur la préparation de cette consultation. (brève présentation de l'outil mis à disposition). En tant qu'infirmière êtes-vous prête à utiliser cet outil ?

IDE 3 : Ben faut voir en quoi il consiste, cela dépendra du temps que cela nous demandera (IDE3-13). Il faut que ce soit court (IDE3-14) sinon on ne le fera pas. (IDE3-15)

RB : Quelles informations sont à transmettre selon vous en priorité ?

IDE 3 : Bah le traitement ils l'ont déjà (IDE3-16), en principe ils les connaissent donc je ne vois pas trop.

Fiche de liaison

RB : Présentation plus concrète de la fiche

IDE 3 : C'est long (IDE3-17) et ça fait double emploi (IDE3-18) parce que les traitements, les antécédents, ils l'ont déjà (IDE3-19). La grille AGGIR (IDE3-19'), ils l'ont quand on sort les papiers.. Non c'est trop long (IDE3-22) même si le principe est bon. (IDE3-21)

Et concernant la partie à soumettre au médecin traitant, là ça va se corser (IDE3-22), car le médecin traitant vient pour les renouvellements de traitements (IDE3-23) et on ne va pas l'appeler pour remplir le papier là. (IDE3-24)

RB : Et comment faudrait-il procéder selon vous ? Lui envoyer par courrier, lui présenter quand il vient pour un autre patient ?

IDE 3 : Ben c'est trop aléatoire (IDE3-23) je ne peux pas vous dire, nous les rendez-vous on les gère de semaine en semaine (IDE3-24), si le médecin traitant n'est pas là, on ne va pas l'appeler pour remplir ça (IDE3-25). Si le hasard fait qu'il vient pour les renouvellements (IDE3-26) et qu'il y a un rendez-vous qui suit, ça ira mais ça n'arrivera pratiquement jamais. (IDE3-27)

La grosse limite elle est au niveau du médecin traitant (IDE3-28), et puis c'est trop long. (IDE3-29)

RB : Je vous remercie beaucoup pour le temps que vous m'avez accordé.

VI.1.4. IDE 4

Profil

RB : Quel est votre âge s'il vous plaît ?

IDE 4 : J'ai 43 ans.

RB : Depuis combien de temps exercez-vous ?

IDE 4 : 20 ans.

RB : Et en EHPAD ?

IDE 4 : Euh, 9 ans.

RB : Avez-vous fait en parallèle des diplômes ou des formations spécifiques ?

IDE 4 : En fait j'ai fait une formation interne à Hospitalor pour être infirmière référente.

RB : Exercez-vous dans une Unité Alzheimer ?

IDE 4 : non

RB : Combien de patients avez-vous à gérer lorsque vous êtes en poste ?

IDE 4 : 64.

RB : Et parmi eux, combien présentent des troubles cognitifs ?

IDE 4 : Ouhla, les deux tiers !

RB : Et parmi ces patients, combien ont un suivi « Mémoire » ?

IDE 4 : Je dirais une vingtaine.

RB : Comment appréciez-vous votre charge de travail globale au sein de cette structure ?

IDE 4 : Actuellement c'est surchargé.

Généralités et communication avec la Consultation Mémoire

RB : Avez-vous déjà utilisé la fiche de liaison proposée ?

IDE 4 : Non.

RB : En ce qui concerne la Consultation Mémoire, quelles sont vos attentes envers celle-ci ?

IDE 4 : Si le patient a un problème de comportement (IDE4-1), on attend qu'une solution soit trouvée. (IDE4-2)

RB : Avez-vous déjà eu des difficultés ou avez-vous constaté des dysfonctionnements au sujet de cette consultation ? Par exemple vous ont-ils déjà appelé car il leur manquait des informations ? Des difficultés avec les MT ?

IDE 4 : Alors pour moi ça fonctionne bien depuis que la psychologue fait des courriers détaillés (IDE4-3), mais avant ils nous appelaient souvent (IDE4-4) car il manquait des informations. Et les médecins ne font pas de courrier pour ces consultations de suivi. (IDE4-5)

Préparation de la consultation

RB : Je vais maintenant vous poser des questions sur la préparation de cette consultation. (brève présentation de l'outil mis à disposition). Pensez-vous que cet outil sera utile ?

IDE 4 : Oui sur le principe (IDE4-6)

RB : En tant qu'infirmière êtes-vous prête à utiliser cet outil ?

IDE 4 : Oui, (IDE4-7) et c'est le rôle de l'infirmière de la remplir (IDE4-8) puisque c'est elle qui est au plus près du résident. (IDE4-9)

RB : Concernant le contenu de fiche, que pensez-vous devoir transmettre comme informations ?

IDE4 : Ah, euh le traitement (IDE4-10), ce qui s'est passé depuis la dernière fois (IDE4-11), surtout l'évolution du comportement (IDE4-13), ce qui nous pose problème (IDE4-14), comme opposition (IDE4-15), déambulation (IDE4-16), le sommeil (IDE4-17). Et puis transmettre l'autonomie (IDE4-18), les transferts (IDE4-19), chutes (IDE4-20) et les soins en cours. (IDE4-21)

Fiche de liaison

RB : Présentation plus concrète de la fiche. Qu'en pensez-vous ? Quels sont ses défauts, ses qualités ?

IDE 4 : Ah ben c'est bien détaillé mais c'est bien car souvent les fiches de transfert sont trop brèves. Comme en plus c'est sur Osiris, il y a plein de choses qui se remplissent automatiquement, donc c'est bien. (IDE4-22)

Concernant le temps de remplissage, je pense que ce n'est pas un obstacle (IDE4-23). Bien souvent on a juste à cocher (IDE4-24), donc ça va vite, même si on met un petit commentaire en plus. (IDE4-25)

RB : Et concernant la validation par le médecin traitant, comment faudrait-il procéder selon vous ? Lui envoyer par courrier, lui présenter quand il vient pour un autre patient ?

IDE 4 : Je pense qu'il faut que les fiches soient préparées bien avant le renouvellement (IDE4-26) pour ne pas avoir à appeler le médecin juste pour les remplir (IDE-26').

Euh, du coup il faudrait regarder vraiment à l'avance s'il y a une consultation mémoire prévue (IDE-26''), alors que pour l'instant on a une organisation à la semaine (IDE4-27). Dès qu'on a le prochain rendez-vous, on pourrait aussi noter dans l'agenda que trois semaines-un mois avant il faut remplir la fiche (IDE4-28). Je pense qu'il vaut mieux la soumettre au moment où ils viennent pour les renouvellements (IDE4-29), trois semaines-un mois avant.

RB : Je vous remercie beaucoup pour le temps que vous m'avez accordé.

VI.1.5. IDE 5

Profil

RB : Quel est votre âge s'il vous plait ?

IDE 5 : J'ai 46 ans. (IDE5-1)

RB : Depuis combien de temps exercez-vous ?

IDE 5 : Euh ça fait 23 ans. (IDE5-2)

RB : Et en EHPAD ?

IDE 5 : 5 ans. (IDE5-3)

RB : Avez-vous fait en parallèle des diplômes ou des formations spécifiques ?

IDE 5 : Alors soins palliatifs, Alzheimer, enfin spécifiques à l'EHPAD.

RB : Combien de patients avez-vous à gérer lorsque vous êtes en poste ?

IDE 5 : 45. (IDE5-4)

RB : Et parmi eux, combien présentent des troubles cognitifs ?

IDE 5 : Ben moi je dirais 70% à peu près. (IDE5-5)

RB : Et parmi ces patients, combien ont un suivi « Mémoire » ?

IDE 5 : Allez peut-être une quinzaine. (IDE5-6)

RB : Comment appréciez-vous votre charge de travail globale au sein de cette structure ?

IDE 5 : Surcharge de travail (IDE5-7) comme beaucoup ont dû le dire. Ben la charge de travail a augmenté car les résidents se dégradent (IDE5-8) et puis il y a moins de personnel !

Généralités et communication entre professionnels

RB : Avez-vous déjà utilisé la fiche de liaison proposée ?

IDE 5 : Non pas encore.

RB : En ce qui concerne la Consultation Mémoire, quelles sont vos attentes envers celle-ci ?

IDE 5 : Ben qu'ils nous donnent l'état d'avancée de la maladie avec les changements éventuels de stade (IDE5-9) et euh puis peut-être des lignes de conduite ou des conduites à tenir (IDE5-10), une adaptation de traitement (IDE5-11) !

RB : Comment jugez-vous l'implication du médecin traitant ?

IDE 5 : Certains sont bien rigoureux, d'autres un peu plus laxistes. Alors ça dépend vraiment des médecins, certains suivent vraiment et disent « oh ben tient la dernière consultation mémoire, voilà le compte rendu on le met en application (IDE5-12) », d'autres attendent le compte rendu qui arrive parfois très tard (IDE5-13) donc ils oublient et on se demande même parfois s'ils le lisent.. (IDE5-14)

RB : Avez-vous déjà eu des difficultés ou avez-vous constaté des dysfonctionnements au sujet de cette consultation ? Par exemple vous ont-ils déjà appelé car il leur manquait des informations ?

IDE 5 : Ben des fois des retards dans la prise en charge parce que des fois c'est passé aux oubliettes (IDE5-15), des fois on est obligées d'aller un peu à la pêche aux informations. (IDE5-16)

Préparation de la consultation

RB : Je vais maintenant vous poser des questions sur la préparation de cette consultation. (brève présentation de l'outil mis à disposition). Pensez-vous que cet outil sera utile ?

IDE 5 : Oui. (IDE5-17)

RB : En tant qu'infirmière êtes-vous prête à utiliser cet outil ?

IDE 5 : Ah ben si ça peut apporter une amélioration dans le retour des informations, oui (IDE5-18)! Mais c'est à qui de la remplir ? Parce ce qu'il y a des choses vraiment médicales donc ça serait peut-être plutôt au médecin de le faire (IDE5-19), après nous on peut peut-être mieux renseigner les troubles du comportement (IDE5-20) mais il y a des choses plus médicales quand même. (IDE5-21)

Fiche de liaison

RB : Présentation plus concrète de la fiche. Qu'en pensez-vous ? Quels sont ses défauts, ses qualités ?

IDE 5 : Oui ben si on connaît bien notre résident, c'est facile à remplir, c'est vite fait (IDE5-22)! Ben écoutez ça a l'air d'être assez complet quand même ! En fait c'est toutes les choses qu'ils nous demandent par téléphone quand ils nous appellent (IDE5-23), c'est les items essentiels en fait. Ben écoutez pour moi je pense que ça ne posera pas de problème (IDE5-24), non, il y a tout, les antécédents (IDE5-25), le traitement. (IDE5-26)

RB : Et concernant la validation par le médecin traitant, comment faudrait-il procéder selon vous ? Lui envoyer par courrier, lui présenter quand il vient pour un autre patient ?

IDE 5 : Oui ben la difficulté (IDE5-26') ça va être de la présenter au médecin traitant parce que généralement on fait les plannings la semaine d'avant (IDE5-27). En fait il va falloir en amont dire au médecin traitant dire Mme X a rdv tel jour ; bon on sait à l'avance quand les médecins viennent mais il y a plusieurs médecins qui ne viennent qu'une fois par mois (IDE5-28) donc parfois ça leur demanderait de revenir (IDE5-29), ça va poser un peu problème (IDE5-30). Mais est-ce que c'est nécessaire que ça soit validé par le médecin traitant ? Parce qu'au pire ils peuvent appeler le médecin traitant en direct, non ?

RB : Je vous remercie beaucoup pour le temps que vous m'avez accordé.

VI.1.6. IDE 6

Profil

RB : Quel est votre âge s'il vous plait ?

IDE 6 : 52 ans (IDE6-1).

RB : Depuis combien de temps exercez-vous en tant que IDE ?

IDE 6 : Un an et demi (IDE6-2).

RB : Et en EHPAD ?

IDE 6 : 15 ans (IDE6-3).

RB : c'est-à-dire ?

IDE 6 : Je suis passé d'auxiliaire de vie, à AS puis à IDE. Oui je connais tous les métiers de la maison de retraite (IDE6-4) !

RB : C'est très intéressant, vous avez un profil peu commun.

RB : Combien de patients avez-vous à gérer lorsque vous êtes en poste ?

IDE 6 : 60 (IDE6-5).

RB : Et parmi eux, combien présentent des troubles cognitifs ?

IDE 6 : C'est dur à dire, beaucoup en tout cas (IDE6-6).

RB : Et parmi ces patients, combien ont un suivi « Mémoire » ?

IDE 6 : Allez peut-être une quinzaine. (IDE6-7)

RB : Comment appréciez-vous votre charge de travail globale au sein de cette structure ?

IDE 6 : Surcharge de travail. On travaille toujours en rapidité ici (IDE6-8). Regardez ce week-end j'ai eu des complications et en conséquence je n'ai pas eu le temps de préparer les consultations de la semaine (IDE6-9). Non c'est très chargé, on nous en demande beaucoup. (IDE6-10)

Généralités et communication entre professionnels

RB : Avez-vous déjà utilisé la fiche de liaison proposée ?

IDE 6 : Non.

RB : En ce qui concerne la Consultation Mémoire, quelles sont vos attentes envers celle-ci ?

IDE 6 : Disons que j'ai connu ça avec ma mère (IDE6-11). Avant tout un diagnostic (IDE6-12) et si possible des traitements (IDE6-13). Mais ... (tremblements voix) bon les traitements c'est pas toujours (IDE6-14)efficace on va dire...non surtout un diagnostic (IDE6-15). C'est important de poser des mots sur une pathologie (IDE6-16), des troubles. Pour la famille oui, c'est important cette consultation avec le spécialiste (IDE6-17). Après c'est pas que ça, il y a l'évaluation de la mémoire (IDE6-18), du comportement (IDE6-19) et la prise en charge globale. Ce que doit faire l'aidant, les conseils. (IDE6-20)

RB : Comment jugez-vous l'implication du médecin traitant ?

IDE 6 : Certains sont supers, en particulier deux, j'aime beaucoup leur travail, ils gèrent très bien les démences (IDE6-21). Alors après ça dépend vraiment des médecins, dès fois certains vont et viennent sans même se signaler, sans aucun échange (IDE6-22). Sans compter qu'on a du mal à les faire venir pour certains quand il y a une complication (IDE6-23).

RB : Avez-vous déjà eu des difficultés ou avez-vous constaté des dysfonctionnements au sujet de cette consultation mémoire ou HDJ ? Par exemple vous ont-ils déjà appelé car il leur manquait des informations ?

IDE 6 : Ben des fois on ne reçoit pas les convocations écrites, la prise de rendez-vous se faisant sur l'agenda, il y a des oublis. (IDE6-24)

RB : Des appels de la consultation pour des informations ?

IDE6 : Non.

Préparation de la consultation

RB : Je vais maintenant vous poser des questions sur la préparation de cette consultation. (brève présentation de l'outil mis à disposition). Pensez-vous que cet outil sera utile ?

IDE 6 : Oui c'est toujours utile (IDE6-25), l'utilité est partout, mais c'est le temps qui manque. Voilà.(IDE6-26)

RB : En tant qu'infirmière êtes-vous prête à utiliser cet outil ?

IDE 6 : Oui. (IDE6-27)

RB : Quelles informations devraient contenir cette fiche selon vous ?

IDE 6 : Déjà un traitement (IDE6-28), les antécédents (IDE6-29) et surtout le comportement (IDE6-30) où il faut détailler : agitation (IDE6-31), angoisses (IDE6-32). Les insomnies (IDE6-33), les chutes (IDE6-34), tout ce qui peut aider à l'évaluation (IDE6-35).

Fiche de liaison

RB : Présentation plus concrète de la fiche. Qu'en pensez-vous ? Quels sont ses défauts, ses qualités ?

IDE 6 : Oui c'est l'essentiel, mais c'est un sacré pavé (IDE6-36)! Les zones de commentaires c'est bien, il faut pouvoir préciser (IDE6-37). Faut que ce soit hyper rapide (IDE6-38). C'est bien les items à cocher, ping ping ça le fait (IDE6-39). Le problème ça peut être le logiciel s'il met du temps à se lancer ou qu'il bugue je vous la ferais pas par contre. (IDE6-40)

RB : Et concernant la validation par le médecin traitant, comment faudrait-il procéder selon vous ?

IDE 6 : Vous voyez c'est toujours l'infirmière du week-end qui prépare les rendez-vous pour la semaine (IDE6-41). Je ne sais pas comment on va faire là (IDE6-42). Généralement on fait les plannings la semaine d'avant (IDE6-43). Présenter au MT c'est compliqué, on a déjà des gros soucis avec certains pour les voir. (IDE6-44)

RB : Avec d'autres spécialistes ça se passe comment ?

IDE 6 : Quand le médecin demande la consultation il fait le courrier directement, quand il est convoqué comme par exemple contrôle après sortie d'hospitalisation de cardio, bah il ne fait pas de courrier comme pour la consultation mémoire (IDE6-45)

RB : Très bien, je vous remercie beaucoup pour le temps que vous m'avez accordé.

VI.2. Entretiens Médecins Traitants

VI.2.1. Médecin 1 (M1)

Profil

RB : Quel est votre âge s'il vous plaît?

M1 : J'ai 58 ans (M1-1).

RB : Quel est votre mode d'exercice ?

M1 : Libéral (M1-2) médecin coordonnateur (M1-3) à Labry et à Mars-la-Tour en ce moment aussi.

RB : Quel secteur ? Rural ? Semi-rural ?

M1 : Rural, non plutôt semi-rural. (M1-4)

RB : Comment appréciez-vous votre charge globale de travail ?

M1 : C'est gérable. (M1-5)

RB : Quel est votre cursus ? Quelles sont vos formations ?

M1 : J'ai la capacité de gériatrie (M1-6) et un diplôme de médecine de « catastrophes », j'ai été médecin chez les pompiers.

RB : Le nombre de patients suivis en EHPAD de par votre rôle de médecin coordonnateur ou celui de médecin traitant ?

M1 : En EHPAD, 62 ici et 58 à Mars-la-Tour (M1-7), plus quelques un en ville puisque je fais moi-même certains tests (M1-8) (MMS, cinq mots..) pour débrouiller certaines choses.

RB : Combien parmi ces patients ont, à votre avis, des troubles cognitifs ?

M1 : Oh lala ! Ici sur 62 on a 40 démences ou apparentées. Je connais mieux la population de Labry que celle de Mars-la-Tour.

RB : Et donc parmi ces derniers, combien ont un suivi « mémoire » en cours ?

M1 : Peut-être à peu près 10. (M1-9)

RB : Combien d'heures par semaine environ passez-vous en EHPAD ?

M1 : Les mercredi matin, jeudi matin et vendredi matin. De 8h30 à 11h30-midi, plus des retours l'après- midi sur Labry.

RB : A quelle fréquence renouvelez-vous les traitements de fond et examinez-vous les résidents ?

M1 : En principe je les vois deux à trois fois dans l'année de façon synthétique, pour l'évaluation gériatrique si vous préférez. (M1-10)

Généralités et communication avec la Consultation Mémoire

RB : Je vais maintenant vous interroger un peu plus particulièrement sur la Consultation Mémoire. Qu'attendez-vous de la Consultation Mémoire (bénéfice, informations) ?

M1 : Généralement je n'envoie pas systématiquement les gens en consultation mémoire (M1-11), juste ceux qui étaient suivis auparavant (M1-12), du fait que je suis gériatre moi-même (M1-13).

RB : Donc c'est parce que vous pratiquez vous-même les tests ?

M1 : Oui, c'est ça. (M1-14)

RB : Et lorsque ça vous arrive d'adresser des patients à la consultation, comment transmettez-vous les informations ?

M1 : Alors là je fais un courrier (M1-15). En libéral, je fais un courrier. (M1-16)

RB : Et en EHPAD ?

M1 : Ce sont souvent des gens suivis auparavant (M1-16 bis) et qui ont des consultations de suivi biannuel, donc là je ne fais pas de courrier, non. (M1-17) Je passe éventuellement un coup de téléphone (M1-18) s'ils ont besoin de renseignements complémentaires.

RB : Dans le cadre du suivi du patient institutionnalisé en EHPAD et suivi en consultation mémoire, avez-vous déjà eu des difficultés ou constaté des dysfonctionnements ?

M1 : Non, le courrier de retour suit généralement bien. (M1-19)

Préparation de la consultation

RB : Abordons maintenant la préparation de la consultation pour les patients d'EHPAD. Les EHPAD du groupe SOS vous proposent de préparer cette consultation en imprimant un document contenant un résumé du dossier et en vous permettant d'y ajouter ce que vous souhaitez. Cette démarche vous semble-t-elle utile ?

M1 : Ah oui, je pense que ça peut être utile. (M1-20)

RB : Etes-vous prêt à utiliser cet outil ?

M1 : Oui. (M1-21)

RB : Quelles informations souhaiteriez-vous y voir figurer ?

M1 : L'histoire de la maladie (M1-22), les antécédents (M1-23), les traitements (M1-24). Surtout ça et puis les données administratives de la personne (M1-25), savoir si les gens sont en ALD (M1-26), s'ils bénéficient de l'Aide Personnalisée à l'Autonomie. (M1-27)

Fiche de liaison

RB : Je vais à présent vous présenter la fiche sur laquelle nous avons travaillé. Présentation de la fiche.

M1 : Je peux juste vous faire une remarque ? Quand les patients entrent en EHPAD, même s'ils sont déments, généralement ils n'ont plus de traitement anti-Alzheimer (M1-28), souvent ça ne sert à rien (M1-29) quand ils rentrent chez nous. C'est-à-dire qu'on a épuisé toutes les ressources (M1-30) de maintien à domicile, de traitement médicamenteux (M1-31), pour vous dire là sur 40 états démentiels, seuls 2 ou 3 ont un traitement anti-Alzheimer (M1-32).

(Reprise présentation fiche)

M1 : Vous avez peut-être aussi une fiche éventuellement pour l'ergothérapeute ? (M1-33)

RB : C'est une fiche pluridisciplinaire, tous les intervenants de l'EHPAD peuvent donner potentiellement leur avis.

(Reprise présentation)

M1 : Il manquerait peut-être des données administratives, bon ce n'est peut-être pas notre rôle de médecin, mais des fois ils rappellent pour savoir si la personne est prise en charge à 100% (M1-34), s'ils bénéficient de l'APA. (M1-35)

RB : Et en ce qui concerne le fait de soumettre à l'appréciation du médecin traitant, sous quelle modalité pensez-vous qu'on devrait procéder ? Par courrier avant la consultation ou quand il passe à l'EHPAD ?

M1 : Oui quand il passe à l'EHPAD (M1-36), je pense que c'est plus simple que ce document reste à l'EHPAD (M1-37) plutôt que de l'envoyer par courrier. Alors après c'est important qu'il y ait un retour courrier suite à la consultation mémoire, généralement ils nous font un rapport personnel et ils envoient le double à l'EHPAD (M1-38), à Joeuf en tous cas. Je pense qu'il faut que ce rapport soit envoyé au médecin mais aussi à l'EHPAD. (M1-39)

RB : Voyez-vous d'autres choses à ajouter ?

M1 : C'est déjà bien complet (il lit..).

RB : Je vous remercie de votre attention et du temps que vous m'avez accordé.

VI.2.2. Médecin 2 (M2)

Profil

RB : Quel est votre âge ?

M2 : J'ai 65 ans (M2-1).

RB : Quel est votre mode d'exercice ?

M2 : Uniquement médecin coordonnateur salarié sur deux EHPAD et Médecin Traitant de quelques résidents (M2-2).

RB : Comment appréciez-vous votre charge globale de travail ?

M2 : Je travaille 22h30 par semaine actuellement, une activité volontairement maîtrisée (M2-3).

RB : Quel est votre cursus ? Quelles sont vos formations ?

M2 : Généraliste de formation (M2-4) et j'ai suivi la formation MG Form et FMC Action de gériatrie pour être médecin coordonnateur. (M2-4)

RB : Le nombre de patients suivis en EHPAD de par votre rôle de médecin coordonnateur ?

M2 : 114 à Thionville et 74 à Jarny. (M2-5)

RB : Combien parmi ces patients ont, à votre avis, des troubles cognitifs ?

M2 : Oh largement la moitié, si ce n'est pas plus. (M2-6)

RB : Et donc parmi ces derniers, combien ont un suivi « mémoire » en cours ?

M2 : Pratiquement tous ont un suivi plus ou moins régulier. Ils sont presque tous passés au moins une fois donc j'estimerai à 150 (M2-7).

RB : Quel est votre fréquence de renouvellement de traitement ?

M2 : 1 mois.

Généralités et communication avec la Consultation Mémoire

RB : Je vais maintenant vous interroger un peu plus particulièrement sur la consultation mémoire. Qu'attendez-vous de la consultation mémoire (bénéfices, informations) ?

M2 : J'attends qu'ils fassent le point sur l'état actuel du patient (M2-8), leur état s'aggravant généralement (M2-9), et des modifications de traitement. (M2-10)

RB : Comment transmettez-vous les informations nécessaires à la consultation ?

M2 : Moi je n'interviens pas tellement puisque ce sont plutôt les médecins traitants qui le font ou sont supposés le faire. (M2-11) Ils font un courrier (M2-12) sauf peut-être pour les consultations de suivi (M2-13) où là ils ne sont pas forcément au courant du rendez-vous (M2-14). Cela revient plutôt aux infirmières (M2-15) car en plus elles ont un cahier de rendez-vous papier, (M2-16) les rendez-vous ne sont pas inscrits dans l'informatique (M2-17) et comme je ne suis là que deux ou trois demi-journées par semaine, ce n'est pas facile. Il faudrait peut-être une sorte de timing informatique avec les tableaux prévisionnels. (M2-18)

RB : Avez-vous déjà eu des contacts vous personnellement avec la consultation, par téléphone par exemple ?

M2 : Non.

RB : Dans le cadre du suivi du patient institutionnalisé en EHPAD et suivi en consultation mémoire, avez-vous déjà eu des difficultés ou constaté des dysfonctionnements ?

M2 : Non, je reçois généralement le double du courrier de retour rapidement (M2-19)(dans les 3-4 jours) et régulièrement, je le lis, je reporte l'ordonnance dans le dossier car les médecins traitants ne le font généralement pas.(M2-20)

Préparation de la consultation

RB : Abordons maintenant la préparation de la consultation pour les patients d'EHPAD. Les EHPAD du groupe SOS vous proposent de préparer cette consultation en imprimant un document contenant un résumé du dossier et en vous permettant d'y ajouter ce que vous souhaitez. Cette démarche vous semble-t-elle utile ?

M2 : Ah oui, tout-à-fait. (M2-21)

RB : Etes-vous prêt à utiliser cet outil ?

M2 : Oui, oui. J'ai failli l'utiliser l'autre jour d'ailleurs. (M2-22)

RB : Quelles informations souhaiteriez-vous y voir figurer ?

M2 : Ben je ne peux pas trop vous dire, je ne l'ai pas lu entièrement donc je ne peux pas vous dire ce qu'il manque.

RB : Et en ce qui concerne le fait de soumettre cette fiche à l'appréciation du médecin traitant, sous quelle modalité pensez-vous qu'on devrait procéder ? Par courrier avant la consultation ou quand il passe à l'EHPAD ?

M2 : Je crois qu'il faudrait déjà tous leur présenter l'outil (M2-23), bon généralement l'infirmière va la remplir (M2-24), le médecin traitant y mettra ses éléments (M3-25) et puis après elle sera imprimée. Est-ce qu'elle doit être cosignée par le médecin coordonnateur par contre (M3-26) ?

RB : C'est aussi un point de discussion !

Fiche de liaison

RB : Je vais à présent vous présenter la fiche sur laquelle nous avons travaillé. Présentation de la fiche. Voyez-vous des choses à rajouter ?

M2 : A priori non, j'aurais peut être mis le poids et la taille avec la partie sur l'alimentation (M2-26), je pense que c'est plus logique. On pourrait aussi ajouter la date d'entrée dans l'EHPAD, (M2-27) si les gens bénéficient de l'ALD (M2-28) ou pas. Sinon, c'est bien.

RB : Et selon vous qu'est-ce qui fera que cette fiche va marcher ?

M2 : Je pense qu'il faut déjà que les médecins traitants se l'approprient (M2-29). Peut-être les voir individuellement pour les informer (M2-30), leur présenter l'outil (M2-31), même si ça risque d'être un peu difficile pour vous de tous les rencontrer !

RB : Je vous remercie de votre attention et du temps que vous m'avez accordé.

VI.2.3. Médecin 3 (M3)

Profil

RB : Quel est votre âge ?

M3 : J'ai 58 ans. (M3-1)

RB : Quel est votre mode d'exercice ?

M3 : Libéral en association. (M3-2)

RB : Avez-vous des diplômes complémentaires, notamment à orientation gériatrique ?

M3 : Non. (M3-3)

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

M3 : Une quinzaine environ. (M3-4)

RB : Le nombre de patients que vous suivez actuellement en EHPAD ?

M3 : Une dizaine. (M3-5)

RB : Combien parmi ces patients ont, à votre avis, des troubles cognitifs ?

M3 : La majorité, 80% des cas (M3-6). Après ce n'est pas forcément les troubles de la mémoire le plus embêtant en EHPAD (M3-7), ce sont surtout les troubles du comportement (M3-8) qui sont associés. Je caricature un peu mais une fois que les gens sont en maison de retraite, c'est normal qu'ils aient des troubles de la mémoire (M3-9). Par contre c'est pour les troubles du comportement (M3-9) qu'on nous demande d'agir plus souvent et de faire quelque chose (M3-10)!

RB : Et donc parmi ces derniers, combien ont un suivi « mémoire » en cours ?

M3 : Une petite portion par contre, 30%. (M3-11)

RB : Combien d'heures par semaine passez-vous en EHPAD ?

M3 : Trop (M3-12)! C'est chronophage (M3-12), on n'aime pas, on le fait parce que c'est notre rôle (M3-13) et qu'on n'a pas le choix.(M3-14) Et encore heureusement qu'on arrive à des endroits où les infirmières sont sympas. (M3-15)

RB : A quelle fréquence renouvez-vous les traitements de fond?

M3 : Une fois par mois en général. (M3-16)

Généralités et communication avec la Consultation Mémoire

RB : Je vais maintenant vous interroger un peu plus particulièrement sur la consultation mémoire. Qu'attendez-vous de la consultation mémoire (bénéfice, informations) ?

M3 : Oh c'est pour nous aider à évoluer vers les diagnostics de maladie d'Alzheimer (M3-17) mettre en place les traitements (M3-18) et puis ça fait du bien d'avoir un autre avis que le sien pour les patients. (M3-19)

RB : Comment transmettez-vous les informations nécessaires à la consultation ?

M3 : Je fais un courrier pour la première consultation (M3-20) pas dans le cadre du suivi. (M3-21)

Préparation de la consultation

RB : Abordons maintenant la préparation de la consultation pour les patients d'EHPAD. Les EHPAD du groupe SOS vous proposent de préparer cette consultation en imprimant un document contenant un résumé du dossier à partir des données informatiques et en vous la soumettant ensuite pour validation et vous permettre d'y ajouter ce que vous souhaitez. Cette démarche vous semble-t-elle utile ?

M3 : C'est sûrement utile, (M3-22) après ça fera de la paperasse en plus (M3-23) mais ça sera certainement utile. (M3-24)

RB : Etes-vous prêt à utiliser cet outil ?

M3 : A voir. (M3-25)

RB : Quelles informations souhaiteriez-vous y voir figurer ?

M3 : Tout ce qui serait utile pour le médecin spécialiste qu'ils vont voir et la psychologue.

RB : Et en ce qui concerne le fait de soumettre cette fiche à l'appréciation du médecin traitant, sous quelle modalité pensez-vous qu'on devrait procéder ? Par courrier avant la consultation ou quand vous passez à l'EHPAD ?

M3 : Oh non assez de courrier comme ça, donc plutôt en direct quand je passe à l'EHPAD. (M3-26)

Fiche de liaison

RB : Je vais à présent vous présenter la fiche sur laquelle nous avons travaillé. Présentation de la fiche. Voyez-vous des choses à rajouter ?

M3 : Ma première réaction c'est que ça paraît un peu lourd, (M3-27) ça fait beaucoup d'items (M3-28), les infirmières sont déjà surchargées (M3-29) alors.. Moi j'aurais vu quelque chose de plus court (M3-30) et simple (M3-31), après ça dépend si le dossier informatique est bien rempli aussi (M3-32). A mon avis vous n'allez pas vous faire des copines auprès des infirmières (M3-33)! Le médecin traitant, il a la part du chef là-dedans (M3-34), la partie médecin est facile (M3-35)! Donc pour le médecin, pas de critique, (M3-36) mais pour les infirmières c'est trop lourd (M3-37), à comprimer (M3-38)! Ne mettre que les choses pertinentes, par exemple on n'a pas besoin de savoir que la personne a été opérée de l'appendicite pour une consultation mémoire, vous voyez (M3-39)?

Je suis devenu un obsédé de la simplification (M3-40) et de la synthèse (M3-41)! Il faut vraiment insister sur l'historique des troubles du comportement (M3-42), les traitements suivis (M3-43). Sinon on risque de se noyer dans les détails généraux, moi je verrais quelque chose de plus ciblé troubles cognitifs. (M3-44)

RB : Je vous remercie de votre attention et du temps que vous m'avez accordé.

VI.2.4. Médecin 4 (M4)

Profil

RB : Quel est votre âge ?

M4 : J'ai 52 ans. (M4-1)

RB : Quel est votre mode d'exercice ?

M4 : Libéral en association. (M4-2)

RB : Avez-vous des diplômes complémentaires, notamment à orientation gériatrique ?

M4 : Non.

RB : Combien jugez-vous votre charge de travail ?

M4 : Chargée. (M4-3)

RB : Le nombre de patients que vous suivez actuellement en EHPAD ?

M4 : Une vient de décéder aujourd'hui, donc je n'en ai plus que deux! (M4-4)

RB : Présentent-elles des troubles cognitifs ?

M4 : Ah oui. (M4-5)

RB : A-t-elle un suivi « mémoire » en cours ?

M4 : Non je ne crois pas. (M4-6)

RB : Combien d'heures par semaine passez-vous en EHPAD ?

M4 : Le moins possible (M4-7), mais ça dépend de la maison de retraite. Peu parce que j'ai de moins en moins de patients.

RB : A quelle fréquence renouvez-vous les traitements de fond?

M4 : En général 3 mois (M4-8).

Généralités et communication avec la Consultation Mémoire

RB : Je vais maintenant vous interroger un peu plus particulièrement sur la consultation mémoire. Qu'attendez-vous de la consultation mémoire (bénéfice, informations) ?

M4 : Comme je ne fais pas les tests, j'attends essentiellement le diagnostic. (M4-9) Par contre, je pense que la consultation mémoire est plus utile quand les gens ne sont pas en EHPAD (M4-10), moi je considère que les gens en EHPAD n'ont plus besoin de consultation mémoire (M4-11)! Par contre je les y envoie dans mon activité libérale (M4-13). En EHPAD, vu l'état où ils sont (M4-12), pour moi la consultation mémoire ne sert plus, et même les traitements proposés quand ils suspectent un Alzheimer ou une démence mixte (M4-13), sont pour moi déjà dépassés. C'est bien avant qu'il faut s'occuper des troubles cognitifs quand ils sont autonomes chez eux (M4-14), pour moi la consultation doit permettre à préserver le lien social et l'autonomie (M4-15)! En EHPAD c'est peut-être plus utile pour les soignants (M4-16) pour les aider dans la prise en charge quotidienne des patients (M4-17), mais pour les patients je ne vois plus trop l'intérêt étant donné qu'ils sont déjà dépendants. (M4-18)

RB : Avez-vous déjà eu des contacts directs par exemple téléphoniques avec la consultation ?

M4 : Non, j'ai le courrier (M4-19) quand ils ont eu une consultation, je le regarde, je regarde la liste de traitements. (M4-20)

Préparation de la consultation

RB : Abordons maintenant la préparation de la consultation pour les patients d'EHPAD. Les EHPAD du groupe SOS vous proposent de préparer cette consultation en imprimant un document contenant un résumé du dossier à partir des données informatiques et en vous la soumettant ensuite pour validation et vous permettre d'y ajouter ce que vous souhaitez. Cette démarche vous semble-t-elle utile ?

M4 : Oui (M4-21), car il faut voir dans quel état ils sont à leur entrée (M4-22), si cela n'a pas déjà été fait avant, le rythme de la dégradation (M4-23) et voir ce qu'il est possible de faire au quotidien pour la freiner. On sait que la stimulation est primordiale pour cela.

RB : Etes-vous prête à utiliser cet outil ?

M4 : Oui si le logiciel de la maison de retraite est facile (M4-24) et si le remplissage est facile et rapide aussi (M4-25). Parce que sinon ça sera trop lourd dans les institutions (M4-26) et ça sera laissé dans un coin.

RB : Quelles informations souhaiteriez-vous y voir figurer ?

M4 : Pour l'instant je n'ai pas d'idée a priori

RB : Et en ce qui concerne le fait de soumettre cette fiche à l'appréciation du médecin traitant, sous quelle modalité pensez-vous qu'on devrait procéder ? Par courrier avant la consultation ou quand vous passez à l'EHPAD ?

M4 : Oh non pitié pas de courrier, quand on vient pour un renouvellement (M4-27), ça me paraît le bon moment!

Fiche de liaison

RB : Je vais à présent vous présenter la fiche sur laquelle nous avons travaillé. Présentation de la fiche. Voyez-vous des choses à rajouter, quels sont ses défauts, ses qualités?

M4 : Oui c'est intéressant mais pour le reste je ne sais pas trop, vous me prenez un peu au dépourvu ! Là ça me paraît bien et adapté, c'est le bagage minimum intéressant pour une consultation mémoire en EHPAD mais après il faudrait voir ça à l'usage. Bon pour moi le gros problème c'est le logiciel, c'est une horreur (M4-28)! Il ne faudrait pas qu'il s'agisse d'un outil de plus qui passera au panier ! Il faudrait déjà des logiciels plus performants (M4-29), plus faciles d'utilisation, pour moi c'est là le problème. (M4-30)

RB : Je vous remercie de votre attention et du temps que vous m'avez accordé.

VI.2.5. Médecin 5 (M5)

Profil

RB : Quel est votre âge ?

M5 : J'ai 35 ans. (M5-1)

RB : Quel est votre mode d'exercice ?

M5 : Libéral, semi-rural. (M5-2)

RB : Avez-vous des diplômes complémentaires, notamment à orientation gériatrique ?

M5 : Non. (M5-3)

RB : Combien jugez-vous votre charge de travail ?

M5 : Très chargée (40 à 50 actes par jour). (M5-4)

RB : Le nombre de patients que vous suivez actuellement en EHPAD ?

M5 : Pour l'instant plus que deux, avant j'en avais sept. (M5-5)

RB : Présentent-t-ils des troubles cognitifs ?

M5 : Oui les deux. (M5-6)

RB : Ont-ils un suivi « mémoire » en cours ?

M5 : L'un a une surveillance neurologique par rapport à une démence à corps de Levy (M5-7), l'autre personne est en fin de vie. (M5-8)

RB : Combien d'heures par semaine passez-vous en EHPAD ?

M5 : Le moins possible, mais ça dépend de la maison de retraite. Peu parce que j'ai de moins en moins de patients. (M5-9)

RB : A quelle fréquence renouvelez-vous les traitements de fond?

M5 : 3 mois (M5-10)

Généralités et communication avec la Consultation Mémoire

RB : Je vais maintenant vous interroger un peu plus particulièrement sur la consultation mémoire. Qu'attendez-vous de la consultation mémoire (bénéfice, informations) ?

M5 : Le diagnostic précis du type de démence (M5-11), la mise en place du traitement (M5-12) et la surveillance (M5-13)

RB : Quelles informations transmettez-vous actuellement lorsque vous adressez un patient à la consultation ?

M5 : Pour un premier contact, le bilan biologique initial (M5-13), le scanner cérébral (M5-14) la date de début des troubles (M5-15) . Je fais généralement un courrier. (M5-16)

RB : Avez-vous déjà eu des contacts directs par exemple téléphoniques avec la consultation ?

M5 : Non, juste par courrier. Mais j'ai de très bonnes relations avec eux (M5-17) je n'ai pas à mon niveau constaté de dysfonctionnement.

Préparation de la consultation

RB : Abordons maintenant la préparation de la consultation pour les patients d'EHPAD. Les EHPAD du groupe SOS vous proposent de préparer cette consultation en imprimant un document contenant un résumé du dossier à partir des données informatiques et en vous la soumettant ensuite pour validation et vous permettre d'y ajouter ce que vous souhaitez. Cette démarche vous semble-t-elle utile ?

M5 : Sur le principe c'est intéressant (M5-18), après c'est toujours un problème de temps. (M5-19)

RB : Etes-vous prêt à utiliser cet outil ?

M5 : Oui. (M5-20)

RB : Quelles informations souhaiteriez-vous y voir figurer ?

M5 : Les antécédents (M5-21) qui peuvent favoriser tel ou tel type de démence (HTA, Parkinson..), si des traitements ont déjà été entrepris (M5-22), s'il y a un antécédent dépressif (M5-23), si la demande vient de la famille (M5-24), du patient ou plutôt du personnel (infirmier ou médecin) (M5-24),, s'il y a déjà eu un suivi antérieur.

RB : Et en ce qui concerne le fait de soumettre cette fiche à l'appréciation du médecin traitant, sous quelle modalité pensez-vous qu'on devrait procéder ? Par courrier avant la consultation ou quand vous passez à l'EHPAD ?

M5 : Au moment du renouvellement (M5-25), voire éventuellement à l'entrée d'un patient. (M5-26)

Fiche de liaison

RB : Je vais à présent vous présenter la fiche sur laquelle nous avons travaillé. Présentation de la fiche. Voyez-vous des choses à rajouter, quels sont ses défauts, ses qualités?

M5 : Les petites cases à cocher c'est bien (M5-27), les petits commentaires aussi.(M5-28) Le seul petit truc qui me dérange c'est un peu la première page et les deux cases là (lesquelles ?hospitalisations ?), il faudrait que ce soit un peu plus automatique (M5-29) ou tout simplement que les infirmières joignent les comptes-rendus (M5-30). Au niveau temps, à mon avis c'est acceptable (M5-31), ça a l'air assez rapide (M5-32) car ce sont des cases à cocher. Le reste franchement c'est pertinent et nickel (M5-33).

Par contre moi je pense que ça serait vraiment pas mal aussi de leur joindre un bilan biologique (M5-34) type assez complet et un scanner cérébral (M5-35), au moins pour une première consultation.(M5-36)

RB : Je vous remercie de votre attention et du temps que vous m'avez accordé.

VI.2.6. Médecin 6 (M6)

Profil

RB : Quel est votre âge ?

M6 : J'ai 65 ans. (M6-1)

RB : Quel est votre mode d'exercice ?

M6 : Libéral, semi-rural, en association. (M6-2)

RB : Avez-vous des diplômes complémentaires, notamment à orientation gériatrique ?

M6 : Non. (M6-3)

RB : Combien jugez-vous votre charge de travail ?

M6 : Très chargée (60 actes par jour). (M6-4)

RB : Le nombre de patients que vous suivez actuellement en EHPAD ?

M6 : Actuellement un plutôt en fin de vie, j'arrête le suivi en EHPAD. (M6-5)

RB : Quel est la fréquence moyenne de votre renouvellement de traitement ?

En EHPAD c'était un mois.

Généralités et communication entre professionnels

RB : Je vais maintenant vous interroger un peu plus particulièrement sur la consultation mémoire. Qu'attendez-vous de la consultation mémoire (bénéfice, informations) ?

M6 : Une évaluation mémoire complète (M6-6), la mise en place de traitements. (M6-7)

RB : Quelles informations transmettez-vous actuellement lorsque vous adressez un patient à la consultation ?

M6 : Je fais quoi qu'il arrive un courrier pour le premier rendez-vous (M6-8), surtout pour les antécédents c'est très important (M6-9), car les traitements (M6-10) vont jouer sur le plan cardiaque donc à mon avis il faut un bilan cardiaque (M6-11), une IRM cérébrale (M6-12) pour voir s'il n'y a pas quelque chose en dessous comme une pathologie vasculaire, une atrophie cérébrale (M6-12), un bilan sanguin complet (M6-13) (fer sérique, maladie de Lyme, ionogramme), les traitements. (M6-14)

Préparation de la consultation

RB : Abordons maintenant la préparation de la consultation pour les patients d'EHPAD. Les EHPAD du groupe SOS vous proposent de préparer cette consultation en imprimant un document contenant un résumé du dossier à partir des données informatiques et en vous la soumettant ensuite pour validation et vous permettre d'y ajouter ce que vous souhaitez. Cette démarche vous semble-t-elle utile ?

M6 : Sur le principe c'est très intéressant (M6-15), ça serait très important que les infirmières puissent sortir une fiche comme ça. (M6-16)

RB : Etes-vous prêt à utiliser cet outil ?

M6 : Ah oui évidemment. (M6-17)

RB : Quelles informations souhaiteriez-vous y voir figurer ?

M6 : Les antécédents (M6-18), les traitements en cours surtout. (M6-19)

RB : Et en ce qui concerne le fait de soumettre cette fiche à l'appréciation du médecin traitant, sous quelle modalité pensez-vous qu'on devrait procéder ? Par courrier avant la consultation ou quand vous passez à l'EHPAD ?

M6 : Je pense qu'on pourrait la remplir dès l'entrée du patient (M6-20) mais on pourrait faire une autre fiche ou des modifications sur les traitements (M6-21) car il peut y avoir eu des changements.

Fiche de liaison

RB : Je vais à présent vous présenter la fiche sur laquelle nous avons travaillé. Présentation de la fiche. Voyez-vous des choses à rajouter, quels sont ses défauts, ses qualités?

M6 : Il faut que ce soit simple (M6-22), c'est important. C'est bien, c'est concis (M7-23), pour moi il n'y a rien à apporter en plus. C'est pratique, ça ne me paraît pas trop long (M7-24) à utiliser puisque ce sont des reports du dossier (M7-25), non c'est très bien.

RB : Je vous remercie de votre attention et du temps que vous m'avez accordé.

VI.2.7. Médecin 7 (M7)

Profil

RB : Quel est votre âge ?

M7 : J'ai 58 ans. (M7-1)

RB : Quel est votre mode d'exercice ?

M7 : Libéral, seul. (M7-2)

RB : Avez-vous des diplômes complémentaires, notamment à orientation gériatrique ?

M7 : Non. (M7-3)

RB : Combien jugez-vous votre charge de travail ? Le temps passé en EHPAD par semaine ?

M7 : Chargée. (M7-4), le « moins possible », c'est toujours chronophage ! (M7-5)

RB : Le nombre de patients que vous suivez actuellement en EHPAD ?

M7 : Une dizaine. (M7-6)

RB : Combien parmi eux présentent des troubles cognitifs ?

M7 : Euh trois environ.

RB : Ont-ils un suivi « mémoire » en cours ?

M7 : L'un devrait en avoir un mais je ne l'envoie plus parce que ça ne sert plus à rien (M7-7), donc un ou deux je ne sais plus. (M7-8)

RB : Votre fréquence de renouvellement du traitement de fond ?

M7 : 3 mois en général (M7-9).

Généralités et communication entre professionnels

RB : Je vais maintenant vous interroger un peu plus particulièrement sur la consultation mémoire. Qu'attendez-vous de la consultation mémoire (bénéfice, informations) ?

M7 : Avoir le bilan (M7-10) pour avoir le droit à l'ALD. (M7-11)

RB : Quelles informations transmettez-vous actuellement lorsque vous adressez un patient à la consultation ?

M7 : Je leur fais un petit mot avec les grandes lignes (M7-12) et puis stop. (M7-13)

RB : Avez-vous déjà eu des difficultés avec la consultation mémoire ou constaté des dysfonctionnements (problème de courrier..) ?

M7 : Non avec la consultation de Joeuf c'est impeccable, aucun problème.

Préparation de la consultation

RB : Abordons maintenant la préparation de la consultation pour les patients d'EHPAD. Les EHPAD du groupe SOS vous proposent de préparer cette consultation en imprimant un document contenant un résumé du dossier à partir des données informatiques et en vous la soumettant ensuite pour validation et vous permettre d'y ajouter ce que vous souhaitez. Cette démarche vous semble-t-elle utile ?

M7 : C'est poli en tous cas ! (M7-14)

RB : Etes-vous prêt à utiliser cet outil ?

M7 : Oui. (M7-15)

RB : Quelles informations souhaiteriez-vous y voir figurer ?

M7 : Son comportement dans l'établissement (M7-16), les différents épisodes infectieux peut-être. (M7-17)

RB : Et en ce qui concerne le fait de soumettre cette fiche à l'appréciation du médecin traitant, sous quelle modalité pensez-vous qu'on devrait procéder ? Par courrier avant la consultation ou quand vous passez à l'EHPAD ?

M7 : Oui quand on passe pour un autre patient (M7-18), on leur fait et c'est réglé !

Fiche de liaison

RB : Je vais à présent vous présenter la fiche sur laquelle nous avons travaillé. Présentation de la fiche. Voyez-vous des choses à rajouter, quels sont ses défauts, ses qualités?

M7 : Je suis tout à fait d'accord avec plein de choses mais je ne vais pas les remplir, c'est les infirmières, ensuite on regarde (M7-19). Parce que c'est surtout le personnel qui soulève les problèmes (M7-20)! Par contre je trouve que ça fait beaucoup de papiers (M7-21), moi j'en suis encore à l'enseigne méthode : « Je vous adresse Monsieur un tel.. » et puis c'est tout (M7-22)!

RB : Je vous remercie de votre attention et du temps que vous m'avez accordé.

VI.3. Entretiens Consultation Mémoire

VI.3.1. Consultation Mémoire 1 (CM1)

Profil

RB : Nous allons tout d'abord évoquer votre profil et votre parcours.

RB : Quel est votre âge s'il vous plait ?

CM1 : 37 ans (CM1-1)

RB : Votre parcours, votre formation ?

CM1 : Doctorat de Médecine Générale, thèse en 2007 puis après 2 ans de remplacements en libéral, capacité de gériatrie en 2010 et depuis je travaille en gériatrie, depuis 2 ans à

Marange-Silvange en gériatrie aiguë, SSR et consultation mémoire, 2 demi-journées par semaine. (CM1-2)

RB : Quelle est la part des patients institutionnalisés dans votre activité de consultation mémoire ?

CM1 : A peu près 25% des patients (CM1-3), mais je n'ai pas les statistiques exactes en tête.

RB : Quelle est l'appréciation de votre charge de travail ?

CM1 : Très importante avec la gériatrie de courte durée et le SSR qui limite mes possibilités de consultation. (CM1-4)

Communication entre professionnels

RB : Comment jugez-vous l'implication du Médecin Traitant dans le suivi mémoire ?

CM1 : Euhcomment dire....inexistante (CM1-5)sérieusement je n'ai pas le souvenir d'avoir reçu un courrier de médecin traitant en 2 ans (CM1-6). C'est donc souvent l'aidant qui fait la liaison par rapport à ce qui s'est passé depuis la dernière consultation .Voilà j'ai conscience que tout le monde est pas mal occupé (CM1-7) mais c'est vrai que c'est un manque (CM1-8), parce que voilà il y a des choses qu'on aimerait bien savoir et on galère à les récupérer (CM1-9). Rien que le traitement (CM1-10) si le patient n'a pas la dernière ordonnance, on ne sait rien. Non c'est nettement insuffisant (CM1-11).

RB : D'autres formes de contact avec les médecins traitants, par téléphone peut être ?

CM1 : Disons que quand je consulte l'après-midi de 14 à 17 h, ils sont souvent en visite ou difficilement joignables.(CM1-12) Non c'est très compliqué (CM1-13), mais si je vois que le patient s'est vraiment dégradé depuis la dernière consultation j'insiste par téléphone (CM1-14) et on finit par y arriver.

RB : Il y a-t-il d'autres dysfonctionnements qui vous viennent à l'esprit ?

CM1 : Euh,...j'ai dû appeler un pharmacien pour avoir un traitement la semaine dernière, c'est pour vous dire !

RB : Adressez-vous un courrier provisoire/rapide après la consultation ?

CM1 : Non pas provisoire, le courrier d'hôpital de jour ou de consultation mémoire est dicté dans la journée (CM1-15) et envoyé dans les 48 heures. Mais il n'y a pas de remise de courrier pour le patient ou l'EHPAD immédiatement. (CM1-16)

RB : Comment jugez-vous l'implication des EHPAD dans le suivi mémoire ?

CM1 : Là c'est très variable, je dirais que 5 à 10% jouent le jeu, avec l'envoi de lettres manuscrites relativement détaillées par la psychologue par exemple (CM1-17) ou de transmissions IDE (CM1-18), mais pour certains c'est le néant ou aux abonnés absents. (CM1-19)

Préparation de la consultation

RB : De façon exhaustive, quelles informations souhaiteriez-vous que l'on vous fournisse?

CM1 : Ce qui s'est passé comme événements intercurrents sur plan médical (CM1-20) et social avec des bouleversements de vie (CM1-21), la date d'entrée en EHPAD, (CM1-22) les données administratives, APA (CM1-23), ALD(CM1-24), quel aidant-famille proche (CM1-25), le traitement à jour (CM1-26), les difficultés sur le rythme de vie du patient (CM1-27), les troubles du sommeil (CM1-28), euh, l'autonomie (CM1-29), les troubles du comportement (CM1-30), l'alimentation (CM1-31), le moral. (CM1-32)

RB : Quelles informations souhaiteriez-vous que l'on vous fournisse en priorité ?

CM1 : Le traitement (CM1-33) surtout car quand on prescrit il peut y avoir des contre-indications, donc oui un traitement actualisé ça serait un bon début. (CM1-34)

Fiche de liaison

RB : Quels sont pour vous les critères qualité d'une fiche liaison ?

CM1 : Le temps, ça doit être une fiche qui doit être facilement remplie (CM1-35) entre 10 et 15 minutes, et pouvoir signaler les problèmes particuliers (CM1-36) comme les troubles du comportement du patient (CM1-37) et de l'équipe pour que l'on puisse essayer d'apporter des réponses. Surtout la simplicité qui doit l'emporter. (CM1-38)

RB : Des critiques, contre-propositions pour cette fiche ?

CM1 : La longueur du document (CM1-39), 6 pages, qui risquent de rebuter bon nombre de soignants (CM1-40). Les renseignements compliqués à retrouver peut-être comme les hospitalisations antérieures ou les compte rendus de consultations spécialisées (CM1-41). La personne en maison de retraite change assez souvent de médecin traitant. Les espaces pour « texte libre » trop nombreux (CM1-42), souvent par expérience très peu remplis.

Sinon les points forts avec un document exhaustif sur le contexte médico-social du patient, la création de liens informatiques entre le programme de la maison (CM1-43) de retraite et le document afin d'éviter de ressaisir tous les éléments avec gain de temps et le consentement clair du médecin traitant et possibilité d'implication dans le suivi des pathologies de la mémoire. (CM1-44)

Pour les consultations mémoire de suivi, peut-être qu'une version « allégée » centrée sur les troubles du comportement serait plus adaptée...(CM1-45)

RB : Je vous remercie du temps que vous m'avez accordé.

VI.3.2. Consultation Mémoire 2 (CM2)

Profil

RB : Nous allons tout d'abord évoquer votre profil et votre parcours.

RB : Votre âge s'il vous plait ?

CM2 : Je vais avoir 46 ans. (CM2-1)

RB : Votre mode d'exercice ?

CM2 : 100% hospitalier, je fais essentiellement de la consultation mémoire (CM2-2), de l'hôpital de jour (CM2-3), 4 jours par semaines en tout (CM2-4), euh, je fais essentiellement des troubles du comportement (CM2-5). Je suis médecin chef de l'hôpital.

RB : Quelle est la part des patients institutionnalisés dans votre activité de consultation mémoire ?

CM2: Au bas mot, je dirais 40%. (CM2-6)

RB : Quelle est l'appréciation globale de votre charge de travail ?

CM2 : Ah c'est compliqué de répondre à ce genre de question ! La charge de travail est très présente mais c'est plaisant ! Donc même si c'est lourd (CM2-7), ça passe plutôt bien ! (CM2-8)

RB : A quel rythme revoyez-vous les patients institutionnalisés ?

CM2 : C'est variable en fonction du tableau clinique et des difficultés rencontrées en EHPAD il n'y a pas de règles fixes, c'est le tableau clinique qui prime avant tout mais sauf démence terminale, on va dire qu'on essaie de les voir quand même deux fois par an.

Communication entre professionnels

RB : Comment jugez-vous l'implication du Médecin Traitant dans le suivi mémoire ?

CM2 : Très variable, vous avez des gens très impliqués (CM2-8), d'autres pas du tout (CM2-9). Bon en général, on a de bons contacts que ce soit sous forme directe ou épistolaire. Par contre, la plupart du temps on n'a jamais de courrier de leur part (CM2-10). On en a pour les premières fois (CM2-11), rarement pour les suivis (CM2-12) sauf s'il y a des troubles productifs (CM2-13) et là généralement il y a eu un coup de fil avant pour faire accélérer les

choses (CM2-14), à côté de ça, des contacts téléphoniques il y en a fréquemment oui. (CM2-15)

RB : Adressez-vous un courrier provisoire/rapide au médecin traitant ou coordonnateur après la consultation ?

CM2: Non pas provisoire (CM2-16), toujours définitif, les courriers sont dictés dans la journée et envoyés dans les dix jours. (CM2-17)

RB : Comment jugez-vous l'implication des EHPAD dans le suivi mémoire ?

CM2 : Alors dans les EHPAD, euh, je dirais que tant que le patient n'a pas de trouble productif gênant (CM2-18), il n'y a pas de problème. Le maître mot c'est le trouble productif (CM2-19) qui perturbe le fonctionnement global de l'EHPAD. En ce qui concerne l'évaluation cognitive globale, elle a peu de pertinence dans ce cadre-là (CM2-20), c'est plutôt les familles qui vont rapporter une évolution (CM2-21), une dégradation cognitive. (CM2-22)

RB : Recevez-vous des courriers descriptifs des troubles du comportement de la part des EHPAD ?

CM2 : Peu, il y en a qui avaient mis en place des échelles NPI qui permettaient de quantifier les choses, c'était un outil intéressant mais ça a presque totalement disparu. Moi personnellement pour savoir comment les choses se passent, je les appelle directement pendant ma consultation. (CM2-23)

RB : Faites-vous un courrier pour l'EHPAD ?

CM2 : Je fais toujours un double pour le médecin coordo (CM2-24) et si je fais une modification immédiate de traitement, je les appelle directement. (CM2-25)

Préparation de la consultation

RB : De façon exhaustive, quelles informations souhaiteriez-vous que l'on vous fournisse?

CM2 : Alors, ça dépend si c'est une première fois ou pas. Si c'est une première fois, on a besoin des antécédents (CM2-26), de l'histoire clinique (CM2-27), de ce qui pose problème (CM2-28). Une fois que le diagnostic est posé (CM2-28'), on a besoin de l'histoire clinique avec les éléments évolutifs depuis la dernière consultation (CM2-29), les événements marquants, (CM2-30) les traitements (CM2-31) et puis s'il y a eu des modifications familiales (CM2-32), sur ces éléments-là quoi.

RB : Quelles informations souhaiteriez-vous que l'on vous fournisse en priorité ?

CM2 : Le traitement (CM2-33) et la survenue ou non de troubles comportementaux productifs (CM2-34) dans le laps de temps.

RB : Un outil type fiche de liaison vous semble-t-il pertinent ?

CM2 : Oui (CM2-35) c'est bien si on peut l'avoir, après la problématique d'avoir une fiche de liaison c'est qui va la remplir et avec quel degré d'implication (CM2-35') et de pertinence (CM2-36). Parce qu'on peut y mettre tout et n'importe quoi (CM2-37), nous on le voit quand les gens viennent en hospitalisation de jour car on a une feuille de liaison, parfois c'est rempli de façon très pertinente et parfois c'est assez loin de la réalité. (CM2-38)

Fiche de liaison

RB : Je vais à présent vous présenter la fiche de liaison sur laquelle nous avons travaillé (présentation de la fiche). Qu'en pensez-vous ? Voyez-vous des choses à ajouter, retirer ?

CM2 : Je ne vois rien sur l'autonomie sphinctérienne (CM2-39). Mais non, c'est bien, ça balaie relativement bien et puis il faut que ça soit compréhensible par tout le monde (CM2-40). Après c'est relativement long le questionnaire (CM2-41), moi j'aurais peut-être été plus synthétique (CM2-42). Mettre les antécédents (CM2-43), bon une fois qu'on les a, ils sont dans notre dossier ça ne pose plus problème, le traitement en cours (CM2-44), les événements intercurrents (CM2-45) et l'apparition de troubles psycho-comportementaux gênants (CM2-46). Je crois que c'est vraiment ces éléments-là. Pourquoi gênants (CM2-47) ?

Parce que nous on va le voir pendant l'évaluation mais finalement quand quelqu'un est institutionnalisé ce qui nous importe c'est que ça se passe relativement bien, et que l'institutionnalisation puisse se poursuivre dans de bonnes conditions (CM2-48). Voilà, bon après l'apathie (CM2-49) c'est le principal syndrome psycho-comportemental mais non productif, et souvent il arrange tout le monde celui-là (CM2-50). Mais comment on y répond ? Hein je veux dire au-delà de la description, c'est nous, comment on va faire en sorte que le patient reste bien adapté à son institution (CM2-51) et ce qui est vrai pour une institution, n'est pas forcément vrai pour une autre. Est-ce qu'il va bien parce qu'il dort bien la nuit parce qu'on l'a gavé d'hypnotiques ou alors est-ce que finalement parce qu'il s'est réveillé trois fois la nuit (CM2-52) et qu'il a suivi l'équipe de nuit, est-ce que c'est un trouble du comportement (CM2-53) ?

C'est ça qui est un peu difficile. Après je verrais peut-être une autre limite, c'est d'une part la longueur (CM2-54) et d'autre part voir combien de temps dans le temps ils vont la renseigner (CM2-55). Parce qu'en théorie on les voit deux fois par an en moyenne, est-ce que deux fois par an ils vont renseigner les éléments (CM2-56)? Est-ce qu'il en faut une première complète pour la première fois et est-ce qu'ensuite on refait une petite fiche avec juste les éléments nouveaux ? Est-ce qu'en terme d'observance des soignants, ça ne serait pas mieux (CM2-57) ? Il faut voir aussi pour les médecins traitants, c'est une autre limite ça aussi, parce qu'il faut réussir à les attraper (CM2-58) c'est compliqué, des fois il a plein de boulot (CM2-59), des fois il vient entre midi et personne d'autre n'est là. (CM2-60)

Mais si vous avez une aide-soignante vous pensez qu'elle sait ce que sait qu'une agitation vespérale (CM2-61)? Quelle définition on donne de la déambulation (CM2-62)? C'est juste dans les définitions pour pouvoir répondre plus correctement (CM2-63). Parce que nous on est médecins donc ça nous parle, mais je ne suis pas sûre que pour les aides-soignantes ça leur parlera vraiment (CM2-64). Qu'est-ce qu'on entend par délire par exemple ? Même moi avec mes équipes je suis parfois obligé de les reprendre, vous voyez !

Après si c'était rempli à chaque fois, ça nous aiderait bien, hein ! (CM2-65)

RB : Je vous remercie pour le temps que vous m'avez accordé et pour vos réponses.

VI.3.3. Consultation Mémoire 3 et 4 (CM3, CM4)

Profils

RB : Nous allons tout d'abord évoquer vos profils et parcours.

RB : Votre âge s'il vous plait ?

CM3: Et bien j'ai 64 ans. (CM3-1)

CM4-IDE : 54 ans à la fin de l'année. (CM4-1)

RB : Votre mode d'exercice ?

CM3 : En fait j'assure une demi-journée de consultation mémoire (CM3-2) et, euh mon temps se partage entre une unité de psycho gériatrie (CM3-3), du long séjour (CM3-4) et l'organisation en tant que chef de service d'un service de gériatrie avec toute la filière in situ. (CM3-5)

CM4-IDE : Moi en fait je suis à la consultation mémoire une journée par semaine (CM4-2), ben en fait la seule journée de consultation de la semaine (CM4-3) et sinon je suis en équipe mobile de gériatrie (CM4-4), donc c'est de la consultation mais intra-hospitalière. (CM4-5)

RB : Quelle est la part des patients institutionnalisés dans votre activité de consultation mémoire ?

CM3: C'est peut-être, euh, 25%. (CM3-6)

CM4-IDE : Ouf, moi je dirais un bon tiers. (CM4-6)

RB : Quelle est la charge de travail de la consultation ? Quels sont les délais d'attente ?

CM3: La consultation est assurée par plusieurs médecins, moi j'en assure une partie, euh, on est sur des délais d'attente de 4-5 mois (CM3-7), euh, en consultation. On essaie de ne pas reconvoquer systématiquement quand il n'y a pas de problématique importante (CM3-8) et on laisse le soin à l'EHPAD de nous rappeler (CM3-9) pour solliciter une consultation ou une

évaluation en hôpital de jour. Par contre, euh, quand les patients sont à domicile, là c'est différent, on a tendance à les suivre de façon un peu plus serrée. (CM3-10)

CM4-IDE : Surtout avec les patients qui sont isolés, parce que le problème avec les consultations mémoires c'est que les gens n'annulent pas leur rendez-vous (CM4-7), et en fait on s'est rendu compte que l'agenda était surchargé, mais que les gens ne venaient pas forcément en réalité, et donc en laissant les personnes s'approprier la demande de consultation mémoire en ne leur donnant pas de rendez-vous fixe et en leur demandant de rappeler (CM4-8), on s'est dit qu'on allait avoir une petite bouffée d'oxygène ! Après faut voir ce que ça va donner, ça sera à réévaluer!

Communication entre professionnels

RB : Comment jugez-vous l'implication du Médecin Traitant dans le suivi mémoire ?

CM3: Il faut être franc ? (rires)

CM4-IDE : C'est surtout déontologiquement difficile ! (rires)

CM3: Ah ben alors, il y a peu d'implication (CM3-11), euh, mais c'est variable et personne dépendant. Il faut quand même reconnaître que les troubles cognitifs sont sous évalués (CM3-12) ou plutôt pas reconnus (CM3-13), on les reconnaît quand il y a des troubles du comportement gênants, (CM3-14) ou quand la personne pose des problèmes (CM3-14'), mais les médecins traitants ont tendance à être fatalistes (CM3-15), pff, disant ben de toute façon « il n'y a rien à faire, on ne va pas vous les envoyer », ou disant « ben c'est normal, c'est la sénilité, c'est l'âge » (CM3-16).

CM4-IDE : Après, enfin on le voit nettement, on fait des courriers après la consultation du médecin en disant d'augmenter par exemple un tel ou un autre anxiolytique et on voit très bien que les propositions thérapeutiques ne sont pas reprises (CM4-9). A la consultation suivante, on revoit le patient en espérant être à trois mois d'un traitement antidépresseur efficace, et puis là on se rend compte que les patients n'ont pas eu du tout d'antidépresseur. (CM4-10)

RB : Recevez-vous un courrier de leur part ou des EHPAD ?

CM3 : Non jamais ! (CM3-17)

CM4-IDE : Ah non des maisons de retraite jamais (CM4-11), sauf si c'est eux qui demandent la consultation, par exemple, alors surtout en EHPAD, c'est assez classique, ce n'est pas vraiment une consultation mémoire qui est demandée mais c'est plutôt des gens qui ont déjà des troubles du comportement (CM4-12), qui posent des problèmes de prise en charge (CM4-13) et là le personnel de l'EHPAD sollicite le médecin traitant pour une consultation mais pas tellement pour une évaluation mnésique mais vraiment pour des troubles du comportement gênants (CM4-14). Alors là, on a une lettre très sommaire (CM4-15) disant « voilà ça devient très difficile etc (CM4-16) », on a même pas toujours le traitement (CM4-17), mais enfin là par contre les infirmières nous fournissent souvent une fiche de liaison (CM4-18), ah oui souvent on travaille bien ici quand même avec les EHPAD.

CM3 : Ah oui, on peut dire que les fiches de liaison (CM3-18) ont bien progressé ces dernières années, hein.

CM4-IDE : Par contre effectivement elles concernent essentiellement l'autonomie (CM4-19), donc le GIR, l'autonomie physique (CM4-20) et elles concernent quand même les médicaments (CM4-21), ce qui est déjà pas mal. Mais moi je rappelle systématiquement dans les EHPAD (CM4-22), systématiquement (CM4-23), car même avec une fiche, on n'a pas les éléments sur les troubles du comportement (CM4-24), on a du mal à affiner (CM4-25). Alors là je serais très intéressée de voir, euh, quelque chose sur ça !

RB : Adressez-vous un courrier provisoire/rapide au médecin traitant après la consultation ?

CM4-IDE : Ah oui systématiquement. (CM4-26),

CM3 : Oui oui dans un délai de 15 jours. (CM3-19),

RB : Est-ce que le patient institutionnalisé repart directement avec un petit courrier, un compte rendu ?

CM3 : S'il y a une modification de traitement, oui. (CM3-20)

CM4-IDE : Oui, s'il y a une ordonnance (CM4-27). En hôpital de jour ils repartent systématiquement avec un mot (CM4-28), parce que bon, l'HDJ c'est une consultation mémoire améliorée !

CM3 : Ah oui, là il y a un mot de liaison provisoire. (CM3-21)

RB : Comment jugez-vous l'implication des EHPAD dans le suivi mémoire ?

CM4-IDE : Disons que le personnel des EHPAD se donne le mal pour la consultation de remplir une fiche de transmission (CM4-29), mais encore une fois on a quand même du mal quand il y a un trouble du comportement à le préciser (CM4-30), sur sa fréquence (CM4-31), son intensité (CM4-32), à le resituer dans le contexte (CM4-33). Bon ça en plus c'est difficile car c'est de l'écriture libre sur les fiches de transmission et en plus c'est sujet à l'interprétation des soignants. La dernière fois on avait cette dame qui n'avait pas droit à la confiture, qui était diabétique, qui présentait des troubles du comportement et l'EHPAD était strict et du coup ils se braquaient contre cette dame mais en fait en rediscutant on s'est rendu compte que c'est parce qu'elle avait un régime diabétique très strict et qu'en fait elle n'avait pas réellement de troubles du comportement et ça n'apparaît pas sur sa fiche sauf de rediscuter (CM4-34). Donc voilà moi systématiquement, je rappelle les infirmières. (CM4-35)

CM3 : Le contact oral est incontournable pour nous, oui oui. (CM3-22)

Préparation de la consultation

RB : De façon exhaustive, quelles informations souhaiteriez-vous que l'on vous fournisse?

CM4-IDE : Ben moi en tous cas systématiquement, le traitement à jour (CM4-36) déjà mais ça, ça fonctionne bien.

CM3 : Oui le traitement (CM3-23) déjà, ensuite un mot sur l'autonomie (CM3-24), la grille AGGIR (CM3-25) et ça aussi on l'a généralement, euh l'alimentation (CM3-26), euh ensuite le comportement (CM3-27), s'il y a oppositions (CM3-28), refus (CM3-29), les troubles du comportement en général. (CM3-30)

CM4-IDE : Moi je demande systématiquement s'il y a des chutes (CM4-37), le nombre (CM4-38), la fréquence (CM4-39). Je demande aussi systématiquement euh, s'il y a de la

contention (CM4-40,) au lit (CM4-41), la nuit (CM4-42), au fauteuil (CM4-43). Je leur demande aussi si les personnes se repèrent dans l'établissement, s'ils retrouvent tous seuls la salle à manger, leur chambre, s'ils savent l'heure, par exemple pour venir manger ou alors est-ce que ce sont les soignants qui viennent les chercher, ça je leur demande systématiquement (CM4-44) Euh, s'ils participent aux activités de la maison de retraite(CM4-45), s'ils ont des relations sociales avec les autres résidents (CM4-46), et puis après effectivement s'ils ont des troubles du comportement (CM4-47) parce que c'est effectivement souvent pour ça qu'ils nous renvoient les gens en consultation (CM4-48), en dehors du suivi, alors là je les questionne directement pour savoir ce qui déclenche précisément les troubles du comportement (CM4-49), s'il y a des hallucinations, (CM4-50) des délires (CM4-51). Bon j'ai toute une check liste comme ça, en fonction des réponses, je réajuste, c'est-à-dire que je n'ai pas vraiment de trame !

RB : Quelles informations souhaiteriez-vous que l'on vous fournisse en priorité ?

CM3 : Ben le traitement précis (CM3-31), c'est certain et puis l'attitude du patient : est-ce qu'il est coopérant, actif, intégré dans la vie de l'EHPAD (CM3-32), ou au contraire le malade trop tranquille apathique (CM3-33). Oui et puis ce qui déclenche les troubles du comportement. (CM3-34)

CM4-IDE : Hmm, hmm, exactement. (CM4-51)

RB : Un outil type fiche de liaison vous semble-t-il pertinent ?

CM4-IDE : Ah oui ! (CM4-52)

CM3 : Oui ! (CM3-35)

RB : Et quels seraient pour vous les critères qualité de cette fiche ?

CM4-IDE : Ben moi je trouve ça très très intéressant mais j'ai du mal à imaginer comment ça peut être fait, parce qu'il y a tellement de subjectivité, tellement d'analyse que par écrit je ne suis pas sûre que même avec une fiche je ne retournerai pas vers un questionnement direct. (CM4-53)

CM3 : Ben c'est aussi ce que je disais, on va dire que le critère qualité ça va être le fait de pouvoir se passer du contact téléphonique ! (CM3-36)

CM4-IDE : Voilà, voilà ! ou le diminuer, appeler moins souvent ! (CM4-54)

CM3 : Oui parce que là elle appelle systématiquement ! (CM3-37)

CM4-IDE : Oui systématiquement (CM4-55)! D'ailleurs on n'a jamais le courrier de la psychologue (CM4-56), d'ailleurs je ne suis pas certaine qu'il y ait une psychologue dans chaque EHPAD (CM4-57), donc on n'a jamais de compte rendu de psychologue (CM4-58). On a parfois celui de l'infirmière, et encore l'infirmière nous dit très souvent : « je reviens de congé » ou « je ne suis pas là depuis très longtemps » (CM4-59), alors moi des fois je demande à une aide-soignante (CM4-60), ça ne me dérange pas, elles en savent souvent autant mais alors là c'est pareil c'est « je ne suis pas là depuis longtemps ». Donc c'est difficile d'avoir les informations (CM4-61) et peut-être que si la psychologue rédigeait quelque chose, on aurait des éléments sur les troubles du comportement (CM4-62) mais qui seraient resitués dans le contexte. (CM4-63)

Fiche de liaison

RB : Je vais à présent vous présenter la fiche de liaison sur laquelle nous avons travaillé (présentation de la fiche et de son mode de fonctionnement). Qu'en pensez-vous ? Voyez-vous des choses à ajouter, retirer ?

CM3 : Ah ben tout le monde dira que c'est trop long (CM3-38), mais si on veut avoir une richesse de description, il faut.

CM4-IDE : Vous marquez la date d'institutionnalisation aussi? (CM4-64)

RB : Non pas pour l'instant.

CM3 : Ah oui la date d'entrée effectivement. (CM3-39)

CM4-IDE : Ah oui la date d'entrée en EHPAD (CM4-65) pour moi c'est très intéressant parce que si c'est quelqu'un qui vient d'arriver, en terme d'intégration ou d'adaptation c'est différent que pour quelqu'un qui est là depuis quinze ans !

CM3 : Oui je vous rejoins tout à fait là-dessus. (CM3-40)

CM4-IDE : Il faudrait que vous me la laissiez parce que dans l'absolu ça m'intéresse vraiment (CM4-66), je passe beaucoup de temps à les rappeler (CM4-67) mais en même temps je me demande comment c'est possible. Hein là j'ai regardé très rapidement et il y a des choses qui me paraissent parfois trop simples (CM4-68), bon en même temps j'entends bien qu'il faut que ça soit simple aussi. Mais je vous disais à part un système d'écriture libre (CM4-69) avec des cases à cocher, c'est très difficile sur les troubles du comportement (CM4-69). Je suis intriguée par votre questionnement mais je voudrais si possible la regarder tranquillement.

CM3 : Le piège avec les cases à cocher (CM3-41), c'est qu'il faut que ça rentre dans les cases (CM3-42). Hein, et puis par exemple « apathie », je ne suis pas certain que les soignants sachent ce que ça veut dire (CM3-43). Bon « repli sur soi » ça parle bien, mais « euphorie, désinhibition », il faudrait presque mettre des exemples. (CM3-44)

CM4-IDE : Tout comme les troubles du sommeil, (CM4-70) hein, et déjà dans ce cas-là, il faut demander s'il y a des barrières (CM4-71) au lit parce que s'il y a des barrières (CM4-72) ou pas, la patient peut se lever (CM4-72') ou pas et souvent les troubles du sommeil (CM4-73) sont signalés quand le patient se lève (CM4-74), déambule (CM4-75) et va dans les chambres des autres pensionnaires (CM4-76) mais il peut très bien ne pas dormir (CM4-77) et ne pas se lever à cause des barrières (CM4-78), et du coup à la limite un patient qui est insomniaque (CM4-79) mais ne se lève pas, ne sera pas forcément signalé comme dérangent (CM4-80) mais sur la qualité de sa vie, il ne dort pas quand même (CM4-81). Hein, comme pour les contentions (CM4-82), ça n'empêche pas l'agitation nocturne (CM4-83). Et tout comme l'appétit (CM4-84), « appétit » ou « perte d'appétit », c'est trop simple (CM4-85), il y a des troubles du comportement alimentaire (CM4-86), il y a des désinhibitions (CM4-87), des pertes d'autonomie à l'alimentation (CM4-88). Est-ce que c'est quelqu'un qui a une perte d'appétit (CM4-89) ou plutôt qui n'arrive plus à manger seul ? On a du mal à voir le contexte, mais je ne sais pas comment on pourrait faire bien ça. C'est mon rêve ça ! Et puis l'écriture libre c'est pareil (CM4-90), il y a plein de gens qui ont des complexes à écrire (CM4-91), qui vont être gênés (CM4-91'), et c'est sur la partie écriture libre qu'on aura le plus d'informations (CM4-92) ! Je ne sais pas si vous trouverez en EHPAD des personnes qui ne se contenteront pas de juste mettre des croix dans des cases (CM4-93) sans forcément remplir cette partie-là et nous, c'est cette partie qui nous intéresse le plus. (CM4-94)

CM3 : C'est beaucoup de feuilles, hein ! (CM3-45)

RB : Oui la question est de savoir quoi garder, quelles informations à cibler !

CM3 : Oui parce que si vous mettez la grille AGGIR, euh, il y a un certain nombre de choses qui sont redondantes (CM3-46). Je pense qu'il vaut mieux cibler sur le comportement. (CM3-47)

CM4-IDE : Oui moi je ferais un système avec des cases (CM4-95), et seulement à la fin, un cadre unique (CM4-96) où les gens s'expriment sur le comportement (CM4-97), parce que vous voyez j'ai peur que les observations éventuelles qui suivent chaque item, posent un problème du style « est-ce que je mets ça là ou plutôt là, », moi je me prendrais la tête pour savoir où mettre l'information ! Et moi je mettrais l'écriture libre seulement à la fin (CM4-98), car en plus tous les items ne nécessitent pas une écriture libre. Certains sont suffisamment complets et je mettrai un seul cadre à la fin (CM4-99) où les gens mettraient tout ce qui les chiffonne sur le comportement (CM4-100)

CM3 : Quand on remplit ce genre de questionnaire avec beaucoup de zones de texte, on se demande à la fin si on n'a pas déjà mis l'information avant (CM3-48)! Moi personnellement je me demande est-ce que je ne l'ai pas déjà écrit ailleurs ! Je pense que si on veut qu'un maximum de personnes la remplissent, il faut être limité sur le nombre de cases à cocher (CM3-49), réfléchir à celles qui sont vraiment incontournables (CM3-50), et après une zone de texte en orientant peut-être la question (CM3-51). Euh, à ce moment-là vous reprenez quelques entêtes que vous avez déjà avant. Oui, une observation mais en ciblant (CM3-52), comme ça on suscite une question et comme ça la personne va éventuellement écrire.

CM4-IDE : Moi je pense que s'il y a un cadre unique les gens écriront (CM4-101), alors que s'il y en a plein, ça oblige à une vraie réflexion, ça fait perdre du temps, et pour des personnes qui ne sont pas habituées à l'écriture libre, ça peut même être complexant. Alors ça par contre c'est bien ça, « événements notables depuis la dernière consultation » (CM4-102), si tant est que les personnes connaissent la date de la dernière consultation ! Du coup je mettrais peut être plutôt les six derniers mois. (CM4-103)

CM3 : Oui les consultations spécialisées (CM3-53) aussi, parce que ça on ne le sait jamais !

CM4-IDE : Pour les chutes (CM4-104), je détaillerais parce que c'est très important. Je rajouterai des items pour la fréquence, (CM4-105) les conditions (CM4-106) (chute mécanique ou malaise). C'est révélateur d'une fragilité les chutes (CM4-106) ! Alors ça aussi c'est très important, « bouleversements de la vie sociale et familiale » (CM4-107), mais est-ce qu'il ne faudrait pas mettre des items pour que les gens n'aient qu'à entourer, car je ne sais pas si tout le monde sait à quoi ça correspond (CM4-108). Là je mettrais des suggestions dans

toutes les parties là (Cm4-109). Et toute à la fin, cette phrase que vous mettez, elle est très bien pour ouvrir une écriture libre : « actuellement la prise en charge de Monsieur ou Madame X est marquée par.. » (Cm4-110). C'est bien parce que ça n'appelle pas forcément quelque chose de négatif.

CM3 : Oui et quelles difficultés rencontrez-vous dans la prise en charge ? (CM3-54)

CM4-IDE : Et pour l'évaluation des fonctions cognitives (CM4-111), s'il n'y a pas de psychologue c'est un problème (CM4-112). C'est peut-être plus intéressant d'avoir des éléments sur comment ils vivent (CM4-113), s'il y a des hallucinations (CM4-114), des délires (CM4-115) dans leur lieu de vie. Après ils viennent en consultation pour cette évaluation donc ce n'est peut-être pas utile là. En plus là ce sont des items qui sont trop vagues pour la psychologue (CM4-115) mais pour les soignants trop précis. Il faudrait peut-être réserver la partie d'évaluation cognitive à la psychologue, à remplir en écriture libre. (CM4-116)

RB : Je vous remercie pour le temps que vous m'avez accordé et pour vos réponses.

VI.3.4. Consultation Mémoire 5 (CM5)

Profil

RB : Nous allons tout d'abord évoquer votre profil et votre parcours.

RB : Votre âge s'il vous plait ?

CM5 : 42 ans (CM5-1).

RB : Votre parcours, votre formation ?

CM5 : Doctorat de Médecine Générale, thèse en 2004, avec dans les suites la capacité de gériatrie, tout en exerçant au centre Félix Maréchal, puis j'ai intégré l'équipe de Joeuf.

RB : Quelle est la part des patients institutionnalisés dans votre activité de consultation mémoire ?

CM5 : A peu près 30% des patients, mais je n'ai pas les relevés d'activités exactes.

RB : Quelle est l'appréciation votre charge de travail ?

CM5 : Importante avec la gériatrie de courte durée, le SSR, mes consultations et l'HDJ, mon rôle de coordonnateur en EHPAD.

Je pratique la consultation mémoire 4 demi-journées par semaine (CM5-2).

Généralités et communication entre professionnels

RB : Comment jugez-vous l'implication du Médecin Traitant dans le suivi mémoire ?

CM5 : C'est une relation comment dire ? Compliquée ! C'est tout d'abord une relation individuelle, c'est très variable d'un médecin à l'autre. De par mon activité en EHPAD je sais que certains ont des difficultés à intervenir en maison de retraite par manque de temps (CM5-3) ou par conviction (CM5-4).

D'autres sont très investis avec des échanges très constructifs ; on a toujours un courrier d'ailleurs pour une première consultation en ville (CM5-5). L'objectif global pour le patient institutionnalisé est que le malade ne pose pas de problème dans la vie collective (CM5-6). Les troubles cognitifs sont vraiment sous diagnostiqués en EHPAD (CM5-7). En général on essaie de maintenir un suivi quand les patients sont déjà connus (CM5-8). Dans ce cas-là, on constate une absence de courrier quasi systématique (CM5-9). Sinon quand il s'agit de consultation de recours (CM5-10), on se trouve avec un courrier très léger (CM5-11) type « Cher Confrère, merci de prendre en charge pour bilan et traitement Mr ou Mme qui présente des troubles du comportement (CM5-12), le traitement (CM5-13) et quelques antécédents (CM5-14) ».

C'est intéressant d'essayer de comprendre ce manque de communication autour du patient institutionnalisé qui présente des troubles cognitifs, à ma connaissance on ne retrouve cela de leur part dans aucune autre discipline. Je ne sais pas, est-ce à cause de la présence du

médecin coordonnateur (CM5-15), de l'absence de possibilité d'initier un traitement symptomatique, c'est compliqué d'expliquer ce désintérêt. (CM5-16)

Pourtant la loi des EHPAD est formelle, le MT demeure le prescripteur (CM5-17), le responsable du traitement, le référent (CM5-18), le « gate keeper » des consultations, le prescripteur (CM5-19) de certaines prises en charge non thérapeutiques. C'est simple c'est à lui que l'on adresse la lettre (CM5-20). Il y a une nécessité de l'impliquer.

RB : D'autres formes de contact avec les médecins traitants, par téléphone peut être ?

CM5 : Oui ça arrive pour les consultations de recours pour troubles du comportement (CM5-21), et on dispose d'un bon réseau gériatrique de proximité (CM5-22), donc on connaît bien les interlocuteurs du secteur. (CM5-23)

RB : Il y a-t-il d'autres dysfonctionnements qui vous viennent à l'esprit ?

CM5 : Non

RB : Adressez-vous un courrier provisoire/rapide après la consultation ?

CM5 : Non pas provisoire (CM5-24), le courrier HDJ ou de consultation mémoire est dicté dans la journée et envoyé rapidement. (CM5-25) Mais il n'y a pas de remise de courrier pour le patient ou l'EHPAD immédiatement.

A Joeuf on adresse un double systématiquement au médecin coordonnateur (CM5-26). Pour le cas de Mme Marcuola qui nous envoie des courriers très pertinents, on lui adresse même un double personnel. (CM5-27)

RB : Comment jugez-vous l'implication des EHPAD dans le suivi mémoire ?

CM5 : Là c'est très variable, je dirais que quelques-uns jouent le jeu, avec l'envoi de lettre manuscrite relativement détaillée ou de transmission de soins IDE (CM5-28), mais pour certains c'est le néant ou aux abonnés absents (CM5-29). Vu que vous travaillez ensemble, on peut citer le travail de Mme.Marcuola qui nous apporte beaucoup d'informations avec ses courriers (CM5-30). Par ailleurs à Joeuf nous avons un protocole, où notre infirmière de consultation appelle systématiquement en EHPAD pour avoir des informations complémentaires (CM5-31) à celles données par l'accompagnant.

Préparation de la consultation

RB : De façon exhaustive, quelles informations souhaiteriez-vous que l'on vous fournisse ?

CM5 : Tout d'abord le traitement (CM5-32), l'historique et les raisons des modifications (CM5-33), les évènements intercurrents sur le plan médical (CM5-34) et social avec des bouleversements de vie (CM5-35), la date d'entrée en EHPAD (CM5-36), les données administratives, APA (CM5-37), ALD (CM5-38), quel aidant-famille proche (CM5-39), les difficultés actuelles bien identifiées et surtout l'impression clinique : par exemple aggravation (CM5-40), déclin, amélioration, troubles du sommeil (CM5-40'), les troubles du comportement (CM5-40''). J'aimerais avoir aussi des informations pour la première consultation (CM5-41) car c'est celle qui nous pose le plus de problèmes avec les résidents des EHPAD : biographie, profession, (CM5-42), antécédents (CM5-43), examens réalisés (CM5-44), ancien MMSE. (CM5-45)

RB : Quelles informations souhaiteriez-vous que l'on vous fournisse en priorité ?

CM5 : Le traitement (CM5-46) surtout car quand on prescrit il peut y avoir des contre-indications, les difficultés actuelles, les troubles du comportement (CM5-47).

Fiche de liaison

RB : Quels critères de qualité à dégager pour vous une fiche liaison ?

CM5 : Qu'elle soit remplie et utilisée surtout (CM5-47')! Ensuite bien cibler (CM5-48) qui doit remplir quelle partie, sous quelle modalité ? Pour l'équipe soignante ça doit durer 10 minutes au plus (CM5-48) et automatiser un maximum de rappels avec l'aide de l'informatique (CM5-49). Il faut que ce soit simple et compréhensible pour le plus grand nombre (CM5-50). Il faudra aussi pouvoir la présenter au médecin traitant une fois remplie, ça nécessitera de l'anticipation (CM5-51) et surtout de leur présenter le document en commission gériatrique. (CM5-52)

RB : Des critiques, contre-propositions pour cette fiche ?

CM5 : La longueur du document, 6 pages, c'est trop (CM5-53). Il y a trop de zones de commentaires libres, ça complique l'expression, une zone suffirait (CM5-54). Il faudrait par

ailleurs vulgariser certains termes médicaux (CM5-55). Un onglet administratif au début serait intéressant, avec ALD (CM5-56), APA(CM5-57), date d'admission (CM5-58). L'onglet autonomie fait doublon avec la grille AGGIR à mon avis. (CM5-59)

Surtout ça ne suffit pas pour une première consultation. (CM5-60) Mais bon a priori c'est pour le suivi d'un patient connu si j'ai bien compris.

Concernant la contre signature du MT et ses commentaires c'est intéressant, mais il faudra leur présenter le fonctionnement de la fiche (CM5-61) notamment à la commission de gériatrie de l'EHPAD, c'est une obligation légale.

Globalement c'est un projet pertinent qui peut nous apporter. (CM5-62)

RB : Je vous remercie du temps que vous m'avez accordé.

Liste des Abréviations

MA : La maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

MAIA : Les Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades d'Alzheimer

CM : Centre Mémoire

ALD : Affection longue durée

MMSE : *Mini Mental State Examination*

PIB : Produit Intérieur Brut

HAS : Haute Autorité de la Santé

ANESM : Agence Nationale de l'Évaluation de la Qualité des Établissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux

DSM IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV

NINCDS-ADRDA : National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke and the Alzheimer's Disease and Related Disorders Association

IADL: Instrumental Activities of Daily Living

ADL: Activities of Daily Living

DAD: Disability Assessment for Dementia

GDS : Gériatric Depression Scale

NPI : Neuropsychiatric Inventory

EDF : Echelle de Dysfonctionnement Frontal

LCR : Liquide Céphalo-Rachidien

EEG : Electro Encéphalogramme

ALD : Affection Longue Durée .

ESA : Equipe Spécialisée Alzheimer

SSIAD : Service Soins Infirmiers à Domicile

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

AGGIR : Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources.

CMS : Centres Médicaux Sociaux

GIR : Groupe Iso-Ressources

CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination

UHCD : Unité d'hospitalisation de courte durée

USLD : Unité de soin de longue durée

SSR : Soins de Suite et Réadaptation

UCC : Unité Cognitivo-Comportementale

CM : Consultation Mémoire

UHR : Unité Hébergement Renforcé

MNA : Mini Nutritionnal Assessment

NPI : Inventaire Neuropsychiatrie

NPI-ES : Inventaire Neuropsychiatrie Equipe Soignante

NPI-R : Inventaire Neuropsychiatrie Réduit

ADL : Activities Daily Living

IADL : Instrumental Activity Daily Living

CMRR : Centre Mémoire de Ressources et de Recherches

BNA : Banque Nationale Alzheimer

CIMA : Corpus d'Information Minima Alzheimer

CANTOU : Centre d'Animation Naturel Tiré d'Occupations Utiles

PASA : Pôle D'activités et de Soins Adaptés

IDE : Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat

AS : Aide-Soignant

INRS : Institut National de Recherche et de Sécurité

MC : Médecin Coordonnateur

EGS : Evaluation Gériatrique Standardisée

SFGG : Société Française de Gériatrie et Gérontologie

Tables des illustrations

Tableaux

Tableau 1 : Guide d'entretien Médecin Généraliste

Tableau 2 : Guide entretien IDE

Tableau 3 : Guide d'entretien Médecin Centre Mémoire

Tableau 4 : Profils des IDE

Tableau 5 : Profils Médecins Traitants

Tableau 6 : Profils des Consultations Mémoire

Tableau 7 : Résultats « Contenu », récapitulatif interprofessionnel

Tableau 8 : Résultats « Contenu », répartition au sein des CM

Tableau 9 : Résultats « Contenu », répartition au sein des IDE

Tableau 10 : Résultats « Contenu », répartition par MT

Tableau 11 : Résultats « Fonctionnement », récapitulatif interprofessionnel

Tableau 12 : Résultats « fonctionnement », répartition IDE

Tableau 13 : Résultats « Fonctionnement », répartition MT

Tableau 14 : Résultats « Forme et Présentation », récapitulatif interprofessionnel

Tableau 15 : Résultats « Critiques », récapitulatif interprofessionnel

Tableau 16 : Résultats « Critiques », répartition IDE

Tableau 17 : Résultats « Critiques », répartition CM

Tableau 18 : Résultats « Critiques », répartition MT

Tableau 19 : Résultats « Dysfonctionnements », récapitulatif interprofessionnel

Tableau 20 : Résultats « Dysfonctionnements », répartition CM

Tableau 21 : Résultats « Dysfonctionnements », répartition IDE

Tableau 22 : Résultats « Dysfonctionnements », répartition MT

Tableau 23 : Résultats « Vecteurs de synergie et de coordination », récapitulatif interprofessionnel

Tableau 24 : Résultats « Vecteurs de synergie et de coordination », répartition MT

Tableau 26 : Résultats « Vecteurs de synergie et de coordination », répartition IDE

Tableau 27 : Résultats « Ressenti autour du patient », récapitulatif interprofessionnel

Tableau 28 : Résultats « Ressenti autour du rôle de l'EHPAD dans le suivi du patient institutionnalisé », récapitulatif interprofessionnel

Tableau 29 : Répartition MT pour le chapitre « institution » et l'idée « chronophage »

Tableau 30 : Répartition CM et IDE pour le chapitre « IDE » et les idées « surcharge de travail » et « manque de disponibilité »

Tableau 31 : Résultats « Ressenti autour du rôle de la consultation mémoire dans le suivi du patient institutionnalisé », récapitulatif interprofessionnel

Tableau 32 : Résultats sous-thème « Ressenti autour des CM », concernant idée « recours en cas de difficultés », répartition pour IDE et MT

Tableau 33 : Résultats sous-thème « Ressenti autour des CM », concernant le chapitre « le ressenti négatif », répartition par MT

Tableau 34 : Résultats « Ressenti autour du rôle du MT dans le suivi du patient institutionnalisé »

Tableau 35 : Résultats « Ressenti autour du rôle du MT dans le suivi du patient institutionnalisé », chapitre « ressenti négatif », distribution IDE et CM

Tableau 36 : Résultats sous-thème transversal : souhaits des CM autour de la transmission d'informations concernant les troubles du comportement

Figures

Figure 1 : Première Fiche de Liaison de Mme MARCUOLA

Figure 2 : Outil de liaison Consultation Spécialisée / Médecin Traitant selon circulaire N°DGOS/DGS/DSS/R4/MC3/2011/394

Figure 3 : Fiche Liaison EHPAD-Consultation Mémoire par équipe Girondine

Figure 4 : Fiche de liaison CHR Metz, Centre Félix Maréchal Metz

Figure 5 : Fiche de liaison provisoire ou « Béta » intégrée au logiciel osiris®

Figure 6 : Thème FICHE

Figure 7 : Thème COMMUNICATION

Figure 8 : Thème RESENTI

Figure 9 : Exemple de grille NPI-ES

Figure 10 : Item « comportement » modifié

Figure 11 : Grille Nationale AGGIR, Formulaire Cerfa n°11510-01

Figure 12 : Fiche de liaison modifiée suite à l'analyse des entretiens qualitatifs semi-directifs

Figure 13 : Guide d'utilisation de la fiche de liaison à destination des IDE

Bibliographie

1. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, La Démence, aide-mémoire n°362, avril 2012, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/fr/>
2. HAUTE AUTORITE DE LA SANTE, Recommandation de bonne pratique N°79, décembre 2011, maladie d'alzheimer et maladies apparentées diagnostic et prise en charge. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1148883/fr/maladie-dalzheimer-et-maladies-apparentees-diagnostic-et-prise-en-charge
3. OMS : Projet de plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020 Rapport du Secrétariat, soixante-sixième assemblée mondiale de la santé, 16/05/2013. Disponible sur: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_10Rev1-fr.pdf
4. OMS-World Health Organization. Dementia: a public health priority. 2012. disponible sur : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75263/1/9789241564458_eng.pdf
5. ALCOVE, alzheimer Cooperative Valuation in Europe, Recommandations 2013. Disponible sur: <http://www.alcove-project.eu/images/pdf/ALCOVERecommandations-French.pdf>
6. Professeur Joël ANKRI et Professeure Christine VAN BROECKHOVEN, Evaluation du plan alzheimer 2008-2012, rapport de juin 2013. Disponible sur: http://cache.media.enseignementsup-recherche.gouv.fr/file/Actus/14/0/rapport_d_evaluation_Alz_259140.pdf
7. Plan Alzheimer 2008-2012, mesure n°29. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Alzheimer_2008-2012-2.pdf
8. LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. 2004-810 août 13, 2004.
9. INSEE 2012.
10. J. Belmin, Ph. Chassagne, R. Gonthier, C. Jeandel, P. Pfitzenmeyer, Gériatologie. 2003. Collection Pour le praticien, Editions Masson.
11. PLAN NATIONAL « BIEN VIEILLIR » 2007-2009 . Disponible sur: http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/presentation_plan-3.pdf
12. INPES 2008, Etude Perception Alzheimer. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/09/dp090325.pdf>
13. Ramaroson H, Helmer C, Barberger-Gateau P, Letenneur L, Dartigues JF. Prévalence de la démence et de la maladie d'Alzheimer chez les personnes de 75 ans et plus : données réactualisées de la cohorte Paquid . Rev Neurol (Paris) 2003;159:405-11.
14. Lobo A, Launer LJ, Fratiglioni L, et al: Prevalence of dementia and major subtypes in Europe: A collaborative study of population- based cohorts. Neurologic Diseases in the Elderly Research Group. Neurology 2000; 54:S4-9.
15. Dartigues J-F, Helmer C, Letenneur L, Péres K, Amieva H, Auriacombe S, et al. Paquid 2012: illustration et bilan. Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Vieil. 2012;10(3):325-31.

16. C.Astier, M.Noblet-Dick et al. La démence , une maladie sous diagnostiquée et sous-traitée en maison de retraite. Rev Neurol (Paris) 2005; 161(12).
17. Villeneuve S, Belleville S : Reserve cognitive et changements neuronaux associés au vieillissement. Psychol NeuroPsychiatr Vieil 2010 ; 8 (2) : 133-40. Disponible sur: http://www.jle.com/e-docs/00/04/58/8E/vers_alt/VersionPDF.pdf
18. Rolland Y, Gérontopole Toulouse, Etude PLEIAD Présentation des Résultats. 2010. Disponible sur: <http://framework.agevillage.com/documents/pdfs/EtudePLEIAD.pdf>
19. Matthews F. Prevalence of dementia in institutional care. Lancet 2002 Jul 203609328225-6.
20. Gallez C. ,Rapport sur le maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées. Office Parlementaire d'Evaluation des Politiques de Santé. 2005.
21. HAS, Maladie d'alzheimer et maladies apparentées diagnostic et prise en charge. Décembre 2011. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-01/reco2clics_maladie_d_alzheimer_et_maladies_apparentees_diagnostic_et_prise_en_charge_2012-01-16_14-17-37_906.pdf
22. HAS, Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées: annonce et accompagnement du diagnostic. 2009. Disponible sur: http://www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=INPSY_8601_0079
23. HAS, maladie d'alzheimer troubles du comportement perturbateurs recommandations. 2009. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-07/maladie_dalzheimer-troubles_du_comportement_perturbateurs-recommandations.pdf
24. HAS, Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : suivi médical des aidants naturels. Février 2011. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-10/reco2clics_alzheimer_suivi_medical.pdf
25. ANESM, L'accompagnement des personnes atteintes d' une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico- social. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/accompagnement_etablissement_medico_social.pdf
26. HAS, critères diagnostics dms-iv-tr. Disponible sur: <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/dms-iv-tr.pdf>
27. HAS S-D. HAS -Diagnostic et prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées-Critères NINCDS-ADRDA. Rev Neurol (Paris). 2008;164:754-74.
28. Hugonot L. Le Mini-Mental State Examination (MM SE): un outil pratique pour l'évaluation de l'état cognitif des patients par le clinicien. 1999;
29. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002-303 mars 4, 2002.
30. HAS, ALD-15 Maladie d' Alzheimer et maladies apparentées, Guide Médecin. Juin2009

31. Tariot PN, Farlow MR, Grossberg G, et al; Memantine Study Group. Memantine treatment in patients with moderate to severe Alzheimer disease already receiving donepezil. *JAMA* 2004;291:317-24.
32. Howard R, McShane R, Lindesay J, et al. Donepezil and memantine for moderate-to-severe Alzheimer's disease. *N Engl J Med* 2012;366:893-903.
33. HAS. Réévaluation des médicaments indiqués dans le traitement symptomatique de la maladie d'Alzheimer, Commission de transparence. ESC. 2011;1341:1381.
34. HAS, IPC AMI n 1: NEUROLEPTIQUES CHEZ LE MALADE ALZHEIMER. Disponible sur: http://has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-10/ipc_ami_pmsa_part8_biblio.vf.pdf
35. HAS. Programme Alerte et maîtrise de la Iatrogénie des neuroleptiques dans la maladie d'Alzheimer. HAS, 2010. disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_891528/programme-ami-alerte-maitrise-iatrogenie-alzheimer.
36. Amieva H, Dartigues J-F. ETNA3, a clinical randomized study assessing three cognitive-oriented therapies in dementia: rationale and general design. *Rev Neurol (Paris)*. oct 2013;169(10):752-756.
37. Décret n° 2004-1136 du 21 octobre 2004 relatif au code de l'action sociale et des familles (partie Réglementaire). 2004-1136 oct 21, 2004.
38. Grille Nationale AGGIR, Formulaire Cerfa n°11510-01. Disponible sur: http://www.urssaf.fr/images/ref_form_particulier_11510-01.pdf
39. Cumings J. The NeuroPsychiatric Inventory: Comprehensive asses sment of psychopathology in dementia. 1994.
40. LORENTE A, Benattar M le DL. Université René Descartes–Paris V Faculté de médecine Cochin-Port royal. Disponible sur: <http://www.ehpad.org/Bibliotheque/Memoires/memoires-2009-2010/Reflexion%20sur%20la%20sortie%20des%20unités%20Alzheimer%20en%20EHPAD%20-%20Alain%20Lorente.pdf>
41. HAS, Inventaire neuropsychiatrique Equipe Soignante NPI-ES. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/08r07_memo_maladie_alzheimer_troubles_comportement_equipe_soignante_npi-es_2013-02-26_14-58-55_901.pdf
42. HAS, Inventaire neuropsychiatrique - Réduit (NPI-R) . Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/08r07_memo_maladie_alzheimer_troubles_comportement_npi_reduit_npi-r_2013-02-26_14-59-15_289.pdf
43. Katz, S. Assessing self-maintenance: Activities of daily living, mobility and instrumental activities of daily living.1983. *JAGS*, 31 (12), 721- 726.
44. Echelle ADL de Katz. Disponible sur: <http://www.sgca.fr/outils/adl.pdf>
45. Lawton, M.P., & Brody, E.M. Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living.1969 *The Gerontologist* , 9 (3), 179-186.

46. D'APPLICATION C, PLUS PESa. La prise en soin diététique d'une personne atteinte d'une maladie d'Alzheimer et syndromes apparentés. Disponible sur: http://www.afdn.org/fileadmin/private_pdf/1110-fiche-alzheimer.pdf
47. HAS, MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA COHÉSION SOCIALE, Circulaire DGOS/DGS/DSS/R4/MC3 n o 2 0 1 1 - 394 du 20 octobre 2 0 1 1 relative à l'organisation de l'offre diagnostique et de suivi pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/annexe_5_circulaire_dgos_du__20_oct.11.pdf
48. Banque Nationale Alzheimer CIMA. Disponible sur: http://www.banque-nationale-alzheimer.fr/csp/bna-public/web/docs-publics/CIMA_4%20mai%202013.pdf
49. KPMG, Observatoire des EHPAD, 2013. Disponible sur: <http://www.kpmg.com/FR/fr/IssuesAndInsights/ArticlesPublications/Documents/Observatoire-EHPAD-2013-KPMG.pdf>
50. Décret no 2001-388 du 4 mai 2001 modifiant les décrets no 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes et no 99-317 du 26 avril 1999 relatif à la gestion budgétaire et comptable des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes ainsi que le décret no 58-1202 du 11 décembre 1958 relatif aux hôpitaux et hospices publics. 2001-388 mai 4, 2001.
51. INRS, épuisement professionnel ou burn out, septembre 2011. Disponible sur: <http://www.inrs.fr/accueil/risques/psychosociaux/epuisement-burnout.html>
52. IFOP pour l'INPES, Etude sur les pratiques des aidants professionnels dans la prise en charge des patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Novembre 2010 . Disponible sur: <http://alzheimer.inpes.fr/pdf/fr/rapport-aidants-quali.pdf>
53. Anaes. Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé : limiter les risques de la contention physique de la personne âgée. Paris: Anaes, 2000.42p.
54. Anaes, FHF. Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligations de soins et de sécurité. Textes des recommandations version courte. Paris: FHF, 2004. 32p.
55. Anesm. La bientraitance: définition et repères pour la mise en œuvre. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Saint-Denis: Anesm, juillet 2008. 52p.
56. SFGG, les bonnes pratiques de soins en EHPAD. Octobre 2007. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/ehpad-2.pdf>
57. Buntinx F, Closon MC, De Lepeleire J, Di Notte D, Falez F, Paquay L, et al. INTERFACE RAPPORT 2003 Guide d'utilisation Modèle PATHOS. Organ En Financ Van Een Grensoveschr Zorgaanbod Ouderenzorg Organisation Financ L'offre Soins Transinstitutionnelle Sect Soins Aux Pers Âgées. Disponible sur: <http://gbiomed.kuleuven.be/english/research/50000687/50000695/qualidem/Interface%20rapport%202003.pdf>

58. Deun PL, Gentric A. L'évaluation gériatrique standardisée : intérêt et modalités. *Médecine Thérapeutique*. 1 juill 2004;10(4):229-236.
59. Wary B, Villard J-F. Spécificités de l'évaluation de la douleur chez les personnes âgées. *Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 2006;4(3):171-8.
60. HAS, Conférence de consensus 2001, Prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé. *Ann Réadaptation Médecine Phys*. 2002. p. 474-7.
61. Arrêté du 30 décembre 2010 fixant les modèles de contrats types devant être signés par les professionnels de santé exerçant à titre libéral et intervenant au même titre dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.
62. Circulaire DGCS/SD3A n° 2012-404 du 7 décembre 2012. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2013/13-02/ste_20130002_0100_0081.pdf
63. Circulaire N°DGOS/DGS/DSS/R4/MC3/2011/394 du 20 octobre 2011 relative à l'organisation de l'offre diagnostique et de suivi pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées. Disponible sur: http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2011/10/cir_33961.pdf
64. BIROT-ALCOUFFE A, BOURDIN-MEYNARD N, CAHUZAC S, Communication entre EHPAD et Consultations Mémoire : proposition d'une fiche de liaison type. Février 2013 *La revue de Gériatrie*, Tome 38, N°2 Février 2013
65. CONCHON A, Méthodes d'analyse et d'interprétation des études qualitatives : état de l'art en Marketing. 2007
66. AUBIN-AUGER I, MERCIER A, BAUMANN L, LEHR-DRYLEWICZ A-M, IMBERT P, LETRILLIART L, Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*. 2008. 84. pp 142-5.
67. Hudelson P. La recherche qualitative en médecine de premier recours. *Médecine et hygiène*. 2004 ; 62(2497) : 1818-24.
68. Blanchet, Singly, Gotman. *L'enquête et ses méthodes: l'entretien*. Armand Colin. Colin. 2005.
69. Blanchet A, Ghiglione R, Massonat J, Trognon A. *Les techniques d'enquête en sciences sociales: observer, interviewer, questionner*. Dunod. 2005.
70. Dawson S. et Manderson L., *Le manuel des groupes focaux, Méthodes de recherche en sciences sociales sur les maladies tropicales N°1*, PNUD / Banque Mondiale/ OMS, 1993, en ligne sur www.unu.edu/unupress/food2/uin10f/uin10f00.htm.
71. Benoit M , Andrieu S, Lechowski L, Gillette Guyonnet S, Robert PH , Vellas B: Apathy and depression in Alzheimer's disease are associated with functional deficit and psychotropic prescription. *International Journal of Geriatric Psychiatry*; 23:409-414,2008.

RÉSUMÉ DE LA THÈSE:

La prise en charge d'une personne institutionnalisée atteinte de démence est souvent marquée par l'apparition de troubles du comportement perturbateurs pour la vie des autres résidents et la réalisation des soins. Ces situations peuvent amener les Médecins Traitants, en synergie avec le personnel soignant, à recourir aux Consultations Mémoire en vue d'une réévaluation clinique, d'une adaptation thérapeutique ou de la mise en place de traitements non pharmacologiques. Toutefois, nous avons constaté sur le terrain certains dysfonctionnements dans les échanges entre Médecins Traitants, EHPAD, et Consultation Mémoire. Ces constats nous ont conduits à réaliser une étude qualitative auprès d'infirmier(e)s et de médecins généralistes exerçant au sein de 3 EHPAD du groupe SOS-Hospitalor, ainsi qu'auprès de 4 Centres Mémoire partenaires, afin d'élaborer et de diffuser une fiche de liaison dans le but de favoriser la transmission d'informations ciblées. L'analyse des données nous a permis de confirmer le besoin auprès des professionnels, de valider le concept de fiche, d'évaluer les qualités attendues de l'outil, et de cerner les attentes en terme de contenu où figurent essentiellement les troubles perturbateurs du comportement, le traitement et l'évaluation de la fragilité gériatrique. L'étape finale de notre travail fut d'élaborer une « fiche » sous forme de courrier unique « médecin-infirmières » intégré au logiciel informatique de gestion du dossier médical. Figurent parmi les items composant ce courrier : le traitement à jour, les événements intercurrents médicaux et sociaux, l'intégration à la vie au sein de l'institution, l'évaluation de l'autonomie et une description des troubles du comportement basée sur les 12 thèmes du NPI-ES, associée à une possibilité de contextualisation par une zone de commentaire libre. La présentation et la diffusion de cet outil vers notre population cible de médecins traitants et les soignants est en cours, via des courriers et des présentations au sein des commissions gériatriques des établissements du groupe SOS-Hospitalor, avec pour objectif de contribuer modestement à renforcer la coordination et la réflexion pluridisciplinaire autour du patient institutionnalisé atteint de la Maladie d'Alzheimer ou apparentée.

TITRE EN ANGLAIS: *Information sharing between General Practitioner, Nursing Homes and Memory Clinics: proposal for a communication tool*

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2013

MOTS CLEFS : Médecin Généraliste-EHPAD - Consultation mémoire – Fiche de liaison - Maladie d'Alzheimer et syndromes apparentés- Troubles du comportement

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'U.F.R. :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex