Université de Bourgogne

UFR des Sciences de Santé

Circonscription Médecine

ANNEE 2017

N°

ANALYSE DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES :

QUALITE DE REDACTION DES COURRIERS DE CONSULTATION MEMOIRE

SUR LE SITE DE CHAMPMAILLOT- CHU DIJON.

FOCUS SUR LES DETERMINANTS DE L'EPUISEMENT DE L'AIDANT.

THESE

présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 19 mai 2017

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par Bénédicte PLANEL

Née le 13/08/1988

A Privas (07)

Université de Bourgogne

UFR des Sciences de Santé

Circonscription Médecine

Université de Bourgogne

UFR des Sciences de Santé

Circonscription Médecine

AVERTISSEMENT

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

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur.

Ceci implique une obligation de citation et de référencement dans la rédaction de vos travaux.

D'autre part, toutes contrefaçons, plagiats, reproductions illicites encourt une poursuite pénale.

Université de Bourgogne

UFR des Sciences de Santé

Circonscription Médecine

ANNEE 2017

N°

ANALYSE DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES :

QUALITE DE REDACTION DES COURRIERS DE CONSULTATION MEMOIRE

SUR LE SITE DE CHAMPMAILLOT- CHU DIJON.

FOCUS SUR LES DETERMINANTS DE L'EPUISEMENT DE L'AIDANT.

THESE

présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 19 mai 2017

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par Bénédicte PLANEL

Née le 13/08/1988

A Privas (07)

Université de Bourgogne

UFR des Sciences de Santé

Circonscription Médecine

Année Universitaire 2016-2017
au **1er Janvier 2017**

Doyen : **M. Frédéric HUET**
1er Assesseur **:** M. Yves ARTUR
Assesseurs : Mme Laurence DUVILLARD
M. Pablo ORTEGA-DEBALLON
M. Marc MAYNADIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

			Discipline
M.	Marc	**BARDOU**	Pharmacologie clinique
M.	Jean-Noël	**BASTIE**	Hématologie - transfusion
M.	Emmanuel	**BAULOT**	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Laurent	**BEDENNE**	Gastroentérologie et hépatologie
M.	Yannick	**BEJOT**	Neurologie
M.	Alain	**BERNARD**	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M.	Jean-François	**BESANCENOT**	Médecine interne
Mme	Christine	**BINQUET**	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	Bernard	**BONIN**	Psychiatrie d'adultes
M.	Philippe	**BONNIAUD**	Pneumologie
M.	Alain	**BONNIN**	Parasitologie et mycologie
M.	Bernard	**BONNOTTE**	Immunologie
M.	Olivier	**BOUCHOT**	Chirurgie cardiovasculaire et thoracique
M.	Belaid	**BOUHEMAD**	Anesthésiologie - réanimation chirurgicale
M.	Alexis	**BOZORG-GRAYELI**	ORL
M.	Alain	**BRON**	Ophtalmologie
M.	Laurent	**BRONDEL**	Physiologie
M.	François	**BRUNOTTE**	Biophysique et Médecine Nucléaire
M.	Patrick	**CALLIER**	Génétique
M.	Jean-Marie	**CASILLAS-GIL**	Médecine physique et réadaptation
Mme	Catherine	**CHAMARD-NEUWIRTH**	Bactériologie - virologie; hygiène hospitalière
M.	Pierre-Emmanuel	**CHARLES**	Réanimation
M.	Pascal	**CHAVANET**	Maladies infectieuses
M.	Nicolas	**CHEYNEL**	Anatomie
M.	Alexandre	**COCHET**	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Luc	**CORMIER**	Urologie
M.	Yves	**COTTIN**	Cardiologie
M.	Charles	**COUTANT**	Gynécologie-obstétrique
M.	Gilles	**CREHANGE**	Oncologie-radiothérapie
Mme	Catherine	**CREUZOT-GARCHER**	Ophtalmologie
M.	Frédéric	**DALLE**	Parasitologie et mycologie
M.	Serge	**DOUVIER**	Gynécologie-obstétrique
Mme	Laurence	**DUVILLARD**	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Laurence	**FAIVRE-OLIVIER**	Génétique médicale
Mme	Patricia	**FAUQUE**	Biologie et Médecine du Développement
Mme	Irène	**FRANCOIS-PURSSELL**	Médecine légale et droit de la santé
M.	Pierre	**FUMOLEAU**	Cancérologie
M.	François	**GHIRINGHELLI**	Cancérologie
M.	Claude	**GIRARD**	Anesthésiologie – réanimation

chirurgicale

M.	Vincent	**GREMEAUX**	Médecine physique et réadaptation
M.	Frédéric	**HUET**	Pédiatrie
M.	Pierre	**JOUANNY**	Gériatrie
M.	Denis	**KRAUSÉ**	Radiologie et imagerie médicale
M.	Sylvain	**LADOIRE**	Histologie
M.	Gabriel	**LAURENT**	Cardiologie
M.	Côme	**LEPAGE**	Hépato-gastroentérologie
M.	Romaric	**LOFFROY**	Radiologie et imagerie médicale
M.	Luc	**LORGIS**	Cardiologie
M.	Jean-Francis	**MAILLEFERT**	Rhumatologie
M.	Cyriaque Patrick	**MANCKOUNDIA**	Gériatrie
M.	Sylvain	**MANFREDI**	Hépato-gastroentérologie
M.	Laurent	**MARTIN**	Anatomie et cytologie

pathologiques

M.	David	**MASSON**	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Marc	**MAYNADIE**	Hématologie - transfusion
M.	Thibault	**MOREAU**	Neurologie
M.	Klaus Luc	**MOURIER**	Neurochirurgie
Mme	Christiane	**MOUSSON**	Néphrologie
M.	Paul	**ORNETTI**	Rhumatologie
M.	Pablo	**ORTEGA-DEBALLON**	Chirurgie Générale
M.	Jean-Michel	**PETIT**	Endocrinologie, diabète et maladies

métaboliques

M.	Lionel	**PIROTH**	Maladies infectieuses
Mme	Catherine	**QUANTIN**	Biostatistiques, informatique médicale
M.	Jean-Pierre	**QUENOT**	Réanimation
M.	Patrick	**RAT**	Chirurgie générale
M.	Jean-Michel	**REBIBOU**	Néphrologie
M.	Frédéric	**RICOLFI**	Radiologie et imagerie médicale
M.	Paul	**SAGOT**	Gynécologie-obstétrique
M.	Emmanuel	**SAPIN**	Chirurgie Infantile
M.	Henri-Jacques	**SMOLIK**	Médecine et santé au travail
M.	Éric	**STEINMETZ**	Chirurgie vasculaire
Mme	Christel	**THAUVIN**	Génétique
M.	Pierre	**VABRES**	Dermato-vénéréologie
M.	Bruno	**VERGÈS**	Endocrinologie, diabète et maladies

métaboliques

M.	Narcisse	**ZWETYENGA**	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

PROFESSEURS ASSOCIES DES DISCIPLINES MEDICALES

M.	Bruno	**MANGOLA**	Urgences

PROFESSEURS EN SURNOMBRE

M.	Roger	**BRENOT**	(surnombre jusqu'au 31/08/2018)
M.	Philippe	**CAMUS**	(surnombre jusqu'au 31/08/2019)
Mme	Monique	**DUMAS-MARION**	(surnombre jusqu'au 31/08/2018)
M.	Maurice	**GIROUD**	(surnombre jusqu'au 21/08/2018)
M.	Pierre	**TROUILLOUD**	(surnombre du 05/02/2014 au

31/08/2017)

Université de Bourgogne

UFR des Sciences de Santé

Circonscription Médecine

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES
PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES MEDICALES

			Discipline Universitaire
M.	Sylvain	**AUDIA**	Médecine interne
Mme	Shaliha	**BECHOUA**	Biologie et médecine du développement
Mme	Marie-Claude	**BRINDISI**	Nutrition
M.	Jean-Christophe	**CHAUVET-GELINIER** (Mobilité Novembre 2016 à 2017)	Psychiatrie, psychologie médicale
M.	Alexis	**DE ROUGEMONT**	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
M.	Hervé	**DEVILLIERS**	Médecine interne
M.	Olivier	**FACY**	Chirurgie générale
Mme	Ségolène	**GAMBERT-NICOT**	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Françoise	**GOIRAND**	Pharmacologie fondamentale
Mme	Agnès	**JACQUIN**	Physiologie
M.	Alain	**LALANDE**	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Louis	**LEGRAND**	Biostatistiques, informatique médicale
Mme	Stéphanie	**LEMAIRE-EWING**	Biochimie et biologie moléculaire
M	Maxime	**SAMSON** (Mobilité Novembre 2016 à 2017)	Médecine interne
M.	Benoit	**TROJAK**	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
M.	Paul-Mickaël	**WALKER**	Biophysique et médecine nucléaire

PROFESSEURS EMERITES

M.	Jean	**CUISENIER**	(01/09/2014 au 31/08/2017)
M.	Jean	**FAIVRE**	(01/09/2012 au 31/08/2018)
M.	Marc	**FREYSZ**	(01/09/2016 au 28/02/2017)
M	Philippe	**GAMBERT**	(01/09/2014 au 31/08/2017)
M.	Patrick	**HILLON**	(01/09/2016 au 31/08/2019)
M.	François	**MARTIN**	(01/09/2015 au 31/08/2018)
M.	Pierre	**POTHIER**	(01/09/2015 au 31/08/2018)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

M.	Jean-Noël	**BEIS**	Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Didier	**CANNET**	Médecine Générale
M.	Gilles	**MOREL**	Médecine Générale
M.	François	**MORLON**	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Clément	**CHARRA**	Médecine Générale
M.	Rémi	**DURAND**	Médecine Générale
M.	Arnaud	**GOUGET**	Médecine Générale
Mme	Anne	**WALDNER-COMBERNOUX**	Médecine Générale

Université de Bourgogne

UFR des Sciences de Santé

Circonscription Médecine

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

M.	Didier	**CARNET**	Anglais
M.	Jean-Pierre	**CHARPY**	Anglais
Mme	Catherine	**LEJEUNE**	Pôle Epidémiologie
M.	Gaëtan	**JEGO**	Biologie Cellulaire

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mme	Marianne	**ZELLER**	Physiologie

PROFESSEURS AGREGES de L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE

Mme	Marceline	**EVRARD**	Anglais
Mme	Lucie	**MAILLARD**	Anglais

PROFESSEURS CERTIFIES

Mme	Anaïs	**CARNET**	Anglais
M.	Philippe	**DE LA GRANGE**	Anglais
Mme	Virginie	**ROUXEL**	Anglais (Pharmacie)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme	Evelyne	**KOHLI**	Immunologie
M.	François	**GIRODON**	Sciences biologiques, fondamentales et cliniques

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

M.	Mathieu	**BOULIN**	Pharmacie clinique
M.	Philippe	**FAGNONI**	Pharmacie clinique
M.	Frédéric	**LIRUSSI**	Toxicologie
M.	Marc	**SAUTOUR**	Botanique et cryptogamie
M.	Antonin	**SCHMITT**	Pharmacologie

Université de Bourgogne

UFR des Sciences de Santé

Circonscription Médecine

L'UFR des Sciences de Santé de Dijon, Circonscription Médecine, déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

COMPOSITION DU JURY

Président : Mr le Professeur Pierre JOUANNY

Membres : Mr le Professeur Patrick MANCKOUNDIA

Mme le Docteur Agnès JACQUIN-PIQUES

Mr le Docteur Julien GAUTHIER

Remerciements

A monsieur le Professeur Pierre Jouanny,

Je suis très honorée que vous présidiez ce jury. Je vous remercie de m'avoir aidé tout au long de ce travail et surtout pour vos conseils et votre aide précieuse pour les statistiques. Je sais que vous avez pris du temps malgré votre emploi du temps très rempli. Je vous remercie également pour mon semestre passé en gériatrie où vous nous avez enseigné et transmis vos compétences. Je vous assure de ma sincère gratitude et de mon profond respect.

A monsieur le Professeur Patrick Manckouandia,

Merci de me faire l'honneur de siéger dans mon jury. Mon stage en tant qu'interne à Champmaillot m'a permis d'apprécier la discipline qu'est la gériatrie, je vous remercie de votre gentillesse au cours de ce semestre. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

A madame le Docteur Agnès Jacquin-Piques,

Merci pour l'honneur que vous me faites de siéger dans mon jury. Je vous remercie d'avoir accepté si gentiment d'en faire partie. Je vous assure de ma sincère gratitude et de mon profond respect.

A monsieur le Docteur Julien Gauthier,

Je te remercie pour l'honneur que tu me fais de siéger dans mon jury et d'avoir dirigé ce travail. Merci également de m'avoir transmis tes connaissances en tant que chef de clinique durant mon semestre en gériatrie, qui restera parmi l'un de mes meilleurs stages. Et surtout un grand merci pour ton aide tout au long de ce travail de thèse. Mes allers-retours entre Dijon et Mâcon m'auront servi ! Je t'assure de ma très sincère gratitude et de mon profond respect.

A Martin,

Tu m'as toujours soutenu depuis 9 ans, dans ma vie professionnelle (finalement tes relectures auront été constructives !) et dans ma vie privée. Tu m'apportes énormément chaque jour et je suis très fière de devenir très prochainement ta femme. Je t'aime.

A ma famille,

- A Mes parents, papa et maman, merci d'avoir toujours été là pour moi, de votre soutien tout au long de mes études. Je suis fière d'avoir des parents comme vous, et je n'en serai pas arrivée là sinon. Vos bons petits plats préparés durant mon externat ont sans doute joué pour beaucoup dans mes résultats !

- A Ma sœur Marie, ma grande sœur chérie, qui malgré nos 8 ans d'écart a toujours était la et pris soin de moi. Je suis très fière d'avoir une sœur comme toi et de ta petite famille ! A mon beau-frère Fabien, pour tes super bouteilles de vin et tes relectures avec Marie ! A Remi, Suzanne et Juliette, d'apporter autant de rire et de bonheur !

- A Ma belle-famille, François et Catherine, à Valérie et P-L, Julie et Julien, Margot, Valentine et Jacques, merci de m'accepter dans votre famille. Vous êtes là depuis le début de mes études de médecine et vous nous avez toujours soutenus, les petits repas du dimanche soirs, les week-ends révisions à Saint-Chamond, les moments de détente à la montagne, ...

- Au reste de ma famille Planel et Gounon, Jacques et Corinne, Philippe et Annie, Laura, À Jacques et Françoise, aux Willis, ...

A mes best de Saint-Etienne, « la golden team » ;), que dire de vous !!!! Vous êtes ma deuxième famille....

- Clotilde, Camille, Pauline, Charlotte, merci d'être là tout simplement…. Amies depuis la première année de médecine, nous avons passé tellement de bons moments ensembles, de supers vacances, des centaines d'heures à travailler ensembles, à se soutenir durant toutes ces années d'études, avec une petite dédicace à "Charles frères" ! Grace à vous, je ne garde que des bons moments de mes études. Clotilde, un grand merci pour ta relecture et ta correction de toutes mes fautes d'orthographes…
- Sabine, amie depuis le primaire, nous avons débuté ensemble nos premières années de médecine à Saint-Etienne, notre « pseudo colocation au Facotel » restera un bon souvenir malgré nos 18m2 ! Même si l'on se voit moins, tu restes très importante pour moi et j'espère qu'on arrivera à se voir plus souvent !
- Lambert, Pierre B., Pierre C., mes 3 urgentistes préférés ! Lucie et Lou, « pièces rapportées » au départ, de réelles amies maintenant ! Vous nous avez suivi à Dijon, gang des stéphanois !
- Le reste des Steph' avec qui j'ai partagé de supers moments et j'espère encore pleins d'autres à venir : Eléonore, Helene, Marion, Marianne, Manue, Rémi et Julie, Flore et Mathieu, Elise et Louis, Quentin, Aymeric, Edouard, Mathieu, Christophe, Louis-Noel, Fanny, Aranud, Géraldine, Sophie,

Clément, Nicolas, Jeff, Corentin et Olivier !

- Elodie, qui a su si bien m'accueillir lorsque je suis arrivée à Saint-Etienne, je ne garde que des bons souvenirs (après-midi thé, weekend chez tes parents, au ski, dans le sud…), et à tous nos prochains weekends à quatre maintenant !

Aux nouveaux Dijonnais,

- Camille, rencontrée le premier jour des inscriptions à Dijon et depuis nous sommes devenu inséparables, sans toi mon internat n'aurait pas été pareil, heureusement que tu n'es pas resté trop longtemps à Nevers !! Maintenant ton petit Léopold est la et tu fais une super maman !!!!
- Florian, Flora et Thomas, Ombeline et Mathieu, Victor, Luce, Julien, Isabelle et Mathieu, J-D et Jade, Yann, Gwendo, bref le groupe des dijonnais, merci pour toutes ses soirées passées ensemble, pour ces vacances l'été dernier, j'espère qu'il y en aura d'autres ! Et aux filles pour cette motivation récente pour le sport !!

Aux rencontres durant mon internat,

- À Thomas, Nico, Alexis et Hadrien et tous les autres (Elsa, Delphine, Julianne, Alex, Antoine, Jeremy, Mathieu …) pour toutes ces super soirées en votre compagnie, où l'on se couchait toujours trop tard... ! Grâce à vous l'ambiance à Macon était toujours au top ! A Mélissa, co-internes à Champmaillot et à nos petites soirées à la coloc d'Hadrien !
- A tous mes autres co-internes (Laurène, Quentin, Alexandra, Thibaut, Lucile et Mathieu) et aux internes de Dijon que j'oublie.

A mes amis d'enfance,

Sarah, Elisa, Harmonie, Laura, vous comptez beaucoup pour moi, même si l'on est loin, je ne vous oublie pas !

A mes maitres de stage,

Catherine et Yves-Henri, merci à vous de m'avoir appris autant de choses pour ma pratique clinique, toujours dans la bonne humeur. Vous étiez à vous deux complémentaires et m'avez apporté de précieux conseils, je ne serez-vous remerciés.

Au service du court séjour de Champmaillot, au Dr Sophia Da Silva, aux infirmières, à Fred et aux autres membres de l'équipe pour tous ce que vous m'avez apporté ! A Sanaa (les 2 commères de champmaillot ! On aura quand même bien rigolé !)

Au service des urgences de Beaune, médecins, infirmières, aides-soignantes, ambulanciers, un grand merci à toute l'équipe, vous avez presque réussi à me faire aimer les urgences ! Une vraie petite famille, travaillez avec vous était un vrai bonheur !

Au service de PMI de Dijon, merci aux médecins, puéricultrices, secrétaires et autres pour leur accueil et leur gentillesse ! Et tout particulièrement à Ariane qui m'a fait beaucoup rire et travailler avec toi était super!

SERMENT D'HIPPOCRATE

"Au moment d'être admis(e) 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(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) 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 je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque à mes promesses, que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si j'y suis fidèle. »

Table des tableaux **12**

Table des figures **12**

Abréviations **13**

INTRODUCTION **14**

PATIENTS ET METHODES **16**
1- Type d'étude *16*
2- Population étudiée *16*
3- Conception de la grille et recueil de données *17*
4- Méthode statistiques d'analyse des données *18*

RESULTATS **19**
1- Analyse descriptive de la population *19*
2- Fréquence des critères qualités *20*
3- Déterminants des critères de qualité *22*
4- Effet médecin *24*
5- Aidant *26*

DISCUSSION **30**
1- Résultats principaux *30*
2- Points forts et Points Faibles de l'étude *30*
3- Commentaire des principaux résultats *31*
3-1 Caractéristiques générales : patients et aidants 31
3-2 Retranscription des informations dans le courrier 32
3-3 Diagnostic 33
3-4 Traitement 34
3-5 Aide non médicamenteuse 36
3-6 Aidant 36
4- Conclusion : Plan d'amélioration *37*

CONCLUSIONS **39**

Bibliographie **40**

Annexe **43**
Annexe 1 : DSM 4-TR et DSM 5 ..... *43*
Annexe 2 : Tableau IV- Synthèse de l'effet médecin *44*
Annexe 3 : Tableau V - Effet médecin *45*
Annexe 4 : Tableau VI Déterminants de l'épuisement des aidants et de la citation dans le courrier *46*
Annexe 5 : Tableau VII Prise en charge non médicamenteuse *47*

Table des tableaux

Tableau I : Caractéristique de la population étudiée (n=145)

Tableau II : Fréquence des critères qualités

Tableau III : Déterminants des critères qualités (% de citation dans le courrier selon la présence ou l'absence dans le dossier)

ANNEXE

Annexe 2 : Tableau IV : Synthèse de l'effet médecin

Annexe 3 : Tableau V : Effet médecin

Annexe 4 : Tableau VI : : Déterminants de l'épuisement de l'aidant et de la citation dans le courrier

Annexe 5 : Tableau VII : Prise en charge non médicamenteuse

Table des figures

Figure 1 : Effet médecin sur certains critères qualités du courrier (Aides extérieures, Traitement spécifique, Diagnostic étiologique correct)

Figure 2 : Effet médecin sur l'information « aide aux soins » et sur les aides proposées dans le courrier (ADJ, SAD SSIAD, ESA)

Figure 3 : Déterminants de l'épuisement de l'aidant et de la citation dans le courrier

Figure 4 : Prise en charge non médicamenteuse en fonction de la participation aux ADL ou non

Figure 5 : Prise en charge non médicamenteuse en fonction de l'épuisement de l'aidant ou non

Abréviations

- ADJ Accueil de Jour
- ADL Activities of daily living
- CHU Centre Hospitalier Universitaire
- CM2R Centre Mémoire de Ressources et de Recherche
- DSM Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
- EHPAD Etablissements Hospitaliers Personnes Agées Dépendantes
- ESA Equipe Spécialisée Alzheimer
- GIR Groupe Iso-Ressources
- HAS Haute Autorité de Santé
- IADL Instrumental Activities of Daily Living
- IAChE Inhibiteurs de l'acétylcholinestérase
- MAMA Maladie d'Alzheimer et Maladies Apparentées
- MCI Mild Cognitive Impairment
- MMSE Mini Mental Statue Evaluation
- SAD/ SSIAD Service d'Aide à Domicile / Service de soins infirmiers à domicile
- TNC Trouble NeuroCognitif
- TNCM Trouble NeuroCognitif Majeur

INTRODUCTION

La principale étiologie de troubles neurocognitifs majeurs (TNCM) chez le sujet âgé est la maladie d'Alzheimer, touchant environ 30% des plus de 85 ans (1). Les autres étiologies principales sont les maladies cérébro-vasculaires (ex « démences vasculaires »), la maladie à corps de Lewy et la maladie de Parkinson, les atrophies lobaires fronto-temporales (1). Dans 60% des cas, ces pathologies sont accompagnées de symptômes psycho-comportementaux, se majorant avec la sévérité de la maladie (2). En France, environ 800 000 personnes sont atteintes de « MAMA » (Maladie d'Alzheimer et Maladies Apparentées) toutes étiologies confondues. Parmi elles, 64% ont plus de 80 ans (3,4). Actuellement, la prévalence augmente, environ 220 000 nouveaux cas par an (5). Il est estimé qu'en 2030, environ 1,4 millions de personnes seront touchées, ce qui en fait un problème quotidien du gériatre (6).

La maladie d'Alzheimer se définit comme une maladie neurodégénérative à évolution progressive ayant pour conséquence une détérioration progressive des fonctions cognitives (mémoire, langage, praxies, gnosies, fonctions exécutives…) provoquant une dépendance dans les actes de la vie quotidienne (1,7).

Le diagnostic de la maladie d'Alzheimer est parfois difficile à établir en raison de ces différents modes d'expression et de son installation progressive. Face à un trouble neurocognitif, le patient doit être adressé à un médecin spécialiste (gériatre, neurologue ou psychiatre) de manière le plus précoce possible. Plus le diagnostic est réalisé tôt dans la maladie, plus les chances d'agir sur l'évolution sont meilleures. L'HAS recommande de formuler un diagnostic en prenant en compte les critères diagnostiques du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4 révisé (DSM-4-TR), nouvellement modifié en DSM 5 (1) (Annexe 1). Ces changements de nomenclature évoluent dans le temps, nécessitant une mise à jour continue de la part des médecins. La qualité du diagnostic a toute son importance car, grâce à un diagnostic précis, des traitements spécifiques et des aides adaptées peuvent être mis en place.

L'ensemble de la prise en charge du patient doit pouvoir être retracé dans le dossier médical. D'après les recommandations HAS et la circulaire concernant les Centres Mémoire de Ressource et de la Recherche (CM2R), le médecin traitant doit être informé du compte-rendu de la consultation par un courrier, en retraçant toutes les informations recueillies durant l'entretien (8).

Le patient, dans la plupart des cas, est accompagné d'un membre de son entourage, appelé « aidant naturel », défini comme « une personne non professionnelle qui vient en aide à titre principal, pour partie ou totalement, à une personne dépendante de son entourage pour les activités de la vie quotidienne ». Il occupe une place de soignant informel, allant des démarches administratives jusqu'au nursing, nécessitant une vigilance permanente (9,10). Cette aide n'est pas délimitée dans le temps et le nombre de tâches croît avec l'augmentation de la dépendance (7). Toutes ces sollicitations

représentent une charge pour l'aidant appelé également « le fardeau » (11). Les conséquences sur sa santé sont multiples. D'une part, le risque de développer des maladies coronariennes, de l'hypertension est plus élevé. D'autre part il existe un retentissement psychologique important avec une consommation de psychotrope plus élevée, une qualité de vie diminuée, des troubles de sommeil, une majoration de l'anxiété et de dépression (7,12). Pour une prise en charge optimale du patient, il est donc indispensable de prendre en considération la souffrance de l'aidant à chaque consultation d'un patient atteint de TNCM. La HAS recommande que cette recherche du vécu de l'aidant soit également tracé dans le courrier (9).

Les courriers de consultation ont un rôle primordial dans l'articulation médecine de ville et médecine hospitalière, la qualité de ces courriers a donc toute son importance dans cet échange. Ce travail a pour but de faire une analyse des pratiques professionnelles au sein du secteur ambulatoire gériatrique de Champmaillot, antenne du CM2R de Bourgogne, appartenant au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Dijon : Quelle est la qualité de rédaction des courriers de ces consultations ? Quels déterminants de l'épuisement de l'aidant sont retrouvés dans le dossier et sont cités dans le courrier ?

PATIENTS ET METHODES

1- Type d'étude

Nous avons réalisé une étude rétrospective descriptive et analytique d'une durée de trois mois du 01/07/2015 au 31/09/2015. Elle s'est déroulée au sein du secteur ambulatoire de gériatrie de Champmaillot au CHU de Dijon (consultation et l'hôpital de jour gériatriques). Le but était d'évaluer les pratiques professionnelles des médecins sur des critères qualités :

- Les informations concernant le suivi du patient (diagnostic, dépendance, troubles du comportement, aides extérieurs, traitement médicamenteux spécifique) sont-elles retrouvées dans le courrier ?

- Le diagnostic étiologique est-il correct et exprimé en accord avec le DSM 4-TR (en vigueur à l'époque) (Annexe 1) ?

- Une prise en charge médicamenteuse a-t-elle été proposée ? En cas d'absence, la décision est-elle justifiée ?

- La prise en charge est-elle différente en fonction des médecins (effet médecin) ?

- Quelles informations sont présentes dans le courrier concernant l'existence d'un aidant, sa capacité à faire face et les déterminants d'un épuisement éventuel ?

2- Population étudiée

- Critères d'inclusion

Les critères d'inclusions des courriers dans l'étude étaient :

- patient âgé de 70 ans et plus

- vivant au domicile

- venant en consultation et/ou en hôpital de jour gériatriques du CHU de Dijon, Champmaillot

- pour bilan de troubles neurocognitifs

- courrier de consultation du troisième trimestre de l'année 2015 soit du 01/07/2015 au 31/09/2015.

- Critères d'exclusion

Les critères d'exclusions des courriers étaient :

- patient résidant en Etablissements Hospitaliers Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) car la thématique de l'aidant est primordiale pour ceux vivants à domicile

- patient consultant pour réévaluation d'un traitement par inhibiteurs de l'acétylcholinestérase (IAChE) à 4 semaines environ de leur introduction

- patient ne présentant pas de troubles neurocognitifs ni de plainte cognitive.

3- Conception de la grille et recueil de données

- Travail préparatoire

Après une recherche bibliographique et pour répondre à l'objectif de l'étude, nous avons réalisé une grille d'analyse pour recueillir les différentes données, réparties en 5 parties :

- La première partie concernait les informations générales : date de naissance du patient, sexe, lieu d'habitation, motif de consultation.
- La deuxième partie concernait les détails de la consultation : code du médecin gériatre (1 à 11), date de la consultation actuelle et de la première consultation en gériatrie, MMSE de la première consultation, présence de l'aidant principal lors de la consultation.
- La troisième partie concernait la prise en charge de la personne malade : MMSE actuel, diagnostic positif et étiologique, existence d'un traitement spécifique, d'un trouble du comportement, d'une évaluation de la dépendance, d'une aide extérieure.
- La quatrième partie concernait l'aidant principal : présence de l'aidant à domicile, aide aux soins, vécu de l'aidant recherché et épuisement éventuel.
- La cinquième partie concernait les aides proposées : service d'aide à domicile/ service de soins infirmiers à domicile (SAD/SSIAD), accueil de jour (ADJ), psychologue, autres.

- Recueil de données

Tous les comptes rendus de consultation de l'hôpital de jour de Champmaillot du 01/07/2015 au 31/09/2015 ont été consultés grâce au logiciel DxCare® de l'hôpital. Le recueil des données a été effectué avec le logiciel Excel®.

Nous avons cherché la présence de certains items dans le dossier informatisé pour les comparer avec les informations du courrier :

- Présence de consultation antérieure,
- MMSE,
- Présence de l'aidant,
- Diagnostic étiologique, traitement, troubles du comportement, dépendance, aide extérieure,
- Aide aux soins de l'aidant, épuisement aidant.

Tout ce qui était écrit dans le dossier comme réponse positive était noté comme telle. Les réponses négatives ou absentes étaient considérées comme négatives et notées ainsi. Dans le courrier, c'est la présence de l'information des différents items qui était noté, quelle que soit la réponse.

Les variables ont été codées en présence ou absence. Un numéro a été attribué à chaque médecin pour respecter l'anonymat. Les données jugées trop isolées ont été regroupées dans un même terme avec une logique médicale pour permettre des effectifs suffisants ; par exemple, pour la nature de l'aidant « fils » et « fille » ont été regroupés en « enfant ».

Aucune donnée nominative n'a été enregistrée.

4- Méthode statistiques d'analyse des données

Les données recueillies ont été analysées grâce au Logiciel Statview® (Abacus concept, Seattle, Washington) pour réaliser les statistiques.

Dans un premier temps, nous avons réalisé une analyse descriptive, avec calcul des fréquences pour les variables qualitatives et calcul de la moyenne et de l'écart type pour les variables quantitatives.

Dans un deuxième temps, nous avons réalisé une analyse inférentielle des déterminants potentiels des critères qualités : informations du courrier et effet médecin, puis déterminants de l'épuisement de l'aidant et citation dans le courrier par le test du Chi2 ou de Fischer. Le seuil de signification retenu pour le risque α de première espèce était de 5 % ($p \leq 0,05$).

RESULTATS

1- Analyse descriptive de la population

Sur les 262 comptes rendus analysés, 117 n'ont pas été inclus pour les motifs suivants (non exclusifs) :

- 34 résidants d'EHPAD
- 42 sans troubles cognitifs (autres motifs de consultation)
- 7 réévaluations suite à l'introduction d'un traitement spécifique
- 37 absences de courrier

Cent quarante-cinq courriers de 145 patients ont été inclus dans l'étude.

Les caractéristiques de la population étudiée sont décrites dans le tableau I. Concernant l'item « présence de l'aidant », nous avons regroupé les réponses « nièce, frère, sœur, amis, tuteur » dans Autres.

Tableau I : Caractéristique de la population étudiée (n= 145)

Sexe n (%)	
Homme	56 (38,6)
Femme	89 (61,4)
Age (m ± et)	
Années	84,4 ± 5,3
MMS moyen	
Actuel	19,3 ± 5,4
1ère consultation	20,3 ± 5,5
Conséquences : n (%)	
Dépendance	124 (85,5)
Troubles du comportement	24 (16,5)
❖ Productif	17 (11,7)
❖ Régressif	7 (4,8)
Présence d'aides extérieures : n (%)	
Oui	88 (60,7)
Aidant Principal : n (%)	
Présent à la consultation	103 (71)
Conjoint	43 (29,6)
Enfant	52 (35,8)
Autres	8 (5,5)
Aidant vivant à domicile : n (%)	
Oui	88 (60,7)

n = nombre, m = moyenne, et = écart type, MMS = Mini Mental Status

Les consultations initiales représentaient 59 des courriers inclus (40,7%), les consultations de suivi 86 courriers (59,3 %). Le délai de suivi entre une première consultation et celle étudiée était en moyenne de 22,5 ± 40,4 mois.

Sur l'ensemble des courriers, 60,7 % des aidants vivaient au domicile de la personne malade. Parmi les enfants, les filles étaient représentées dans 80,8 % des cas (n = 42).

On retrouvait dans le dossier la présence d'un épuisement de l'aidant à 16,7 % (n = 24).

Il manquait dans le courrier 40 MMSE sur les 145 courriers inclus, soit 27,6 %.

2- Fréquence des critères qualités

2-1 Retranscription de l'information dans le courrier et qualité des courriers

- **Diagnostic**

Pour les patients ayant une première consultation, la présence d'un diagnostic était notée comme présent dans le courrier mais absent dans le dossier, car nouvellement cité. Les termes « troubles cognitifs » employés seuls, « troubles mnésiques », « fragilité cognitive », « déclin cognitif » et l'absence totale d'information (non communiqué) étaient considérés comme une absence de diagnostic étiologique. Les diagnostics non informatifs sur l'étiologie ont été regroupés dans un même groupe « fragilité cognitive ».

Dans 22 courriers (15,2%), le diagnostic n'était pas mentionné. Dans 11 courriers (7,6%), le diagnostic était présent dans le dossier mais n'était pas retrouvé dans le courrier. Dans 45 courriers (31%) un diagnostic était nouvellement cité (non présent dans le dossier).

Les fréquences des critères qualités sont décrites dans le tableau II. Nous avons comptabilisé dans ce tableau la présence d'un diagnostic étiologique, même s'il était mal exprimé. Le terme « trouble cognitif » seul était considéré comme sans diagnostic. Par exemple, s'il était associé à « d'origine corticale » ou « mixte », il était pris en compte.

❖ Etiologie

Dans 68 courriers, les diagnostics ont été regroupés dans « fragilité cognitive », sans étiologie précise et non exprimés selon le DSM en vigueur (46,9%). Parmi eux, 25 diagnostics comportaient le terme « mixte ».

Parmi les courriers, 54 diagnostics étiologiques étaient décrits (37,2%) : 25 « maladie d'Alzheimer », 4 « maladie de la mémoire », 8 « MCI », 7 « démence mixte », 4 « maladie cérébrovasculaire », 2 « angiopathie amyloïde », 1 « hydrocéphalie chronique », 1 « maladie de

Parkinson », 1 « aphasie primaire progressive », 1 « origine psychogène ». Si l'on rajoute les 25 « troubles cognitifs mixtes » moins précis, 79 diagnostics étaient évoqués (54,5%).

❖ Terminologie

Selon le DSM 4-TR, 50 diagnostics étaient correctement cités (34,5%), les 4 « maladie de la mémoire » n'en faisant pas parties.

- **Dépendance et Aides :**

Lorsque l'information « dépendance » était retrouvée dans le courrier, elle était détaillée dans 79,6 % des cas (n = 78). Parmi les descriptions, on retrouvait les échelles ADL/IADL et leurs scores associés, « gestion papiers et finances », « ménage, courses, cuisine », « toilette, hygiène », « traitements » « dépendant dans les activités instrumentales », « Groupe iso-ressources (GIR) à 2 ou 4 ». Parfois il était spécifié « autonome pour les gestes de la vie quotidienne ».

Sur les 97 aides extérieures citées dans le courrier, 84 étaient décrites, soit dans 86,6 % des cas. Les termes employés étaient : « aide-ménagère », « accueil de jour », « auxiliaire de vie », « portage des repas », « IDE avec nombre d'heures », « aide à la toilette », « pilulier », « prise des traitements », « pas d'aide ». La fréquence des aides était souvent détaillée.

- **Traitement médicamenteux spécifique**

Sur l'ensemble des courriers analysés, 35 patients recevaient un traitement médicamenteux. Parmi ceux-ci, 24 (68,6 %) avaient une prescription d'IAChE, 10 (28,6 %) de Mémantine et un (2,8 %) bénéficiait d'une bithérapie.

D'après les diagnostics étiologiques, 62 patients (42,7%) auraient une indication de traitement médicamenteux selon l'AMM (« maladie d'Alzheimer », « maladie de la mémoire », diagnostic avec le terme « mixte », « Parkinson »). Parmi ceux-ci, 56,5% des patients étaient traités.

Parmi les 35 prescriptions, 18 IAChE étaient correctement prescrits (MMSE entre 10 et 26), 2 étaient hors AMM, avec un MMSE supérieur à 27. Les diagnostics associés aux patients traités étaient : 15 « Maladie d'Alzheimer », 7 « troubles mixtes », 2 « troubles cognitifs ». Pour la Mémantine, 9 étaient correctement prescrits (MMSE entre 3 et 19) et 2 hors AMM, où le MMSE était supérieur à 20. Les diagnostics associés étaient : 5 « Maladie d'Alzheimer », 4 « troubles mixtes », 2 « troubles cognitifs ».

Concernant les patients non traités ayant une indication (n = 27), la justification de l'absence de traitement était apporté dans 6 courriers, soit dans 22,2 % des cas. Dans les explications, on retrouvait « absence de troubles psycho-comportementaux », « situation stable chez un nonagénaire au domicile », « privilégier dans un premier temps un soutien médico-social », « existence d'un traitement lourd - pathologie psychiatrique associée ». Certains ont donnés une explication même si le

diagnostic n'avait pas d'indication à un traitement (3 courriers) : « pas d'indication au stade MCI amnésique », « troubles légers ne nécessitant pas d'instauration de traitement », « surveillance, pas encore de maladie de la mémoire vrai ».

- **Aidant principal**

Un courrier a été retiré car un patient n'avait aucun aidant (cité dans le courrier) pour cette partie.

❖ Aide aux soins :

Sur les 83 courriers où l'information « l'aidant participe aux aides » était mentionnée, les aides étaient détaillées dans 78,3 % des cas (n = 65). Parmi celles-ci, tous les aidants participaient aux IADL et 16 aidants participaient aux ADL (24,6 %). Dans le dossier, on retrouvait 20 aidants participant aux ADL et 81 aux IADL.

❖ Epuisement de l'aidant :

Le vécu de l'aidant était recherché et cité dans 22 courriers sur 144, soit 15,3 % des cas.

Les résultats sont retrouvés dans le tableau II.

Tableau II : Fréquence des critères qualités

	Dossier n (%)	**Courrier n (%)**
SUIVI DU PATIENT (n=145)		
Présence d'un diagnostic	49 (33,8)	84 (57,9)
Dépendance	124 (85,5)	98 (67,6)
Trouble du comportement	24 (16,5)	29 (20)
Aide extérieure	88 (60,7)	97 (66,9)
Traitement spécifique	35 (24,1)	35 (24,1)
AIDANT PRINCIPAL		
Présence aidant à la consultation (n=145)	103 (71)	96 (66,2)
Aides aux soins par l'aidant (n=144)	103 (71,5)	83 (57,6)
Epuisement aidant (n=144)	24 (16,7)	20 (13,9)

- **Prise en charge non médicamenteuse**

Parmi les 118 aides proposées citées, on retrouvait 63 SAD SSIAD (53,4 %), 33 ADJ (28 %), 13 aides psychologiques (11 %), 8 ESA (6,8 %), et 27 entrées en EHPAD (22,9 %).

3- Déterminants des critères de qualité

Dans ce chapitre est exposée la qualité de retranscription dans le courrier de l'information présente dans le dossier avec une comparaison statistique de la communication de l'information selon

que les critères soient présents ou absents dans le dossier.

- **Diagnostic étiologique - Traitement**

Sur les 86 courriers de consultations de suivi, 41 diagnostics étaient en accord avec le DSM 4-TR (47,7%) alors que sur les 59 courriers de première consultation, seulement 9 diagnostics étaient conformes (15,3 %). La différence était statistiquement significative ($p < 0,001$).

Dans 22,5% des cas, l'information concernant le diagnostic était manquante dans le courrier alors qu'il était présent dans le dossier contre 52,1% d'information manquante quand il était absent dans le dossier, $p = 0,0006$.

Dans les 37 courriers où l'on retrouvait une indication de traitement (diagnostic ayant l'AMM et correctement exprimé), 23 traitements spécifiques était mis en place, soit dans 62,2 % des cas. A l'inverse, sur les 108 courriers où il n'y avait pas d'indication (ou diagnostic imprécis), 12 patients étaient traités soit 11,1%, avec une différence significative entre ces deux proportions : $p < 0,0001$.

Un traitement médicamenteux était cité dans 24,1 % ($n = 35$) des cas, sans différence entre les courriers et les dossiers.

Les résultats sont détaillés dans le tableau III.

- **Troubles du comportement, Dépendance et Aides extérieures :**

Sur les 29 troubles du comportement cité dans le courrier, 15 patients présentaient des troubles productifs (51,7 %), 6 des troubles régressifs (20,7 %), et 8 n'ayant aucun trouble (27,6%), alors que sur les 116 courriers où l'information n'était pas citée, 2 patients avaient des troubles productifs (1,7%), 1 patient avec un trouble régressif (0,9%), et 113 n'avaient aucun trouble (97,4%), de manière significative $p<0,0001$.

Les résultats concernant la dépendance et les aides extérieures sont décrits dans le tableau III.

- **Aidant :**

Sur les 103 aidants participant aux soins, 79 étaient cités dans le courrier (76,7%) alors que sur les 41 aidants qui n'y participaient pas, 4 étaient retrouvés dans le courrier (9,8%). La différence était statistiquement significative ($p < 0,0001$).

La présence d'un épuisement de l'aidant était plus souvent citée dans le courrier que lorsqu'il n'y en avait pas. Le détail des résultats est exprimé dans le tableau III.

Tableau III : Déterminants des critères qualités (% citation dans le courrier selon la présence ou l'absence dans le dossier)

	Présence		Absence		p
	n	%	n	%	
SUIVI DU PATIENT					
Diagnostic	38/49	77,5	46/96	47,9	0,0006
Dépendance	84/124	67,7	14/21	66,7	0,93
Trouble du comportement	21/24	87,5	8/121	6,6	
- Productif	15/17	88,2			< 0,0001
- Régressif	6/7	85,7			
Aide extérieure	73/88	82,9	24/57	42,1	<0,0001
AIDANT PRINCIPAL					
Présence aidant à la consultation	82/103	79,6	14/42	33,3	< 0,0001
Aide aux soins par l'aidant	79/103	76,7	4/41	9,8	<0,0001
Epuisement de l'aidant	16/24	66,7	4/120	3,3	<0,0001

4- Effet médecin

Pour l'analyse de l'effet médecins, nous avons retiré un médecin qui n'avait effectué qu'une consultation, il n'était pas pertinent d'analyser un seul courrier. Les courriers de 10 médecins ont été analysés, la proportion de consultation entre les différents médecins variaient de 0,7 % (n = 1) à 17,2 % (n = 25).

- **Information dans le courrier**

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les médecins sur la description des aides aux soins et la recherche d'un épuisement de l'aidant.

- **Qualité du diagnostic et traitement**

Il existait un effet médecin sur les proportions de conformité du diagnostic étiologique, allant de 11,1 à 100 % selon les médecins avec une moyenne de 38 % ($p < 0,0001$) et de la prescription d'un traitement spécifique, allant de 8 à 66 %, avec une moyenne de 24,1 % ($p < 0,0001$).

Les différents résultats pour chaque médecin sont exprimés dans la figure 1. Le détail des résultats est disponible en annexe 2 et 3.

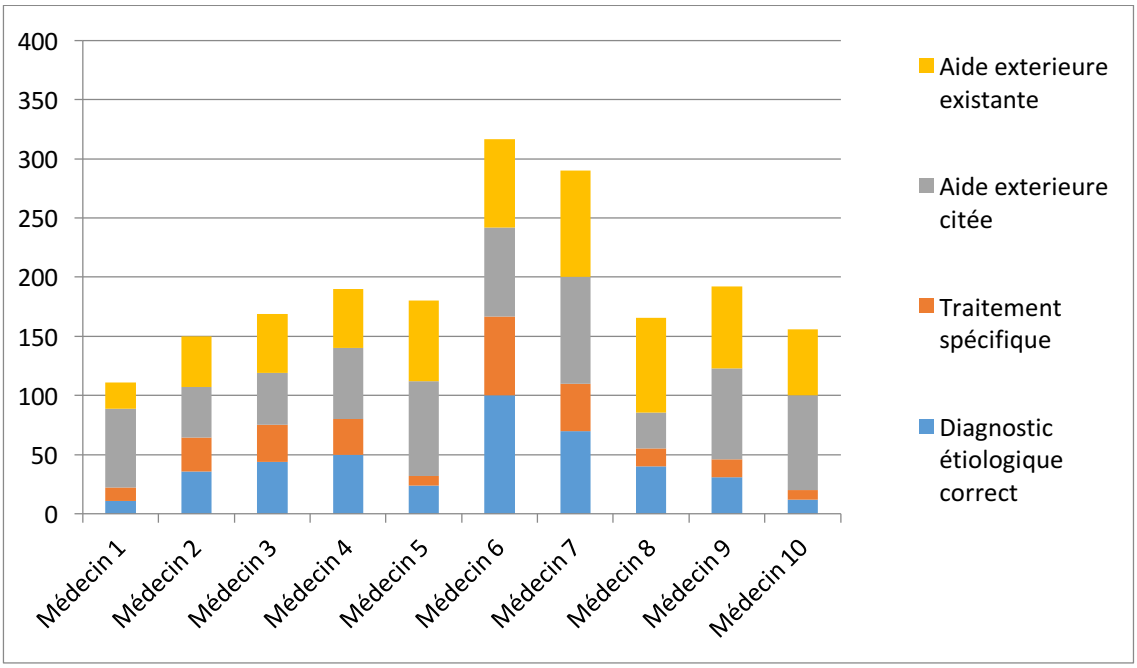

Figure 1 : Effet médecin sur certains critères qualités du courrier (aides extérieures, traitement spécifique, diagnostic étiologique correct)

- **Aides proposées : prise en charge non médicamenteuse**

Globalement, dans les aides proposées, il n'y avait pas d'effet médecin, hormis pour les ESA, qui étaient proposées entre 0 et 37,5 % des cas selon les médecins, avec une moyenne à 5,5 %, p = 0,02. Les solutions proposées en fonction des médecins sont retrouvées dans la figure 2. Le détail des résultats se trouve en annexe 2 et 3.

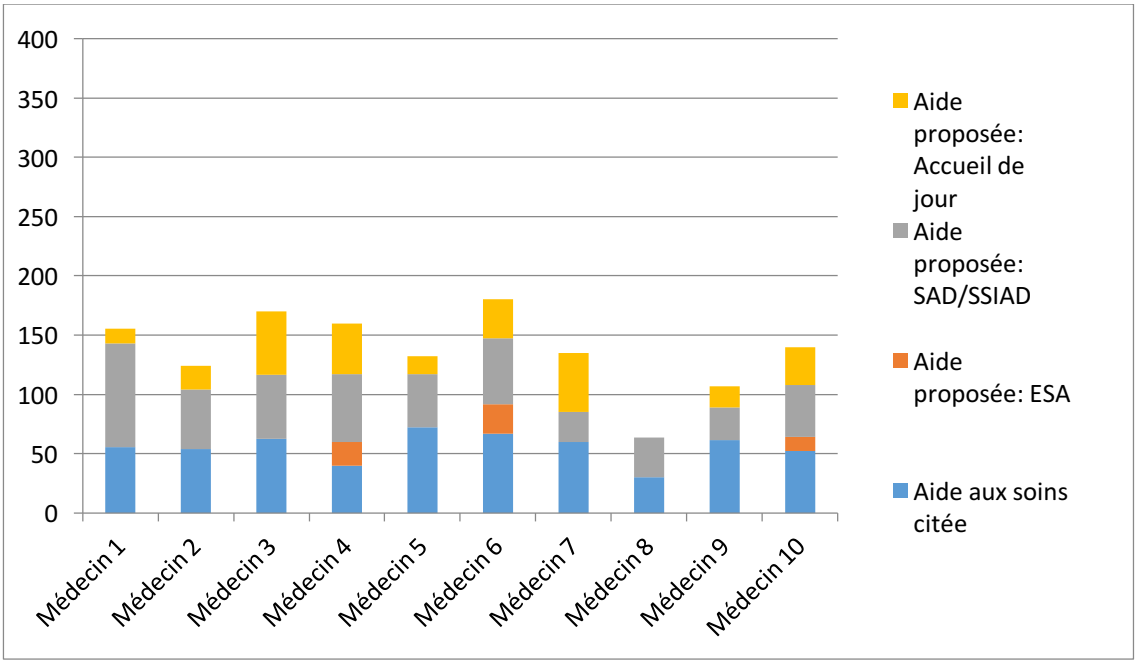

Figure 2 : Effet médecin sur l'information « aide aux soins » et sur les aides proposées dans le courrier (ADJ, SAD SSIAD, ESA)

5- Aidant

Sur les 88 aidants vivant à domicile, 67 participaient aux soins, soit 76,1% alors que sur les 56 qui habitait ailleurs, 36 y participaient, soit 64,3%, cette différence était non significative avec un p=0,12.

Parmi ces 88 aidants, 16 participaient aux ADL, ce qui correspondait à 18,2% des cas. En revanche, c'était 4 aidants sur les 56 vivants ailleurs qui y participaient, soit 7,1%. La différence était à la limite de la signification (p=0,06).

- **<u>Déterminants de l'épuisement de l'aidant</u>**

❖ **Participation aux ADL** : Sur les 20 aidants participant aux ADL, 7 personnes étaient épuisées, soit 35% des cas. On retrouvait seulement 7 aidants sur 124 épuisés lorsqu'ils n'effectuaient pas d'ADL, soit 13,7%. Ces différences étaient significatives avec un p = 0,02.

❖ **Trouble du comportement :** En présence d'un trouble du comportement, ce qui représentait 24 patients, 12 aidants (50%) présentaient un épuisement. Il s'agissait majoritairement de troubles du comportement productifs : 11 cas, contre seulement un aidant d'un patient présentant des troubles régressifs. L'épuisement de l'aidant était bien moins présent en l'absence de trouble psycho-comportemental : 12 aidants concerné sur 120, soit 10%. L'ensemble de ces différences étaient significatives (p < 0,0001).

❖ **Atteinte cognitive** : La gravité de l'atteinte cognitive influençait la survenue d'un épuisement de l'aidant avec un MMSE moyen à 14,8 ± 6,1 pour les patients dont l'aidant était épuisé contre 19,8 ± 5,1 dans le cas contraire (p = 0,004).

❖ Que l'aidant vive au même domicile ou ailleurs, il n'y avait pas d'influence sur son épuisement.

Les déterminants d'un épuisement de l'aidant sont décrits dans la figure 3. Le tableau détaillé se trouve en annexe 4.

- **<u>Déterminants de la citation de l'épuisement de l'aidant dans le courrier</u>**

Sur les 20 aidants participants aux ADL, on retrouvait 8 informations concernant l'épuisement dans le courrier, soit dans 40% des cas, alors que sur les 124 aidant n'y participant pas, l'information était présente dans seulement 12 cas, soit 9,7%. La différence était significative avec un p à 0,0001.

Lorsqu'il existait un trouble du comportement (n = 24), on retrouvait dans 41,7% des cas une information concernant l'épuisement de l'aidant dans le courrier (n = 10). En revanche, quand il n'y avait pas de trouble du comportement (n = 120), seulement 8,3% des courriers comportaient une information sur l'épuisement (n = 10). La différence était statistiquement significative (p < 0,0001).

Les résultats sont retrouvés sur la figure 3 ci-dessous et détaillés en annexe 4.

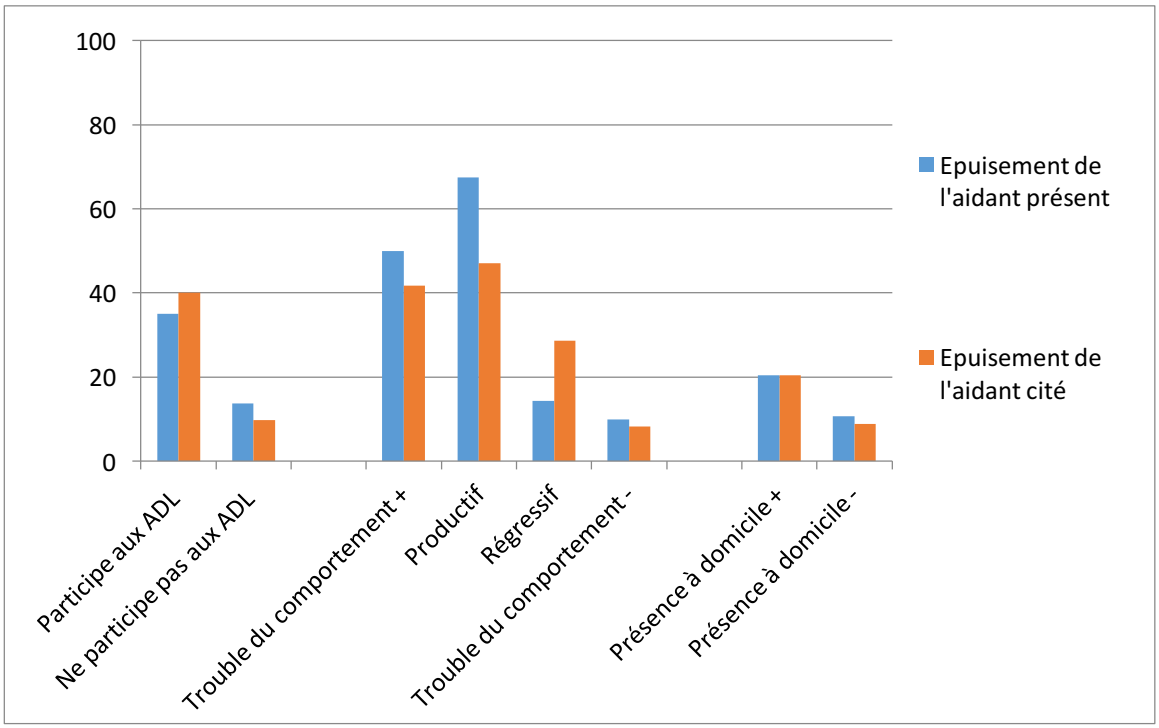

Figure 3 : Déterminants de l'épuisement de l'aidant et de la citation dans le courrier

- **Prise en charge non médicamenteuse**

  - Participation aux ADL de l'aidant

Sur les 20 aidants participant aux ADL, des aides étaient systématiquement mises en place, alors que sur les 124 n'y participant pas, des aides étaient proposées dans 98 courriers (79%) (p = 0,02).

Parmi les 118 aides proposées, sur les 20 aidants participant aux ADL, 14 SAD SSIAD étaient cités (70 %). En revanche, sur les 98 aidants n'y participant pas, on proposait 41 SAD SSIAD (41,8 %), avec une différence significative (p = 0,02).

La fréquence de proposition des autres aides proposées ne variait pas de façon significative selon que l'aidant participait ou non aux ADL. Ces résultats sont principalement présentés dans la figure 4 et l'ensemble est détaillé en annexe 5.

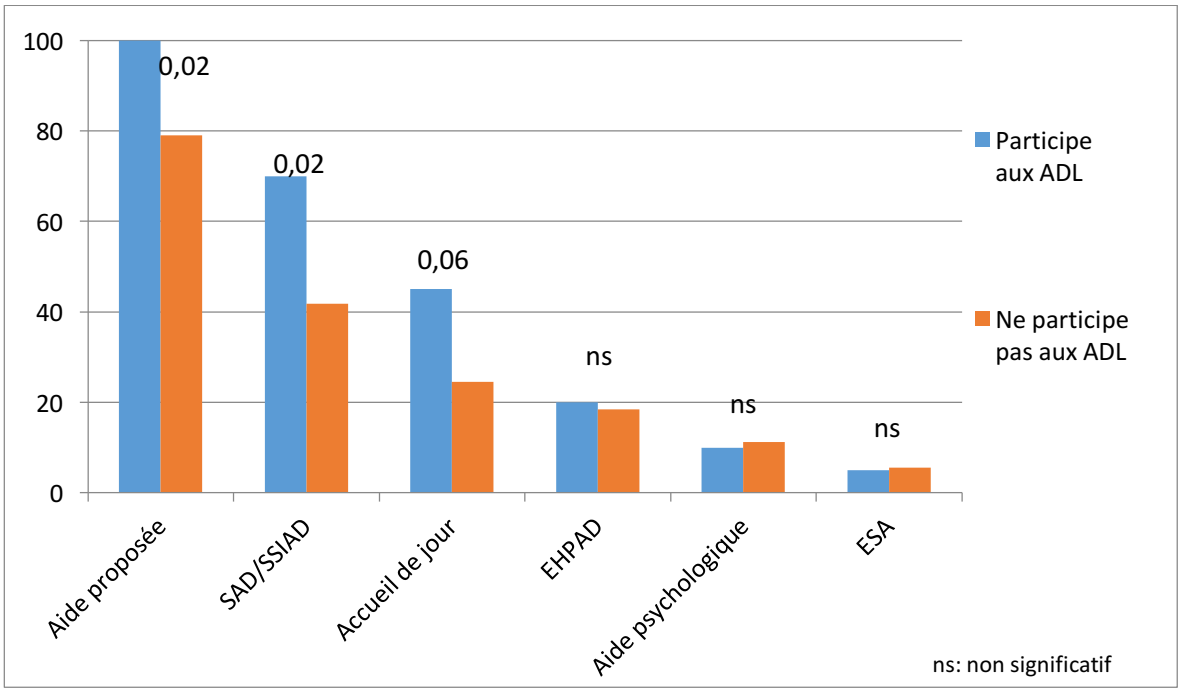

Figure 4 : Prise en charge non médicamenteuse en fonction de la participation aux ADL ou non

- Participation aux IADL de l'aidant

Des aides étaient autant proposées que les aidants participaient ou non aux IADL.

En fonction que l'aidant participait (n = 81) ou pas (n = 37) aux IADL, il était retrouvé une différence significative dans la proposition de certaines aides : 28 accueils de jour proposés (34,6 %) contre 5 (13,5 %) (p = 0,02) et 12 soutiens psychologiques (14,8 %) contre un (2,7 %) (p = 0,05).

Il n'existait pas de différence statistiquement significative pour la fréquence de proposition des autres types d'aide. Ces résultats sont détaillés en annexe 5.

- Epuisement de l'aidant

Lorsqu'il y avait un épuisement de l'aidant (n = 24), des aides étaient proposées à 95,9 % (n = 23) versus 79,2 % (n = 95) quand il n'y en avait pas (n = 120), avec une différence statistiquement significative (p = 0,05).

Les aides proposées de façon significativement plus fréquentes lorsqu'il y avait un épuisement étaient les SAD SSIAD à 69,6 % (n = 16/23) contre 41,1 % (n = 39/95) (p = 0,01), l'accueil de jour à 52,2 % (n = 12/23) versus 22,1 % (n = 21/95) (p = 0,004) et l'EHPAD à 45,9 % (n = 11) versus 13,3 % (n = 16) (p = 0,0002).

Les différents résultats sont présentés dans la figure 5 et en annexe 5.

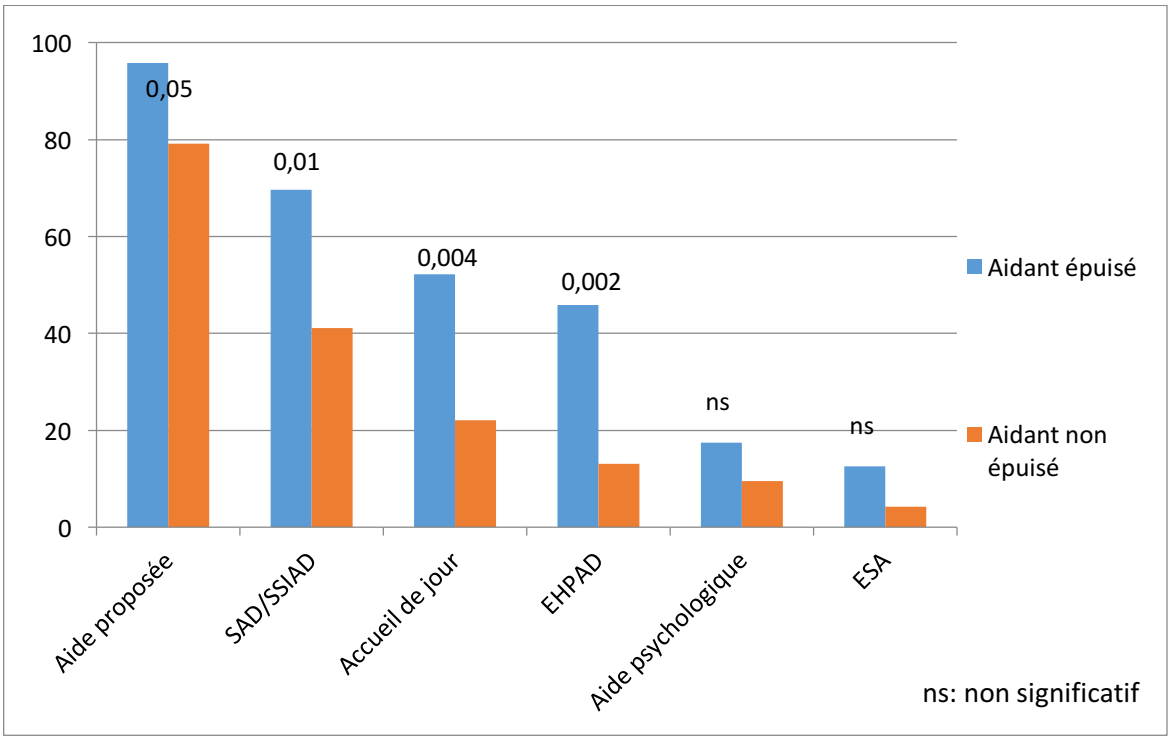

Figure 5 : Prise en charge non médicamenteuse en fonction de l'épuisement de l'aidant ou non

DISCUSSION

1- Résultats principaux

La retranscription des informations était correcte lors de signes ou symptômes positifs. En revanche, lors de signes négatifs (par exemple absence d'épuisement), l'information était trop peu citée dans le courrier.

Concernant les diagnostics étiologiques, ils étaient insuffisamment retrouvés dans le courrier (37,2 %). Au total, dans seulement 50 courriers (34,5%), le diagnostic était exprimé selon le DSM 4-TR. Sur les 62 patients ayant une indication de traitement selon l'AMM, seulement 35 patients étaient traités (56,5%).

Un effet médecin était retrouvé pour le diagnostic étiologique, la prescription d'un traitement médicamenteux et sur la prescription d'ESA.

L'épuisement de l'aidant était peu recherché ou l'information était insuffisamment écrite dans le courrier. Les déterminants de l'épuisement de l'aidant retrouvés étaient identiques avec ceux de la citation dans le courrier : présence de troubles du comportement du patient et participation aux ADL de l'aidant. L'atteinte cognitive sévère faisait également partie des déterminants de l'épuisement de l'aidant.

2- Points forts et points faibles de l'étude

- Points forts

Les dossiers étant informatisés, la traçabilité des données était correcte. Comme nous avons sélectionné l'ensemble des patients via les courriers sur une période donnée, la population étudiée devrait être représentative des patients âgés consultant un spécialiste pour des TNC, vivant encore au domicile.

- Points faibles

Cette étude était monocentrique, elle s'est déroulée sur un seul site, mais elle est intéressante dans une Analyse des Pratiques Professionnelles, puisqu'elle a permis de cibler les points à améliorer.

Elle présentait certains biais, d'information d'une part, puisque nous avons considéré que les informations qui n'étaient pas retrouvées dans le dossier étaient considérées comme signes ou symptômes négatifs. Ce qui a pu sous-estimer les résultats. Cela renforce l'importance de la traçabilité des dossiers médicaux. De plus, un seul investigateur a recueilli les données, ce qui a pu créer un biais d'évaluation, le risque d'erreur de recueil de données étant possible.

3- Commentaire des principaux résultats

3-1 Caractéristiques générales : patients et aidants

Notre échantillon comportait un nombre important de première consultation (40,7%), le diagnostic étiologique (type « Maladie d'Alzheimer ») n'était pas attendu pour celle-ci. La moyenne du délai de suivi était courte (22 mois), peu de suivi à long terme ont été étudié. Ce délai moyen, inferieur à 2 ans, fait poser la question du devenir des patients. Sont-ils surtout adressés au spécialiste pour réaliser le diagnostic et la prise en charge initiale, et perdus de vus ensuite ? Le médecin traitant assure-t-il la suite du suivi ? Dans notre étude, les résultats auraient peut-être été meilleurs s'il y avait eu plus de courriers de suivi, notamment sur les diagnostics ou la prescription de traitements. D'après les recommandations, le suivi par un spécialiste doit être réalisé 6 mois après l'annonce diagnostique, puis au minimum une fois par an (1).

Les caractéristiques de notre population étaient semblables à celles d'autres études. Les patients atteints de MAMA étaient en majorité des femmes, comme dans l'étude Pixel (5). Concernant les aidants, les enfants étaient en majorité par rapport aux conjoints dans nos résultats, contrairement aux autres études où l'aidant principal était le conjoint dans 72% des cas, et les enfants dans 20% des cas, majoritairement féminins (3). Ce résultat peut s'expliquer par le fait que nous ayons considéré que l'aidant principal était la personne présente lors de la consultation, qui était parfois différente de la personne vivant au domicile. Dans ce cas, la recherche de l'épuisement de l'aidant a pu être légèrement biaisée, même si les enfants participent également aux soins quand le conjoint est présent. Les aidants habitaient en majorité au même endroit que la personne malade, ces résultats étaient compatibles à ceux retrouvés dans la littérature avec 74% qui vivaient au même domicile (2,5).

Le MMSE moyen était relativement bas lors d'une première consultation (19,3 ± 5,4), ce qui fait supposer que beaucoup de patients ne consultent pas de spécialiste au stade léger. Le diagnostic, souvent retardé, est également retrouvé dans d'autres études avec un score moyen de 19 au MMSE lors d'une première consultation avec un spécialiste (4,13).

Concernant la dépendance, 85,5% de patients étaient dépendants dans notre population étudiée. D'après les critères diagnostiques de MAMA, le retentissement sur la vie quotidienne en fait partie. Ce résultat s'explique par le fait que nous ayons inclus les patients venant en consultation pour une plainte cognitive, l'absence de dépendance n'était pas un critère d'exclusion. On retrouve d'ailleurs dans les diagnostics évoqués, des troubles neurocognitifs légers (ex-MCI), donc sans retentissement sur la dépendance. Ceci a pu créer un biais d'évaluation sur certains critères.

Par rapport à la littérature (14), peu de patients présentaient des troubles du comportement, peut-être que nos résultats ont été sous diagnostiqué devant l'absence de donnée retrouvée dans le dossier. Les troubles régressifs, plus difficile à identifier, car potentiellement moins épuisant et mieux tolérés par l'aidant étaient peut-être moins recherchés.

3-2 Retranscription des informations dans le courrier

Le nombre de consultation par médecin était relativement hétérogène dans cette étude. Pour rappel, nous avons évalué la qualité rédactionnelle et non la qualité de la prise en charge des patients par les médecins.

Lorsque l'information était présente dans le dossier et montrait une anomalie ou un signe positif, elle était largement plus citée dans le courrier que lorsqu'il n'y avait pas de problème. Cette différence était retrouvée de manière significative pour l'existence d'un diagnostic dans le dossier, la présence d'un trouble du comportement, notamment productif, la présence de l'aidant à la consultation, sa participation aux soins, son vécu et la présence d'un épuisement. L'information concernant les aides extérieures, lorsqu'elle était présente dans le courrier était en majorité bien décrite et détaillée.

En revanche, c'est l'absence d'anomalie qui n'était pas retranscrite dans le courrier. L'absence de trouble du comportement, d'aides extérieures, d'aide aux soins de l'aidant ou l'absence d'épuisement étaient très peu retrouvés comme information dans le courrier. Or, il n'est pas possible de savoir si ces données ont été recherchées. Ce manque de traçabilité peut engendrer des difficultés dans le suivi, et des d'informations utiles pour la prise en charge du patient pourraient ne pas être mises en évidence. Par exemple, des informations négatives étaient présentes dans quelques courriers, concernant les aides extérieures « refus d'aide », « pas d'aide », cette information est tracée dans le courrier, ce qui permet dans le suivi de proposer aux patients un éventuel soutien à domicile. Toute information recherchée devrait être notée et généralisée à l'ensemble des courriers.

Pourtant, la circulaire du 20 octobre 2011, relative à l'organisation de l'offre diagnostique et de suivi pour les personnes atteintes de MAMA énonce les missions de la consultation mémoire. Parmi elles, un compte-rendu de la consultation (notamment après l'annonce diagnostique) devrait être communiqué au médecin traitant. Un outil de liaison est mis en exemple dans cette circulaire et retrace correctement toutes les informations à recueillir afin d'assurer une bonne qualité et continuité des soins (8). De plus, les données recueillies lors de ces consultations devraient être rapportées dans le registre de la Banque National Alzheimer (BNA), mesure du plan Alzheimer 2008-2012 (8,15). L'HAS recommande également que certains éléments de la consultation soient inclus dans le compte-rendu adressé au médecin traitant : diagnostic, termes utilisés, patient venu seul ou non, réactions du patient et de l'aidant, questions posées, etc.(16). Lors du suivi, l'objectif pour le spécialiste est de réévaluer ou d'ajuster le diagnostic, les traitements pharmacologiques et la prise en charge du patient (1).

L'information « dépendance » était globalement bien recherchée par les médecins. Elle était aussi bien exprimée dans le courrier qu'il y en ait une ou non. L'absence de dépendance était souvent clairement notifiée dans le dossier « autonome pour les gestes de la vie quotidienne », la présence

d'une dépendance était détaillée avec les échelles IADL (médicaments, budget très souvent retrouvés) et ADL. Ceci est peut-être dû au fait qu'on informe beaucoup sur la dépendance. La recherche de la dépendance fait partie des critères diagnostiques de TNCM (annexe 1). La dépendance aux IADL a montré son utilité dans la détection de TNC et dans la prédiction de la maladie d'Alzheimer en utilisant le score de Paquid, prenant en compte les 4 IADL les plus spécifiques d'une atteinte cognitive débutante (téléphone, budget, médicaments, transport) (4,17).

Dans 27,6%, le MMSE était manquant dans les courriers, qui aurait dû être retrouvé puisqu'il existait pour la plupart dans les dossiers. Ce résultat est légèrement surestimé car quelques courriers correspondaient à des consultations de suivi à court terme (moins de 3 mois), où le MMSE était mentionné dans le précédent courrier. Néanmoins, il parait essentiel d'avoir cette information afin de suivre l'évolution de la maladie. D'après les recommandations, le MMSE doit être réalisé lors de chaque consultation de suivi, au minimum une fois par an (1).

3-3 Diagnostic

Le diagnostic était plus souvent retrouvé dans le courrier que dans le dossier. Ceci s'expliquait par le fait que nous ayons considéré que les diagnostics exprimés dans le courrier pour une première consultation ne figuraient pas dans le dossier. On remarque que dans 15,2% des courriers, l'information concernant le diagnostic était totalement inexistante, et dans 7,6% le diagnostic était présent dans le dossier mais non retrouvé dans le courrier. Normalement, chaque courrier devrait être associé à un diagnostic.

Selon la circulaire relative à l'organisation de l'offre diagnostique et de suivi, les missions des consultations mémoires sont « d'affirmer le trouble mnésique, diagnostiquer avec fiabilité un syndrome démentiel et le type de démence » (8). Récemment, le terme de « démence », jugé trop péjoratif a été supprimé pour être remplacé par « trouble neurocognitif » (18). Dans le même sens, l'HAS recommande de ne pas utiliser les termes de « démence », « détérioration » ou « dégénérescence » devant le patient (16). Le diagnostic doit être inscrit dans la BNA en 3 dimensions, correspondant aux stade, syndrome et étiologie. Le stade distingue notamment TNC majeur ou mineur, aisément discernable après une consultation. Le syndrome prend en compte la composante dominante (par exemple amnésique) et peut également être diagnostiqué lors d'une première consultation. La dernière est le diagnostic étiologique proprement dit (par exemple maladie d'Alzheimer) et nécessite des examens complémentaires pour conclure. Il est normal de ne pas le retrouver sur un premier courrier, mais devrait être cité lors de consultation de suivi (19).

Pourtant, seulement 34,5% des diagnostics étaient correctement exprimé malgré la BNA qui devrait inciter à un meilleur taux de remplissage et à une meilleure terminologie (20). Les termes de « déclin cognitif », « troubles cognitifs » étaient trop souvent retrouvés en conclusion diagnostique, n'apportant aucune information. Au moment de l'étude, les diagnostics ont été comparé par rapport au

DSM 4-TR, en vigueur en 2015 (annexe 1) (21), une nouvelle nomenclature et classification doit maintenant être pris en compte, selon la dernière version du DSM (5ème) (Annexe 1).

Enfin, peu de diagnostic avaient une étiologie, cette donnée était hétérogène en fonction des médecins. En France, le délai entre une première consultation pour trouble neurocognitif et un diagnostic était de 24 mois. Le diagnostic de maladie d'Alzheimer est parfois complexe, dépendant du stade de la maladie au moment du diagnostic. Cependant tout doit être mis en œuvre pour diminuer le temps d'incertitude et apporter un diagnostic précis avec un plan de soins adapté (8,22). D'après le rapport mondial de la MA en 2011 un diagnostic réalisé précocement apporterait un bénéfice au patient. Grace à un diagnostic précis, un plan d'aide personnalisé pourrait être instauré avec la mise en place d'aide spécifique, la déclaration en ALD à 100%, la prescription éventuelle d'un traitement médicamenteux spécifique (23). Dans ce sens, l'HAS recommande que le diagnostic de la maladie d'Alzheimer soit posé dès les premiers symptômes (1). Le terme précis de maladie d'Alzheimer doit être prononcé. Les termes annoncés aux patients doivent être inscrits dans le courrier avec le diagnostic précis (16). Pour rappel, parmi les autres diagnostics retrouvés dans cette étude, le terme de « démence mixte », récemment remplacé par « trouble neurocognitif mixte » correspond à une maladie d'Alzheimer associé à une maladie cérébrovasculaire. Les autres diagnostics, moins fréquents sont énoncés en annexe 1.

3-4 Traitement

Seulement 56,5% des patients ayant une indication étaient traités médicalement. Ce résultat est surement surestimé car les courriers où le diagnostic n'était pas informatif n'ont pas été pris en compte. Certains patients pourraient probablement être traités mais ne le sont pas à cause de l'absence de diagnostic étiologique. A l'inverse, certains avaient un traitement sans diagnostic étiologique cité. Ceci nous montre l'intérêt d'avoir un diagnostic précis pour l'intérêt du patient. Lorsque le diagnostic n'était pas exprimé correctement, moins de patients étaient traités par rapport à ceux dont le diagnostic était réalisé selon le DSM en vigueur.

De manière générale, les traitements médicamenteux étaient peu prescrits sur l'ensemble de notre population étudiée. Une étude réalisée en 2016 au sein des CM2R permettait de voir les conditions dans lesquelles les traitements symptomatiques (IAChE et mémantine) étaient prescrits en France. Les spécialistes hospitaliers (CMRR et centre mémoire) prescrivaient majoritairement ces traitements. Parmi eux, 94% déclaraient prescrire régulièrement des IAChE et 89% de la mémantine. Selon eux, peu d'effets secondaires existaient et 87,4% estimaient que l'image négative de ces médicaments était injustifiée (24). D'autres études montrent un intérêt du traitement dans la maladie d'Alzheimer (25), et ont démontré sur des essais contrôlés randomisés un léger bénéfice symptomatique significatif sur 30 à 40% des patients (26). Une efficacité à court terme des IAChE est

retrouvée sur des critères cognitifs, fonctionnels et dans l'évaluation globale du patient. A long terme, on retrouve un effet sur le ralentissement du déclin cognitif (MMSE) de façon modeste (24). La Fédération Nationale des CMRR recommande également ces traitements lorsqu'il existe des symptômes psycho-comportementaux (26) : une revue de la littérature suggère de les prescrire avant l'usage de psychotrope. La prescription de traitement spécifique de la maladie d'Alzheimer permettrait de diminuer la posologie et la durée de prescription des psychotropes. En cas d'arrêt des IAChE, l'apparition ou la réapparition de troubles du comportement a été rapportée. Les IAChE seraient plus efficaces sur la dépression, l'apathie et les comportements moteurs aberrants, la mémantine, plus efficace sur l'agitation et l'irritabilité (14).

Un traitement devrait donc être proposé aux patients atteints de maladie d'Alzheimer, quel que soit l'âge ou le stade de la maladie (hormis le stade très sévère) une fois le diagnostic annoncé, après discussion avec le patient et son entourage (26)

Avant d'instaurer ces traitements, la décision doit reposer sur l'évaluation de la balance bénéfice/risque (27). Les IAChE ont des effets secondaires sur le système cardiovasculaire (bradycardie, syncope), sur le système nerveux central et digestifs. La mémantine a plutôt une bonne tolérance. La prescription doit être réévaluée régulièrement, en fonction du patient, de sa tolérance et du bénéfice apporté ou non (28), à 6 mois, puis au-delà de un an, la commission de la transparence recommande que la poursuite soit décidée de manière pluridisciplinaire (25). Les causes d'arrêt de traitement ne doivent pas reposer seulement sur des critères telles que le score au MMSE, l'âge, l'entrée en institution mais en tenant compte du contexte global du patient (1).

Il existait dans notre étude, une grande disparité entre les médecins sur le recours aux thérapeutiques médicamenteuses. Le sujet étant débattu actuellement avec des propositions de déremboursement, cela peut emmener les médecins à ne pas traiter. L'HAS estime qu'il n'apporterait qu'un faible bénéfice clinique à court terme. Cependant, leur prescription favoriserait le suivi et la prise en charge du patient à long terme (28). En revanche, la justification de ne pas traiter doit pouvoir être retrouvé dans tout dossier. Dans notre étude, les explications ne faisaient pas partie des contre-indications à prescrire (27).

Concernant les indications de traitement, la mémantine n'était pas prescrite selon l'AMM chez 2 patients (MMS supérieur à 20), et 2 traités par un IAChE avait un MMS supérieur à 26, 1 avait une bithérapie, non recommandé en absence de données (1). Parmi les indications de traitement, les diagnostics retrouvés étaient hétérogènes, correctes (maladie d'Alzheimer, démence mixte), d'autres non informatifs, où aucun diagnostic étiologique n'était posé (« fragilité cognitive »).

3-5 Aide non médicamenteuse

Globalement, les aides étaient proposées de manière adéquate, souvent de manière proactive. Nous avons pris en compte seulement les propositions retrouvées dans le courrier. Certains patients avaient déjà des aides mis en place, ce qui est à intégrer dans l'interprétation de nos résultats. Nous avons surtout cherché à savoir si en fonction de certaines données dans le courrier, comme la participation aux ADL ou l'épuisement de l'aidant, cela engendrait de la part des médecins des propositions de prise en charge non médicamenteuses.

Certains facteurs influençaient le recours à une aide ou une autre. Par exemple, des aides étaient systématiquement proposées lorsque l'aidant participait aux ADL (SAD/SSIAD et accueil de jour). Des aides étaient plus proposées lorsqu'il y avait un épuisement de l'aidant comme les SAD/SSIAD, l'accueil de jour et l'EHPAD.

La prescription d'ESA était très peu retrouvée, celle-ci était hétérogène en fonction des médecins. Le plan Alzheimer 2008-2012 a permis la création d'ESA (15) (psychomotricien, ergothérapeute, psychologues, orthophonies formés à la réadaptation, stimulation et accompagnement), intervenant sur prescription médicale, pour les stades légers ou modérés, avec une répercussion sur la vie quotidienne (1).

L'accueil de jour, l'hébergement temporaire et les services d'aides à domicile sont des solutions permettant de soulager l'aidant et de diminuer son fardeau (29). Des plateformes de répit ont été mis en place suite au plan Alzheimer 2008-2012 afin de soulager l'aidant dans certains départements, faisant encore défaut dans certaines régions (1,30). Celle-ci n'était pas retrouvé dans les courriers. Cependant une telle structure existe en Côte d'Or : la PRAPAD (Plateforme de Répit Alzheimer pour Personnes A Domicile), crée en 2009.

D'autres prise en charge paraissent essentielles comme la prise en charge psychologique, nécessitant l'adhésion du patient, qui peut être proposé à chaque consultation pour le patient ou son aidant (1). L'orthophonie, non retrouvé dans notre étude, est également intéressante car elle permet aux patients d'améliorer ses fonctions de communication. Elle est particulièrement recommandée lorsque l'atteinte du langage est au premier plan (1). Cependant, aucune étude valide sur les interventions psychosociales à ce jour ont montré une efficacité sur l'autonomie et la qualité de vie des personnes (31).

3-6 Aidant

La recherche du vécu de l'aidant était globalement non satisfaisante dans le courrier. A priori, s'il existait un épuisement, l'information était correctement retranscrite dans le courrier par les

médecins.

Les déterminants de l'épuisement de l'aidant retrouvés étaient les mêmes que ceux de la citation dans le courrier d'un épuisement (troubles du comportement du patient et participation aux ADL de l'aidant), excepté pour l'atteinte du stade de la maladie. Ce résultat parait logique puisque les médecins notifiaient plus souvent les signes positifs. Le lieu d'habitation de l'aidant n'influençait pas le risque d'épuisement.

Les déterminants de l'épuisement de l'aidant étaient comparables aux facteurs de risques retrouvés dans d'autres études. L'étude REAL.FR a identifié le sexe féminin, la présence d'aide médicale, le nombre de tache d'aides effectués par l'aidant ≥ à 3, le stade sévère de la maladie et la présence de trouble du comportement (32,33) comme facteurs de risque (11,34). Il faut savoir qu'en France, 70 % des aidants passent plus de six heures par jour à s'occuper de la personne malade (7,30). Une étude remarquait que la saturation de l'aidant était plus élevée lorsque il devait arrêter ses propres activités pour s'occuper de son proche, qu'il avait l'impression de ne plus avoir de moment de détente et que toutes ses occupations étaient centrées sur les soins de la personne malade (35). De plus, lorsque le diagnostic était fait tardivement, au stade sévère de la maladie, le risque d'épuisement de l'aidant était plus fréquent, la recherche du vécu doit être encore plus accrue (16). L'échelle de Zarit est un outil permettant d'évaluer ce risque ou le « fardeau de l'aidant » (1). L'HAS recommande de rechercher une fatigue de l'aidant à tout moment du suivi de la personne malade (9), d'autant plus que les répercussions sur la santé de l'aidant sont nombreuses. En France, 17 à 35% des aidants présentent un état dépressif, le risque de mortalité est majoré de 50 à 63% pour le conjoint, par rapport à un sujet du même âge vivant avec une personne en bonne santé (36).

La prise en charge des aidants est complexe et multidisciplinaire. Le recours aux plateformes gérontologiques est primordial car le personnel est formé aux problématiques spécifiques des aidants. Devant la présence de facteur de risque, proposer un soutien psychologique parait essentiel pour éviter un épuisement physique et psychique, pouvant aboutir à une rupture familiale, une entrée en institution en situation d'urgence, ajouté à des sentiments de culpabilité de l'entourage (37). Devant une souffrance psychologique de l'aidant, une prise en charge spécifique doit être mis en place, d'autant plus qu'elle peut être un facteur de risque de maltraitance du patient (1). Dès lors qu'il existe des troubles du comportement, une information devrait être donnée à l'aidant sur les structures et les aides.

Le médecin généraliste de l'aidant doit être intégré dans cette prise en charge, et cela passe par une bonne communication entre l'ensemble des intervenants (9). Le but étant de promouvoir une prise en charge globale, cohérente et de qualité de l'aidant et de l'aidé (38).

4- Conclusion : Plan d'amélioration

Cette étude a permis de mettre en évidence qu'il existait un défaut de courrier au niveau des informations retranscrites. Globalement, lorsque l'information n'était pas citée dans le courrier, c'est

qu'il n'y avait pas d'anomalie, contrairement à l'inverse qui était plutôt bien retrouvé. Le risque de ne pas tout inscrire est que certains patients passent au travers et que la prise en charge du patient et de l'aidant en soit altéré.

Pour améliorer la qualité des informations, un courrier standardisé pourrait être réalisé permettant de notifier les informations utiles, positives comme négatives. Le compte-rendu type de la circulaire concernant les CM2R pourrait être une trame de ce que devrait comporter le courrier (8).

Devant le faible taux de diagnostic correctement exprimé selon le DSM en vigueur, et suite à l'actualisation récente de celui-ci, il semble important de faire un rappel d'information sur le DSM 5.

Concernant l'aidant, il semble important de notifier sa présence en consultation, afin de savoir qui dans l'entourage a reçu les informations médicales, de décrire son implication dans les soins et de rechercher un éventuel épuisement, notamment en présence de facteur de risque.

Enfin, un audit de contrôle après amélioration de ces différents points pour réévaluer la qualité des courriers pourrait être réalisé à distance.

UNIVERSITE DE BOURGOGNE

THESE SOUTENUE PAR Bénédicte PLANEL.

CONCLUSIONS

Malgré les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) pour qu'un diagnostic soit fait rapidement, selon le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) 4 révisé (en vigueur au moment de l'étude), cette étude montre que la qualité de rédaction des courriers n'est pas en accord. Sur les 145 courriers analysés, les diagnostics sont correctement exprimés pour seulement 34.5 %. Les patients étaient peu traités (à 62.2 %) et l'absence de traitement était peu explicitée. Les informations étaient mieux retranscrites dans le courrier en cas de signes positifs par rapport aux signes négatifs. Par exemple, sur les 24 troubles du comportement, 21 étaient cités dans le courrier (87,5%). Le principal déterminant de la qualité des courriers est le médecin : un effet médecin a été mis en évidence concernant le diagnostic étiologique (11,1-100%, $p < 0,0001$), les traitements médicamenteux (8-66%, $p<0,0001$), et la prescription d'Equipe Spécialisé Alzheimer (ESA) (0-25%, $p = 0,02$). Le vécu de l'aidant était recherché dans 22 courriers (15,3%). Ces résultats sont à nuancer car il est classique que la qualité de prise en charge soit insuffisamment retranscrite dans les courriers médicaux.

L'épuisement de l'aidant était plus cité dans le courrier lorsque l'aidant participait aux Activities of daily living (ADL) (40 contre 9,7%) et qu'il existait des troubles du comportement chez le patient (41,7 contre 8,3%). Les mêmes déterminants étaient retrouvés de manière significative concernant l'épuisement propre de l'aidant, la sévérité de l'atteinte cognitive en faisant partie également.

Afin d'améliorer les pratiques professionnelles, un courrier type pourrait être proposé afin de recueillir toutes les informations utiles pour le suivi, même négatives. A l'occasion de la nouvelle version du DSM (n°5) ainsi que de la nomenclature de la Banque Nationale Alzheimer (BNA), une formation des médecins consultants pourrait permettre une meilleure qualité de rédaction des courriers qui passent par une meilleure expression de la conclusion diagnostique. Une attention particulière devrait être accordé à l'aidant lors de la présence de certains déterminants d'épuisement. Un audit de contrôle devra être réalisé à distance.

Le Président du jury,

Pr. P. JOUANNY

Vu et permis d'imprimer

Dijon, le 11 avril 2017

Le Doyen

Pr. F.HUET

Bibliographie

1. Haute Autorité de Santé - Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge, Recommandations 2011.

2. Sarazin M. Démences dégénératives. EMC - AKOS (Traité de Médecine) 2012;7(1):1-6 (Article 5-0900)

3. Sarazin M., Lagarde J., Roué-Jagot C. Maladie d'Alzheimer. EMC - Psychiatrie 2016;14(2):1-15 (Article 37-540-B-30).

4. Dartigues J-F, Helmer C, Letenneur L, Péres K, Amieva H, Auriacombe S, et al. Paquid 2012 : illustration et bilan. Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Vieil. 1 sept 2012;10(3):325‑31.

5. Thomas P, Novartis, France Alzheimer. L'entourage familial des patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Etude PIXEL. Ruel-Malmaison; Novartis; France Alzheimer. 2002. Disponible sur: http://www.proximologie.com/globalassets/proximologie2/pdf/etudes/brochure-pixel-18-04-06.pdf

6. Duport N., Boussac-Zarebska M., Develay A.E., Grémy I. Maladie d'Alzheimer et démences apparentées : taux d'ALD de patients hospitalisés et de mortalité en France métropolitaine, 2007 et 2010. Bull Épidémiologique Hebd. 2013;(30):361-368.

7. Amieva H, Rullier L, Bouisson J, Dartigues J-F, Dubois O, Salamon R. Attentes et besoins des aidants de personnes souffrant de maladie d'Alzheimer. Rev d'Épidémiologie Santé Publique. juin 2012;60(3):231‑8.

8. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. France. 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. Bulletin officiel du 15 Décembre 2011;11:137-147

9. Haute Autorité de Santé. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : suivi médical des aidants naturels. Février 2010.

10. Confédération des organisations familiales de l'Union européenne [COFACE]. Charte européenne de l'aidant familial 2007. Disponible sur: http://coface-eu.org/en/upload/07_Publications/COFACE-Disability%20CharterFR.pdf

11. Andrieu S, Balardy L, Gillette-Guyonnet S, Bocquet H, Cantet C, Albarède JL, et al. Charge ressentie par les aidants informels de patients atteints de la maladie d'Alzheimer au sein de l'étude REAL.FR méthode de mesure et facteurs associés. Rev Médecine Interne. 24(S3):351‑9.

12. Brodaty H, Donkin M. Family caregivers of people with dementia. Dialogues Clin Neurosci. juin 2009;11(2):217‑28.

13. Rondeau V, Allain H, Bakchine S, Bonet P, Brudon F, Chauplannaz G, et al. General practice based intervention to suspect and to detect dementia in France : a cluster randomised controlled study. Dementia. nov 2008;7(4):433‑50.

14. Gauthier S, Cummings J, Ballard C, Brodaty H, Grossberg G, Robert P, et al. Management of behavioral problems in Alzheimer's disease. Int Psychogeriatr. mai 2010;22(3):346‑72.

15. Plan Alzheimer 2008-2012 - 44 mesures. Disponible sur le site : www.plan-alzheimer.gouv.fr.

16. Haute Autorité de Santé. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : annonce et accompagnement du diagnostic. sept. 2009.

17. Pérès K, Edjolo A, Amieva H, Dartigues J-F. La dépendance dans la vie quotidienne comme prédicteur de démence : synthèse de résultats obtenus à partir de données françaises. BEH. 20 sept 2016;(28-29):487‑92.

18. Calvet B, Clément J-P. DSM-5 et la psychiatrie de la personne âgée. Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Vieil. 1 mars 2014;12(1):52‑62.

19. Banque National Alzheimer. Disponible sur le site : www.innovationalzheimer.fr.

20. Bereau M, Sylvestre G, Mauny F, Puyraveau M, Baudier F, Magnin E, et al. Bilan de 10 ans de consultations mémoire en Franche-Comté : description et analyse de la base de données RAPID. Rev Neurol (Paris). sept 2015;171(8–9):655‑61.

21. Haute Autorité de Santé. Maladie d'Alzheimer : dispositif d'annonce du diagnostic et d'accompagnement. Avril 2012.

22. Thomas-Antérion C, Regetti I, Lemesle B, Foyatier-Michel N, Laurent B, Michel D. Consultation spécialisée de mémoire et prise en charge des syndromes démentiels. Rev Médecine Interne. 1 avr 1995;16(4):255‑9.

23. Gallez C. Rapport sur la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées. Paris, Assemblée nationale; 2005 juillet. Report No.: 2454/466. Disponible sur: http://www.assemblee-nationale.fr/

24. Hommet C, Novella J-L, Auriacombe S, Vercelletto M, Berrut G, Belliard S, et al. Les traitements symptomatiques dans la maladie d'Alzheimer en 2016 : à partir des Centres mémoire ressources recherche (CMRR) en France. Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Vieil. 1 sept 2016;14(3):274‑86.

25. Novella J-L, Morrone I, Bertholon L-A, Zylberberg M, Mahmoudi R. Intérêt du traitement dans la maladie d'Alzheimer. Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Vieil. 1 mars 2012;10(1):3‑8.

26. Fédération Nationale des Centres Mémoire de Ressources et de Recherche. Diagnostic et prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des pathologies apparentées. Recommandations juin 2012. Disponible sur le site: www.fcmrr.fr/documents.php?rub=2

27. VIDAL 2017. Le Dictionnaire. 93e éd. Lavoisier; 2017.

28. Haute Autorité de Santé. Place des médicaments du traitement symptomatique de la maladie d'Alzheimer. Bon usage du médicament.

29. Al Aloucy MJ, Roudier M. Impact de la prise en charge en hôpital de jour des patients déments sur l'état psychologique des aidants familiaux. NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie. oct 2004;4(23):54‑7.

30. Pongan E, Arnaud J, Rosse F, Berlière-Merlin N, Coste M-H, Krolak-Salmon P, et al. Expérience d'un dispositif spécialisé dans la prise en soin des aidants de patients atteints de maladie d'Alzheimer et maladies apparentées. NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie. févr 2015;15(85):36‑43.

31. Charras K, Gzil F, Reintjens C, Frémontier M. Évaluation des interventions psychosociales

pour la maladie d'Alzheimer : quelles leçons tirer des méta-analyses de la Cochrane Library ? Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Vieil. 1 mars 2016;14(1):104‑14.

32. Black W, Osvaldo P. A systematic review of the association between the behavioral and psychological symptoms of dementia and burden of care. Int Psychogeriatr. (16):295‑315.

33. Farran CJ, Keane-Hagerty E, Tatarowicz L, Scorza E. Dementia Care-Receiver Needs and their Impact on Caregivers. Clin Nurs Res. 1 févr 1993;2(1):86‑97.

34. Iavarone A, Ziello AR, Pastore F, Fasanaro AM, Poderico C. Caregiver burden and coping strategies in caregivers of patients with Alzheimer's disease. Neuropsychiatr Dis Treat. 29 juill 2014;10:1407‑13.

35. Antoine P, Quandalle S, Christophe V. Vivre avec un proche malade : évaluation des dimensions positive et négative de l'expérience des aidants naturels. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. mai 2010;168(4):273‑82.

36. Monfort J, Neiss M, Rabier P, Hervy M-P. Alzheimer, famille, institution. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. nov 2006;164(9):726‑31.

37. Bouati N, Sagne A, Hunsicker M, Gavazzi G, Couturier P. L'épuisement des aidants familiaux : une crise intrafamiliale masquée ? Approche psychodynamique et systémique. Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Vieil. 1 mars 2016;14(1):67‑76.

38. Priol LL, Chambelland D, Connan L, Etcharry-Bouyx F, Huez JF. Approche qualitative de la prise en charge des aidants-conjoints de malades Alzheimer. Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Vieil. 1 juin 2014;12(2):155‑62.

Annexe

Annexe 1 : DSM 4-TR et DSM 5

DSM-IV

Démences
- Démence de Alzheimer
- Démence vasculaire
- Démence due à d'autres affections générales
- Démence persistante induite par une substance
- Démence due à des étiologies multiples
- Démence non spécifiée

Troubles Amnésiques
- Critères diagnostiques du tr amnésiques
- Tr amnésique persistant induite par une substance
- Tr amnésique non spécifié

Autres troubles cognitifs
- Tr cognitif non spécifié

DSM-5

- **Troubles Neurocognitifs Majeurs et Légers**
  - Troubles Neurocognitifs Majeurs
  - Troubles Neurocognitifs Légers
  - TNC majeurs ou légers dû à la maladie d'Alzheimer
  - TNC majeurs ou légers Fronto-Temporaux
  - TNC majeurs ou légers avec corps de Lewy
  - TNC majeurs ou légers Vasculaires
  - TNC majeurs ou légers dû à un Traumatisme crânien
  - TNC majeurs ou légers dû à substance/médicament
  - TNC majeurs ou légers dû à une infection HIV
  - TNC majeurs ou légers dû à une maladie à prions
  - TNC majeurs ou légers dû à la maladie de Parkinson
  - TNC majeurs ou légers dû à la maladie de Huntington
  - TNC majeurs ou légers dû à d'autres affections médicales
  - TNC majeurs ou légers dû à des étiologies multiples
  - TNC majeurs ou légers non spécifié

Dr Catherine Belin, Maladie d'Alzheimer et Troubles Neurocognitifs, Grande Soirée de Formation Médicale Continue, Délégation Régionale Ile de France de la Société Française de Radiologie « Troubles cognitifs : Démence / Alzheimer », Paris, Jeudi 13 février 2014

DÉFINITION DSM V

Trouble neuro-cognitif léger (ex MCI)

- A. Présence d'un déclin cognitif modéré à partir d'un niveau antérieur de performance dans un ou plusieurs domaines de la cognition (attention complexe, fonctions exécutives, apprentissage et mémoire, langage, cognition perceptivo-motrice ou sociale) basé sur :
  - 1. la perception par le patient, un informant fiable ou le clinicien, d'un léger déclin cognitif ;
  - 2. l'existence d'une diminution modérée des performances cognitives, préférablement documentée par des examens neuropsychologiques standardisés ou, à défaut, par une autre évaluation clinique quantitative.
- B. Les déficits cognitifs n'interfèrent pas avec l'autonomie dans la vie quotidienne (c'est-à-dire les IADL comme payer ses factures ou ses médicaments sont préservés, mais nécessitent un plus grand effort, des stratégies compensatrices ou un ajustement).
- C. Les déficits cognitifs ne surviennent pas uniquement dans le contexte d'un syndrome confusionnel
- D. Les déficits cognitifs ne sont pas mieux expliqués par une autre affection mentale (par exemple, épisode dépressif majeur, schizophrénie).

Trouble neurocognitif majeur

- A. Présence d'un déclin cognitif significatif à partir d'un niveau antérieur de performance dans un ou plusieurs domaines de la cognition (attention complexe, fonctions exécutives, apprentissage et mémoire, langage, cognition perceptivo-motrice ou sociale) basé sur :
  - 1. la perception par le patient, un informant fiable ou le clinicien, d'un déclin cognitif significatif ;
  - 2. l'existence d'une diminution importante des performances cognitives, préférablement documentée par des examens neuropsychologiques standardisés ou, à défaut, par une autre évaluation clinique quantitative.
- B. Le déclin cognitif retentit sur l'autonomie dans les activités quotidiennes
  - au minimum une assistance dans les activités instrumentales complexes
  - comme payer ses factures ou gérer ses médicaments
- C. Les déficits cognitifs ne surviennent pas uniquement dans le contexte d'un syndrome confusionnel
- D. Les déficits cognitifs ne sont pas mieux expliqués par une autre affection mentale
  - (par exemple épisode dépressif majeur, schizophrénie).

Derouesne Ch, Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil 2013 ; 11 (4) : 403-15

Annexe 2 : Tableau IV- Synthèse de l'effet médecin

	n	min	max	p
		%	%	
Diagnostic étiologique	54	11,1	100	<0,0001
PATIENT SUIVI				
Traitement médicamenteux	34	8	66,7	0,006
Aide extérieure existante	87	22,2	90	0,07
Aide extérieure cité	97	30	90	0,01
AIDANT PRINCIPAL				
Aide aux soins citée	82	30	72	0,57
Epuisement cité	20	0	33,3	0,26
PROPOSITION				
Aides proposées	117	60	100	0,3
SAD SSIAD	55	25	87,5	0,4
ADJ	33	0	53,8	0,16
ESA	8	0	25	0,02
EHPAD	26	8	40	0,5

SAD/SSIAD : Service d'Aide à Domicile/ Service de soins infirmiers à domicile ; ADJ : Accueil de jour ; ESA : Equipe Spécialisé Alzheimer ; EHPAD : Etablissement hospitalier Personnes Agées Dépendantes

Annexe 3 : Tableau V - Effet médecin

	Med 1		Med 2		Med 3		Med 4		Med 5		Med 6		Med 7		Med 8		Med 9		Med 10	
	n=9	%	n=14	%	n=16	%	n=10	%	n=25	%	n=12	%	n=10	%	n=10	%	n=13	%	n=25	%
Nombre courrier (n=145)	9	6,3	14	9,7	16	11,1	10	6,9	25	17,4	12	8,3	10	6,9	10	6,9	13	9	25	17,4
Diagnostic DSM 4-TR	1	11,1	5	35,7	7	43,8	5	50	6	24	12	100	7	70	4	40	4	30,8	3	12
Traitement spécifique	1	11,1	4	28,6	5	31,3	3	30	2	8	8	66,7	4	40	3	15,4	2	15,4	2	8
Aide extérieure existante	2	22,2	6	42,9	8	50	5	50	17	68	9	75	9	90	8	80	9	69,2	14	56
Aide extérieure citée	6	66,7	6	42,8	7	43,8	6	60	20	80	9	75	9	90	3	30	10	76,9	20	80
Aide aux soins citée	5	55,6	7	53,8	10	62,5	4/7	40	18	72	8	66,7	6	60	3	30	8	61,5	13	52
Epuisement cité	3	33,3	1	7,7	1	6,3	2	20	3	12	3	25	1	10	0	0	4	30,8	2	8
Aide proposée: SAD SSIAD	7/8	87,5	5/10	50	7/13	53,8	4/7	57,1	9/20	45	5/9	55,5	2/8	25	2/6	33,3	3/11	27,3	11/25	44
Aide proposée: ADJ	1/8	12,5	2/10	20	7/13	53,8	3/7	42,8	3/20	15	3/9	33,3	4/8	50	0/6	0	2/11	18,2	8/25	32
Aide proposée: ESA	0	0	0	0	0	0	2	20	0	0	3	25	0	0	0	0	0	0	3	12
Aide proposée: EHPAD	1	11,1	3	21,4	2	12,5	2	20	2	8	4	33,3	4	40	2	20	3	23,1	3	12

SAD/SSIAD : Service d'Aide à Domicile/ Service de soins infirmiers à domicile ; ADJ : Accueil de jour ; ESA : Equipe Spécialisé Alzheimer ; EHPAD : Etablissement hospitalier Personnes Agées Dépendantes

Annexe 4 : Tableau VI Déterminants de l'épuisement des aidants et de la citation dans le courrier

		Epuisement aidant présence	Epuisement aidant cité
Aidant participe ADL (n=20)	n	7	8
	%	35	40
	p	0,02	0,001
Aidant ne participe pas aux ADL (n=124)	n	17	12
	%	13,7	9,7
	p	0,02	0,001
Troubles du comportement (n= 24)	n	12	10
	%	50	41,7
	p	<0,0001	<0,0001
Troubles du comportement productifs (n=17)	n	11	8
	%	64,7	47,1
	p	<0,0001	<0,0001
Troubles du comportement régressifs (n=7)	n	1	2
	%	14,3	28,6
	p	<0,0001	<0,0001
Absence de troubles du comportement (n=120)	n	12	10
	%	10	8,3
	p	<0,0001	<0,0001
Présence à domicile de l'aidant (n=88)	n	18	15
	%	20,4	20,5
	p	0,13	0,17
Pas de présence à domicile de l'aidant(n=56)	n	6	5
	%	10,7	8,9
	p	0,13	0,17

ADL : Activities of daily living

Annexe 5 : Tableau VII Prise en charge non médicamenteuse

		Participe ADL (n=20)	Ne participe pas ADL (n=124)	Participe IADL (n=94)	Ne participe pas IADL (n=49)	Epuisement présence (n=24)	Absence épuisement (n=120)
Aide proposée	n	20	98	81	37	23	95
	%	100	79	86,2	75,5	95,9	79,2
	p	0,02		0,11		0,05	
SAD SSIAD	n	14	41/98	41/81	14/37	16/23	39/95
	%	70	41,8	50,6	37,8	69,6	41,1
	p	0,02		0,2		0,01	
ADJ	n	9	24/98	28/81	5/37	12/23	21/95
	%	45	24,5	34,6	13,5	52,2	22,1
	p	0,06		0,02		0,004	
EHPAD	n	4	101	20	7	11	16
	%	20	18,5	21,3	14,3	45,9	13,3
	p	0,9		0,3		0,0002	
Psychologue	n	2	11/98	12/81	1/37	4/23	9/95
	%	10	11,2	14,8	2,7	17,4	9,5
	p	0,9		0,05		0,3	
ESA	n	1	7	6	2	3	5
	%	5	5,6	6,4	4,1	12,5	4,2
	p	0,91		0,6		0,1	

SAD/SSIAD : Service d'Aide à Domicile/ Service de soins infirmiers à domicile ; ADJ : Accueil de jour ; ESA : Equipe Spécialisé Alzheimer ; EHPAD : Etablissement hospitalier Personnes Agées Dépendantes

Université de Bourgogne

UFR des Sciences de Santé

Circonscription Médecine

TITRE DE LA THESE : EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES : QUALITE DE REDACTION DES COURRIERS DE CONSULTATION MEMOIRE SUR LE SITE DE CHAMPMAILLOT-CHU DIJON. FOCUS SUR LES DETERMINANTS DE L'EPUISEMENT DE L'AIDANT.

AUTEUR : PLANEL BENEDICTE

RESUME :

Objectif : Evaluer la qualité de rédaction des courriers de consultation mémoire gériatrique du CHU de Dijon. Les déterminants d'un éventuel épuisement de l'aidant et de sa citation dans le courrier ont été recherché.

Méthodologie : Une évaluation des pratiques professionnelles, descriptive, rétrospective et monocentrique a été réalisée. Les critères d'inclusions étaient les courriers de consultations mémoires du 01/07/2015 au 30/09/2015, de Champmaillot au CHU de Dijon, patients âgés de 70 ans et plus, vivant au domicile, et venant pour troubles neurocognitifs. Une grille de recueil de données a permis de collecter les informations, une analyse descriptive et inférentielle a été réalisé.

Résultats : Sur les 145 courriers inclus, les diagnostics étaient en accord avec le DSM-4-TR dans 37,9% des cas (n=55). Lorsque l'information était présente dans le dossier de manière positive (diagnostic, trouble du comportement, aide extérieure), l'information était plus citée dans le courrier que si elle était absente, de manière significative : trouble du comportement cité dans 87,5% (n=21/24) contre 6,6% (n=8/121), p<0,0001 ; épuisement de l'aidant cité dans 66,7% (n=16/24) versus 3,3% (n=4/120), p<0,0001. Il existait un effet médecin significatif pour le diagnostic étiologique correctement cité ([11,1%- 100%], p<0,0001), la présence d'un traitement spécifique ([8%-66,7%], p=0,006, et l'ESA (0%-25%, p=0,02). L'épuisement était plus fréquent pour un stade sévère, lorsqu'il y avait des troubles du comportements (12 patients sur les 24 (50%) contre 12 sur 120 n'ayant pas de trouble (10%), p< 0,0001) et quand l'aidant participaient aux ADL (7 épuisés sur les 20 (35%) contre 7 sur 124 n'y participant pas (13,7%), de manière significative (p=0,02). Cette information était également plus citée dans le courrier lorsque ces deux derniers critères étaient positifs.

Conclusion : L'information était mieux retranscrite dans le courrier lors de signes positifs que négatifs. Les diagnostics, souvent manquants étaient peu exprimés avec le DSM-4-TR. L'épuisement de l'aidant était insuffisamment recherché. Un courrier type pourrait améliorer la traçabilité des données avec une formation sur le DSM-5.

MOTS-CLES : TROUBLE NEUROCOGNITIF- MALADIE D'ALZHEIMER – AIDANTS NATURELS – CONSULTATION MEMOIRE- ÉVALUATION DE LA QUALITE DES SOINS DE SANTE