



HAL
open science

Difficultés de prise en charge par le médecin généraliste des personnes âgées en situation médicale et psycho-sociale complexe : état des lieux à propos d'une enquête à Grenoble, Annecy et Roanne

Lucie Bosson

► To cite this version:

Lucie Bosson. Difficultés de prise en charge par le médecin généraliste des personnes âgées en situation médicale et psycho-sociale complexe : état des lieux à propos d'une enquête à Grenoble, Annecy et Roanne. Médecine humaine et pathologie. 2011. dumas-00619120

HAL Id: dumas-00619120

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00619120v1>

Submitted on 5 Sep 2011

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

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

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE MEDECINE GRENOBLE

Année 2011

N°

**DIFFICULTÉS DE PRISE EN CHARGE PAR LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE
DES PERSONNES ÂGÉES EN SITUATION MÉDICALE
ET PSYCHO-SOCIALE COMPLEXE
ÉTAT DES LIEUX A PROPOS D'UNE ENQUÊTE A GRENOBLE, ANNECY
ET ROANNE**

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE
DIPLOME D'ÉTAT

Lucie BOSSON

Née le 16 décembre 1983

A Grenoble

Thèse soutenue publiquement à la faculté de médecine de Grenoble*

Le 26 mai 2011

Devant le jury composé de :

Monsieur le Professeur Pascal COUTURIER, Président du jury et Directeur de thèse

Madame le Professeur Françoise CARPENTIER

Monsieur le Professeur Gérard ESTURILLO

Madame le Docteur Odile CEZARD

** La Faculté de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.*

LISTE DES PROFESSEURS D'UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

ALBALADEJO Pierre	ANESTHESIE - REANIMATIONS
ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	CLINIQUE DE CHIRURGIE ET DE L'URGENCE
BACONNIER Pierre	BIostatISTIQUES ET INFORMATIQUE MEDICALE
BAGUET Jean-Philippe	CARDIOLOGIE / HYPERTENSION ARTERIELLE
BALOSSO Jacques	RADIOTHERAPIE CANCEROLOGIE
BARRET Luc	MEDECINE LEGALE
BAUDAIN Philippe	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
BEANI Jean-Claude	DERMATOLOGIE-VENEREEOLOGIE
BENHAMOU Pierre Yves	ENDOCRINO DIABETO
BERGER François	CANCEROLOGIE
BLIN Dominique	CHIRURGIE CARDIAQUE
BOLLA Michel	CANCEROLOGIE
BONAZ Bruno	HEPATO-GASTRO- ENTEROLOGIE
BOSSON Jean-Luc	SANTE PUBLIQUE
BOUGEROL Thierry	PSYCHIATRIE
BRAMBILLA Elisabeth	ANATOMIE & CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
BRAMBILLA Christian	PNEUMOLOGIE
BRICHON Pierre-Yves	CHIRURGIE VASCULAIRE ET THORACIQUE
BRIX Muriel	CHIR. MAXILLO-FACIALE
CAHN Jean-Yves	CANCEROLOGIE
CARPENTIER Patrick	MEDECINE VASCULAIRE
CARPENTIER Françoise	SAMU
CESBRON Jean-Yves	IMMUNOLOGIE
CHABARDES Stephan	NEUROCHIRURGIE
CHABRE Olivier	ENDOCRINOLOGIE
CHAFFANJON Philippe	CHIRURGIE THORACIQUE, VASCULAIRE ET ENDOCRINIENNE
CHAVANON Olivier	CHIRURGIE CARDIAQUE
CHIQUET Christophe	OPHTALMOLOGIE
CHIROSEL Jean-Paul	ANATOMIE
CINQUIN Philippe	SANTE PUBLIQUE
COHEN Olivier	DELEGATION - HC FORUM (création entreprise)
COUTURIER Pascal	GERIATRIE
CRACOWSKI Jean-Luc	PHARMACOLOGIE
DE GAUDEMARIS Régis	MEDECINE & SANTE DU TRAVAIL
DEBILLON Thierry	PEDIATRIE
DEMATTEIS Maurice	Médecine légale et d'Addictologie
DEMONGEOT Jacques	SANTE PUBLIQUE
DESCOTES Jean-Luc	UROLOGIE
ESTEVE François	Dir. Equipe 6 U836 - ID17 /ESRF Grenoble Institut des Neurosciences
FAGRET Daniel	MEDECINE NUCLEAIRE
FAUCHERON Jean-Luc	CHIRURGIE DIGESTIVE ET DE L'URGENCE
FAVROT Marie Christine	BIOLOGIE INTEGREE / CANCEROLOGIE
FERRETTI Gilbert	RADIOLOGIE & IMAGERIE MEDICALE
FEUERSTEIN Claude	GIN
FONTAINE Eric	CLINIQUE NUTRITION ARTIFICIELLE
FRANCOIS Patrice	VEILLE SANITAIRE SANTE PUBLIQUE
GARNIER Philippe	PEDIATRIE
GAUDIN Philippe	RHUMATOLOGIE
GAY Emmanuel	NEUROCHIRURGIE
GRIFFET Jacques	CHIRURGIE INFANTILE
HALIMI Serge	DIABETOLOGIE
HOMMEL Marc	NEUROLOGIE
JOUK Pierre-Simon	GENETIQUE ET PROCREATION

JUVIN Robert
KAHANE Philippe
KRACK Paul
KRAINIK Alexandre
LANTUEJOUL Sylvie
LE BAS Jean-François
LEBEAU Jacques
LECCIA Marie-Thérèse
LEROUX Dominique
LEROY Vincent
LETOUBLON Christian
LEVY Patrick
LUNARDI Joël
MACHECOURT Jacques
MAGNE Jean-Luc
MAITRE Anne

MASSOT Christian
MAURIN Max

MERLOZ Philippe
MORAND Patrice
MORO-SIBILOT Denis
MOUSSEAU Mireille
MOUTET François
PASSAGIA Jean-Guy
PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François
PELLOUX Hervé
PEPIN Jean-Louis
PERENNOU Dominique
PERNOD Gilles
PIOLAT Christian
PISON Christophe
PLANTAZ Dominique
POLLAK Pierre
PONS Jean-Claude
RAMBEAUD J Jacques
REYT Emile
RIGHINI Christian
ROMANET J. Paul
SARAGAGLIA Dominique
SCHLATTNER Uwe
SCHMERBER Sébastien
SEIGNEURIN Daniel
SELE Bernard
SESSA Carmine
STAHL Jean-Paul
TIMSIT Jean-François
TONETTI Jérôme
TOUSSAINT Bertrand
VANZETTO Gérald
VUILLEZ Jean-Philippe
ZAOUI Philippe
ZARSKI Jean-Pierre

BLIN Dominique
BOLLA Michel
GARNIER Philippe
MOREL Françoise
SEIGNEURIN Jean-Marie

RHUMATOLOGIE
NEUROLOGIE
NEUROLOGIE
NEURORADIOLOGIE & IRM
ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
NEURORADIOLOGIE & IRM
CHIR. MAXILLO-FACIALE
DERMATOLOGIE
BIOLOGIE ET PATHOLOGIE DE LA CELLULE
HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE
CHIRURGIE DIGESTIVE & URGENCE
PHYSIOLOGIE
BIOCHIMIE
CARDIOLOGIE
CHIRURGIE VASCULAIRE & THORACIQUE
Médecine du travail EPSP/DPT DE BIOLOGIE
INTEGREE
MEDECINE INTERNE
DEPARTEMENT DES AGENTS INFECTIEUX /
BACTERIOLOGIE
ORTHOPEDIE TRAUMATOLOGIE
VIROLOGIE
PNEUMOLOGIE
ONCOLOGIE MEDICALE
CHIR. PLASTIQUE ET RECONSTRUCTRICE
NEUROCHIRURGIE
ANESTHESIE-REANIMATION
PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
PHYSIOLOGIE SOMMEIL
REEDUCATION & PHYSIOLOGIE
MEDECINE VASCULAIRE-
CHIRURGIE INFANTILE
PNEUMOLOGIE
PEDIATRIE
NEUROLOGIE
GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
UROLOGIE
O.R.L.
O.R.L.
OPHTALMOLOGIQUE
ORTHOPEDIE
UFR de BIOLOGIE
O.R.L.
ANATOMIE & CYTOLOGIE
GENETIQUE & PROCREATION
CHIRURGIE THORACIQUE VASCULAIRE
INFECTIOLOGIE
REANIMATION MEDICALE
ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE
BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
CARDIOLOGIE
BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE
NEPHROLOGIE
HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE

LISTE DES MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

BOTTARI Serge	Biologie Cellulaire
BOUTONNAT Jean	Département de Biologie et Pathologie de la Cellule
BRENIER-PINCHART M.Pierre	Parasitologie
BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
BRIOT Raphaël	Pole Urgence SAMU
CALLANAN-WILSON Mary	Génétique
CROIZE Jacques	Bactériologie-Virologie
DERANSART Colin	Neurologie LAPSEN
DETANTE Olivier	Clinique de Neurologie
DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
EYSSERIC Hélène	Médecine Légale
FAURE Anne-Karen	Département de génétique et procréation
FAURE Julien	Département de génétique et procréation
GARBAN Frédéric	Hématologie clinique
GAVAZZI Gaëtan	Médecine gériatrique et communautaire
GILLOIS Pierre	Information et informatique Médicale
GRAND Sylvie	Radiologie et Imagerie Médicale (I.R.M.)
HENNEBICQ Sylviane	Biologie du développement et de la reproduction
HOFFMANN Pascale	Gynécologie Obstétrique
JACQUOT Claude	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
LABARERE José	Dpt de veille sanitaire
LAPORTE François	Biochimie et Biologie Moléculaire
LARDY Bernard	Laboratoire d'enzymologie
LARRAT Sylvie	Département des agents infectieux
LAUNOIS-ROLLINAT Sandrine	Laboratoire d'exploration fonctionnelle cardio-respiratoire
MALLARET Marie-Reine	Epidémiologie, Hygiène hospitalière
MAUBON Danièle	Département des agents infectieux Parasitologie- Mycologie
MOREAU-GAUDRY Alexandre	Département d'innovations technologiques
MOUCHET Patrick	Physiologie
PACLET Marie-Hélène	Laboratoire de biologie et pathologie de la cellule
PALOMBI Olivier	Clinique de Neurochirurgie
PASQUIER Dominique	Anatomie et Cytologie Pathologiques
PELLETIER Laurent	Biologie Cellulaire
PAYSANT François	Clinique de médecine légale
RAY Pierre	Génétique. Biologie de la reproduction
RENVERSEZ J.Charles	Biochimie et Biologie Moléculaire
RIALLE Vincent	Information et informatique Médicale
SATRE Véronique	Génétique chromosomique
STANKE-LABESQUE Françoise	Laboratoire de Pharmacologie
STASIA Marie-Josée	Laboratoire de biologie et pathologie de la cellule
TAMISIER Renaud	Physiologie
WEIL Georges	Biostatistiques et Informatique Médicales

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Pascal Couturier,

Vous me faites l'honneur d'avoir dirigé cette thèse et d'en présider le jury. Je vous remercie pour votre disponibilité, votre écoute et vos conseils avisés. Veuillez trouver ici l'expression de toute ma reconnaissance et de mon profond respect.

A Madame le Professeur Françoise Carpentier,

Vous me faites l'honneur de participer à ce jury de thèse. Il y a un peu plus de trois ans je réalisais mes premiers pas d'interne dans votre service. Soyez assurée de mon admiration et de mon respect.

A Monsieur le Professeur Gérard Esturillo,

Vous me faites l'honneur de participer à ce jury. Veuillez en recevoir toute ma gratitude.

A Madame le Docteur Odile Cézard

Je te remercie d'avoir accepté d'être membre de ce jury. C'est dans ton service que j'ai découvert ma passion pour la gériatrie. Sois assurée de ma profonde reconnaissance.

A tous les médecins généralistes que j'ai sollicité et qui ont participé à ce travail.

A toute l'équipe de gériatrie du CHU de Grenoble.

A l'équipe du CIC, particulièrement Sylvie Rossignol et Sandrine Massicot.

A Fred et à notre fille, merci pour votre présence réconfortante, votre soutien quotidien et la vie qui s'annonce devant nous...

A mon père, merci pour ton aide précieuse et tes encouragements, c'est avec une certaine émotion que je deviens Docteur Bosson.

A ma mère, merci pour ton soutien, ton amour.

A toute ma famille, mes petits frères et sœur, mes grands parents, merci d'être là.

A Ines, merci de ton écoute durant toutes ces années.

Enfin j'adresse mes plus sincères remerciements à tous mes proches et amis, qui m'ont soutenue et encouragée au cours de ces années d'internat.

Merci à tous et à toutes.

SOMMAIRE

<u>ABRÉVIATIONS</u>	<u>8</u>
<u>INTRODUCTION</u>	<u>9</u>
<u>MATÉRIEL ET MÉTHODE</u>	<u>10</u>
1. Matériel	10
a. Type d'étude	10
b. Questionnaire	10
c. Objectifs	11
2. Méthodologie	11
<u>RÉSULTATS</u>	<u>12</u>
1. Participation à l'étude	12
2. Caractéristique des répondants	13
3. Spécificités de la prise en charge des personnes âgées	15
4. Rôle du médecin généraliste dans les soins aux personnes âgées	16
5. Réseau du médecin généraliste	18
a. Principaux partenaires	18
b. Coordination autour du patient	19
6. Difficultés dans les soins aux personnes âgées	19
a. Difficultés techniques	20
b. Pathologies qui posent des difficultés de prise en charge	20
c. Motifs des difficultés de prise en charge	21
d. Difficultés avec la personne âgée	21
7. Pratiques des médecins généralistes concernant la filière gériatrique	23
a. Connaissance de la filière gériatrique	23
b. Utilisation de la filière gériatrique	24
8. Soutien en milieu communautaire	25
a. Exemple de situations complexes ayant conduit à une hospitalisation aux urgences en dehors d'une situation médicale aiguë	25
b. Aides possibles	26
c. Attentes vis-à-vis de l'Unité Mobile de Gériatrie Extra Hospitalière (UMG ext)	27
d. Situations pour lesquelles une intervention à domicile de l'UMG ext est souhaitée	28

9. Proposition d'outils pour améliorer et faciliter la prise en charge des personnes âgées de plus de 75 ans en médecine générale : place des équipes mobiles	29
a. Acceptation d'une intervention à domicile de l'UMG ext par les patients	29
b. Présence du médecin traitant lors de l'intervention	29
c. Estimation du nombre de patient pouvant être signalé à l'UMG ext	30
d. Signalement	30
e. Moyen de communication	31
f. Délai de prise en charge	31
g. Dérives potentielles	32
<u>DISCUSSION</u>	<u>33</u>
1. Population étudiée	33
2. Synthèse des principales difficultés	33
3. Besoins et concordance avec l'unité mobile de gériatrie	35
4. Remplir la mission vis à vis du médecin traitant	35
5. Condition d'exercice de l'unité mobile	36
6. Inquiétude	37
7. Les limites de l'étude	37
8. Perspectives	37
<u>CONCLUSION</u>	<u>38</u>
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	<u>40</u>
<u>ANNEXES</u>	<u>44</u>
Annexe 1 : Questionnaire de thèse	45
Annexe 2 : Courrier de sensibilisation	48
Annexe 3 : Courrier de relance	49
<u>RÉSUMÉ</u>	<u>50</u>

ABRÉVIATIONS

DU : Diplôme Universitaire

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

FMC : Formation Médicale Continue

HAD : Hospitalisation à Domicile

UMG ext : Unité Mobile de Gériatrie Extra Hospitalière

USLD : Unité de Soins de Longue Durée

SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile

SSR : Soins de Suite et Réadaptation

INTRODUCTION

L'allongement actuel de l'espérance de vie et l'avancée en âge des générations du baby-boom entraîne une augmentation croissante du nombre de personnes âgées [1]. Le vieillissement de la population est associé à une augmentation des personnes âgées dépendantes [2]. La proportion de personnes âgées qui consultent les médecins généralistes est donc de plus en plus importante. Cette population se caractérise par son hétérogénéité sur le plan de l'état de santé, de l'autonomie, des capacités fonctionnelles et cognitives. Une part croissante de personnes âgées présente des problèmes médicaux complexes associés à de nombreuses co-morbidités, leur prise en charge pouvant poser des difficultés sur le plan médical, social et humain.

La politique actuelle d'aide au vieillissement pointe la nécessité d'améliorer la répartition des rôles entre les acteurs du parcours de soin et de mieux assurer la coordination autour du patient âgé [3,4,5]. Le Plan solidarité grand âge a pour objectif d'anticiper et d'adapter le dispositif de santé à la diversité des attentes et des besoins des personnes âgées [6].

Dans ce contexte, l'Agence Régionale de Santé soutient un projet d'expérimentation d'un dispositif d'Equipe Mobile de Gériatrie Extra hospitalière dans la prise en charge des personnes âgées de plus de 75 ans en situation de crise ou de complexité médico-psycho-sociale. Cette unité mobile aura pour objectif d'aider le médecin généraliste dans la gestion de ces patients fragiles, favoriser la coordination intra-communautaire voir favoriser l'orientation des patients dans la filière gériatrique appropriée le cas échéant afin notamment d'éviter le passage par les urgences [7], souvent inadapté et délétère en termes de pronostic fonctionnel [8].

Il est donc nécessaire de faire un état des lieux sur les difficultés rencontrées par les médecins généralistes et leurs besoins dans la prise en charge des personnes âgées de plus de 75 ans en situation médicale et psycho sociale complexe. Cette enquête menée auprès des médecins généralistes grenoblois, annéciens et roannais a pour objectif d'identifier les principales difficultés rencontrées actuellement et les besoins ressentis dans la prise en charge des personnes âgées fragiles. Ce travail permettra d'adapter en fonction le dispositif d'équipe mobile.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

1. Matériel

a. Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive de type enquête de besoin conduite auprès d'un échantillon de médecins généralistes. Elle concerne l'ensemble des médecins généralistes de Grenoble, du bassin Annécien et Roannais où sera mis en place prochainement une unité mobile de gériatrie extra hospitalière. Les zones géographiques d'intervention de l'unité mobile de gériatrie ont été définies pour chaque centre sur une base de 150 000 habitants.

La liste des médecins sollicités pour l'enquête a été établie à partir de la liste des médecins généralistes inscrits au conseil de l'ordre dans les zones géographiques concernées, les médecins n'étant pas dans les pages jaunes ayant été exclus (pas de coordonnées).

Un courrier de sensibilisation et d'information sur l'enquête a initialement été adressé aux différents médecins (juillet 2010).

Une enquête téléphonique a ensuite permis d'avoir une évaluation de leur intérêt pour le sujet et du nombre de médecins concernés (juillet, août, septembre 2010). Afin de privilégier un plus grand nombre de réponse, il a été proposé aux médecins la possibilité d'un questionnaire administré lors de ce même entretien téléphonique ou d'un questionnaire auto administré par voie postale ou courriel. L'homogénéité des réponses selon le mode d'administration du questionnaire a été évaluée lors de l'analyse statistique.

Puis le questionnaire a été adressé par voie postale à tous les médecins qui n'avaient pas pu être joint lors de l'enquête téléphonique (octobre 2010).

b. Questionnaire

Il est composé de plusieurs types de questions : choix simple, choix multiples et questions ouvertes. La première partie recueille des renseignements sur le médecin interrogé (exercice, formation, pratique de la gériatrie, partenaires de soins usuels). La seconde concerne les difficultés techniques, celles de prise en charge de certaines pathologies, celles rencontrées dans le contact avec les personnes âgées et pour quelles raisons. La troisième concerne la connaissance de la filière gériatrique hospitalière et l'intérêt suscité par une unité mobile de gériatrie extra hospitalière. Le questionnaire a été préalablement administré lors

d'entretien avec quelques médecins généralistes grenoblois afin de vérifier la pertinence et la clarté des questions.

c. Objectifs

L'objectif principal est de mettre en évidence les difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans la prise en charge des personnes âgées en situation complexe.

Les objectifs secondaires sont d'évaluer la connaissance de la filière gériatrique et l'intérêt suscité par la mise en place d'une unité mobile de gériatrie extra hospitalière, d'estimer le bassin potentiel de population concernée et d'étudier d'éventuelles particularités entre les villes.

2. Méthodologie

L'analyse du questionnaire a été réalisée de façon descriptive : quantitative pour les questions à choix et qualitative pour les questions ouvertes.

Les questions à choix multiples hiérarchiques du type « quelle est votre priorité parmi les items suivants ? » sont traitées :

- 1) en donnant le pourcentage de choix prioritaire,
- 2) en donnant pour les libellés les plus cités en premier, les libellés associés en second
- 3) en donnant le nombre total de citations d'un item ainsi que la médiane et l'étendue de son rang de classement.

Les comparaisons entre ville sont réalisées pour les variables continues par analyse de variance à un facteur, avec test a posteriori selon la méthode de Scheffé qui protège efficacement du risque d'erreur de conclure à tort lié à la multiplication des tests. Si les conditions de validité de l'Anova n'étaient pas respectées, nous avons utilisé le test non paramétrique de Kruskal et Wallis. Pour les variables qualitatives, le test du chi-deux est utilisé. Tous les tests sont réalisés avec un risque d'erreur de première espèce à 0,05. L'ensemble des analyses a été réalisé après contrôle qualité de la base de données avec le logiciel R2web <http://r.tel-laboratorium.fr> via un fichier Excel.

Les questions ouvertes ont été analysées en regroupant les réponses par thème dominant.

RÉSULTATS

1. Participation à l'étude

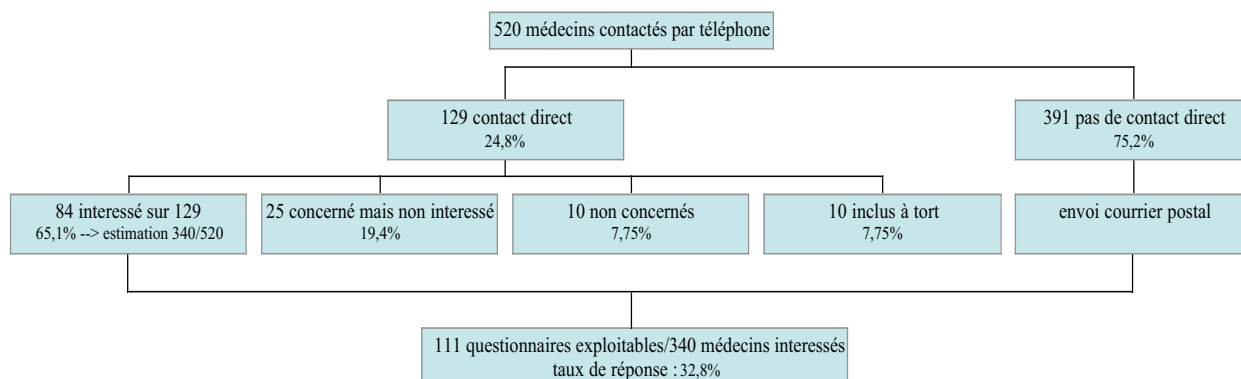
Les 520 médecins concernés par l'enquête ont été contactés au moins une fois dans la période du 1^{er} juillet au 10 septembre 2010 dont 187 à Grenoble, 171 sur le territoire Annecien et 162 sur le territoire Roannais.

Tous les médecins ont été contactés une première fois par téléphone. Seuls 129 (24,8%) ont été joints : 65,1% (84) se sont dit intéressés, 19,4% (25) concernés par le sujet mais non intéressés par l'enquête, 7,75% (10) n'étaient pas concernés et 7,75% (10) avaient été inclus à tort (retraité, activité autre que médecine générale). Si nous extrapolons le pourcentage de 65 % de médecin intéressé à l'ensemble des 520 médecins des zones géographiques concernées, nous pouvons estimer à 340 le nombre de médecins généralistes intéressés par un recours à l'unité mobile de gériatrie pour leurs patients âgés en situation complexe. Parmi les 84 médecins intéressés, nous dénombrons six homéopathes, quatre acupuncteurs, deux médecins de centre de santé, deux médecins ostéopathes, un médecin du sport. Parmi les 10 non concernés par le sujet, nous dénombrons deux acupuncteurs, un homéopathe, un mésothérapeute.

Les 391 médecins n'ayant pas été joints par téléphone ont reçu un courrier incluant le questionnaire d'enquête et une enveloppe réponse.

L'analyse des données porte au total sur 111 questionnaires exploitables, soit un taux de réponse de 32,8% des médecins déclarés intéressés lors de l'enquête téléphonique.

Diagramme 1 : participation à l'étude



2. Caractéristique des répondants

Sur les 111 répondants, 48 (43,2%) sont de Grenoble, 32 (28,8%) d'Annecy et 31 (27,9%) de Roanne. La majorité sont âgés de 50 à 60 ans (44%) et sont installés depuis 20 à 30 ans (38,7%). Ils ont un type d'exercice exclusif (85,6%) et urbain (74,8%) ; 54% exercent seul contre 46% en groupe. Un tiers (30,6%) ont suivi une formation dans le domaine de la gériatrie : Formation Médicale Continue majoritairement (17 citations), puis capacité (8 citations) et DU (4 citations).

Les répondants d'Annecy sont les plus jeunes, plus de la moitié ont moins de 50 ans et cette différence est statistiquement significative ($p < 0,01$). Ils sont installés depuis moins longtemps et exercent plus souvent en groupe ($p < 0,01$). Les répondants de Roanne sont installés depuis plus de 20 ans pour 64,8% ($p < 0,01$) et exercent plus souvent seul que dans les autres villes ($p < 0,01$).

Tableau 1 : Caractéristique des répondants

	Toutes villes : n (%)	Annecy : n (%)	Grenoble : n (%)	Roanne : n (%)
Répondants	111 (100%)	32 (28,8%)	48 (43,2%)	31 (27,9%)
Age des médecins *				
Moins de 40 ans	17 (15,3%)	11 (34,4%)	4 (8,3%)	2 (6,5%)
De 40 à 50 ans	26 (23,4%)	6 (18,8%)	13 (27,1%)	7 (22,6%)
De 50 à 60 ans	50 (45%)	13 (40,6%)	22 (45,8%)	15 (48,4%)
Plus de 60 ans	18 (16,2%)	2 (6,2%)	15 (48,4%)	7 (22,6%)
Durée d'installation *				
Moins de 10 ans	26 (23,4%)	14 (43,8%)	8 (12,9%)	4 (12,9%)
De 10 à 20 ans	21 (18,9%)	4 (12,5%)	10 (20,8%)	7 (22,6%)
De 20 à 30 ans	43 (38,7%)	10 (31,2%)	23 (47,9%)	10 (32,3%)
Plus de 30 ans	21 (18,9%)	4 (12,5%)	7 (14,6%)	10 (32,3%)
Type d'exercice				
Exclusif	97 (87,4%)	26 (81,2%)	46 (95,8%)	25 (80,6%)
Mixte	14 (12,6%)	6 (18,8%)	2 (4,2%)	6 (19,4%)
Mode d'exercice *				
Urbain	83 (74,8%)	27 (84,4%)	47 (97,9%)	9 (29%)
Semi-rural	16 (14,4%)	5 (15,6%)	1 (2,1%)	10 (32,3%)
Rural	12 (10,8%)	0	0	12 (38,7%)
Condition d'exercice *				
Seul	60 (54%)	10 (31%)	26 (54%)	24 (77%)
En groupe	51 (46%)	22 (69%)	22 (46%)	7 (23%)
Formation à la gériatrie				
Capacité	8	3	3	2
DU	4	1	2	1
FMC	17	1	8	8
autre	5	0	3	2

* différence statistiquement significative

Les répondants ont une médiane de 11 patients âgés de plus de 75 ans qui consultent sur une semaine (étendue de 1 à 60) : 15 à Roanne, 11 à Grenoble et 6 à Annecy. Ils effectuent une médiane de 4 visites à domicile par semaine (étendue de 0 à 60). Plus de la moitié des médecins (55,8%) ont au moins 15% de patients âgés de plus de 75 ans, dont 9% déclarent en avoir plus de 30%.

Les répondants d'Annecy ont le plus faible pourcentage de personnes âgées de plus de 75 ans dans leur patientèle ($p < 0,01$). Ils effectuent moins de consultations de personne âgée, cette différence est statistiquement significative selon le test de Kruskal et Wallis. Il n'y a pas de relation statistique entre l'âge des médecins et l'âge des patients ($p = ns$).

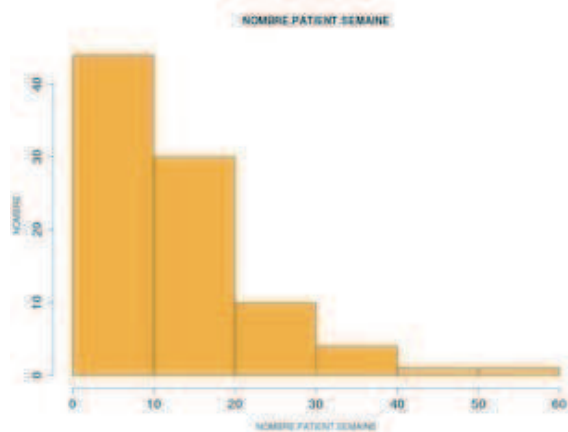
Par ailleurs les médecins effectuent plus de visites à domicile à Roanne et moins à Annecy ($p < 0,01$ test de Kruskal et Wallis).

Tableau 2 : Nombre de consultation et pourcentage des personnes âgées de plus de 75 ans, nombre de visite à domicile par semaine selon la ville

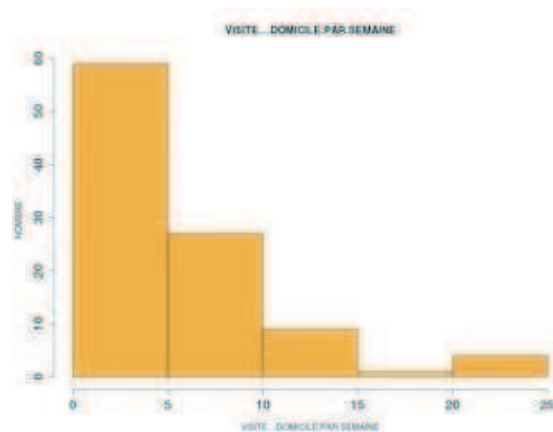
	Toutes villes	Annecy	Grenoble	Roanne
Nombre de >75 ans vu en consultation sur 1 sem*				
Médiane	11	6	11	15
Etendue	1-60	2-30	1-37	1-60
% des plus de 75 ans*				
<15%	49 (44,1%)	22 (68,8%)	18 (37,5%)	9 (29%)
de 15 à 30%	52 (46,8%)	7 (21,9%)	25 (52,1%)	20 (64,5%)
>30%	10 (9%)	3 (9,4%)	5 (10,4%)	2 (6,5%)
Nombre de visites à domicile par semaine*				
Médiane	4	2	4	9
Etendue	0-60	0-12	0-25	1-60

* différence statistiquement significative

Histogramme 1 : Nombre de patient de plus de 75 ans vu en consultation dans la dernière semaine



Histogramme 2 : Nombre de visites à domicile par semaine



3. Spécificités de la prise en charge des personnes âgées

Cette question ouverte a été analysée, après lecture des différentes réponses, par thèmes principaux. Les spécificités dans la prise en charge des personnes âgées citées sont la polypathologie (41 citations), le risque de iatrogénie (36 citations), le nécessité d'y consacrer du temps (20 citations), la prise en compte de la dépendance (17 citations) et de l'isolement des patients (14 citations). Six citations portent sur la fragilité et cinq sur les visites à domicile.

De nombreux médecins insistent sur la présence de polypathologies et la iatrogénie. Voici quelques extraits des réponses qui ont été faites : *« polypathologies, fragilité, importance de la prise en charge globale psychologique et environnementale » « polypathologie donc polymédication avec diminution de la capacité d'élimination hépatique et rénale, contexte social et familial » « Alléger l'ordonnance au maximum pour optimiser l'observance et abaisser le risque iatrogène »*. Il s'agit d'une prise en charge globale, spécifique *« c'est toujours une prise en charge globale : médicale, psychologique, familiale, économique »* *« pluri disciplinarité et beaucoup de soins primaire sans trop d'examen complémentaire »* *« intrications pathologiques, moins de mobilité, moins d'accès aux examens complémentaires »*.

Il existe des spécificités dans la communication du fait de la *« diminution des facultés d'attention (auditive, visuelle) de compréhension et d'expression, la communication est imparfaite avec une place de l'interprétation »*

Un répondant grenoblois insiste sur la durée des consultations *« durée de consultation plus longue, prise en charge sociale à rajouter à la consultation, consultation plus "affective" »*. Plusieurs répondants citent la fragilité *« personnes fragiles et à pathologies multiples, il faut veiller à ne pas rompre l'équilibre » « concerne des personnes fragiles et en équilibre toujours précaire, vite déstabilisées ce qui a une influence sur le plan médical, relationnel,... »*.

Pour un répondant la spécificité de la personne âgée se définit par l'*« épaisseur du dossier médical »*.

« Chronophage, fragile, polypathologique, passionnant... », cette citation d'un médecin annécien synthétise les différents éléments cités précédemment.

Tableau 3 : Les spécificités dans la prise en charge des personnes âgées

Spécificités	Nb. cit.	Fréq.
Polypathologie	41	41,4%
Iatrogénie	36	36,4%
Temps nécessaire	20	20,2%
Perte d'autonomie/dépendance	17	17,2%
Isolement	14	14,1%
Prise en charge sociale	13	13,1%
Pathologie neuropsychologique	11	11,1%
Prise en charge globale	6	6,1%
Fragilité	6	6,1%
Visites à domicile	5	5%
Disponibilité	3	3%
Total réponses	99	100%

4. Rôle du médecin généraliste dans les soins aux personnes âgées

Les résultats de cette question ouverte montrent que le médecin généraliste a principalement un rôle de coordinateur des soins (42 citations), de suivi et d'accompagnement du patient (16 citations), et que ce rôle est central (13 citations). Les missions que se fixent les répondants sont de favoriser le maintien à domicile (16 citations) tout en préservant la qualité de vie de la personne âgée (5 citations), d'être à l'écoute (9 citations), d'effectuer des actes d'évaluation, de diagnostic (7 citations), de prévention et de dépistage (8 citations). Les soins de premier recours sont cités 3 fois.

Les réponses données à cette question évoquent l'importance du rôle du médecin généraliste : *« lien médical direct avec le patient par une relation de confiance, de suivi, et de reconnaissance réciproque, il est l'intermédiaire obligatoire de toute situation médico sociale de la personnes âgée car repère primordial »*.

Elles reflètent également la diversité et la complexité de ce rôle, *« tout est à faire, confidences, soins, remonter le moral, surveillance, traitement, gestionnaire des cas »*, rôle de *« premier recours, synthèse et coordination, permanence des soins, connaissances de la famille, du contexte social, ... »*, *« gestion des urgences, coordination, bureau des plaintes »*, *« écoute, dépistage des troubles qui ne sont pas forcément signalés par le patient, de coordination entre les divers spécialistes »* *« synthèse des différentes ordonnances, des multi*

intervenants, "tri médicamenteux", examen de l'environnement et de son adaptation aux handicaps (moteur, sensoriel,...) des personnes âgées, personne de confiance» « évaluation de l'autonomie pour organiser et coordonner les besoins à domicile ; importance de la connaissance des réseaux de soins de proximité, lien social et affectif avec certaines personnes âgées isolées, lien avec la famille»,« médecin coordinateur, confident, psychologue, assistant social ; c'est chronophage ».

Il est difficile de trouver un équilibre «Première chose ne pas nuire, mais polymédiqués très souvent et impossible de faire autrement!!», «Trouver un équilibre entre le "tout curatif" et l'accompagnement dans le chronique voir le palliatif»,« difficultés à établir le "juste soin" ».

Dans la pratique, l'exercice médical s'avère compliqué «Il devrait être purement médical, dans les faits le médecin de famille se substitue à l'environnement social et familial défaillant conséquence du mode de vie actuel »,« rôle de soignant, l'évaluation des capacités et autonomie mais pas assistante sociale, psychiatre, facteur,... comme c'est le cas actuellement »

Enfin un médecin résume son rôle de la façon suivante «On ne peut pas faire du neuf avec du vieux donc on essaie de limiter la "casse"».

Tableau 4 : Rôle du médecin généraliste dans les soins aux personnes âgées

Rôle	Nb. cit.	Fréq.
Coordinateur	42	43,7%
Favoriser le maintien à domicile	16	16,7%
Accompagnement/Suivi du patient	16	16,7%
Central	13	13,5%
Confident/Ecoute	9	9,4%
Prévention/dépistage	8	8,3%
Evaluation/diagnostic	7	7,3%
Qualité de vie	5	5,2%
1 ^{er} recours	3	3,1%
Total réponses	96	100%

5. Réseau du médecin généraliste

a. Principaux partenaires

La totalité des répondants travaillent avec des infirmières libérales. Elles sont classées en premier choix par 85 médecins (82%) puis les kinésithérapeutes (26 citations) et les auxiliaires de vie (26 citations) apparaissent en second choix. Pour les autres, le premier choix concerne les auxiliaires de vie avec 8 réponses (7,5%) et les kinésithérapeutes avec 4 réponses (3,8%) ; les infirmières apparaissant en deuxième choix dans ce cas.

Les contacts avec les assistantes sociales sont moins importants. En dernier choix sont cités le conseil général et les SSIAD.

Le tableau 5 représente le nombre de citations et la médiane du rang de classement.

Tableau 5 : Intervenants essentiels dans les soins aux personnes âgées

Intervenants	Nombre de citations n (%)	Médiane	Etendue
Infirmier(e) libéral(e)	100 (96%)	1	1-5
Auxiliaire de vie	69 (66%)	2	1-8
kinésithérapeute	67 (64%)	3	1-7
Assistante sociale de secteur	45 (43%)	5	1-8
Aide soignant(e)	43 (41%)	3	1-7
HAD	38 (36%)	5,5	1-9
Conseil général	39 (37%)	6	2-9
SSIAD	35 (33%)	5	2-7

104 réponses

Les répondants d'Annecy travaillent plus avec les SSIAD ($p<0,01$) et l'Hospitalisation à Domicile ($p<0,01$). Les répondants de Roanne travaillent moins avec les auxiliaires de vie ($p=0,04$), les kinésithérapeutes ($p<0,01$) et les assistantes sociales ($p<0,01$) que les médecins d'Annecy ou Grenoble.

Tableau 6 : Rang moyen de classement des intervenants par ville

Intervenants	Annecy	Grenoble	Roanne
SSIAD *			
Moyenne	3	5,5	3,9
Ecart type	1,4	1	1,9
n	5	17	13
HAD *			
Moyenne	3,6	6,6	5
Ecart type	1,4	1	1,8
n	8	17	13
Auxiliaire de vie *			
Moyenne	2,3	2,6	3,5
Ecart type	1,1	1,1	1,2
n	14	36	19
Kinésithérapeute *			
Moyenne	2,5	2,9	4,3
Ecart type	1,1	1,2	1,7
n	22	26	19
Assistante sociale *			
Moyenne	4,1	3,4	5,3
Ecart type	1,6	1,7	1,6
n	7	21	17

* différence statistiquement significative

b. Coordination autour du patient

La majorité des médecins répondants (61,5%) se considèrent comme les mieux placés pour prendre en charge la coordination des soins. Ils citent ensuite les infirmières (17,3%) puis la famille (14,4%). Un répondant estime que la coordination des soins devrait être assurée par « un nouveau métier ».

Tableau 7 : Coordination

Coordinateur	n (%)
Médecin	64 (61,5%)
Infirmière	18 (17,3%)
Famille	15 (14,4%)
Assistante sociale	5 (4,8%)
Autre	2 (1,9%)
Total réponses	104 (100%)

6. Difficultés dans les soins aux personnes âgées

Le questionnaire proposait une série de situations pouvant poser des difficultés dans les soins aux personnes âgées de plus de 75 ans. Pour chaque question, il était demandé de coter de 1 à 4 le degré de difficulté (1 aucune à 4 majeure).

a. Difficultés techniques

Les principales concernent l'accès aux structures d'hébergement type Etablissement d'Hébergement pour Personne Agée Dépendante et l'accès aux intervenants (spécialiste mémoire, nutrition, psychologue, ergothérapeute). L'accès au réseau social et l'accès au plateau technique (biologie, imagerie) posent moins de difficultés.

Tableau 8 : Difficultés techniques d'accès (de 1=aucune à 4=majeures)

Difficultés	Médiane	Etendue	Moyenne	Ecart type
D'accès aux intervenants (spécialiste mémoire, nutrition, psychologue, ergothérapeute...)	3	1-4	2,5	0,96
D'accès au plateau technique (biologie, imagerie)	2	1-4	1,8	0,81
D'accès au réseau social	2	1-4	2,3	0,89
D'accès aux EHPAD	3	1-4	3	0,89

99 réponses

b. Pathologies qui posent des difficultés de prise en charge

Une série de questions fermées concernait la prise en charge de certaines pathologies et syndromes fréquents en gériatrie. Les médecins rencontrent des difficultés dans la prise en charge des démences et troubles du comportement, de la perte d'autonomie et la dépendance, dans les prises en charge palliative et de fin de vie, et dans la prise en charge des chutes à répétitions. La douleur et les troubles du sommeil posent peu de difficulté.

Tableau 9 : Difficultés de prise en charge de 1=aucune à 4=majeures

Pathologies	Médiane	Etendue	Moyenne	Ecart type
La perte d'autonomie et la dépendance	3	1-4	2,9	0,77
Les démences et troubles du comportement	3	1-4	3	0,85
La dépression du sujet âgé	2	1-4	2,3	0,87
Les chutes à répétitions	3	1-4	2,6	0,66
L'incontinence urinaire et fécale	2	1-4	2,3	0,75
La malnutrition et la dénutrition	2	1-4	2,4	0,69
Les escarres et ulcères	2	1-4	2,4	0,76
La douleur	2	1-4	2	0,71
Les troubles du sommeil	2	1-4	2,2	0,82
L'adaptation thérapeutique et la iatrogénie	2	1-4	2,4	0,81
Les prises en charge palliative et de fin de vie	3	1-4	2,8	0,91

101 réponses

c. Motifs des difficultés de prise en charge

Le manque de temps est cité en priorité (83 citations, 65 choix prioritaires), le manque d'expérience et de pratique ensuite (42 citations, 10 choix prioritaires). Le manque de rémunération n'est pas un choix prioritaire mais est cité de nombreuses fois (60 citations).

Tableau 10 : Motifs de difficulté de prise en charge des personnes âgées

Motifs	Choix prioritaire (%)	Citations (%)	Médiane	Etendue
Manque de connaissances	2(1,98%)	35 (31%)	3	1-6
Manque de rémunération	4 (3,96%)	60 (54%)	2	1-6
Manque de formation	7 (6,931%)	39 (35,1%)	2	1-5
Manque d'expérience/ de pratique	10 (9,901%)	42 (38%)	2	1-5
Manque de temps	65 (64,356%)	83 (75%)	1	1-4
Autres	13 (12,871%)			

101 réponses

Il n'y a aucune différence statistiquement significative entre les villes dans le type de difficultés rencontrées ou dans les motifs de difficultés.

d. Difficultés avec la personne âgée

Pour compléter la description, une série de questions concernait les difficultés relationnelles avec la personne âgée ou son entourage. L'absence ou les problèmes relationnels avec les aidants familiaux ont une place importante (120 citations, 41 choix prioritaires). La difficulté à obtenir des informations fiables (58 citations, 23 choix prioritaires), la mauvaise observance thérapeutique (53 citations, 4 choix prioritaires), le manque de mobilité (51 citations, 14 choix prioritaires) ainsi que les exigences et demandes excessives de la part du patient (52 citations, 12 choix prioritaire) sont également cités.

Tableau 11 : Les difficultés avec la personne âgée et son entourage de 1 à 8

Difficultés	Choix prioritaire (%)	Citations (%)	Médiane	Etendue
Nomadisme médical	0	25 (22%)	7	2-8
Exigence et demande excessive	12 (12,245%)	52 (47%)	2	1-7
Mauvaise observance thérapeutique	4 (4,082%)	53 (48%)	3	1-7
Difficultés à obtenir des informations fiables	23 (23,469%)	58 (52%)	2	1-7
Difficultés avec les aidants familiaux	11 (11,224%)	55 (50%)	2	1-7
Absence d'aidants familiaux	30 (30,612%)	65 (59%)	2	1-7
Difficultés avec les aidants professionnels	3 (3,061%)	30 (27%)	5	1-8
Manque de mobilité	14 (14,286%)	51 (46%)	2	1-8

98 réponses

Le nomadisme médical ($p=0,03$) et l'absence de mobilité ($p=0,05$) sont des difficultés plus importantes à Annecy. L'absence d'aidant est une difficulté plus grande à Annecy et Roanne qu'à Grenoble ($p=0,03$).

Tableau 12 : Difficultés relationnelles selon les villes

	Annecy	Grenoble	Roanne
Nomadisme médical *			
Moyenne	3	5,8	7,3
Ecart type	1,4	2,5	1
n	2	14	9
Manque mobilité *			
Moyenne	1,9	3,7	3,6
Ecart type	1,5	2,3	2,4
n	16	21	14
Absence d'aidant *			
Moyenne	2	3	1,9
Ecart type	1,1	1,9	1,6
n	18	26	21

* différence statistiquement significative

7. Pratiques des médecins généralistes concernant la filière gériatrique

a. Connaissance de la filière gériatrique

Les consultations gériatriques et mémoire sont bien connues dans les trois villes (94%) ainsi que la possibilité de joindre un gériatre pour avis ou entrée directe (68%). Les unités de court séjour, Soins de Suite Réadaptation et Soins de Longue Durée sont globalement bien connues à respectivement 74%, 63% et 79% alors que l'hôpital de jour et les unités mobiles de gériatrie le sont moins (62% et 51%).

Les répondants d'Annecy ont une meilleure connaissance de l'hôpital de jour (80% contre 51,2% à Grenoble et 59,3% à Roanne)($p=0,04$) alors que les répondants grenoblois ont moins bonne connaissance de l'unité mobile de gériatrie (32,6% contre 66,7% à Annecy et 63% à Roanne)($p<0,01$). Il n'y a pas de différence entre les trois villes pour les unités de court séjour, SSR et SLD ($p=ns$).

Tableau 13 : Connaissance de la filière gériatrique

Connaissez-vous :	Toutes villes	Annecy	Grenoble	Roanne
Hôpital de jour *				
Oui	62 (62%)	24 (80%)	22 (51,2%)	16 (59,3%)
Non	38 (38%)	6 (20%)	21 (48,8%)	11 (40,7%)
Consultation gériatrique et mémoire				
Oui	94 (94%)	29 (96,7%)	38 (88,4%)	27 (100%)
Non	6 (6%)	1 (3,3%)	5 (11,6%)	0
Possibilité de joindre un gériatre pour avis ou entrée directe				
Oui	68 (68%)	24 (80%)	25 (58,1%)	19 (70,4%)
Non	32 (32%)	6 (20%)	18 (41,9%)	8 (29,6%)
Unité Mobile de Gériatrie *				
Oui	51 (51%)	20 (66,7%)	14 (32,6%)	17 (63%)
Non	49 (49%)	10 (33,3%)	29 (67,4%)	10 (37%)
Unités de court séjour				
Oui	74 (74%)	22 (73,3%)	30 (69,8%)	22 (81,5%)
Non	26 (26%)	8 (26,7%)	13 (30,2%)	5 (18,5%)
Unités de soins de Suite Rééducation				
Oui	63 (63%)	17 (56,7%)	26 (60,5%)	20 (74,1%)
Non	37 (37%)	13 (43,3%)	17 (39,5%)	7 (25,9%)
Unité de Soins de Longue Durée				
Oui	79 (79%)	23 (76,7%)	33 (76,7%)	23 (85,2%)
Non	21 (21%)	7 (23,3%)	10 (23,3%)	4 (14,8%)

* différence statistiquement significative

100 réponses

b. Utilisation de la filière gériatrique

La majorité (91%) des médecins qui connaissent les consultations gériatriques et mémoire y fait appel. Une grande part également (79%) sollicite le gériatre d'avis notamment sur Grenoble où 24 des 25 répondants (96%) connaissant cette possibilité l'ont déjà fait. Sur Grenoble 83% des répondants connaissant les unités de court séjour y ont recours. Sur l'ensemble des répondants seulement 58% connaissant l'hôpital de jour y ont fait appel et 45 % concernant l'UMG.

Dans les trois villes, les médecins ont autant recours à l'hôpital de jour, au gériatre d'avis, aux unités de court séjour. Ils utilisent moins les consultations gériatriques à Grenoble (88,4% contre 96,7 à Annecy et 100% à Roanne) ($p=0,05$). À Annecy l'unité mobile de gériatrie est la plus sollicitée (40% contre 11,6% à Grenoble et 22,2% à Roanne)($p=0,01$) et pour Roanne c'est le SSR (59,3% contre 26,7% à Annecy et 32,6% à Grenoble)($p=0,02$) et le SLD (66,7% contre 33,3% à Annecy et 37,2% à Grenoble)($p=0,02$).

Tableau 14 : Utilisation de la filière gériatrique

Avez vous déjà fait appel :	Toutes villes	Annecy	Grenoble	Roanne
Hôpital de jour				
Oui	36 (36%)	12 (40%)	13(30,2%)	11 (40,7%)
Non	64 (64%)	18 (60%)	30 (69,8%)	16 (59,3%)
Consultation gériatrique et mémoire *				
Oui	86 (86%)	27 (90%)	33 (76,7%)	26 (96,3%)
Non	14 (14%)	3 (10%)	10 (23,3%)	1 (3,7%)
Possibilité de joindre un gériatre pour avis ou entrée directe				
Oui	58 (58%)	19 (63,3%)	24 (55,8%)	15 (55,6%)
Non	42 (42%)	11 (36,7%)	19 (44,2%)	12 (44,4%)
Unité Mobile de Gériatrie *				
Oui	23 (23%)	12 (40%)	5 (11,6%)	6 (22,2%)
Non	77 (77%)	18 (60%)	38 (88,4%)	21 (77,8%)
Unités de court séjour				
Oui	55 (55%)	13 (43,3%)	25 (58,1%)	17 (63%)
Non	45 (45%)	17 (56,7%)	18 (41,9%)	10 (37%)
Unités de soins de Suite Rééducation *				
Oui	38 (38%)	8 (26,7%)	14 (32,6%)	16 (59,3%)
Non	62 (62%)	22 (73,3%)	29 (67,4%)	11 (40,7%)
Unité de Soins de Longue Durée *				
Oui	44 (44%)	10 (33,3%)	16 (37,2%)	18 (66,7%)
Non	56 (56%)	20 (66,7%)	27 (62,8%)	9 (33,3%)

* différence statistiquement significative

100 réponses

8. Soutien en milieu communautaire

a. Exemples de situations complexes ayant conduit à une hospitalisation aux urgences en dehors d'une situation médicale aiguë

Les situations complexes ayant conduit à une hospitalisation inappropriée aux urgences sont principalement dues à un contexte social défavorable et à l'isolement (37 citations), à des troubles de mémoire et du comportement (33 citations), à des chutes (23 citations), à la séparation d'avec le conjoint (14 citations) et à l'épuisement des aidants (10 citations).

Ces situations sont souvent intriquées comme le montre ces extraits. Certaines hospitalisations aux urgences font suite au décès ou à l'hospitalisation du conjoint *«patiente de 78 ans Alzheimer hospitalisée suite au décès de son époux qui gérait la marche de la famille»*, *«malade délirante prise totalement en charge par son mari qui refusait toute hospitalisation pour sa femme et qui décède brutalement (95 ans), les enfants étant en Savoie»*, *«hospitalisation début juillet d'un couple de patients : l'épouse qui était la "tête" du couple a fait un AVC en juin avec troubles cognitifs importants, et le mari n'a pas su gérer le quotidien au retour de sa femme, a rejeté les aides mises en place»*.

Quelquefois le motif principal est la chute *«chutes à répétition avec perte autonomie chez un patient parkinsonien et Alzheimer qui vivait seul avec son épouse, en attendant une place...»*, *«chutes chez un patient en EHPAD, opposant aux soins»*, *«patiente faisant des chutes à répétition avec bilan cardiaque normal, refusait de voir un gériatre car "elle n'est pas vieille"»*

Certaines hospitalisations font suite à l'épuisement des aidants : *«patient vu en garde il y a un mois, épuisement des aidants familiaux et limitation d'intervention des aidants professionnels»*, *«épuisement de l'épouse aidante de 84 ans s'occupant seule d'un mari bipolaire âgé exigeant et sans autonomie»*, *«patient en EHPAD avec troubles comportementaux, épuisement de l'équipe soignante»* »

Parfois il s'agit surtout de personnes isolées *«malade seul, anorexique progressivement, personne pour l'aider et le stimuler»*.

Les troubles neuropsychologiques et le refus d'aide et de soins peuvent être au premier plan *«patiente de 93 ans vivant seule et présentant des crises d'angoisses répétées, sonne plusieurs fois la même nuit chez ses voisins qui finissent par appeler le 15 (sa fille habite à*

50km et ne veut pas ni la prendre chez elle ni la placer)», «personne seule ne prenant pas son traitement et refusant l'aide d'infirmière»,

Nous pouvons également citer la prise en charge de la douleur «patient isolé ayant un cancer de prostate métastasé avec difficulté dans la prise en charge de la douleur», et certaines situations de maltraitance envers ou par la personne âgée «perte d'autonomie rapide, démence, trouble du comportement et agressivité envers le conjoint très âgé», «personne âgée avec suspicion d'attouchement au domicile sur ses petites filles».

Enfin il peut s'agir d'un défaut de structures adaptées «hospitalisation d'un patient pour départ de la famille en vacances sans place en accueil temporaire pour personne dépendante»

Tableau 15 : situations complexes ayant conduit à une hospitalisation aux urgences

Situations	Nb. cit.	Fréq.
Contexte social/isolement	37	29,4%
Troubles mnésiques/démence et trouble du comportement	33	26,2%
Chutes	23	18,2%
Aucune	17	13,5%
Séparation d'avec le conjoint (décès, hospitalisation)	14	11,1%
Syndrome anxio dépressif	11	8,7%
Épuisement des aidants	10	7,9%
Défaut de structure adaptée	5	4%
Total réponses	126	100%

b. Aides possibles

En réponse à cette question ouverte, les répondants estiment avoir besoin d'une aide à l'hospitalisation des patients « facilité pour hospitaliser le patient pour bilan, sans forcément le faire transiter par un service d'urgences », de conseil médical téléphonique « n° vert », « avoir un interlocuteur gériatre facilement et donc disponible pour évaluer la situation et trouver la solution adaptée », de la possibilité d'évaluation gériatrique à domicile « besoin d'une unité gériatrique mobile en renfort », d'aide dans la prise en charge sociale « assistantes sociales plus disponibles », de renforcement des aides transitoires (aide para médicale) « la présence d'une personne la nuit », d'une meilleure rémunération, de temps et de place d'hébergement en EHPAD. Pour 2 répondants il n'y a aucune solution.

Tableau 16 : les aides aux médecins traitants

Aides	Nb. cit.	Fréq.
Aide à l'hospitalisation directe	18	26,1%
Conseil médical téléphonique	16	23,2%
Évaluation à domicile	9	13%
Aide à la prise en charge sociale	6	8,7%
Aide de paramédicaux	4	5,8%
Rémunération	3	4,3%
Temps	3	4,3%
Plus de place en EHPAD	3	4,3%
Pas de solution	2	2,9%
Total réponses	69	100%

c. Attentes vis-à-vis de l'Unité Mobile de Gériatrie Extra Hospitalière (UMG ext)

Les attentes sont la réalisation d'évaluation gériatrique (28 citations) «*Évaluation extérieure de la situation médico-sociale du patient, décision collégiale des soins, du maintien ou non à domicile du patient, rencontre avec la famille*», de pouvoir bénéficier d'un autre avis médical (25 citations) «*deuxième avis pour conforter une famille, surtout pas un suivi régulier*», d'une aide avec la famille et les aidants (7 citations), d'une aide à la prise en charge sociale (11 citations), d'une aide à la coordination (10 citations) afin de maintenir le patient à domicile (9 citations). Elle permettra d'éviter l'hospitalisation mais pourra la faciliter le cas échéant. Son intervention sera l'occasion d'échange et de formation pour 2 répondants.

Cette équipe devra être disponible, souple dans son fonctionnement, facile d'accès et devra intervenir rapidement.

Tableau 17 : Attentes vis à vis de l'équipe mobile

Attentes	Nb. cit.	Fréq.			
Évaluation gériatrique	28	33,3%	Aide à l'hospitalisation	6	7,1%
Avis médical spécialisé	25	29,8%	Facilité d'accès	5	5,9%
Aide à la prise en charge sociale	11	13,1%	Eviter une hospitalisation	5	5,9%
Coordination	10	11,9%	Rapidité	5	5,9%
Disponibilité	10	11,9%	Echange/formation	2	2,4%
Aide au maintien à domicile	9	10,7%	Souplesse	2	2,4%
Aide avec aidant/famille	7	8,3%	Total réponses	84	100%

d. Situations pour lesquelles une intervention à domicile de l'UMG ext est souhaitée

Enfin une dernière question ouverte concernait les situations pour lesquelles les médecins souhaiteraient une intervention à domicile de l'UMG ext. Il s'agit en priorité de troubles cognitifs et de troubles psycho-comportementaux (43 citations), de chutes à répétitions (28 citations), de prise en charge de douleur et de soins palliatifs (14 citations), de l'aggravation rapide d'une pathologie chronique (13 citations), d'escarres et de plaies chroniques (4 citations), d'une insuffisance d'aide ou de soutien à domicile (4 citations) et de situation de maltraitance (2 citations). Nous pouvons également citer l'aide médicale diagnostique, thérapeutique, à l'orientation, avec les familles et l'adaptation de l'environnement.

Tableau 18 : Situations nécessitant une intervention de l'EMG

Situations	Nb. cit.	Fréq.
Troubles cognitifs	25	14,4%
Entourage défaillant/épuisement aidant	22	12,6%
Perte d'autonomie/déclin moteur rapide	20	11,5%
Troubles psycho-comportementaux	18	10,3%
Avis médical diagnostic	14	8,8%
Aggravation rapide	13	7,5%
Soins palliatifs	11	6,3%
Aide médical thérapeutique/iatrogénie	8	4,6%
Chutes à répétition	8	4,6%
Difficulté de communication avec la famille	6	3,4%
Dénutrition	5	2,9%
Escarre/plaies chronique	4	2,3%
Soutien à domicile du patient/aidant4	4	2,3%
Douleurs	3	1,7%
Aide à l'orientation	3	1,7%
Suspicion de maltraitance	2	1,1%
Adaptation environnement/ergothérapeute	1	0,6%
Total réponses	174	100%

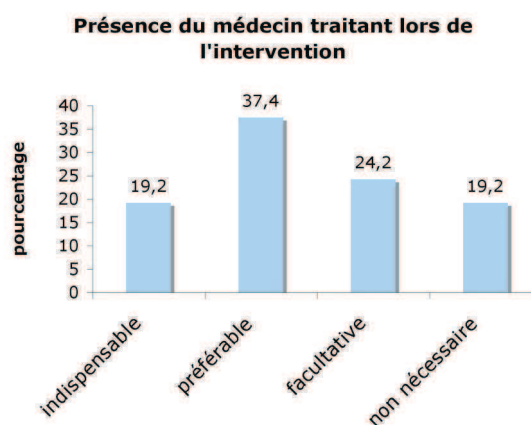
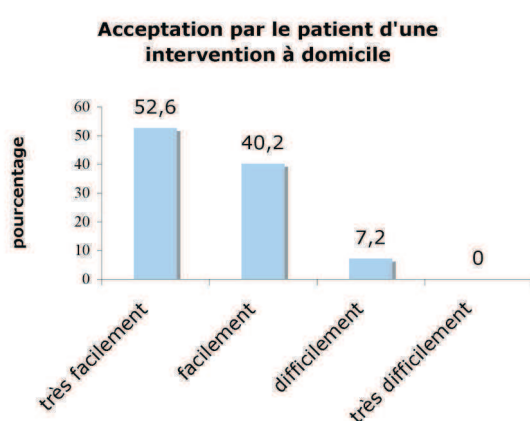
9. Proposition d'outils pour améliorer et faciliter la prise en charge des personnes âgées de plus de 75 ans en médecine générale : place des équipes mobiles

a. Acceptation d'une intervention à domicile de l'UMG ext par les patients

La majorité des répondants estiment que leurs patients accepteraient facilement ou très facilement une intervention de l'équipe mobile de gériatrie à leurs domiciles (médiane=1). Il n'existe pas de variation selon les villes (p=ns).

Tableau 19 : Acceptation par le patient d'une intervention à domicile de l'équipe mobile

1 (très facilement)	51	52,6%
2 (facilement)	39	40,2%
3 (difficilement)	7	7,2%
4 (très difficilement)	0	
Total réponses	97	100%



b. Présence du médecin traitant lors de l'intervention

Cette question cherchait à évaluer la nécessité ou non de la présence du médecin traitant lors de l'intervention de l'équipe mobile à domicile. Les avis sont partagés avec 19 médecins qui pensent qu'elle est indispensable et 19 qui pensent qu'elle est non nécessaire.

Tableau 20 : Nécessité de la présence du médecin traitant lors de l'intervention de l'UMG ext

1 (indispensable)	19	19,2%
2 (préférable)	37	37,4%
3 (facultative)	24	24,2%
4 (non nécessaire)	19	19,2%
Total réponses	99	100%

c. Estimation du nombre de patient pouvant être signalé à l'UMG ext

Si nous considérons les réponses effectives, sur un mois, 95 à 160 patients pourraient être signalés pour bénéficier d'une intervention sur les 3 sites. Si nous extrapolons au nombre de médecins potentiellement intéressés, l'estimation porte sur 296 à 500 patients. Les répondants d'Annecy feraient un peu moins appel à l'UMG ext, mais la différence est à la limite de la significativité ($p=0,1$). Cet appel n'est pas lié à l'âge des médecins ($p=ns$).

Tableau 21 : Nombre estimé de patient pour qui le médecin pourrait faire appel à l'UMG ext

Nb de patient	Toutes villes	Annecy	Grenoble	Roanne
0	34 (34,3%)	16(53,3%)	12(27,9%)	6(23,1%)
1-2	52 (52,5%)	12(40%)	24(55,8%)	16(61,5%)
3-4	12 (12,1%)	2(6,7%)	7(16,3%)*	4(15,4%)
>5	1 (1%)			
Total réponses	99 (100%)	30 (100%)	43 (100%)	26 (100%)

* 1 médecin grenoblois a répondu >5 il a été regroupé avec 3-4 pour l'analyse statistique

d. Signalement

La majorité des médecins généralistes souhaitent signaler eux-mêmes à l'UMG ext les patients qui pourraient nécessiter une intervention. Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les villes ($p=0,3$).

Tableau 22 : Professionnel souhaité pour le signalement à l'UMG ext

	Toutes villes	Annecy	Grenoble	Roanne
Médecin	69 (72,6%)	19 (65,5%)	32 (82,1%)	18 (66,7%)
Infirmier(e)	11 (11,6%)	3 (10,3%)	4 (10,3%)	4 (14,8%)
Autre *	9 (9,5%)	3 (10,3%)	1 (2,6%)	5 (18,5%)
Famille	6 (6,3%)	4 (13,8%)	2 (5,1%)	0
Assistante sociale	0	0	0	0
Total réponses	95 (100%)	29 (100%)	39 (100%)	27 (100%)

* Autre étant tous dans 7 cas sur 9

e. Moyen de communication

Le signalement à l'UMG ext devrait être fait par téléphone pour la majorité des répondants. Ceux qui citent le téléphone en priorité (88) citent internet en second choix dans 22 cas et l'écrit (fax ou courrier) dans seulement 7 cas. Si internet est le choix prioritaire alors le téléphone est le deuxième choix. Dans 59 cas le téléphone est le seul moyen cité.

Tableau 23 : Moyen de communications proposés avec l'UMG ext

	Choix prioritaire (%)	2 ^{ème} choix	Nombre de citations n (%)	Médiane	Etendue
Téléphone	88 (87,1%)	7 (18,9%)	95 (86%)	1	1-2
Internet	12 (11,8%)	22 (59,4%)	38 (34%)	2	1-3
Fax	1 (1%)	3 (8,1%)	19 (17%)	3	1-4
Courrier	0	5 (13,5%)	21 (19%)	3	2-4

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les villes ($p=0,63$).

Tableau 24 : Moyen de communication selon les villes

	Fax	Internet	Téléphone
Annecy	1 (3,2%)	3 (9,7%)	27 (87,1%)
Grenoble	0	6 (14%)	37 (86%)
Roanne	0	3 (11,1%)	24(88,9%)

f. Délai de prise en charge

L'équipe mobile de gériatrie devrait intervenir dans les 48/72 heures pour la majorité des médecins (60 citations, 67,4%).

Tableau 25 : Délai de prise en charge par l'UMG ext

Dans les	24h	48h	72h	la semaine	les 15 jours
Toutes villes	17 (19,1%)	31 (34,8%)	12 (13,5%)	26 (29,2%)	3 (3,4%)

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les villes ($p=ns$).

Tableau 26 : Délai de prise en charge selon les villes

	24h	48h	72h	Dans la semaine
Annecy	6 (20,7%)	5 (17,2%)	5 (17,2%)	13 (44,8%)
Grenoble	8 (21,1%)	18 (47,4%)	4 (10,5%)	5+3 (21,1%)*
Roanne	3 (13,6%)	8 (36,4%)	3 (13,6%)	8 (36,4%)

* association avec les 3 réponses 15 jours

g. Dérives potentielles

La dérive la plus citée serait de shunter le médecin traitant (16 citations) puis que l'équipe mobile soit sollicitée de façon non justifiée (8 citations) « *le système ne sera t'il pas vite débordé?* », que le médecin traitant se désinvestisse de la prise en charge de son patient (6 citations) et à égalité (5 citations) que la prise en charge soit insuffisante « *"sous traiter" les patients dans le but d'éviter l'hospitalisation* » ou au contraire trop importante.

Une inquiétude est le « *coût élevé dans les dépenses publiques* », le fait que « *plus personne n'accepterait de se déplacer au CHU pour avis...* » ou encore de « *créer une insécurité chez le patient âgé* ». Une autre dérive pourrait être « *ne jamais être là quand il faut... comme la cavalerie dans les westerns* ». Certains répondants attendent de « *voir à l'usage...* » « *il y aura des dérives...* ». Enfin dix répondants pensent qu'il n'y aura pas de dérive « *le but étant de travailler en collaboration dans l'intérêt des patients, je n'imagine pas de dérive à ce système* ».

Tableau 27 : Les dérives potentielles de l'implantation d'une UMG ext

	Nb. cit.	Fréq.
Shunter le médecin traitant	16	22,2
Aucune	10	13,9
Appel non justifié	8	11,1
Désinvestissement du médecin traitant	6	8,3
Défaut de prise en charge	5	6,9
Trop de prise en charge	5	6,9
Multiplicité des intervenants	4	5,5
Lourdeur administrative	2	2,7
Total réponses	72	100%

DISCUSSION

1. Population étudiée

Notre enquête a concerné 520 médecins qui pourront prochainement faire appel à une équipe mobile de gériatrie. Seulement 129 ont pu être joints par téléphone et 65% se sont dits intéressés. Ce résultat signifie d'une part que les médecins sont difficiles à joindre par téléphone et d'autre part qu'un certain pourcentage n'ont pas de difficultés avec leurs patientèles âgées ou n'en prennent pas en charge.

Notre échantillon de médecin semble représentatif : l'âge moyen des médecins généralistes de Rhône Alpes est de 50 ans selon l'atlas de démographie médicale [9]. Il y a moins de personnes âgées en Haute Savoie [10]. La proportion de personnes âgées parmi la patientèle des médecins répondants apparaît plus importante que celle de la moyenne régionale indiquée par la CNAM en 2004, estimée pour les patients de plus de 65 ans à 13,5%.

2. Synthèse des principales difficultés

La polypathologie est citée comme la principale spécificité dans la prise en charge des personnes âgées. Les recommandations actuelles ne prennent pas en compte l'existence de comorbidités. Si chaque pathologie est prise en charge de façon indépendante et conformément aux recommandations, cela peut être inapproprié, source d'erreur, de polymédication, d'effets indésirables et de diminution de la qualité de vie [11]. La polymédication qui peut être définie comme « l'administration de plus de médicaments que l'indication ne le justifierait » et la iatrogénie posent également des difficultés. Celles-ci sont liées à l'absence de recommandations concernant les thérapeutiques chez les patients polypathologiques, à la difficulté d'appliquer les recommandations existantes, et à la demande de prescription des patients. [12,13].

Le médecin généraliste a un rôle central, de coordination et d'accompagnement, il a pour objectif le maintien à domicile tout en préservant la qualité de vie du patient. La Société Européenne de médecine générale - médecine de famille redéfinit le médecin généraliste comme le médecin traitant de chaque patient, chargé de dispenser des soins globaux et continus. Il est le premier contact avec le système de soins. Il soigne ses patients selon une approche centrée sur la personne dans leur contexte familial, communautaire, culturel et

toujours dans le respect de l'autonomie. Il gère simultanément les problèmes de santé aigus et chronique de chaque patient. Il a également une responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté. Il doit intégrer les dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle en mettant à profit la connaissance et la confiance engendrée par des contacts répétées. Son activité comprend également la promotion de la santé, la prévention des maladies et la prestation de soins curatif et palliatif. Il utilise de façon efficiente les ressources du système de santé par la coordination des soins, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités [14].

Notre étude montre que les professionnels de santé les plus sollicités par les médecins généralistes sont les infirmières libérales. Les assistantes sociales sont moins sollicitées et le conseil général et les SSIAD le sont peu. Une enquête réalisée par l'URML Rhône Alpes en 2005 indiquait que la plupart des médecins interrogés sont impliqués au quotidien dans la prise en charge médico-sociale des personnes âgées, leur activité étant assez solitaire. À l'exception de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie, ils connaissent peu l'action de leur conseil général et très rarement le schéma gérontologique. Ils expriment souvent un sentiment d'isolement et n'ont pas suffisamment de liens avec les équipes médico sociales que parfois ils ne connaissent pas. L'enquête conclut en disant que les positions des médecins généralistes, des conseils généraux, des CLICs et des Réseaux ne sont pas réellement contraires mais que sans doute pour des raisons de cadre d'activité, de culture, d'approche, une distance existe entre eux [15].

La prise en charge des démences et des troubles du comportement posent le plus de difficultés aux répondants et ce sont les situations pour lesquelles ils sont le plus demandeurs d'une intervention. Une étude récente réalisée sur l'équipe mobile de gériatrie d'Annecy intervenant en EHPAD montrait que le motif le plus fréquent d'intervention était les troubles neuropsychiatriques [16]. D'autres études ont montré qu'il existait un sous diagnostic de ce type de pathologie, notamment la maladie d'Alzheimer, du fait de la difficulté à faire passer les test au cabinet, de l'instauration du traitement qui ne peut être accompli que par un spécialiste, du problème de la certitude du diagnostic, de difficulté dans l'annonce du diagnostic qui demande plus de temps et d'efforts de communication que pour celle d'un autre diagnostic, du problème de la gestion de l'entourage du patient et de la difficulté rencontrée avec la mise en place du dispositif médico social jugé insuffisamment disponible. Enfin une certaine représentation négative de la vieillesse, des démences et de la maladie d'Alzheimer et un vécu de solitude du médecin pourrait représenter un frein au diagnostic des démences [17,18].

Les répondants déclarent également avoir des difficultés avec les prises en charge palliatives pourtant ils citent peu d'exemple pratique. Il semble y avoir une différence entre les difficultés ressenties qui sont importantes et la pratique clinique.

3. Besoins et concordance avec l'unité mobile de gériatrie

Les répondants souhaiteraient pouvoir bénéficier d'évaluation gériatrique à domicile. Plusieurs études et méta analyses ont été réalisées sur le bénéfice d'interventions en milieu communautaire. Il s'agissait le plus souvent d'évaluation gériatrique multidimensionnelle associant prise en charge médicale, fonctionnelle, sociale. Certaines études ont montré une efficacité dans la réduction de la mortalité, la prévention des hospitalisations et le délai d'institutionnalisation [19,20,21,22,23]. D'autres études ont montré une efficacité sur le statut fonctionnel [24,25] et sur la mortalité à long terme [26]. Les interventions semblent plus efficaces si la population qui en bénéficie a été ciblée, comme les patients à risque de dépendance, les patients fragiles, mais pas les patients à très haut risque de dépendance [27] ou à l'état de santé précaire [28]. L'examen clinique est important [29]. La coordination ou l'intervention de paramédicaux seule n'est pas efficace [30,31], les interventions doivent être basées sur une évaluation gériatrique standardisée [32]. L'efficacité de l'intervention d'une unité mobile de gériatrie en milieu communautaire en France reste à démontrer [33].

4. Remplir la mission vis à vis du médecin traitant

Les unités mobiles de gériatrie sont actuellement en développement. L'unité mobile de gériatrie extra hospitalière comprend un médecin, une infirmière, une assistante sociale et une secrétaire. L'équipe d'Annecy qui intervient déjà en EHPAD comprend également un ergothérapeute. L'enquête montre qu'il existe des spécificités pour chaque ville.

Les médecins du bassin Roannais sont plus âgés, ils exercent seuls et en milieu rural. Ils effectuent plus de visites à domicile et font plus appel au SSR et au SLD mais travaillent moins avec les auxiliaires de vie, les kinésithérapeutes et les assistantes sociales.

Les médecins du bassin Annéciens sont plus jeunes et exercent en groupe. Ils voient moins de personnes âgées en consultation et effectuent moins de visite à domicile. Ils travaillent plus avec les SSIAD et l'HAD. Ils font plus appel à l'unité mobile de gériatrie qui intervient déjà sur le réseau EHPAD.

L'unité mobile de gériatrie de Grenoble est moins connue et les répondants grenoblois font moins appel aux consultations gériatriques. Ceci peut être favorisé par le fait que les possibilités d'évaluation gériatrique sont plus diversifiées sur l'agglomération grenobloise (Centre de Prévention des Alpes,...). Il sera donc important de se faire connaître auprès des médecins grenoblois et ainsi favoriser le lien ville-hôpital.

Pour remplir leurs missions, les équipes mobiles de gériatrie extra hospitalière devront s'adapter à ces spécificités.

5. Condition d'exercice de l'unité mobile

L'unité mobile interviendrait sur appel du médecin traitant pour des situations médicales complexes. Situations survenant chez un patient fragile dont le pronostic vital n'est pas engagé et dont la balance bénéfico-risque d'une hospitalisation aux urgences est discutable ou pour lequel il est souhaité un avis médical et/ou de soins pour la gestion et l'orientation du patient. Ces situations justifient une intervention rapide car une hospitalisation est envisagée. Il peut s'agir de la gestion complexe d'une ou plusieurs pathologies chroniques avec aggravation rapide de la pathologie (en dehors d'une urgence aigue), un déclin moteur rapide chez un patient faisant des chutes à répétition, des troubles psycho-comportementaux (qui sont la principale demande), la prise en charge de plaies chroniques : escarres ou ulcères, la prise en charge de douleurs et soins palliatifs. Il pourra s'agir d'une situation de perte fonctionnelle et de nécessité de soutien à domicile soit du fait d'un entourage défaillant (aidant épuisé, hospitalisé) ou d'une insuffisance d'aide à domicile. Cela concernera également des problèmes médico-sociaux complexes de type refus d'aide et de soins, maltraitance ou négligence et des hospitalisations itératives qui n'ont pas été évoquées dans l'enquête.

Cette équipe devra être facile d'accès via un numéro de téléphone disponible, souple dans son fonctionnement et nécessitera une intervention rapide, idéalement dans les 48 à 72 heures.

Les patients accepteraient plutôt facilement une intervention à domicile. Certains médecins pensent que leur présence est indispensable, d'autres pensent qu'elle n'est pas nécessaire. L'équipe mobile devra, pour chaque intervention, prévenir le médecin et s'il souhaite être présent, se coordonner avec ces disponibilités.

L'estimation du nombre de patients qui pourraient bénéficier d'une prise en charge par l'équipe mobile, comprise entre 95 à 160 et 296 à 500 patients, est très imprécise. Il s'agit de

signalements potentiels qui ne correspondent pas tous à des situations pouvant bénéficier d'une intervention de l'UMG ext.

6. Inquiétude

Une question ouverte portait sur d'éventuelles dérives de ce système d'intervention à domicile. La principale inquiétude était le risque de shunter le médecin traitant ou qu'il se désinvestisse de la prise en charge de son patient. Cette dérive sera limitée par le fonctionnement de l'équipe mobile. En effet les équipes mobiles de gériatrie réaliseront un appui ponctuel sur une situation difficile et ne réaliseront pas le suivi du patient contrairement à un fonctionnement en réseau par exemple. Afin d'éviter qu'elles soient sollicitées de façon non justifiée, il sera indispensable qu'il y ait, au préalable, une évaluation médicale par le médecin traitant seul juge de l'intérêt d'un signalement. Enfin ce sera avec l'expérience que les médecins pourront évaluer si la prise en charge par les équipes mobiles est adaptées, insuffisante ou trop importante.

7. Les limites de l'étude

Les limites de l'étude sont un nombre réduit de répondants et un possible biais de surévaluation car nous avons fait le choix d'une enquête déclarative et non sur dossier. Compte tenu du taux important de médecins non contactés, les calculs de l'estimation du bassin de recrutement sont entachés d'une forte incertitude.

8. Perspectives

Ce premier état des lieux pourra être répété après la mise en place des équipes mobiles de gériatrie extra hospitalière. L'évolution des difficultés relevées lors de notre enquête, constituera un des éléments de l'évaluation de ce dispositif de soutien communautaire à la prise en charge des personnes âgées en situation complexe.

THESE SOUTENUE PAR : Lucie BOSSON

TITRE : Difficultés de prise en charge par le médecin généraliste des personnes âgées en situation médicale et psycho sociale complexe. État des lieux à propos d'une enquête à Grenoble, Annecy et Roanne.

CONCLUSION

Avec le vieillissement de la population, la proportion de personnes âgées qui consultent les médecins généralistes est de plus en plus importante. La politique actuelle d'aide au vieillissement se donne pour objectif d'anticiper et d'adapter le dispositif de santé à la diversité des attentes et des besoins des personnes âgées. Après avoir développé les équipes mobiles gériatriques intra hospitalières, l'Agence Régionale de Santé souhaite étendre ce dispositif à la prise en charge à domicile afin de limiter les hospitalisations inappropriées.

L'objectif de notre étude a été d'évaluer les difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans la prise en charge des personnes âgées en situation médicale et psycho sociale complexe. Il s'agit d'une étude préalable dans le cadre d'une expérimentation d'équipe mobile de gériatrie extra hospitalière sur Grenoble, Annecy et Roanne. Nous avons mené une enquête qualitative et quantitative sous forme d'entretien téléphonique et de questionnaire multimodal (entretien téléphonique, courrier ou courriel). Cette enquête de besoin a été menée auprès de 520 médecins des zones géographiques concernées par le dispositif. L'enquête téléphonique montre que 84 (65%) des médecins se sont déclarés intéressés et seuls 111 médecins ont répondu au questionnaire (32.8%) dont 48 (43.2%) de Grenoble, 32 (28.8%) d'Annecy et 31 (27.9%) de Roanne.

L'enquête confirme l'existence de difficultés dans la prise en charge des personnes âgées. La prise en charge de la polypathologie (41 citations), la iatrogénie (36 citations), la dépendance (17 citations) et l'isolement (14 citations) sont autant de spécificités à prendre en compte. Le médecin généraliste a un rôle central (13 citations), de coordinateur (42 citations) et d'accompagnement (16 citations). Les missions qu'il se donne sont le maintien à domicile (16 citations) et la préservation de la qualité de vie du patient (5 citations). Les problèmes rencontrés sont d'abord le manque de structure d'hébergement et les difficultés d'accès aux différents professionnels intervenants. La prise en charge des démences, des troubles du comportement, de la dépendance, des prises en charge palliatives et de fin de vie ainsi que les chutes à répétition posent le plus de difficultés aux répondants. Ce sont principalement le

manque de temps, d'expérience et de pratique qui sont en cause. L'absence d'aidant, la difficulté à obtenir des informations fiables et le manque de mobilité des personnes âgées sont également mentionnés.

Les situations pour lesquelles les médecins souhaiteraient une intervention de l'unité mobile de gériatrie sont les troubles cognitifs et les troubles psychocomportementaux (43 citations), les chutes à répétitions (28 citations), la douleur et les soins palliatifs (14 citations). Les attentes vis à vis de l'unité mobile de gériatrie sont la réalisation d'évaluations gériatriques à domicile (28 citations), la sollicitation d'un deuxième avis médical (25 citations). Cette équipe devra être disponible (10 citations), facile d'accès (5 citations) et devra intervenir rapidement (5 citations). Nous estimons sur un mois que 95 à 160 patients pourraient bénéficier d'une intervention de l'unité mobile de gériatrie. Le signalement devra être fait par le médecin traitant (69 citations, 72,6%), par téléphone (95 citations, 86%) et l'intervention réalisée dans les 48/72 heures (60 citations, 67,4%).

L'enquête montre qu'il existe des spécificités pour chaque ville. Les répondants d'Annecy effectuent moins de visite à domicile, travaillent plus avec les SSIAD et l'HAD. Ils connaissent mieux l'hôpital de jour et font plus appel à l'unité mobile de gériatrie qui intervient déjà sur le réseau EHPAD. L'unité mobile de gériatrie de Grenoble est moins connue et les répondants grenoblois font moins appel aux consultations gériatriques. Les répondants de Roanne effectuent plus de visites à domicile et font plus appel au SSR et au SLD mais travaillent moins avec les auxiliaires de vie, les kinésithérapeutes et les assistantes sociales. Pour remplir les missions qu'elles se sont fixées les équipes mobiles de gériatrie extra hospitalière devront s'adapter à ces spécificités.

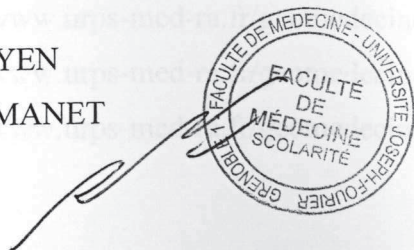
Les limites de l'étude sont le nombre réduit de répondants et un possible biais de surévaluation car nous avons fait le choix d'une enquête déclarative et non sur dossier.

L'évolution des difficultés relevées par notre enquête, après la mise en place des équipes mobiles de gériatrie extra hospitalière, constituera un des éléments de l'évaluation de ce dispositif de soutien communautaire à la prise en charge des personnes âgées en situation complexe.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le 5/5/2011

LE DOYEN
JP. ROMANET



LE PRESIDENT DE THESE
PROFESSEUR P. COUTURIER

A handwritten signature in black ink, likely belonging to Professor P. Couturier.

BIBLIOGRAPHIE

1. Pla A, Beaumel C, Bilan démographique 2010 La population française atteint 65 millions d'habitants [en ligne] Insee-Première, n° 1332, janvier 2011
www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1332/ip1332.pdf
2. DREES Etudes et Résultats-160-Personnes âgées dépendantes et aidants potentiels : une projection à l'horizon 2040 [en ligne] février 2002 <http://www.sante.gouv.fr/personnes-agees-dependantes-et-aidants-potentiels-une-projection-a-l-horizon-2040.html>
3. Circulaire DHOS/02 n° 2007/117 du 28 mars 2007 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques
4. Circulaire DHOS/02/03/UNCAM n° 2007-197 du 15 mai 2007 relative au référentiel d'organisation nationale des réseaux de santé « personnes âgées »
5. Jeandel C, Pfitzenmeir P, Vigouroux P. Un programme pour la gériatrie : 5 objectifs, 20 recommandations, 45 mesures pour atténuer l'impact du choc démographique gériatrique sur le fonctionnement des hôpitaux dans les 15 ans à venir. La Documentation Française Avril 2006
6. Plan solidarité Grand Age 2007-2012 présenté par Philippe BAS, Ministre délégué à la Sécurité Sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la famille [en ligne] 2006 http://cnsa.fr/IMG/pdf/plan_solidarite_grand-age-2.pdf
7. Derame G, El Kouri D, Hamidou M, Carre E, Potel G. Les passages non justifiés au service d'accueil urgences : Proposition d'une offre de soins différenciée. *Press Med* 2004 Jul 10;33(12 Pt 1):780-3
8. Mazière S, Lanière I, Hadri N, Bioteau C, Millet C, Couturier P, Gavazzi G. Facteurs prédictifs du déclin fonctionnel de la personne âgée après une hospitalisation en court séjour gériatrique : importance de l'évolution fonctionnelle récente. *Press Med* 2011 Feb;40(2):e101-10
9. Ordre National des Médecins. Atlas de la démographie médicale en région Rhône Alpes Situation au 1^{er} janvier 2009 [en ligne] 2009
www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/Rhone%20Alpes.pdf
10. URMLRA, GEOSANTE. Le schéma de démographie médicale de la région Rhône Alpes Département de la Haute Savoie, de l'Isère et de la Loire 2008 [en ligne]
http://www.urps-med-ra.fr/geomedecine/region/download/DescriptifDepartemental_74.pdf
http://www.urps-med-ra.fr/geomedecine/region/download/DescriptifDepartemental_38.pdf
http://www.urps-med-ra.fr/geomedecine/region/download/DescriptifDepartemental_42.pdf

11. Boyd CM, Darer J, Boult C, Fried LP, Boult L, Wu AW. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases - Implications for pay for performance. *JAMA* 2005 Aug 10;294(6):716-24
12. Vogt-Ferrier N., Older patients, multiple comorbidities, polymedication ... should we treat everything? *European Geriatric Medicine* 2011;2(1):48-51
13. Moen J, Norrgard S, Antonov K, Nilsson JLG, Ring L. GPs' perceptions of multiple-medicine use in older patients *J Eval Clin Pract.* 2010 Feb;16(1):69-75
14. La Société Européenne de médecine générale-médecine de famille. La définition européenne de la médecine générale, médecine de famille 2002 [en ligne] site Wonca Europe <http://www.woncaeurope.org/>
15. URMLRA, Gayrard P. Observatoire social de Lyon. Médecine générale et gérontologie : Enquête auprès des Conseils Généraux, des CLICs, des Réseaux et des Médecins Généralistes de la région Rhône-Alpes. [en ligne] 2005 Site URPS médecin de Rhône-Alpes <http://www.urps-med-ra.fr>
16. DECELLE G. sous la direction de CRETON H. Equipe mobile de gériatrie intervenant en EHPAD : enquête de satisfaction auprès des médecins généralistes du bassin de santé d'Annecy. Thèse med Grenoble : université Joseph Fourier, 2011
17. Monloubou D, Flori M-F, Zerbib Y, Laine X. La solitude des médecins face à la démence *Rev Prat* [en ligne] 2009 <http://www.larevuedupraticien.fr/index.php/recherche-en-m/295-la-solitude-des-medecins-face-a-la-demence>
18. Caton J, Olaya E, Atayi D, Barbedienne P, et al. Prise en charge à domicile par le médecin généraliste des patients atteints de maladie d'Alzheimer. Enquête auprès des médecins généralistes de la région Rhône-Alpes 2005. [en ligne] Site des médecins généralistes de la région Rhône Alpes
19. Stuck AE, Egger M, Hammer A, Minder CE, Beck JC. Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people : systematic review and meta regression analysis. *JAMA* 2002 Feb 27;287(8):1022-8
20. Boult C, Boult LB, Morishita L, Dowd B, Kane RL, Urdangarin CF. A randomized clinical trial of outpatient geriatric evaluation and management. *J Am Geriatr Soc* 2001 Apr;49(4):351-9
21. Elkan R, Kendrick D, Dewey M, Hewitt M, Robinson J, Blair M, Williams D, Brummell K. Effectiveness of home based support for older people: systematic review and meta-analysis *BMJ* 2001 Sept 29;323(7315):719-25

22. Johansson G, Eklund K, Gosman-Hedström G. Multidisciplinary team, working with elderly persons living in the community : a systematic literature review. *Scand J Occup Ther.* 2010;17(2):101-16
23. Bernabei R, Landi F, Gambassi G, Sgadari S, Zuccala G, Mor V, Rubenstein LZ, Carbonin P. Randomized trial of impact of model integrated care and case management for older people living in the community. *BMJ* 1998 May 2;316(7141):1348-51.
24. Beswick AD, Rees K, Dieppe P, Ayis S, Gooberman-Hill R, Horwood J, Ebrahim S. Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people : a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2008 Mar 1;371(9614):725-35.
25. Gill TM, Baker DI, Gottschalk M, Peduzzi PN, Allore H, Byers A. A program to prevent functional decline in physically frail, elderly persons who live at home. *N Engl J Med.* 2002 Oct 3;347(14):1068-74.
26. Gitlin LN, Hauck WW, Dennis MP, Winter L, Hodgson N, Schinfeld S. Long-term effect on mortality of a home intervention that reduces functional difficulties in older adults : results from a randomized trial. *J Am Geriatr Soc.* 2009 Mar;57(3):476–81.
27. Stuck AE, Minder CE, Peter-Wüest I, Gillmann G, Egli C, Kesselring A, Leu RE, Beck JC. A randomized trial of in-home visits for disability prevention in community-dwelling older people at low and high risk for nursing home admission. *Arch Intern Med.* 2000 Apr 10;160(7):977-86.
28. Bouman A, van Rossum E, Nelemans P, Kempen GI, Knipschild P. Effects of intensive home visiting programs for older people with poor health status: a systematic review. *BMC Health Serv Res.* 2008 Apr 3;8:74.
29. Huss A, Stuck AE, Rubenstein LZ, Egger M, Clough-Gorr KM. Multidimensional Preventive home visit programs for community-dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Gerontology A Med Sci* 2008 Mar;63(3):298-307.
30. Gravelle H, Dusheiko M, Scheaff R, Sargent P, Boaden R, Pickard S, Parker S, Roland M. Impact of case management (Evercare) on frail elderly patients: controlled before and after analysis of quantitative outcome data. *BMJ* 2007 Jan 6;334(7583):31-34.
31. Van Haastregt J, Diederiks J, Van Rossum E, De Witte L, Voorhoeve P, Crebolder H. Effects of a programme of multifactorial home visits on falls and mobility impairments in elderly people at risk: randomised controlled trial *BMJ* 2000;321(7267):994-8

32. Stuck AE, Egger M, Hammer A, Minder CE, Beck JC. Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people : systematic review and meta regression analysis. *JAMA* 2002 Feb 27;287(8):1022-8.
33. Liger-Salvy M, Voisin T. Equipes mobiles de gériatrie extra-hospitalières. *L'année gériatologique* 2007;21:187-94

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire de thèse

Annexe 2 : Courrier de sensibilisation

Annexe 3 : Courrier de relance

Médecin généraliste et personnes âgées en situation médicale et psycho-sociale complexe

Identification

- Nom Prénom (facultatif):
- Age : <40 ans entre 40 et 50 ans entre 50 et 60 ans >60 ans
- Durée d'installation : <10 ans entre 10 et 20 ans entre 20 et 30 ans >30ans
- Exercice exclusif (médecine générale) ou mixte (médecin coordonateur,...)
- Lieu d'exercice : urbain semi rural rural ; Annecy Grenoble Roanne
- Cabinet : seul ou en groupe
- Formation éventuelle à la gériatrie : capacité DU médecin coordonateur
 cycle formation (ex :MG form) DESC autre : précisez

Votre pratique

- Combien de patients de plus de 75 ans avez-vous vu en consultation (au cabinet ou en visite à domicile) cette dernière semaine ?
- Quel est le pourcentage de patients de plus de 75 ans dans votre patientèle ?
 <15% de 15 à 30% de 30 à 50% de 50 à 75% >75%
- Combien de visites à domicile faites-vous par semaine (en moyenne) ?
- Quelles sont selon vous les spécificités de prise en charge des personnes âgées ?

.....

- Quel est, selon vous, le rôle du médecin généraliste dans les soins aux personnes âgées ?
-

Vos partenaires

- Dans la prise en charge de ces patients, quels sont les intervenants essentiels avec qui vous travaillez (ressources communautaires principales) ?
Ordonnez vos réponses (1 étant l'intervenant essentiel)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> infirmier(e) libéral(e) | <input type="checkbox"/> HAD | <input type="checkbox"/> auxiliaire de vie |
| <input type="checkbox"/> assistante sociale de secteur | <input type="checkbox"/> aide soignant(e) | <input type="checkbox"/> conseil général |
| <input type="checkbox"/> kinésithérapeute | <input type="checkbox"/> SSIAD | <input type="checkbox"/> autre : préciser |

- Qui vous paraît le mieux placé pour prendre en charge la coordination autour du patient ?
 Médecin Infirmier(e) Assistante sociale Famille Autre

Vos difficultés

Difficultés techniques : *de 1=aucune à 4=majeures*

- D'accès aux co intervenants (spécialiste mémoire, nutrition, psychologue, ergothérapeute...)? 1 2 3 4
- D'accès au plateau technique (biologie, imagerie) ? 1 2 3 4
- D'accès au réseau social ? 1 2 3 4
- D'accès aux EHPAD ? 1 2 3 4

Difficultés dans la prise en charge de :

de 1=aucune à 4=majeures

- La perte d'autonomie et la dépendance ? 1 2 3 4
- Les démences et troubles du comportement ? 1 2 3 4
- La dépression du sujet âgé ? 1 2 3 4
- Les chutes à répétitions ? 1 2 3 4
- L'incontinence urinaire et fécale? 1 2 3 4
- La malnutrition et la dénutrition ? 1 2 3 4
- Les escarres et ulcères ? 1 2 3 4
- La douleur ? 1 2 3 4
- Les troubles du sommeil ? 1 2 3 4
- L'adaptation thérapeutique et la iatrogénie ? 1 2 3 4
- Les prises en charge palliative et de fin de vie ? 1 2 3 4

- Pour quelles raisons ?

Ordonnez vos réponses si plusieurs items cochés (1 étant la plus importante)

- manque de connaissances
- manque de formation
- manque d'expérience ou de pratique
- manque de temps
- manque de rémunération
- autre : précisez

- Type de difficultés dans le contact avec la personne âgée :

Ordonnez vos réponses si plusieurs items cochés (1 étant le plus important)

- exigence et demande excessive
- difficultés à obtenir des informations fiables
- difficultés avec les aidants familiaux
- difficultés avec les aidants professionnels
- autre : précisez
- mauvaise observance thérapeutique
- nomadisme médical
- absence d'aidants familiaux
- manque de mobilité

- Citez les 2 dernières situations complexes dans lesquelles vous avez dû hospitaliser de façon non programmée un patient âgé en dehors d'une urgence médicale aigue.

Quelles en étaient les causes et circonstances ? Précisez de quand date ces hospitalisations (en semaines) ?

Patient 1 :

Patient 2 :

Vos besoins :

- Quelle aide pourrait être apportée au généraliste dans ces situations complexes ?

.....
.....

- Connaissez vous la filière gériatrique hospitalière ?

Y avez-vous déjà fait appel ?

- | | | |
|---|---|---|
| Hôpital de jour | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Consultation gériatrique et mémoire | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| La possibilité de joindre un gériatre pour avis ou entrée directe | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Unité Mobile de Gériatrie | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Unité de court séjour | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Unité de Soins de Suite Rééducation | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Unité de Soins de Longue Durée | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |

- Quelles seraient vos attentes vis-à-vis d'une unité mobile de gériatrie extra hospitalière (UMG ext) ?

.....
.....

- Citez 3 situations pour lesquelles vous souhaiteriez une intervention à domicile de l'UMG ext ?

1.....

2.....

3.....

- En général, pensez vous que vos patients accepteraient une intervention à domicile de l'UMG ext ?

1 (sans difficulté) 2 3 4 (avec beaucoup de difficulté)

- Pensez vous que la présence du médecin traitant à domicile lors de l'intervention est :

1 (indispensable) 2 3 4 (non nécessaire)

- Pour combien de patients dans ce dernier mois auriez-vous pu faire appel à l'UMG ext?

0 1-2 3-4 >5

- Qui vous paraît le mieux placé pour faire le signalement à l'UMG ext?

Médecin Infirmier(e) Assistante sociale Famille Autre : précisez

- Quel moyen préféreriez-vous utiliser pour contacter l'UMG ext?

internet téléphone courrier fax autre : précisez.....

- Dans quel délai souhaiteriez-vous que l'intervention à domicile soit faite?

dans les 24h dans les 48h dans les 72 h dans la semaine dans les 15 jours

- Quelles pourraient être les dérives de ce système d'intervention à domicile ?

.....
.....

- Commentaires libres

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

Merci d'avoir pris le temps de répondre à cette enquête



La Tronche le 12 Juillet 2010

Madame, Monsieur le Médecin

Objet : projet d'Equipe mobile de gériatrie extra hospitalière

Cher Confrère,

Dans le cadre de l'expérimentation d'un dispositif d'Equipe Mobile de Gériatrie Extra hospitalière sur le territoire Grenoblois nous souhaitons avoir votre avis sur les difficultés actuelles de prise en charge des personnes âgées fragiles.

Cette unité mobile composée d'un gériatre, d'une infirmière, d'une assistante sociale et d'une secrétaire pourra intervenir sur votre demande chez des patients âgés de 75 ans et plus (à domicile ou en EHPAD) en situation médicale et/ou psycho-sociale complexe.

Ce projet soutenu et financé par l'Agence Régionale de Santé est multicentrique et intéresse les villes d'Annecy, de Grenoble et de Roanne avec l'appui méthodologique du Centre d'Investigation Clinique (CIC) du CHU de Grenoble. L'objectif est d'améliorer la gestion des patients fragiles et de favoriser la coordination intra-communautaire entre la médecine de ville et les acteurs du domicile ainsi que l'orientation des patients âgés dans la filière gériatrique appropriée le cas échéant.

Afin d'améliorer la qualité de l'intervention et de l'adapter à vos besoins, une attachée de recherche clinique ou une gériatre en formation, Lucie Bosson (lbosson@chu-grenoble.fr) vous contactera afin de recueillir votre avis soit au cours d'un entretien téléphonique, soit via un questionnaire accessible en ligne sur internet si vous le souhaitez.

Enfin, lors du démarrage de cette expérimentation prévue le dernier trimestre de l'année, une rencontre avec l'équipe de gériatrie sera organisée à l'occasion d'une journée d'échanges sur la prise en charge à domicile des sujets âgés fragiles et la présentation des résultats de cette enquête. Ce sera l'occasion de préciser les modalités pratiques de recours à ce service.

En vous remerciant de votre collaboration à ce projet, veuillez agréer, Cher Confrère, l'expression de nos salutations les meilleures.

Bien Confraternellement,

Pr Pascal Couturier
Clinique de Gériatrie
Coordonnateur du projet
Tél. 04 76 76 89 07

Pr Jean-Luc Bosson
Responsable du CIC
Tél. 04 76 76 92 60

Dr Isabelle Lanièce
Equipe Mobile de Gériatrie
de Grenoble
Tél. 04 76 76 89 07

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE GRENOBLE
B.P. 217 - 38043 Grenoble Cedex 09



La Tronche, le 11 octobre 2010

Madame, Monsieur le Médecin

Objet : Enquête sur les difficultés de prise en charge des personnes âgées fragiles

Cher Confrère,

Dans notre précédent courrier nous vous informions de la mise en place cet automne d'une Equipe Mobile de Gériatrie extra hospitalière sur le territoire Grenoblois. Dans le cadre de ce projet, nous souhaitons avoir votre avis sur les difficultés actuelles de prise en charge des personnes âgées fragiles.

N'ayant pas pu vous contacter par téléphone et ainsi recueillir votre avis, nous vous adressons ci joint le questionnaire ainsi qu'une enveloppe réponse, questionnaire également accessible en ligne sur internet à l'adresse suivante : <http://www.123interview.com/UMG> si vous le souhaitez.

En vous remerciant de votre collaboration à ce projet, veuillez agréer, Cher Confrère, l'expression de nos salutations les meilleures.

Bien Confraternellement,,

Lucie Bosson
DESC Gériatrie
lbosson@chu-grenoble.fr

Pr Pascal Couturier
Clinique de Gériatrie
Coordonnateur du projet
Tél. 04 76 76 92 60

Pr Jean-Luc Bosson
Responsable du CIC
Tél. 04 76 76 89 07

Dr Isabelle Lanièce
Equipe Mobile de Gériatrie de Grenoble
Tél. 04 76 76 89 07

**Difficultés de prise en charge par le médecin généraliste des
personnes âgées en situation médicale et psycho sociale complexe.
État des lieux à propos d'une enquête à Grenoble, Annecy et Roanne.**

Résumé

Objectif Dans le cadre de l'adaptation du dispositif de santé au vieillissement de la population, nous avons évalué les difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans la prise en charge des personnes âgées en situation médicale et psycho sociale complexe, en préalable à la mise en place d'unités mobiles de gériatrie extrahospitalières.

Matériels et méthodes L'enquête a été qualitative et quantitative sous forme d'entretien téléphonique et de questionnaire multimodal (entretien téléphonique, courrier ou courriel) auprès des médecins des zones géographiques concernées par le dispositif.

Résultats 65% des médecins contactés par téléphone se sont déclarés intéressés et seuls 111 médecins (32,8%) ont répondu au questionnaire dont 48 (43.2%) de Grenoble, 32 (28.8%) d'Annecy et 31 (27.9%) de Roanne. L'enquête confirme l'existence de spécificités dans la prise en charge des personnes âgées principalement la polyopathie (41 citations). Le premier motif d'intervention de l'unité mobile de gériatrie devrait être la prise en charge des troubles cognitifs et des troubles psycho comportementaux (43 citations) qui posent le plus de difficultés aux médecins. La principale attente des répondants est la réalisation d'évaluations gériatriques à domicile (28 citations). L'équipe mobile devrait être disponible, accessible facilement et rapidement. Sur un mois, 95 à 160 patients pourraient bénéficier d'une intervention sur les 3 sites. Le signalement devrait être fait par le médecin traitant (69 citations, 72,6%), par téléphone (95 citations, 86%) et l'intervention réalisée dans les 48/72 heures (60 citations, 67,4%). L'enquête montre qu'il existe des spécificités pour chaque ville. Les répondants d'Annecy effectuent moins de visite à domicile et travaillent plus avec les SSIAD. L'unité mobile de gériatrie de Grenoble est moins connue et les répondants grenoblois font moins appel aux consultations gériatriques. Les répondants de Roanne effectuent plus de visites à domicile, mais travaillent moins avec les auxiliaires de vie, les kinésithérapeutes et les assistantes sociales.

Discussion Malgré les limites de l'étude, nos résultats confirment l'existence de difficultés dans la prise en charge des personnes âgées en situation complexe et confirment que pour remplir leurs missions, les équipes mobiles de gériatrie extra hospitalière devront s'adapter aux spécificités de chaque ville.

Mots clés : personnes âgées, situation complexe, médecins généralistes, enquête de besoins, unité mobile de gériatrie

**Difficulties Encountered by General Practitioners in Caring for the Elderly with
Complex Medical and Psycho-social Conditions
A survey in Grenoble, Annecy and Roanne.**

Summary

Objective: In the context of the realignment of healthcare strategies to meet the needs of the aging population, we assessed the difficulties encountered by general practitioners in the care of the elderly with complex medical and psycho-social conditions, with a view to setting-up mobile community based geriatric units.

Materiels and Methods: The survey was both qualitative and quantitative and took the form of a telephone interview and a multimodal questionnaire (telephone interview, then postal or email questionnaire) of general practitioners in the geographic areas concerned.

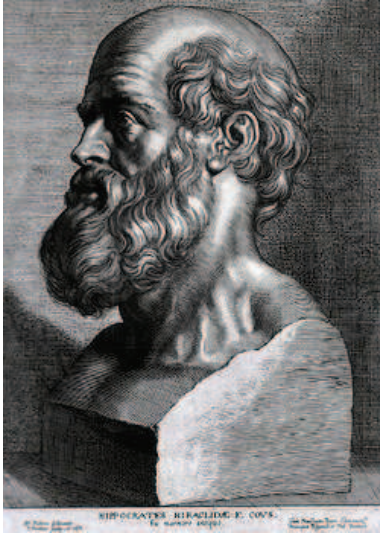
Results: 65% of the GPs contacted by telephone said the survey interested them, but only 111 (32.8%) physicians replied to the questionnaire including 48 (43.2%) from Grenoble, 32 (28.8%) from Annecy and 31 (27.9%) from Roanne. The survey confirmed that there are specific features related to the care of the elderly, in particular multiple pathologies (41 replies). The first priority for intervention of the mobile geriatric unit should be the management of the elderly with cognitive disorders and behavioural psychologies (43 replies) that pose the most problems for physicians. The major expectation of respondents was that geriatric assessments should be conducted at home (28 replies). The mobile team should be available, and easy to contact rapidly.

For the 3 cities, 95 to 160 patients might benefit from an intervention per month. The request for intervention should be made by the GP (69 replies, 72.6%), by telephone (95 replies, 86%) and the visit made within the following 48 - 72 hours (60 replies, 67.4%).

The survey shows that each city has its own specific requirements. Respondents in Annecy make fewer home visits and work more with the district nurses (SSIAD). The Grenoble mobile geriatric unit is less well known and GPs in Grenoble who responded request fewer geriatric consultations. Respondents from Roanne more frequently make home visits, but less often work with carers, physiotherapists and social workers.

Discussion: Despite the study limitations, our results confirm the existence of difficulties in the care the elderly people with complex conditions and highlight that in order to fulfil their missions, the community mobile geriatric teams must adapt to the specific characteristics of each agglomeration.

Key-words: elderly, difficulties, complex conditions, general practitioners, survey, community mobile geriatric teams



SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciplines et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerais mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

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

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

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