HAL
open science

Attitudes des généralistes en matière de prise en charge des personnes âgées dépendantes à domicile : quelle est la place du réseau de gériatrie de l'Essonne " Hippocampes " ? Une enquête qualitative auprès de généralistes essonniens

Éva Germain

▶ **To cite this version:**

Éva Germain. Attitudes des généralistes en matière de prise en charge des personnes âgées dépendantes à domicile : quelle est la place du réseau de gériatrie de l'Essonne " Hippocampes " ? Une enquête qualitative auprès de généralistes essonniens. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01131916

HAL Id: dumas-01131916

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01131916

Submitted on 16 Mar 2015

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.

Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

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

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

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

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

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2014 N°59

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Attitudes des généralistes en matière de prise en charge des personnes âgées dépendantes à domicile. Quelle est la place du réseau de gériatrie de l'Essonne « Hippocampes » ?
Une enquête qualitative auprès de généralistes essonniens

Présentée et soutenue publiquement
le 13 juin 2014

Par

GERMAIN, Eva
Née le 5 janvier 1986 à Châtenay-Malabry (92)

Dirigée par M. Le Docteur Delesalle, Laurent

Jury :

M. Le Professeur Partouche, Henri ..... Président

M. Le Professeur Astagneau, Pascal ..... Membre

Mme Le Docteur Kinugawa-Bourron, Kiyoka ..... Membre

Mme Le Docteur Wenner-Vidal, Valérie ..... Membre

Except where otherwise noted, this work is licensed under
http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.

Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

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

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

REMERCIEMENTS

A monsieur le Professeur Partouche qui me fait l'honneur de présider ce jury, qu'il trouve ici l'expression de ma reconnaissance.

A monsieur le Professeur Astagneau, qui me fait l'honneur de juger ce travail.
Je vous en remercie chaleureusement.

A madame le Docteur Kinugawa-Bourron, qui me fait l'honneur de juger ce travail.
Je vous en remercie chaleureusement.

A madame le Docteur Wenner-Vidal, qui me fait l'honneur de juger ce travail.
Je vous en remercie chaleureusement et espère qu'en tant que coordinatrice du réseau Hippocampes, ce travail vous sera utile.

A monsieur le docteur Laurent Delesalle, pour avoir accepté de diriger cette thèse et m'avoir guidée sur le chemin inconnu des méthodes qualitatives. Merci également pour le semestre de SASPAS avec toute l'équipe du cabinet Clémenceau (notamment Joël et Brigitte) ; la sacoche de visite que vous m'avez offerte me suit fidèlement depuis mes débuts…

Au Professeur Ghasarossian, pour l'encadrement lors de mon stage chez le praticien.
Vous m'avez confirmée dans ma vocation de généraliste.

A toutes les équipes hospitalières côtoyées durant mon internat, pour tout ce qu'elles m'ont appris.

Au Docteur Coulon et à Madame Horlande, pour leur disponibilité et leur rôle de catalyseur au début de ma thèse. Vous m'avez offert une perspective par laquelle aborder le prisme du maintien à domicile des personnes âgées. Aux secrétaires du réseau Hippocampes pour leur réactivité et disponibilité. A toute l'équipe du réseau Hippocampes, j'espère que ce travail vous permettra d'améliorer le service rendu par le réseau aux généralistes ; c'était sa vocation.

Aux 21 médecins ayant accepté de participer à cette étude malgré leurs agendas chargés, et de se prêter à l'exercice de l'entretien compréhensif, acceptant courageusement de dévoiler leur pratique.

A Michel, Manue et Cécile, vous m'avez permis de me lancer dans l'exercice de la médecine générale dans une ambiance conviviale, faite d'échanges enrichissants autour des patients dont vous prenez soin avec attention. Vous m'avez donné le goût de l'exercice en groupe !

A Patrick, pour ta gentillesse, de m'avoir initié à la médecine rurale, et permis de découvrir un petit coin de la jolie Creuse, et à Isabelle pour la convivialité et la saveur des repas partagés.

A Véro (tu n'es pas là, c'est un comble, toi mon « cas médical des pieds à la tête », c'est d'ailleurs à cause de ces premiers si tu es absente...), Jess, Yo, Pa, fidèl(e)s secrétair(e)s toujours prêt(e)s à m'aider avec la retranscription des entretiens.

A Laetitia, Agnès et Michel pour leurs suggestions concernant le guide d'entretien, et au clan Vilain pour leur relecture attentive et leurs encouragements, et surtout pour leur amitié et leur passion de la vie.

Au groupe des dîners Pitié, pour les fameux dîners, les vacances, les jeux, avec une mention spéciale à Clo pour les « mises au point motivation » régulières, à Vivi mon référent Zotero et Gui pour Word, et au Dr Kerkache qui a été le premier à décrocher le titre. Vous n'êtes plus que cinq...

Aux amis du lycée, « TS3, le vent en poupe », pour l'amitié qui résiste aux années -malgré votre dispersion aux 4 coins de la France, notamment à Fanny, ma collègue de P1, dont le ventre s'est arrondi dernièrement...

A Diala, maman courageuse, de m'avoir inspirée pour la finalisation de ce travail.

A Eva H, ma « cousine » et l'inspiratrice de mon prénom, A Deborah, mon autre « cousine », tu me suis de près, que tu trouves un sujet qui t'inspires ! A Alicia, mon amie d'enfance, tu es géographiquement éloignée mais proche en pensée !

A ma famille, aimante, authentique et valorisante,
A mes parents qui m'ont donné le sens de l'attention à l'autre, et tant d'autres choses, Maman tu m'as encouragée à plusieurs reprises pour cette thèse,
A mes sœurs chéries, pour tous les moments de complicité déjà partagés et ceux à venir.

A ma petite clio blanche, malgré ta vieillesse, tes incontinences de liquide de refroidissement et quelques passages au garage, tu as survécu à un été de sillonnement de l'Essonne en vue de ce travail, et tu es toujours vivante !

LISTE DES ABREVIATIONS

AEG : altération de l'état général

AGGIR : autonomie gérontologie groupes iso-ressources

ALD : affection longue durée

APA : allocation personnalisée pour l'autonomie

CCAS : centre communal d'action sociale

CLIC : centre local d'information et de coordination

DMLA : dégénérescence maculaire liée à l'âge

DREES : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DU : diplôme universitaire

(I)ADL : (instrumental) activities of daily living scale

IDE: infirmier(ère) diplômé(e) d'état

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

EGS : évaluation gériatrique standardisée

EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

FNG : Fondation nationale de gérontologie

FREGIF : Fédération des réseaux de santé gérontologiques d'Ile-de-France

GP : general practitioner

HAD : hospitalisation à domicile / HDJ : hôpital de jour

HAS : Haute autorité de santé

HG : hôpital gériatrique / HGn : hôpital général

M : médecin / D ou Dr : docteur

MAD(I) : maintien à domicile (impossible)

MAIA : maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer

MDPH : maison départementale des personnes handicapées

Mini GDS : mini geriatric depression scale

MMSE : mini mental state examination

MNA : mini nutritionnal assessment

M. : monsieur

MT : médecin traitant

Ndlr : note de la rédaction

PAD : personne âgée dépendante

PRISMA : Projet et Recherches sur l'Intégration des Services pour le Maintien de l'Autonomie

RDV : rendez-vous

RIAP : Relevé Individuel d'Activité et de Prescriptions

SAAD : service d'aide et d'accompagnement à domicile

SLA : sclérose latérale amyotrophique

SSIAD : service de soins infirmiers à domicile

SSR : soins de suite et de réadaptation

Table des matières

SERMENT D'HIPPOCRATE 2

REMERCIEMENTS 3

LISTE DES ABREVIATIONS 5

I/ Problématique générale 9

1/ Genèse du sujet 9

2/ Etat de la question 10

II/ Contexte de l'étude 11

1/ Evolution de la prise en charge de la dépendance des sujets âgés en France : vers l'intégration des soins 11

2/ Difficultés rencontrées par les généralistes face à la perte d'autonomie 12

3/ Dysfonctionnements de la filière hospitalière des sujets âgés 13

Motifs d'hospitalisation des personnes âgées par les médecins généralistes, Le « MADI », un motif d'admission aux urgences fréquent ? 13

Facteurs de crise expliquant les admissions de PA aux urgences 15

Hospitalisation programmée ou passage aux urgences ? 16

Structures hospitalières créées en réponse aux dysfonctionnements 16

4/ Données sur l'autonomie des PA et les aides antérieures à une hospitalisation 18

5/ Population des SSIAD 18

6/ L'évaluation gériatrique standardisée (EGS) 19

7/ Facteurs de risque d'entrée en institution 19

8/ L'Essonne 20

Quelques statistiques 20

Le réseau Hippocampes (description, objectif, activités) 21

Les structures gériatriques hospitalières et de ville 21

III/ Description de l'étude 22

1/ Objectif 22

2/ Choix de la méthode 22

3/ Sélection de l'échantillon/de la population 22

4/ Guide d'entretien 23

5/ Réalisation des entretiens 23

6/ Expérience personnelle de l'enquêteur 23

7/ Méthode d'analyse 24

IV/ Résultats 25

1/ Caractéristiques de la population étudiée 25

2/ Etude thématique 26
L'entourage, un élément prépondérant 26
Relations avec le personnel paramédical 34
Rémunération et disponibilité du médecin 39
Aspect médico-légal de la prise en charge à domicile 42
Le rôle social du généraliste 42
Hospitalisation des patients âgés 47
Cas concrets de patients âgés adressés aux urgences pour maintien à domicile impossible 51
Légitimité du médecin dans l'aide à la prise de décision concernant le devenir d'une PAD 53
Outils utilisés pour l'évaluation gériatrique 57
Vision des maisons de retraite et institutions 61
Réceptivité au concept de gestionnaire de cas 62
Difficultés de prise en charge des PA à domicile 64
3/ Les généralistes et le réseau Hippocampes 65
Mode de connaissance du réseau 65
Participation à une visite d'évaluation au domicile 65
Connaissance des attributions du réseau et modes d'utilisation du réseau 68
Les freins à l'utilisation du réseau 69
4/ Profils de médecins et réseaux de soin à la PAD 71
Différents modes relationnels 71
Le cas isolé des MG 2, et 13 74
Réseaux de soin à la personne âgée dépendante 74
Profils de médecins 76
V/ Discussion 77
1/ Limites et biais de l'étude 77
2/ Discussion autour des résultats 78
Conclusion 79
Annexes 80
1/ Guide d'entretien 80
2/ Tableau des caractéristiques des médecins interrogés 83
3/ Cartographie des cabinets des médecins interrogés en Essonne 84
4/ Entretiens 85
Entretien 1 85
Entretien 2 91
Entretien 3 93
Entretien 4 98

Entretien 5 108
Entretien 6 115
Entretien 7 122
Entretien 8 130
Entretien 9 137
Entretien 10 147
Entretien 11 155
Entretien 12 161
Entretien 13 168
Entretien 14 175
Entretien 15 180
Entretien 16 189
Entretien 17 195
Entretien 18 202
Entretien 19 209
Entretien 20 213
Entretien 21 218
4/ Exemple de schème spécifique : MG 7 224
5 / Evaluation gériatrique : tests les plus fréquemment utilisés par les généralistes de l'étude (évaluation cognitive et dépendance) 225
A/ Test des 5 mots de Dubois 225
B/ Test de L'Horloge 226
C/ MMSE 227
D/ Grille AGGIR 228
Bibliographie 231

I/ Problématique générale

1/ Genèse du sujet

Lors de mes stages hospitaliers, j'ai été plusieurs fois confrontée à la difficulté de prendre en charge des personnes âgées adressées par leur médecin généraliste pour maintien à domicile impossible. Il y avait souvent une pathologie infectieuse ou décompensée qui expliquait la dégradation brutale de l'état général et de l'autonomie, et qui justifiait l'hospitalisation.

Le motif social initial prolonge souvent l'hospitalisation au-delà de la guérison de l'épisode aigu et j'ai ensuite retrouvé ces patients lors de mon stage en médecine interne, où ils restaient plusieurs semaines dans l'attente d'un lit en soins de suite ou d'une place en institution.

La question m'est venue de savoir comment on arrivait à des situations de crise chez des patients poly-pathologiques, atteints de maladies chroniques. On peut penser que ces situations peuvent être anticipées en majorant les aides à domicile ou par une hospitalisation programmée avant que la situation à la maison devienne impossible à gérer.

Une thèse consultée lors de ma bibliographie consistait en une analyse de dossiers de patients adressés aux urgences par leur médecin traitant pour maintien à domicile impossible, suivie de recommandations sur ce qui aurait dû être mis en place par ces médecins (1). La plupart des études conduites sur ce même thème le sont d'un point de vue hospitalier.

J'ai donc voulu étudier dans un premier temps les données de la littérature concernant les envois aux urgences de patients âgés par des généralistes pour maintien à domicile impossible, puis dans un deuxième temps, le point de vue des médecins généralistes sur la prise en charge de ces patients à domicile. Pour comprendre au mieux leurs difficultés quotidiennes, les rouages de leur raisonnement, et recueillir des histoires concrètes de patients, l'entretien compréhensif m'a semblé la meilleure méthode : un questionnaire n'aurait amené que des réponses de surface.

Le généraliste n'est pas un acteur isolé et plusieurs initiatives ont déjà vu le jour pour tenter d'améliorer la prise en charge de la personne âgée dépendante, dont les réseaux de gériatrie. J'ai donc contacté début 2013 le réseau de gériatrie essonnien Hippocampes afin de mieux cibler mon étude, et le docteur Coulon, médecin coordinateur, a proposé que j'évalue le service rendu par le réseau aux généralistes.

2/ Etat de la question

La prise en charge de la dépendance des personnes âgées est l'objet d'une littérature profuse actuellement. La réflexion est menée dans tous les pays occidentaux, car elle va de pair avec le vieillissement des populations. Elle pose problème sur le plan médical mais surtout économique et sociétal.

Le généraliste, en tant que médecin référent et de premier recours, est sollicité par des patients âgés dépendants et leur entourage, et doit dans ce cadre faire face à des considérations médico-sociales aussi bien que purement médicales.

Les médecins franciliens rencontrent des difficultés dans la prise en charge des patients en perte d'autonomie (2). Le médecin traitant en charge de personnes âgées (PA) vivant à domicile est parfois confronté à des situations de rupture (3) dans lesquelles il peut se sentir isolé et être amené à adresser un patient aux urgences à défaut de pouvoir bénéficier d'une mise en place rapide d'aides à domicile ou d'une admission directe dans un service hospitalier.

La filière hospitalière de ces PA n'est pas optimale (4). Les envois aux urgences pour motif social unique sont rares, contrairement à une idée reçue bien répandue (5–7). En revanche certains passages aux urgences ne sont pas justifiés, dans le sens où ils sont suivis d'un retour à domicile, ou d'une admission en service de médecine sans caractère urgent (8).

Le système de santé français évolue actuellement d'une organisation décentralisée en filières dirigées par des instances diverses vers une organisation de soins intégrés (9). Cette organisation semble être efficace pour améliorer la réponse à long terme aux besoins des personnes âgées comme l'ont montré les études au Québec, par l'évaluation du modèle PRISMA notamment (10,11), qui a été ensuite exporté et testé en France à partir de 2005 (12,13).

Les réseaux de gériatrie sont une des réponses apportées par le système de santé à ces carences en évaluant au mieux les besoins d'une PA pour mettre en place les aides à domicile adéquates. Des initiatives variées voient le jour : dans une région, un réseau a mis en place une permanence téléphonique afin de répondre aux questions des acteurs de la prise en charge à domicile 24h/24 (14).

Le réseau de gériatrie de l'Essonne a dans ses missions le Soutien de la coordination Ville-Hôpital et l'évaluation du domicile de la PA avec aide à la mise en place d'aides adéquates. Quel rôle ce réseau de santé ville-hôpital joue-t-il actuellement pour les généralistes? Quelles sont les réponses apportées et les attentes des généralistes qui ne sont pas satisfaites à l'heure actuelle, et comment améliorer ces services ? Quel accueil les généralistes réservent-ils aux nouvelles structures en charge de la dépendance et notamment au concept de gestionnaire de cas ?

II/ Contexte de l'étude

La société a évolué d'une prise en charge exclusive par la famille vers une implication progressive des collectivités, étant donné l'isolement croissant des personnes âgées et l'éloignement familial. En Europe on observe un gradient : dans les pays du nord l'aide aux personnes dépendantes s'appuie sur les solidarités nationales (du fait d'un plus fort taux d'activité chez les femmes appelées à être « aidants ») alors qu'au sud elle repose quasi-exclusivement sur la solidarité familiale. Pour l'UNAF[1], « l'implication des familles auprès de parents ou de proches dépendants ne peut en aucune façon conduire à un désengagement public. Au contraire, l'enjeu de la réforme est de construire une véritable complémentarité entre solidarité familiale et solidarité publique » (15).

1/ Evolution de la prise en charge de la dépendance des sujets âgés en France : vers l'intégration des soins

Le nombre de personnes âgées avec des pathologies chroniques en France va croissant et pose un important problème de santé publique et de gestion des soins de longue durée. La France comptait en 2007 plus de 65 millions d'habitants dont 21.3% avaient 60 ans ou plus, et si les tendances démographiques se maintiennent, en 2060 1 français sur 3 aura plus de 60 ans (16).
« Ce changement démographique a révélé la nature fragmentée du système de santé français, centré principalement sur les soins aigus. » Il existe notamment peu de liens entre services sociaux et de soins, institutionnels et communautaires, structures privées et publiques (9).

La création des CLIC (centre local d'information et de coordination), initiée en 1999 lors de l'année internationale des sujets âgés des nations unies, a été rendue effective par la loi du 13 août 2004. Ces centres, censés fournir un guichet d'entrée unique pour tous les renseignements concernant le quotidien de la personne âgée (tant au niveau des soins que de la vie socio-culturelle et de l'environnement), sont financés par les conseils régionaux. L'évaluation à 5 ans montre une inégalité territoriale des CLIC et un échec en ce qui concerne la création de liens entre services sociaux et de soins du fait d'un manque de partenariats au niveau local.

Les réseaux de santé ont vu le jour dans la loi de 2002. Les réseaux de gériatrie sont composés d'une équipe multidisciplinaire associant personnel administratif, paramédicaux et médecins, dédiée à la prise en charge de personnes âgées ayant des problématiques de santé complexes. D'après la loi « les réseaux de santé doivent permettre d'assurer une meilleure adéquation entre les besoins et l'offre de soins, de garantir une continuité des soins effective et de développer la qualité des pratiques ». [2]
L'évaluation des réseaux pointe déjà des insuffisances et problèmes : la participation des généralistes à ces réseaux est faible, il existe une forte compétition entre les organismes pourvoyeurs de soins sans limitations des champs de compétence de chacun, ils semblent ne pas parvenir à créer des liens avec les autorités sociales et sont considérés comme coûteux.

---

[1] Union Nationale des Associations Familiales
[2] Source : Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 Article L6321-1 du code de la santé publique. [consulté le 11/01/2014] Consultable sur : http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=F34A77F4C3B6058FA7B298A122D8B584.tpdjo15v_1?idArticle=LEGIARTI000006691334&idSectionTA=LEGISCTA000006171493&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20030905

« Les réseaux gérontologiques permettent d'améliorer les prise en charge des personnes âgées dépendantes, sous réserve que les moyens mis en place respectent des critères minimaux de qualité […], ce qui n'est pas le cas partout aujourd'hui, et que soit suivie l'effectivité de cette mise en œuvre et son impact réel sur les pratiques » (17).

Le projet pilote PRISMA France, débuté en 2005, a abouti à la création des MAIA (Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer), terme qui prête à confusion dans le sens où il ne s'agit pas de lieux de vie, et qui ne sont de plus pas dédiés uniquement aux patients atteints d'Alzheimer mais plus largement à tous les pathologies lourdes rencontrées en population gériatrique. Elles ont été créées suite au plan national Alzheimer 2008-2012 qui tente d'introduire le concept de gestionnaire de cas et de gérer les services de soins à l'échelon local.
« Le gestionnaire de cas est le correspondant unique des intervenants pour la coordination des soins et des services, aussi bien pour les champs d'action sociale que sanitaire. Pour toute personne relevant de la gestion de cas, le gestionnaire de cas réalise à domicile une évaluation des besoins sanitaires et sociaux de la personne pour confirmer ou infirmer le recours à la gestion de cas et définir le plan d'aide ; assure le rôle de personne ressource coordinatrice ; fait les démarches pour l'admission de la personne à ces services ; assure un suivi de la réalisation des services planifiés, organise le soutien et coordonne les différents intervenants impliqués ; assure une révision périodique du plan de services individualisé. » (13) Ces MAIA sont inspirées du modèle de soins intégrés québécois PRISMA qui comprend six aspects (concertation entre les différents acteurs, gestion de cas –notion de « maintien à domicile intensif », un guichet d'entrée unique, un outil d'évaluation standardisé, le plan de services individualisé, et un système d'informations partageables) (12,13).
Le programme MAIA définit l'intégration de la manière suivante : « coordination effective des acteurs et des bailleurs de fonds ayant pour objectif de simplifier la vie quotidienne de personnes malades, d'améliorer le bien-être des acteurs des soins et de pourvoir les meilleurs soins et services pour tous ».
En France il n'a pas été possible de construire un réseau totalement intégré du fait de problèmes de financement (enveloppes pour la ville et l'hôpital séparées, sentiment des structures d'être sous-financées). Le projet de guichet d'entrée unique s'est heurté au principe de libre choix des professionnels de santé et aux phénomènes de concurrence entre acteurs (18).

Cette étude vise à évaluer en Essonne l'adhésion des généralistes au réseau gériatrique, leur manière de l'utiliser et leur satisfaction, et leur réceptivité aux nouvelles réformes, notamment au concept de gestionnaires de cas, dans l'optique d'envisager des pistes pour une meilleure collaboration.

2/ Difficultés rencontrées par les généralistes face à la perte d'autonomie

Cette enquête de 2004 a été réalisée par envoi de questionnaires auprès de médecins généralistes et spécialistes. En moyenne un médecin francilien suit 19 patients en perte d'autonomie (35.5% à domicile, 22.6% au cabinet, 41.9% en institution).
91% des médecins rencontrent des difficultés.
Ces difficultés sont liées au manque de structures et d'aides extérieures (notamment le manque de services de soins à domicile, de service et d'intervenants à domicile -en tête les aides-soignantes et auxiliaires de vie), et de structures d'hébergement non hospitalières.
20% des médecins ont également des difficultés à évaluer la perte d'autonomie (sont évoqués le manque de temps, de connaissance ou formation) (2).

3/ Dysfonctionnements de la filière hospitalière des sujets âgés

Les personnes de plus de 70 ans représentent 14 % de l'ensemble des usagers des urgences (alors qu'ils ne représentaient que 8 % de la population française totale lors du dernier recensement) (19).
Les patients âgés de plus de 75 ans en île de France ont une chance sur trois de passer par un service d'urgences dans l'année (20).

Il est communément admis que nombre de malades âgés « encombrent » les urgences sans y avoir leur place, idée que j'ai fréquemment retrouvée dans les articles médicaux qui se penchent sur le sujet. Une autre idée qui sous-tend ce constat est que le motif de « maintien à domicile impossible » (MADI) ou « altération de l'état général » (AEG) est souvent utilisé par des médecins généralistes pour adresser aux urgences de manière injustifiée des patients dont ils ne savent plus quoi faire…
Ces à priori négatifs ont quelques fondements compréhensibles: un passage aux urgences ou une hospitalisation sont souvent vécus de manière négative par des personnes âgées qui doivent patienter plusieurs heures sur un brancard peu confortable, dans un couloir, et qui, une fois hospitalisés, perdent leurs repères et leur autonomie, rendant le retour au domicile compliqué, ou le différant au prix d'hospitalisations en médecine longues et coûteuses dans des services peu adaptés.

Il semble que plus on avance dans le temps, plus les auteurs s'accordent à dire que lorsqu'une personne âgée est adressée aux urgences par son médecin, il y a quasiment toujours une raison médicale sous-jacente, même si elle n'est pas clairement formulée (4).

Motifs d'hospitalisation des personnes âgées par les médecins généralistes, Le « MADI », un motif d'admission aux urgences fréquent ?

Le terme de maintien à domicile impossible figure dans une étude française de 2006 qui précise que « Ce symptôme est apparu comme motif d'admission pour la première fois en février 2002 » et conclut : « Ce travail montre que ce symptôme ne relève pas de la compétence d'un service de médecine interne (peu de démarche diagnostique et peu de soins spécifiques), et a l'inconvénient de « bloquer » des lits pendant une longue durée. L'étude du devenir montre qu'il s'agit un problème social dont le traitement hospitalier est très coûteux, et pourrait être au mieux traité et anticipé par une structure mobile en amont » (21).

C'est une problématique que l'on retrouve également en Suisse -avec un libellé qui diffère légèrement- dans l'article suivant intitulé : « 'soins impossibles à domicile' (SIAD) impression médicale ou diagnostic ? ». L'article conclut que les personnes adressées avec ce motif sont souvent des personnes âgées qui vivent seules mais qui « contrairement à une idée bien répandue dans le corps médical » sont autant médicalisés et entourés socialement que le reste de la population. L'auteur ajoute que « de manière intéressante, lors de leur sortie des urgences, le dossier médical comporte de nombreux diagnostics somatiques en plus de celui de SIAD, leur nombre semblant par lui-même justifier l'hospitalisation» (22).

Derrière cette question se cache celle de savoir si un motif social est justifiable d'un passage aux urgences, comme le résume bien Fanello : « L'envoi aux urgences est-il abusif en cas de problème médico-social ? Toute la difficulté réside dans les relations mutuelles entre l'élément « médical » et « social ». Les difficultés sociales découlent souvent de la pathologie en cours. Dans notre étude, le caractère social dépend significativement de l'existence d'une poly-pathologie et du degré de dépendance » (23).

Une enquête belge réalisée en 2007 par questionnaires adressés à des généralistes, leur demandait de mentionner les motifs d'envoi de patients de plus de 75 ans vers un hôpital dans la semaine précédente puis de manière générale pour des hospitalisations plus anciennes.
Les résultats indiquent un caractère d'urgence dans 77% des cas, l'absence de précision du caractère urgent ou non concernant surtout les symptômes généraux.
Les motifs les plus fréquemment cités sont: symptômes généraux (AEG, chutes et autres) pour 20 % et les « problèmes cardio-vasculaires » (AVC, AIT inclus) 18%, suivent les motifs respiratoires (14%), le motif « altération de l'état général » ne représente qu'1.5% de tous les motifs confondus, « contrairement à sa réputation en salle d'urgence », conclut l'étude (24).
Onen, dans son étude réalisée en 2001 aux urgences d'un hôpital parisien, retrouve à l'admission 31,6% de maladies cardio-pulmonaires, 28.2% de désordres neuro-psychiatriques, 8.3% de chutes et 31,8% de « pathologies variées » (incluant symptômes généraux, infectieux, digestifs ou cutanés) (3).
Derame en 2004 s'est intéressé aux passages non justifiés aux urgences –quel que soit l'âge des patients, ce qui explique la différence dans les pourcentages par rapport aux études précédentes. Les 2 problèmes principaux retrouvés chez ces patients -qui auraient pu être hospitalisés directement en service de médecine d'après les auteurs- sont les suivants: pathologie non spécifique 17% (fièvre non expliquée, pluri-pathologie du sujet âgé, AEG), dermatologie 10% (surinfection de plaies chroniques, érysipèle) (8).
En synthèse, les motifs d'envoi aux urgences de personnes âgées sont souvent des « symptômes hybrides » (AEG, confusion, chute, malaise), d'ordre cardio-respiratoires ou neuro-psychiatriques, débouchant après un bilan sur des étiologies multiples (25,26).

La majorité des admissions de PA aux urgences sont justifiées par une pathologie aiguë ou subaiguë nécessitant une prise en charge dans une structure hospitalière, mais une grande partie des cas sont dans un état clinique jugé stable, et ne relèvent pas nécessairement d'un service d'urgences. « Contrairement aux idées reçues, l'admission des vieux malades reste médicalement justifiée même si le caractère d'urgence est rare (environ 10 %) » (23).
Les hospitalisations pour placement ou motif social sont rares, selon les séries : 2% (26), 5 % pour des hospitalisations programmées et moins de 2 % pour les passages aux urgences (7), 10% (25).

Une étude réalisée dans des SAAD et SSIAD aboutit aux mêmes conclusions : Les motifs de recours à l'hôpital, quelle qu'en soit la modalité, sont essentiellement médicaux, ce qui vient contredire le « vécu de surcharge ou d'envahissement de l'espace hospitalier par des vieux qui n'auraient rien à y faire» et met en évidence la discordance entre remarques de services d'urgences confrontés à des passages pour « cause sociale » et les données recueillies (motif médicaux prépondérants) (7).

Reste à savoir si les personnes âgées consultant aux urgences le font de leur propre initiative ou sont adressées par leur médecin… Le plus fréquemment (environ ¾ des cas) elles sont adressées par un médecin, les chiffres varient selon les études :

- 71,9% d'entre eux par le médecin traitant, son associé ou son remplaçant, dans 6% des cas, il s'agit du médecin de la maison de retraite ou du service de convalescence, ou d'un spécialiste libéral (23).
- 57% par le médecin traitant, 6%par son remplaçant, 26% par un médecin de garde, 6% à la demande des proches (6).
- 68 % adressées par le médecin généraliste habituel (25).
- 80% adressées par leur médecin traitant, 10% par un médecin de garde, 5% par les pompiers et 4% amenées par le SMUR (26).

L'initiateur de la démarche de recours aux soins est un professionnel de santé dans 42,4% des cas, la famille du patient dans 35,2% des cas et le patient lui-même dans 12,2% des cas (27).

Selon une étude, 10,9 % des PA arrivent seules et sans courrier d'accompagnement, ce qui pose problème au médecin recevant le patient et ne disposant d'aucune information, ce d'autant plus si le patient a des troubles cognitifs (23).

Quand les patients sont adressés par leur médecin, la qualité des courriers est variable, comme le souligne l'article suivant : « La plupart des admissions (83,8 %) se font avec une lettre d'accompagnement. Si les lettres évoquent facilement la chronologie des troubles (90,8 % des cas), le traitement (77,2 %) et les antécédents (66,8 %), il n'en est pas de même pour les conditions de vie du patient mentionnées uniquement dans 19,9% des courriers. […] Malheureusement, seules 12 % des lettres contiennent tous les enseignements nécessaires. » (23).

Chanelière souligne le manque d'intérêt médical pour ces informations sociales. Celles-ci étaient absentes dans 55% des cas à l'entrée et 30% des cas à la sortie, alors qu'elles sont prédictives de nouvelle hospitalisation (6).

Hormis la première étude citée, toutes - qu'elles soient réalisées dans des services d'accueil des urgences, de médecine interne ou par une structure en amont de l'hôpital- s'accordent à dire que les envois à l'hôpital de patients par leur médecin pour un motif social exclusif sont marginaux. Si les lettres des généralistes sont parfois floues ou parlent de symptômes généraux mal étiquetés c'est bien parce que c'est le propre de la gériatrie d'avoir à faire face à la polypathologie et à des symptômes souvent atypiques, mais l'impression d'urgence et de nécessité de soins hospitaliers est bien perçue par les généralistes.
Cela est d'ailleurs confirmé par le fait que les patients âgés consultant d'eux-mêmes retournent généralement à domicile contrairement à ceux adressés par un médecin, qui sont souvent hospitalisés (27,28).
Le MADI ne serait donc qu'un motif annexe, découlant directement de la décompensation d'une pathologie sous-jacente à l'envoi à l'hôpital, qui ne peut pas toujours être identifiée précisément par le médecin adresseur.

Cette polémique témoigne de la mauvaise collaboration, des relations tendues et lointaines qui existent parfois entre ville et hôpital. Peut-être le terme de 'maintien à domicile impossible' met-il mal à l'aise l'équipe qui reçoit le patient âgé aux urgences, car il ne justifie pas en lui-même un recours à ce service dédié à la prise en charge de pathologies aigues. On pourrait se dire que si le médecin de ville choisissait un terme différent, par exemple « décompensation à domicile nécessitant un bilan hospitalier », le patient bénéficierait d'un accueil plus évident parce qu'orienté vers une prise en charge somatique relevant des urgences.
Les rares cas de patients n'ayant aucun motif médical justifiant leur hospitalisation restent probablement ancrés dans les esprits du fait de la difficulté de gestion qu'ils représentent pour l'urgentiste: trouver une place dans des services surchargés sans motif médical 'valable'.
Le problème principal de la filière hospitalière de ces patients âgés semble être la stagnation dans des services de médecine inadaptés en aval des urgences. Le patient doit y aller du fait d'une fragilisation rendant le retour à domicile temporairement impossible, mais du fait de la perte de ses repères et d'autres facteurs, il se grabatise progressivement jusqu'à ne plus pouvoir effectivement rentrer à domicile.

Facteurs de crise expliquant les admissions de PA aux urgences

Cette étude met en évidence des facteurs divers pouvant déclencher une 'situation de crise à domicile' et conduire à une hospitalisation en urgence d'une PA, dans l'ordre des plus fréquents : un épisode aigu d'une maladie chronique, le fait de vivre seul, une hospitalisation récente, une invalidité quelconque.

Une accumulation de ces facteurs est fréquemment retrouvée à l'origine d'une situation de crise.
Les auteurs soulignent que ce qui fait la différence, sans être facile à mettre en évidence, est la réaction individuelle de la PA pour faire face aux situations, et son « adaptabilité » plus que les évènements eux–mêmes. Il semble que les PA attendent trop longtemps avant de chercher de l'aide, jusqu'à ce que la situation devienne une réelle urgence (3).

Dans son étude, Poupet note que parmi les patients âgés consultant aux urgences, les personnes vivant seules étaient sous représentées, avec une sur-représentation des personnes vivant en foyers logements ou maison de retraite, l'hypothèse des auteurs étant que la médicalisation y est insuffisante (5).

Hospitalisation programmée ou passage aux urgences ?

La plupart des hospitalisations de la PA se font en urgence (75% dans la plupart des études).

D'après Lazarovici et l'enquête nationale menée en 2002, plus d'un patient sur deux, âgé de plus de 75 ans, est hospitalisé après son passage aux urgences (19). Ce taux chute à 25% en île de France en 2011 d'après la FREGIF (20).

Les recours à l'hôpital se font de manière programmée pour à peine un quart des personnes (23,4 %) et les admissions aux urgences concernent plus des trois quarts (75,8 % d'entre elles) (7).

Vu le fort taux d'hospitalisation des personnes âgées après passage aux urgences et le fait qu'un caractère d'urgence n'est pas toujours présent, le service d'urgences semble jouer le rôle de porte d'entrée pour une hospitalisation non programmée. Ce mode d'hospitalisation n'est pas idéal car il aboutit à des orientations inadaptées au sein de l'hôpital en fonction des places disponibles, dans le but de désencombrer les urgences et au détriment de la qualité de la prise en charge du patient (20,29).

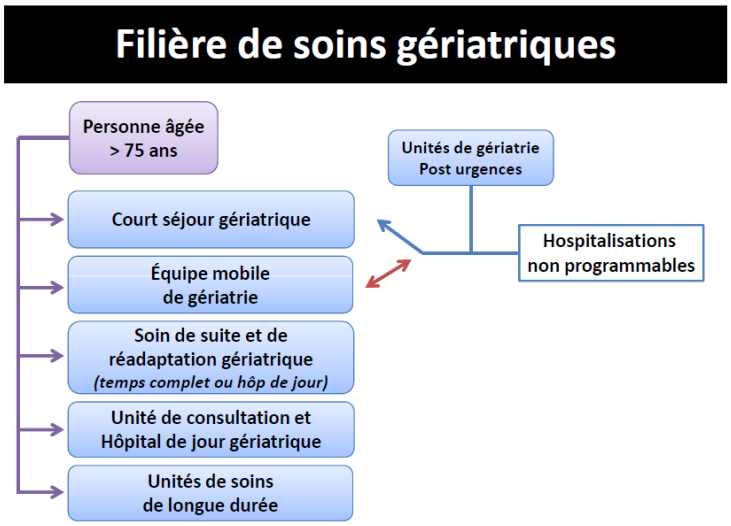
Structures hospitalières créées en réponse aux dysfonctionnements

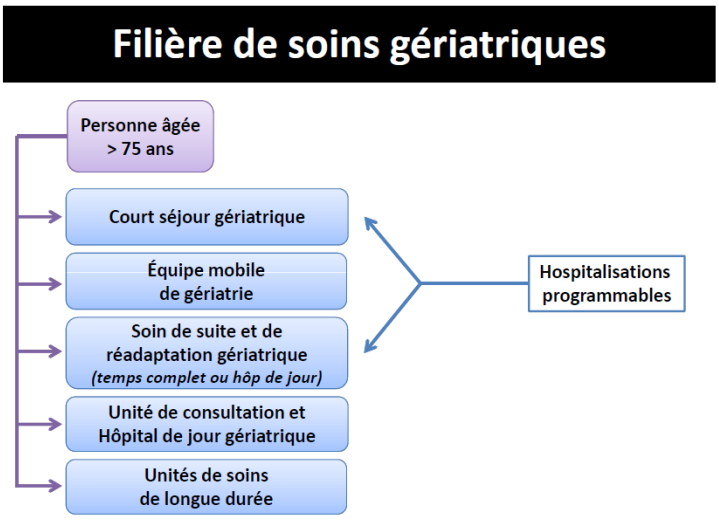
Des structures hospitalières ont donc vu le jour afin d'orienter au mieux les personnes âgées avec une évaluation dès le service d'accueil des urgences :
-Equipes mobiles de gériatrie extra mais surtout intra-hospitalières
-Accueil gérontologique médico-social aux urgences (30)
-Unités de court et moyen séjour, de gériatrie aiguë
-Unité de médecine interne gériatrique (4,25)

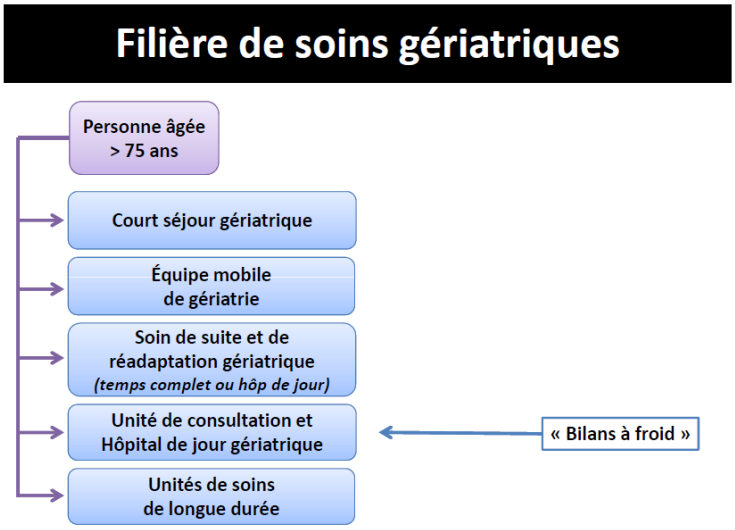
Les textes de loi qui fondent la création de ces différents services sont les suivants :
-Plan de solidarité Grand Age 2007-2012
-Circulaire DHOS du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins
-Les équipes mobiles gériatriques dans la filière de soins (rapport IGAS-2005)
-Un programme pour la gériatrie (rapport du ministère de la santé et des solidarités-mai 2006)[3]
-Circulaire DHOS du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques

[3] Rapport rédigé par Claude JEANDEL, Pierre PFITZENMEYER, Philippe VIGOUROUX : « 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 »

Les figures ci-dessous proposent une utilisation adaptée des différentes structures gériatriques en fonction du degré d'urgence et des objectifs du recours à l'hôpital. [4]







[4] Source : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Le_SPH_et_la_vulneratibilite_-_les_EMG-pdf.pdf [consulté le 11/01/2014]

4/ Données sur l'autonomie des PA et les aides antérieures à une hospitalisation

Saint-Jean en 1991 donne les chiffres suivants : 75 % des patients bénéficient d'aides antérieure (35% aides-ménagères, SIAD 10%, réseau de solidarité familiale ou de voisinage 62%) (25).
Onen en 2001 trouve que « 31.8% n'ont aucune forme d'aide, 48% en ont 1, 16% deux, 4% trois différentes » (sont inclus dans « aide » la famille, une aide-ménagère, infirmière ou le portage des repas) (3).
Davin, dans son étude menée en 2006 sur les besoins et insuffisance d'aide humaine aux personnes âgées à domicile (31) montre que :

- Le fait de ne pas vivre seul réduit la probabilité d'un besoin non satisfait ou insuffisamment satisfait.
- Disposer de revenus moyens ou faibles majore la probabilité d'une inadéquation de l'aide.
- Le milieu de vie (rural ou urbain) ne semble pas engendrer de différences dans le traitement des besoins.
- Il y a plus de besoin d'aide déclaré chez les non diplômés.
- Pour les faibles revenus : plus de besoins déclarés, moins de besoins satisfaits.
- Les personnes âgées restées en domicile ordinaire, a fortiori lorsqu'elles progressent vers le grand âge, sont justement celles dont les besoins d'aide demeurent satisfaits, leur non-satisfaction étant prédictive de l'évolution vers l'institution.

5/ Population des SSIAD

L'existence des SSIAD date du décret du 8 mai 1981 relatif aux conditions d'autorisation et de prise en charge des services de soins à domicile pour personnes âgées (qui, pour la première fois, a défini les missions de ces services, leur mode de fonctionnement ainsi que les qualifications requises pour y exercer), bien que certains services de soins infirmiers à domicile ont été créés au cours des années 70.
Ils emploient des aide-soignants et infirmiers qui effectuent des soins infirmiers médico-techniques ou d'hygiène (nursing) au domicile de patients âgés de plus de 60 ans, sur prescription médicale (32).

Une étude réalisée en 1997 à Angers montre que la demande d'admission en service de soins à domicile est rarement effectuée par le médecin (4% des cas contre 58% par le patient ou ses proches), elle fait souvent suite à une pathologie aiguë. Dans 11% des cas il n'existe aucune pathologie médicale bien définie. Les personnes prises en charge sont en général très dépendantes (groupe 1 et 2 AGGIR), 75% des bénéficiaires ont des fonctions cognitives normales (33).

L'étude de l'URC Eco IdF[5] entre 2007 et 2008 donne les chiffres suivants : les patients de moins de 70 ans sont très minoritaires, les femmes représentent 2/3 des bénéficiaires et sont en moyenne plus âgées que les hommes, près de la moitié des bénéficiaires vivent seuls avec leur conjoint, sans l'aide d'une tierce personne au domicile (44 %). La résidence en structure d'accueil est peu fréquente, les patients sont grabataires ou déments dans plus d'un cas sur 2, les patients les plus dépendants sont en général pris en charge avec l'aide du conjoint ou d'un membre de la famille.

[5] Unité de recherche en économie de la santé d'Île-de-France

Les déficiences locomotrices (membres inférieurs) et incontinence prédominent. Les ¾ des patients bénéficient d'une aide technique (dans l'ordre de fréquence : lit médicalisé, chaise percée, fauteuil roulant, lève-malade) et la quasi-totalité des personnes reçoit une aide - le plus souvent informelle - au quotidien (famille ou voisinage).
Dans le groupe des patients atteints de déficiences cognitives et motrices importantes, la moitié des patients sont démissionnaires, et 31 % d'entre eux sont opposants.
Lors de l'instauration de la prise en charge par le SSIAD, dans la moitié des cas les patients sont pris en charge par la médecine de ville à leur domicile, dans l'autre moitié ils sortent d'hospitalisation. Les prises en charge par les SSIAD sont associées à des soins de kinésithérapie dans plus de quatre cas sur dix.
Les patients nécessitant des soins importants en coût ou durée sont parfois refusés pour des raisons de budget (32).

6/ L'évaluation gériatrique standardisée (EGS)

Une évaluation gériatrique de qualité semble être un passage nécessaire à une bonne prise de décision concernant les aides à mettre en place au domicile ainsi qu'à un dépistage précoce des personnes âgées à risque de perte d'autonomie.
L'American Geriatrics Society définit l'EGS[6] comme une « évaluation multidisciplinaire permettant la mise en évidence, la description et, si possible, l'explication des multiples problèmes d'une personne âgée, avec un bilan de ses ressources et capacités, une évaluation des services nécessaires, et un plan de soins coordonnés en vue de cibler les interventions en fonction des problèmes personnels ».

Elle comprend les outils suivants : (34)
-Equilibre : get up and go test,
-Autonomie : ADL/IADL,
-Grille AGGIR,
-Etat cognitif : MMSE,
-Evaluation de l'humeur : GDS,
-Etat nutritionnel : MNA,
-Continence,
-Prise des traitements,
-Evaluation sociale : famille, entourage, revenus,
-Evaluation de la qualité de vie

L'efficacité des programmes de dépistage et prévention est cependant difficile à mettre en évidence (35), notamment à domicile (36,37).

Dans sa méta-analyse de 2011, Ellis conclut qu'une EGS pendant une hospitalisation en urgence augmente la chance des patients âgés de rester en vie à leur domicile et de ne pas entrer en institution, mais ceci n'est démontré que dans le cadre des services hospitaliers de gériatrie et non pour les équipes mobiles (38).

7/ Facteurs de risque d'entrée en institution

L'institutionnalisation ou « placement » est un moment critique de la vie d'une personne âgée. Le placement n'est déjà pas évident quand il est décidé en dehors d'une situation de crise, mais s'il se fait dans la précipitation, il devient réellement traumatisant, comme le souligne bien Pellissier dans son livre (39).

[6] ou CGA pour Comprehensive Geriatric Assessment en anglais

Il rapporte que « 79% des personnes âgées hospitalisées en long séjour ne sont pas prévenues de leur 'placement' définitif » quand elles y sont adressées. Il met en danger contre l'institutionnalisation décidée plus pour rassurer l'entourage ou en tant que mesure de sécurité « pour les voisins que l'attitude du vieux met en danger ou pour le vieux lui-même qui met en danger sa propre vie » que pour un réel bien-être de la personne âgée. Il insiste sur l'importance d'écouter la personne âgée et son désir de rester à domicile et de ne pas utiliser cette solution de manière réflexe mais en recours, après envisagé toutes les autres solutions au préalable.

Une revue de littérature de 2000 retrouve les facteurs suivants :
L'âge, la baisse des performances cognitives, la dépendance pour les activités de la vie quotidienne, un lieu de résidence urbain, l'incontinence sphinctérienne, l'isolement social, la fréquence des chutes, l'intention exprimée par l'aidant de placer la personne, des difficultés à accepter les troubles du comportement, et un lien de parenté éloigné (35).

Une étude belge de 2007 réalisée par envoi de questionnaires auprès de généralistes met en évidence les problèmes suivants comme les plus fréquemment à l'origine d'une institutionnalisation :
Les chutes (8%), une limitation d'une fonction (nommée perte d'autonomie) pour 9%, une démence dans 18% des cas. Viennent se surajouter à ces motifs médicaux des motifs sociaux (isolement, veuvage).
Le médecin généraliste est fortement impliqué dans cette décision : il intervient dans ¾ des situations (40).

8/ L'Essonne

Quelques statistiques

Au 1er janvier 2012 l'Essonne comptait une population de 1 228 598 personnes sur un territoire de 1 804,4km² [7]. En 2009, elle comptait 271.056 habitants âgés de plus de 60 ans, soit 22,54 % de la population essonnienne.
La projection de la population prévoit, en Essonne, d'ici 2015, une augmentation de 16 % de la population des 60-79 ans et de 4,1 % des personnes âgées de 80 ans et plus, ainsi qu'une forte augmentation de sa population dépendante (+39 %) d'ici 2030 [8]

D'après un sondage effectué par le Conseil Général de l'Essonne en 2010 (consultation par sondage SOFRES auprès de 500 personnes âgées de plus de 50 ans vivant en Essonne):
38 % des personnes interrogées considèrent que la perte d'autonomie est l'un des principaux problèmes rencontrés par les personnes âgées,
47 % souhaitent continuer à vivre chez elles, moyennant le développement des services à la personne,
25 % souhaitent vivre chez elles le plus longtemps possible, même si elles ont de plus en plus de difficultés à faire face aux problèmes de la vie quotidienne,
16 % souhaitent vivre chez elles, moyennant quelques aménagements.
Les aidants familiaux, très fortement sollicités, souffrent d'isolement et expriment le besoin de moments de répit (notamment grâce à l'hébergement temporaire) (41).

[7] Source : INSEE, 2009 mise à jour janvier 2013. [consulté le 11/01/2014] Consultable sur : http://www.essonne.fr/fileadmin/emploi_economie/stat_Essonne_janvier_2013.pdf
[8] Source : http://www.hippocampes.net [consulté le 11/01/2014]

Le réseau Hippocampes (description, objectif, activités)

C'est le seul réseau gériatrique de l'Essonne, il bénéficie de l'appui des 2 réseaux de soins palliatifs pour les patients âgés en fin de vie.

Le réseau est constitué d'1 directeur administratif, 2 médecins coordonnateurs, 2 infirmières, 1 ergothérapeute, 1 psychologue, 2 neuropsychologues, 2 secrétaires.

Sa mission est de favoriser le maintien à domicile en préservant la meilleure qualité de vie possible :
-des personnes âgées handicapées ou en perte d'autonomie du fait de polypathologie ou de maladie chronique invalidante,
-des patients souffrant de maladie d'Alzheimer ou de syndromes apparentés.

Le réseau est financé par des fonds publics et ses interventions sont gratuites pour tous les bénéficiaires.

Leurs actions sont orientées vers :

- Le patient et les aidants

Evaluation médico-psycho-sociale au domicile,
Elaboration et aide à la mise en place d'un Plan Personnalisé de Santé (PPS),
Suivi de la situation par un référent du réseau,
Evaluation du domicile par un ergothérapeute. Conseils en aides techniques et sur l'aménagement du logement pour faciliter et sécuriser le quotidien,
Soutien psychologique à domicile du patient et/ou des aidants par des psychologues libéraux, missionnés par le réseau,
Accompagnement dans la recherche d'accueils temporaires en EHPAD, hôpitaux de jour et accueils de jour,
Coordination avec les CLIC, les CCAS, les Equipes Médico-Sociales du département ou les services sociaux,
Orientation vers des structures de soutien aux aidants.

- Les professionnels

Formations et informations pour les professionnels du secteur sanitaire et médico-social,
Réalisation par une neuropsychologue, au cabinet des neurologues, de tests psychométriques pour aider au diagnostic des maladies de mémoire,
Soutien de la coordination Ville-Hôpital et plateforme ressource pour les professionnels.

Dans ce contexte, Hippocampes est déjà intervenu, fin 2011, auprès de 931 patients et de leurs aidants, dans 131 communes sur les 196 que compte le département de l'Essonne.[9]

Les structures gériatriques hospitalières et de ville

Le département compte 3 hôpitaux gériatriques (désignés dans les entretiens par l'abréviation HG, à la différence des hôpitaux généraux HGn):
- L'hôpital Georges Clémenceau à Champcueil
- Les Magnolias à Ballainvilliers
- L'hôpital Joffre-Dupuytren à Draveil (AP-HP), spécialisé en géronto-psychiatrie.

7 CLIC sont recensés en Essonne[10]

[9] Source : http://www.hippocampes.net

III/ Description de l'étude

1/ Objectif

Comprendre les difficultés quotidiennes des généralistes, leur positionnement par rapport aux autres acteurs de la prise en charge de la dépendance à domicile, et savoir quelle place le réseau de gériatrie « Hippocampes » occupe actuellement dans leur prise en charge afin d'envisager des améliorations.

2/ Choix de la méthode

La méthode qualitative permet une meilleure compréhension des comportements et des logiques d'action que les méthodes quantitatives. L'entretien qualitatif permet à travers le recueil du discours d'informateurs d'accéder à la réalité vécue par les sujets de la recherche.
La méthode qualitative par entretiens compréhensifs (42) se prêtait au mieux à une enquête de terrain dont l'objectif était de comprendre le mode de fonctionnement des médecins généralistes quand il s'agit de patients âgés dépendants, quel réseau ils créent pour faire face aux demandes.
Dans cette démarche, l'entretien compréhensif apparaît plus propice que l'entretien semi-directif. En effet, il s'agit pour le chercheur d'être le moins directif possible et de laisser le sujet s'exprimer librement, sans prendre le risque de formater à priori son discours dans des cadres d'analyses préconçus.

3/ Sélection de l'échantillon/de la population

L'échantillon de médecins généralistes interrogés s'est construit de la manière suivante :
Les secrétaires du réseau Hippocampes m'ont fourni une liste des coordonnées de médecins généralistes installées en Essonne dans 3 catégories :

MG convention signée, collaboration réseau	MG convention signée, pas de collaboration réseau	MG pas de convention signée, collaboration réseau	MG choisi hors fichier réseau
MG 1, 2, 3, 8, 11, 12, 15, 17, 18	MG 7, 13	MG 4, 5, 6, 9, 10, 16, 19	MG 14, 20, 21

J'ai volontairement inclus 3 MG (14, 20 et 21) sans passer par le fichier du réseau, et plus jeunes que la moyenne, afin de recueillir le point de vue de médecins n'ayant pas collaboré avec le réseau, dont 2 médecins d'un même cabinet (MG 19 et 21) pour voir s'il existe une similitude de prise en charge au sein d'un cabinet de groupe.

Il y avait beaucoup moins de médecins dans la catégorie du milieu, mais il n'était pas nécessaire pour l'étude que la répartition entre les 3 catégories soit équivalente. De plus, le fait de n'avoir pas collaboré avec le réseau annulait une partie du guide d'entretien.

Au fil de la réalisation des entretiens il est ressorti que la plupart des médecins enquêtés avaient plus de 55 ans. J'ai donc fait un effort par la suite pour tenter d'interroger des médecins plus jeunes car il ressortait des entretiens que ceux en fin de carrière, étaient moins enclins à une réflexion sur leur pratiques et leur organisation ou réceptifs à la notion de réseau et de « travail collectif », ce qui limitait la richesse des réponses concernant une collaboration effective ou éventuelle avec le réseau.

---

[10] Source : http://www.age91.org/association-gerontologique-essonne/adresses-utiles,7,0

Par souci de validité des résultats nous souhaitions un échantillon de médecins assez représentatif (bien qu'une représentativité stricto sensu soit impossible du fait du faible échantillon) selon les critères suivants : âge, sexe, milieu urbain ou rural/socialement défavorisé ou privilégié.

4/ Guide d'entretien

Je me suis inspirée pour la réalisation du guide d'entretien de celui utilisé par les internes de Paris V pour l'étude sur la prévention menée par la faculté[11].
Autant pour le style et la formulation des questions que pour certains sujets, des questions telles que « êtes-vous convaincus de l'intérêt de la prévention ? », « votre investissement dans ce domaine varie en fonction de quoi ? Faites-vous une différence entre un patient de longue date ou non ? », « Votre place en tant que médecin généraliste par rapport à d'autres acteurs, comment ça se passe concrètement ? » ou concernant l'environnement du médecin étant également pertinente pour le sujet que je souhaitais étudier.
Je l'ai fait relire à des travailleurs sociaux ou personnes travaillant avec les personnes âgées, qui m'ont apporté de précieux conseils ou des suggestions d'ajouts judicieux.

5/ Réalisation des entretiens

Les 21 entretiens ont été réalisés au cabinet des médecins interrogés, à l'aide d'un enregistreur MP3, puis retranscrits intégralement en essayant de rester au plus proche de l'échange, en précisant les hésitations, les intonations.
Ils ont été anonymisés aléatoirement (le choix des lettres pour les personnes, hôpitaux et les villes ne respecte pas de logique particulière).
A la fin de l'entretien je recueillais quelques éléments manquants concernant le médecin et sa pratique (son année d'installation, le nombre d'actes ou de visites par jour) qui n'auraient pas été recueillis spontanément ou au fil des questions.
Du fait d'un problème technique la retranscription de l'entretien numéro 2 est très partielle (enregistrement haché), j'ai donc reformulé par écrit à chaud tout ce dont je me souvenais mais ne possède pas la retranscription fidèle du discours du médecin. Idem pour le début de l'entretien 15 et 19.
La durée moyenne des entretiens réalisés est de 34 minutes, la médiane de 35 minutes.

6/ Expérience personnelle de l'enquêteur

J'ai contacté les médecins par téléphone en leur exposant brièvement le sujet de mon étude, en leur demandant un entretien au cabinet d'une durée de 45 à 60 minutes.
Rares ont été ceux à décliner immédiatement, j'ai plutôt reçu un accueil favorable de leur part, certains disaient d'emblée ne pas faire ou faire très peu de gériatrie ou de visites à domicile, n'étant pas intéressés par ce champ d'action, je n'insistais alors pas de peur d'obtenir des entretiens trop pauvres.
Il me semble que le fait de présenter le partenariat avec le réseau Hippocampes et la pré-sélection des médecins dans le fichier du réseau m'a permis d'atteindre une population de médecins sensibilisés à la prise en charge des PA et intéressés par le travail en équipe, et un accueil plus favorable qu'un choix aléatoire dans l'annuaire -méthode que j'avais essayé un an avant pour un entretien test, avant de collaborer avec le réseau ; j'essuyais de nombreux refus-.

[11] Etude « Pratiques préventives en médecine générale : une analyse qualitative par entretiens », débutée en 2010, menée avec l'aide de la sociologue Géraldine Bloy.

En revanche la durée proposée de l'entretien (45 à 60 minutes qui progressivement se réduisait à 30 à 60 pour augmenter ma chance de réussite) était un frein à leur acceptation, et certains médecins étaient quasi injoignables directement du fait de la barrière du secrétariat téléphonique.

7/ Méthode d'analyse

Plusieurs méthodes d'analyse ont été utilisées afin d'aboutir à 2 axes d'analyse:
-l'un organisé par thèmes (entourage de la PA, vision des institutions, des réseaux etc) avec une analyse transversale des entretiens.
-l'autre centré sur chaque enquêté, par la réalisation de schèmes spécifiques (résumés en schémas tenant sur une page pour avoir une vision d'ensemble) pour dégager des « types » de médecins et de réseaux de soins.

1/ L'étude par thèmes grâce au logiciel d'analyse qualitative Weft-QDA
Des thèmes (mots clés) sont rentrés dans le logiciel, qui recherche ensuite dans un entretien ces mots clés. Cela permet au chercheur de les marquer, et de retrouver les passages des différents entretiens se référant à ce mot-clé, compilés par le logiciel dans un dossier thématique.

2/ La réalisation de schèmes spécifiques (Demazière et Dubar) (43)
Le schème spécifique permet de dégager et nommer la logique d'ensemble qui a présidé au récit concerné, elle s'appuie sur un ensemble de principes et règles de l'analyse structurale de récits.
Placé face à un ensemble d'entretiens de recherche produits de la manière la plus contrôlée possible pour éclairer une question ou comprendre un problème à partir de la subjectivité des personnes concernées, le chercheur découvre la diversité des points de vue et tente d'y introduire un ordre fondé sur les matériaux recueillis (« *grounded theory* » *ou* « *théorisation fondée* », décrite par Barney Glaser et Anselm Strauss en 1967 (44), autrement dit, on part du terrain pour construire l'hypothèse et non l'inverse, qui consisterait à vérifier une hypothèse sur le terrain).
La méthodologie proposée par Demazière et Dubar est la suivante -elle n'est pas spécifique aux médecins- :
On découpe le récit selon 3 niveaux :
-Niveau des fonctions : séquences (épisodes du récit). Notées S et numérotées dans l'ordre.
-Niveau des actions : actants (les personnages du récit, dans mon cas les différents acteurs réunis autour de la personne âgée). Notés A.
-Niveau de la narration : thèses, arguments, propositions destinées à convaincre l'interlocuteur. Notés P.
Ces 3 catégories sont ensuite confrontées en dégageant les oppositions et paradoxes dans le récit, et en repérant les répétitions.

J'ai donc marqué dans mes entretiens par différentes couleurs les acteurs cités, les histoires de patients ou difficultés rapportées et les opinions des médecins.
Sur le schéma final figurent les différents acteurs cités par le médecin et leurs interactions, ainsi que quelques verbatims caractéristiques des opinions défendues par le médecin.
Ceci me permet d'avoir une vision d'ensemble du réseau du médecin et quelques phrases clés décrivant sa « philosophie » ou les principes régissant sa pratique.

Il faut noter que l'analyse structurale de discours n'est pas une méthode infaillible qui aboutit nécessairement aux mêmes résultats quel que soit l'analyste et qu'il n'est pas possible de prétendre à l'exhaustivité, une analyse totalement objective du discours humain étant impossible.

IV/ Résultats

1/ Caractéristiques de la population étudiée

Sur les 21 médecins il y avait 10 femmes et 11 hommes.

La moyenne d'âge était de 53,9 ans, la médiane 58 ans.

15 médecins exerçaient en milieu urbain, 6 en milieu rural ou semi-rural.

16 médecins exerçaient en cabinet de groupe (au moins 1 associé).

L'année d'installation s'étalait entre 1971 et 2012.

La durée de consultation moyenne est d'environ 20 minutes (durées de consultation déclarées par le médecin parfois imprécises), la moyenne nationale étant à 16 minutes en 2006 d'après la DREES (45).

Le nombre de visites à domicile était très variable en fonction du médecin, allant d'1 par semaine à 10 par jour.

Le pourcentage de population gériatrique (>70ans) dans la patientèle était très imprécis, les médecins ayant rarement un chiffre exact en tête et celui-ci pouvant être erroné. Certains avaient accès au RIAP (qui donne % de personnes âgées de 60 à 69 ans ou plus de 70 ans).
D'après une étude récente de la DREES (février 2014), 95 % des médecins généralistes interrogés sur la place des PAD vivant à domicile dans leur patientèle actuelle, déclarent en suivre au moins une et près de 40 % au moins vingt. En moyenne, ces praticiens prennent en charge vingt et une PAD vivant à domicile.
Elle confirme également le constat que les médecins hommes suivent en général plus de patients âgés que les femmes : dans notre étude 6 des 8 patientèles gériatriques les plus importantes (>20%) sont de médecins hommes (MG 3, 6, 9, 10, 13, 18). « Près de 45 % des médecins hommes déclarent suivre au moins vingt PAD, contre 22 % de leurs consoeurs. Cet effet de genre, relativement marqué, a déjà été documenté s'agissant des patients atteints de la maladie d'Alzheimer ». Pour appuyer ce constat, une analyse des relevés individuels d'activité et de prescriptions indique que la patientèle des médecins hommes (16 % de personnes âgées de plus de 70 ans) est globalement plus âgée que celle de leurs consoeurs (11 %). Cet effet de genre, paraît toutefois moins marqué parmi les médecins les plus jeunes.
Concernant la zone d'exercice, cette analyse indique qu'un médecin exerçant en zone rurale a une probabilité 2,2 fois plus élevée de suivre au moins vingt PAD qu'un médecin exerçant en zone urbaine. Cette donnée peut en partie être rapprochée du fait que l'offre en médecine générale étant plus faible dans les communes rurales, les médecins de ces territoires pouvant être appelés à prendre en charge un plus grand nombre de patients, quel que soit leur âge (46).

L'analyse des entretiens des deux médecins interrogés au sein du même cabinet (MG 20, 21) n'a pas mis en évidence de similitude de prise en charge, ce qui met en exergue le côté indépendant et personnalisé de la médecine libérale.

2/ Etude thématique

L'entourage, un élément prépondérant

Quasiment tous les généralistes interrogés s'accordent à dire que la présence d'un entourage est primordiale pour le maintien à domicile d'une PAD, et que l'absence d'entourage est très problématique.

MG 3 « Si elle n'est pas aidée par son entourage il est difficile de la prendre en charge à domicile »

MG 4 « Quand il y a une famille c'est très très bien, parce qu'on peut se reposer sur la famille, sinon c'est galère hein, sinon on doit tout faire, c'est tout juste si il faudrait pas aller les laver le matin »
« Quand y a plus de famille, alors là ça tient pas »

Ce qui est en accord avec les données issues de la proximologie[12], montrant que le soignant reconnaît en l'aidant un partenaire impliqué et dont le rôle est globalement positif, à l'inverse du regard que porte la société.
« 96 % des professionnels de santé interrogés estiment qu'il peut s'avérer un véritable partenaire des soins ». Les aidants pour leur part sont 70 % à estimer que les professionnels de santé les considèrent comme de véritables « partenaires de soins »[13].
Concernant l'absence d'entourage, selon l'INSEE « Aujourd'hui, 14 % de la population, dont 44 % ayant plus de 60 ans, vit seule. Un pourcentage en progression régulière depuis les années 1970 » (47).

Famille, aide ou obstacle ?

Toutefois à la question « de manière générale, la famille est ce que c'est plutôt une aide ou un obstacle ? » certains répondent que la famille peut compliquer la situation, pour 3 raisons :

1/ Un désaccord intra-familial concernant les choix à faire pour la PAD.
Ces situations créent un surcroît de travail pour le médecin qui doit contacter/est contacté par les différents proches, à moins d'organiser une rencontre simultanée. Elles retardent également la prise de décision et placent la personne âgée au centre d'influences contradictoires et de décisions changeantes.

MG 5 « Non mais ça arrive hein que des fois on a une fille, mais non ils sont 4 dans la famille, donc il faut parler aux 4 enfants parce qu'en plus entre eux ils s'entre choquent, donc c'est ça qui nous prend beaucoup de temps et pour qui on aimerait faire des relais, les cas particuliers très compliqués, les familles conflictuelles »

MG 9 « Ca m'est arrivé de leur dire : « je viens voir M., les 3 enfants il faut qu'ils soient là quand je viens, qu'on accorde nos violons », pour qu'il y ait pas de quiproquo : « l'un il m'a dit ça, l'autre m'a dit ça », ça c'est un truc important, d'avoir le sentiment de l'entourage, enfin des proches, même si des fois les proches ils sont pas si proches que ça »

---

[12] Aire de recherche qui se consacre à l'étude des relations entre la personne malade ou dépendante et ses proches
[13] Cf bibliographie : Réciproques, Assises de proximologie, Chapitre « les proches de personnes malades aujourd'hui : état des lieux », page 11.

2/ Un désaccord entre la famille et le médecin (souvent lié à un intérêt familial divergent de celui du patient).
Les médecins mentionnent des situations où la famille veut placer la personne âgée plus ou moins contre son gré, souvent pour des raisons de disponibilité et de sécurité.

MG 5 « Ca dépend des familles, en général une aide. La plupart du temps c'est une aide, et heu certaines fois ça peut être un obstacle parce que nous on voit bien le patient géré à domicile sauf que la famille est contre »

MG 14 « Quelque fois on a un obstacle, des fois on a l'impression qu'ils veulent placer papa maman, qu'il aille plutôt dans une institution, ils seront soulagés de pas avoir à gérer et il sera en sécurité, par manque de temps aussi, et puis il y a la famille qui est moins solidaire qu'avant et on sent que quelques fois c'est plutôt une solution de facilité, et puis quelques fois c'est l'institution qui prend en charge le vieillissement quoi, plutôt que la famille »

MG 21 « Quand je sens qu'il y a un désir de placement tout simplement par facilité, commodité alors qu'il y a encore plein de choses qu'on peut mettre en place pour maintenir à domicile et que c'est possible, je me sens légitime pour dire « attendez, on a pas encore essayé tous les moyens qui existent, on peut faire ça ça et ça ». »

La situation inverse se rencontre également, à savoir une personne dont le médecin pense qu'elle désire être institutionnalisée, ce à quoi la famille s'oppose pour des raisons financières.

MG 4 « Ca dépend, y a des fois où ils sont pressés de se débarrasser des gens, les mettre en maison de retraite, alors que nous on verrait bien les gens rester à domicile ; et puis d'autre fois, heu, ils veulent pas, mais souvent ils ont des problèmes financiers, parce que ça coute très très cher et ils ont pas le budget pour aller en maison de retraite. »

On retrouve deux situations marginales:

- la notion de maltraitance familiale et de méfiance vis-à-vis de l'entourage dont les intérêts peuvent diverger de celui du patient et influencer les décisions à sa défaveur. (MG 1, 13)

MG 1 « La nièce ne veut pas du réseau Hippocampes…pour une histoire d'argent hein, parce que la nièce, c'est l'héritière, et alors ça se passe mal »

MG 13 « Quand il y a pas de famille, on est encore à peu près la seule personne avec l'infirmier, quand même, parce que l'infirmier est présent ; on est encore à peu près la seule personne qui arrive à préserver l'intégrité, de la personne physique, morale et financière, parce que les voisins, la famille, l'entourage, il ne faut pas compter sur eux. Il faut toujours avoir à l'esprit que ça peut être risqué, voilà. »

« C'est plus souvent une aide, voilà généralement une aide, il faut vérifier que cela ne soit pas un obstacle.
EG *: C'est plutôt une arrière-pensée…*
Dr P. *: Toujours avoir en arrière-pensée qu'il peut y avoir, c'est quand même la première cause de maltraitance des personnes âgées. L'entourage familial à domicile. C'est pas les institutions, on en est très loin du pourcentage de maltraitance en institution. »*

- un médecin signale une opposition familiale à la décision médicale d'hospitalisation (la famille bloquait l'accès de l'ambulance qui devait amener le patient à l'hôpital). Il avait été obligé de recourir au procureur pour mettre en place une mesure de sauvegarde de justice (MG 9)

Il peut arriver qu'un médecin cesse de prendre en charge un patient en raison d'un désaccord avec lui ou ses proches :
Pour le MG 16, c'est le choix par la famille d'une infirmière avec laquelle il ne souhaite pas collaborer qui a mis fin –temporairement- à la prise en charge.

MG 16 « J'essaie de faire comprendre à la famille qu'il faut qu'il y ait quelqu'un qui soit le chef d'orchestre et si c'est l'infirmière c'est plus difficile. Je tranche, si je sens que c'est difficile je me retire. Je n'aime pas être en conflit avec des gens, Ça m'est arrivé de pas du tout apprécier l'infirmière, j'me suis retiré.
EG *Donc, un patient que vous connaissiez depuis longtemps ?*
MG *Je me suis retiré, mais un mois après ils m'ont rappelé. Je me suis retiré, je peux pas travailler si j'ai pas la confiance des gens »*

Pour le MG 15, il s'agissait d'un conflit concernant le départ en vacances des enfants en même temps que les soignants, ce qui laissait seuls un couple âgé -souffrant tous deux de troubles cognitifs et n'étant pas capables d'assumer leurs besoins quotidiens. Elle a considéré cette situation comme maltraitance et a contacté une association contre la maltraitance des personnes âgées, ce que la famille n'a pas supporté. Ils ont changé de médecin traitant.

3/ Des sollicitations de la part de la famille jugées excessives par le médecin.
Ce problème rejoint celui de la compétence familiale que nous abordons plus loin.

MG 4 « Quand y a une famille qui comprend, qui est pas trop demandeuse, qui comprend bien, qui fait pas trop de forcing, qui comprend la pathologie, qui insiste pas trop, parce que y en a ils comprennent pas trop la pathologie : « Mais comment ça Dr, vous lui avez donné un médicament, il marche toujours pas » ou heu , « il est pas mieux », mais non, quand on a Alzheimer heu, la médecine peut pas grand-chose ; ou qui vous rappellent dès qu'il y a un truc de … parce que y'en a qui disent « bon j'vous ai pas appelé parce que y a un p'tit truc c'est pas très grave, sinon j'vous appellerai toutes les 5 min » »

Cinq médecins répondent que la famille est et doit toujours être une aide, que si elle se présente comme un obstacle c'est qu'il faut éclaircir la situation et qu'il incombe au médecin de rendre la situation non conflictuelle.

MG 11 « Oh c'est une aide. Non, pour moi y a pas de problème. Il faut d'ailleurs, si c'est un obstacle, moi je peux pas m'en occuper. Moi j'ai pas de problème avec les familles il faut aussi savoir y parler aux familles, hein. Non, non, c'est une aide. »

MG 15 « Toujours une aide, je veille à ce que ce soit une aide, même quand ça paraît un obstacle, je décide que c'est une aide ! »

MG 16 « Non c'est une aide. J'ai jamais eu d'obstacle avec des familles, je trouve que c'est pas le rôle du médecin d'en faire un obstacle, on est pas là pour ça, moi je me suis occupé beaucoup de mes grands-parents, je vois pas comment un médecin peut être un obstacle à une décision familiale, on est là pour orienter, on a pas à être en conflit avec une famille. »

Un seul médecin se soustrait à cette responsabilité de régler les conflits.

MG 8 « Bah moi j'veux pas en faire un obstacle hein parce que là on peut plus travailler, si c'est un obstacle, c'est pas de ma faute. C'est… j'y suis pour rien. »

Seul le MG 1 répond catégoriquement que la famille est toujours un obstacle et « l'exclut » quasiment de sa prise en charge, ou du moins limite le plus possible les contacts avec l'entourage.

MG 1 « C'est un obstacle. […] J'ai même de la famille purement paranoïaque, qui détourne ce que l'on fait, enfin, y a pas de suivi, on est là ponctuellement pour faire une ordonnance et puis par derrière ils font ce qu'ils veulent »

Cela provient peut-être de la spécificité de sa ville d'exercice et de ses patients qui ont peu d'entourage.
MG 1 « En fait on a pas beaucoup de famille proche et nos vieillards d'ici, c'est une ville qui est un peu éclatée de toutes parts et heu par exemple, j'ai une dame qui a besoin de sa famille mais sa famille est dans les îles du pacifique donc elle va pas venir tout de suite quand ça ira mal ».

Ou alors du fait de vouloir s'épargner les sollicitations familiales en imposant une distance.
MG 1 *« Pour pas avoir la famille sur le dos encore hein ».*

Culpabilité de l'aidant

Elle est mentionnée par une minorité de médecins, cette étude étant centrée sur la PAD et non ses aidants, aucune question spécifique ne s'y référait.

MG 1 « Oui, il y a la fameuse culpabilité qui n'est pas heu, réglée, et oui c'est un obstacle »

Le MG 7 mentionne la culpabilité de l'aidant comme un élément que le médecin doit rechercher pour pouvoir l'apaiser. Le MG 20 est consciente de cette dimension lorsqu'elle émet son avis concernant le lieu de vie de la personne âgée.

MG 7 « C'est, c'est très lourd pour les familles quand euh, là par exemple récemment, bon il est décédé y a peu de temps, mais c'était une femme qui s'est occupée de son époux qui effectivement au fur et à mesure perdait de son autonomie mentale et euh c'est difficile parce que y a tout un deuil à faire, il faut rassurer les aidants que c'est une maladie, que c'est pas le comportement, parce qu'ils ne retrouvent plus leur conjoint hein, c'est déstabilisant, y a une fatigue, un énervement, quand y se mettent en colère sur l'autre y faut les rassurer, faut faire partir la culpabilité euh, c'est très compliqué, très compliqué. »

« Y a, chacun est particulier, mais c'est une vraie douleur pour la famille, ça c'est évident, donc la famille elle doit être aidée. Là on suit pas un patient, on suit une famille, les aidants aussi parce que c'est compliqué »

MG 20 « Et au contraire si ils décident de pas suivre mon avis (institutionnalisation, ndlr), *ils peuvent culpabiliser encore plus que ce qu'ils culpabilisent déjà quand ils décident quand même la mise en institution »*

Le groupe de travail des assises de proximologie[14] confirme ce rôle du médecin généraliste et de tous les soignants impliqués, qui ne doivent pas se limiter à la prise en charge et l'écoute du seul patient : « Les professionnels de santé, mais également les intervenants au domicile ont le devoir de les inciter à exprimer leurs angoisses, à extérioriser leur souffrance et leurs fragilités. »

[14] Cf bibliographie : Réciproques, Assises de proximologie, Chapitre « Comment renforcer la relation entre professionnels de santé et entourage ? », page 41.

Plusieurs pistes sont proposées :
- transmission et vérification des connaissances sur la pathologie
- évaluation des facteurs de stress et de burn-out à l'aide d'échelles de mesure et surtout de rendez-vous dédiés
- encouragement à faire part de leurs difficultés et fragilités, dans des groupes de paroles proposés par des associations, ou des plate-formes de soutien téléphonique ou par internet…
Notamment dans le contexte de la maladie d'Alzheimer, où l'attention portée aux aidants par les professionnels devient centrale, car « À défaut de traitements curatifs, la capacité de l'aidant à « tenir le coup » constitue l'une des clés pour tenter d'équilibrer le malade ». (47)

Pour le MG 15 il s'agit d'un facteur de complexification des relations familiales, chacun rejetant sur l'autre ses insuffisances et sa culpabilité concernant ses relations à la personne dépendante.

MG 15 « Du coup on se retrouve avec une victime j'ai envie de dire, celui qui va s'occuper de la personne âgée dépendante et qui va avoir toutes les difficultés du monde en général parce que toute la famille va lui en vouloir, parce qu'ils essaient de se débarrasser de la culpabilité de pas s'occuper du vieux ou de la vieille, je suis désolée, j'suis vulgaire mais c'est un peu ça, c'est l'impression que ça me donne »

Aspect financier de la prise en charge

Les finances sont souvent mentionnées spontanément par l'enquêté, comme un facteur de complication et d'inégalité de prise en charge. Les médecins ne se sentent pas formés à la connaissance de toutes les aides financières existantes et estiment que cela ne relève pas de leur compétence mais de celle de l'assistante sociale (cf rôle social du médecin généraliste).
Ils orientent donc les familles vers le CCAS, une assistante sociale, le CLIC, ou d'autres structures ressource.

MG 1 « C'qui est difficile c'est la famille, c'est de leur faire comprendre qu'ils vont devoir payer »

MG 4 « Faut des familles qui soient fortunées. »
MG 7 « Ca l'argent c'est aussi un problème, alors soit parce qu'ils n'en ont pas, soit qu'ils ne veulent pas le dépenser (rires partagés) parce que le syndrome Donald il existe. »

MG 12 « Après c'est vrai pour les malades d'Alzheimer, c'est souvent le coût pour les familles »

MG 13 « On embauche quelqu'un, c'est à la charge du patient, ou de la famille, donc c'est le reste à charge qui est le vrai problème aujourd'hui. »

L'enjeu est de trouver la solution la moins onéreuse, qui pour le moment reste le maintien à domicile étant donné le coût des institutions.

MG 2 « Les familles font leur calcul entre le prix d'un établissement spécial, et le maintien à domicile »

MG 10 « Oui, ce qu'il faut voir plutôt c'est que de toute façon une prise en charge à domicile et moins onéreuse qu'une prise en charge en institution en institution c'est 3000 euros et à domicile c'est entre 800 et 400 euros. C'est clair que c'est beaucoup moins cher pour les gens, pour les gens euh d'être à domicile. Ça me paraît. Peut-être que je me trompe.
EG *Non c'est vrai que les maisons de retraite c'est hyper cher.*

D. *Les maisons de retraite c'est 3000 euros minimum. Par mois. Donc qui peut s'payer ça en France ? Moi (rires partagés) »*

MG 11 « Mais après les maisons de retraite elles sont chères. Les moins chères c'est de l'ordre de 2500 euros quand même, les retraites de nos ancêtres, ils arrivent pas là, hein ! Même avec les aides l'APA et tout, c'est pas évident… »

« Là j'ai une patiente qui vient justement de rentrer, elle était en institutionnalisation pendant deux ans, la famille pouvait plus suivre donc ils ont préféré rapatrier à la maison.»

Mais dès qu'une présence permanente ou la nuit auprès du patient devient nécessaire, le coût du maintien à domicile s'élève et il existe également un problème de disponibilité du personnel. Dès lors, la solution choisie compromet la qualité des prestations reçues par le patient en raison de ressources insuffisantes.

MG 13 « Eh bien c'est simple, aujourd'hui si vous voulez embaucher une personne soignante, 24h / 24h, c'est ce qui a en maison de retraite, il faut compter 7000 euros. Donc une belle maison de retraite, on en est loin. Il faut les congés, les repos compensateurs, il faut équipe et contre équipe, pas plus de 35 h par semaine enfin c'est ... »

MG 8 « Alors si on prend une personne qui a besoin d'une aide pour se coucher, pour se lever, […] les services de soins à domicile, ils facturent quand même assez cher. »

En France, le coût annuel de la prise en charge d'un malade d'Alzheimer au domicile est de l'ordre de 15 000 euros, contre 21 000 à 24 500 euros en institution. L'explication tient dans le fait que dans la prise en charge à domicile, le temps d'aide informelle est 8,6 fois plus important que le temps d'aide professionnelle (300 heures par mois contre 35) et que son coût apparent est nul. (44, p. 23)

Poids des troubles cognitifs pour la famille

De nombreux médecins soulignent que l'apparition de troubles cognitifs rend le maintien à domicile particulièrement contraignant et épuise rapidement la famille/l'aidant (comparativement à une pathologie physique, même lourde).
Il existe un fort consensus selon lequel la prise en charge de personnes âgées atteintes de démence par leurs aidants familiaux peut engendrer un stress important, un sentiment de fardeau et augmenter la morbidité psychiatrique. (47)
Le MG 2 précise que cela dépend de la tolérance de l'entourage.

MG 3 « Euh alors c'est pas tant le problème physique, c'est le problème mental, donc en fait c'est l'Alzheimer »

MG 7 « Le handicap mental c'est compliqué, physique bon, y a toujours des solutions hein, y a le lit médicalisé, y a le passage pour coucher, pour lever le patient, on peut utiliser si vraiment y a de la douleur les services de soins palliatifs »

MG 15 « Quand vous gérez une personne dépendante, vous fabriquez une dépression inévitablement»

MG 5 « Même quand il y a peu de famille, tant que les fonctions supérieures sont intactes, on y arrive. Le problème c'est quand les fonctions supérieures commencent à se dégrader »

Ceux-ci se répercutent également sur le MT qui est plus sollicité et est amené à organiser des hospitalisations de répit pour l'aidant.

Notion de « compétence familiale »

Une famille « débrouillarde » et disponible est une aide majeure pour la plupart des médecins, qui leur délèguent la mise en place des aides, la résolution de questions sociales etc. En l'absence de famille ou si celle-ci ne remplit pas son rôle de soutien, la surcharge de travail pour le médecin est réelle.

MG 4 « Nan on a des familles qui sont bien, elles font plein de choses, elles prennent les rendez-vous en temps et en heure elles accompagnent, c'est ça quoi, faut pallier parce que quand vous dites ' bon, faut aller voir le neurologue !', ben vous avez fait votre boulot, sauf que heu comment elle y va, qui va l'accompagner, qui va prendre rendez-vous ? Ca c'est le boulot de la famille hein, moi j'vais pas prendre un rendez-vous »

MG 10 « Si j'ai une famille qui est disponible et compétente, je peux leur passer des numéros de téléphone, si j'vois qu'il n'y a aucune possibilité je vais décrocher le téléphone moi-même pour appeler le service de soins à domicile, pour appeler une maison de retraite pour prendre un hébergement d'urgence… »

MG 12 « Le problème c'est que la fille elle assure pas. J'veux dire que dès qu'ils arrivent là, une semaine après je suis appelé toutes les semaines. Il mangeait bien et là il mange plus… Y a un problème »

MG 15 « La famille qui n'a aucune idée de ce que c'est que la vieillesse et la dépendance, qui est perdue, il faut une aide, il faut qu'il y ait des gens qui soient capables d'aider à penser les besoins »

« Mais c'est des familles déjà très construites qui sont capables d'organiser ça, c'est des familles qui répondent aux besoins, qui gardent leurs malades, leurs patients, leurs parents, leurs vieux chez eux, à ce moment-là, on arrive à sculpter des choses, à faire une organisation formidable. »

MG 17 « certaines familles, qui effectivement pensent que bah elles n'ont rien à faire et que tout doit être fait par les autres. Euh (rires) donc ça, ça c'est très compliqué, autant quand les familles s'investissent, on leur donne des adresses d'associations, on leur donne des choses et Tac tac tac, en 3 semaines, tout est organisé, tout est bien, ben c'est parfait »

L'absence d'entourage crée un maillon manquant dans la prise en charge de la personne âgée dépendante, au point que certains médecins considèrent qu'une famille absente « fait obstacle » à une bonne prise en charge. Plusieurs acteurs peuvent combler ce vide et plusieurs stratégies se mettre en place pour y pallier. Ces modalités d'action dépendent en grande partie du contexte local et des relations du MG avec les différents intervenants, on peut citer comme exemple :

- Le MG 4, qui s'appuie en grande partie sur le service social de la mairie
- Certains MG prennent en charge une partie de la mise en place des différentes aides (MG 10)
- Certains patients n'ayant pas de troubles cognitifs peuvent participer à la mise en place des aides par téléphone (MG 21)
- La secrétaire médicale (MG 16)
- Si une auxiliaire de vie ou une infirmière sont déjà présentes à domicile, elles peuvent s'avérer un soutien précieux au quotidien, selon leur degré d'implication et de motivation personnelle (cf chapitre sur les relations avec le personnel paramédical).

Nombre de médecins aimeraient dans ce cas faire appel à une structure dédiée, qui se chargerait de la mise en place et de la coordination des aides.

Cette collaboration entre médecin et famille s'inscrit dans un climat de confiance et de dialogue primordiaux, et dans le cadre de relations privilégiées entre le médecin et la famille concernée. En milieu rural en particulier, les médecins insistent sur le fait qu'ils font partie intégrante de la famille et sont de ce fait des interlocuteurs privilégiés. Ils sont plus impliqués pour des patients qu'ils soignent depuis longtemps ou dont ils connaissent bien la famille.

MG 9 « Il y a 3 fils qui sont sur place dans le même village, qui sont là aux première loges en cas de problème »

« Et vu le contexte de mon mode d'exercice, […] j'ai connu les 5 générations, les parents, les enfants, les petits enfants, les arrière petits-enfants. Donc j'dis pas que on fait partie de la famille, mais presque… »

MG 12 « Avec les patients dont je connais 5 générations… c'est la famille, ça fait partie de la famille… »

MG 11 « Donc il y a un travail de confiance avec la famille qui s' fait, hein. Mais à la campagne ca me paraît normal, je sais pas en ville comment c'est mais à la campagne c'est normal, on pourrait pas travailler…enfin…moi j'pourrais pas travailler différemment. S'il y a des problèmes, la famille me téléphone, enfin on est en contact. »

« C'est normalement le médecin généraliste qui connaît un peu la famille, qui connaît un petit peu les tenants et aboutissants de tout ça… »

L'entourage comme source précieuse d'informations pour l'évaluation de la PAD

Les MG utilisent peu de tests pour l'évaluation gériatrique (cf plus loin) mais le recueil de l'avis de l'entourage sur les capacités du patient et ses fonctions cognitives est un passage obligatoire.

MG 15 « Le MMS là ? Concrètement je ne le fais pas, je pose la question à l'entourage « Comment vous le sentez, qu'est ce qui se passe ? » »

MG 12 « Oui, le test de l'horloge et puis pour tester la mémoire, quelques petits mots et il faut qu'elle les répète après, 4 mots, et puis j'interroge la famille aussi, sur l'orientation, sur les troubles de l'orientation »

MG 16 « Test mémoire j'ai eu une formation avec le pôle santé Essonne, c'est vachement bien mais c'est vachement chronophage le MMS bien fait on le fait pas en 5 minutes. C'est pas très facile. Maintenant, bon quand on a des consultations plus courtes, qu'on est en rendez-vous on prend trente minutes, on peut le caser, c'qui est bien c'est quand quelqu'un de la famille peut être là ».

Certains écueils sont à éviter : parfois les enfants majorent les troubles de leurs parents du fait de leur angoisse, ou au contraire des patients peuvent donner le change en consultation alors qu'à leur domicile ou en se renseignant auprès de l'entourage, des difficultés font surface.

MG 9 « Par contre, l'évaluation, l'interview de l'entourage ça c'est fondamental, […] on sait pas tout, quand ils vont chez le médecin tout va bien, ça c'est classique chez les anciens, et quand les enfants débarquent ils sont à moitié morts alors les enfants nous téléphonent : vous vous rendez compte, ma mère, mon père, et puis en fait ils ne vont pas si mal, ils font tourner les enfants en bourrique des fois, c'est le truc classique »

MG 4 « Moi j'trouve que les personnes âgées elles ont pleins d'habitudes, […] quand on les voit en consultation ça dure pas très longtemps, on leur pose toujours les mêmes questions

donc elles répondent comme elles veulent, elles masquent beaucoup de choses, et quand on les voit chez elles, elles sont habituées donc des fois on, on a aucune idée du vécu vraiment de la personne… Et de ses difficultés…[…] On passe à côté gens comme ça heu… Moi ça m'est arrivé, notamment une dame ; moi j'la trouvais très bien, elle avait pas beaucoup de conversation, mais j'la trouvais très bien (rires) Et un jour sa fille me dit 'Mais si, elle va pas bien du tout, elle fait n'importe quoi', ' Ah bon ?… ' (rires) Mais, elle répondait bien aux questions, elle se plaignait de rien, elle était… Nickel ! J'ai eu aucune idée de ce qu'elle faisait chez elle, qu'elle faisait n'importe quoi. »

Pour certains médecins, là où leur domaine de compétence s'arrête, commence celui de la famille, ce qui les met dans des situations très délicates quand le patient est isolé. Ceux-ci ont en général un profil très « médical », ils ne s'intéressent pas forcément à tout ce qui entoure le maintien à domicile et souhaitent déléguer cette partie entièrement à la famille, ou alors leur mode d'exercice fait qu'ils n'ont pas de filière organisée, soit du fait d'une carence locale d'interlocuteurs, soit du fait qu'ils ont peu de patientèle gériatrique (par choix ou par la démographie locale). (MG 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 12, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 21)

D'autres médecins mentionnent peu la famille ou ne voient pas comme impossible un maintien à domicile sans entourage. Ce qui peut s'expliquer par le fait qu'ils ont l'habitude de prendre en charge des patients âgés, s'inscrivent dans un réseau de soins et d'aide sociale étoffés, ou qu'ils ont un côté « polyvalent » et acceptent d'endosser un rôle d'assistante sociale, de secrétaire quand ils estiment que personne d'autre qu'eux ne peut le faire. (MG 3, 9, 10, 11, 13, 18)
Exception faite du MG 1 qui mentionne peu la famille. Elle semble la tenir à l'écart autant que possible.

Relations avec le personnel paramédical

L'infirmière(er), partenaire principal

La première collaboration en matière de maintien à domicile est celle de l'infirmière(er) et du médecin. C'est l'interlocuteur de ville le plus cité en réponse à la question : « Avec qui est ce que vous collaborez de manière générale pour la prise en charge des personnes âgées et dépendantes à domicile ? ».
Elle assure une surveillance quotidienne précieuse et fait remonter les informations de terrain au médecin en le sollicitant le moment venu pour une visite.

MG 15 « Quelqu'un qui voit quelqu'un tous les jours peut se rendre compte de ce qui se passe, donc le fait de mettre une infirmière tous les jours c'est surtout une surveillance qu'on met, 'Qu'est ce qui se passe ?' »

MG 16 « D'où l'importance de la surveillance de la boîte de traitements et des infirmières, c'est là qu'le rôle de l'infirmière est capital »

Elle peut être amenée à prendre des décisions en l'absence du médecin, concernant une hospitalisation par exemple.

MG 15 « Le fait que l'infirmière la voie tous les jours, eh ben 2 fois il a fallu qu'elle l'hospitalise, 1 fois j'étais en formation à l'étranger donc j'ai pas pu répondre, elle a dû se débrouiller, elle a appelé le 15 »

Certains médecins leur délèguent des tâches médicales (gestion de l'équilibre des anticoagulants par exemple), dans un cadre formalisé comme le MG 16 (infirmières formées et rémunérées par un réseau de santé local), ou non.

MG 16 « On crée un système de surveillance normalement avec le pharmacien de secteur, deux infirmières et un kiné et ils sont rémunérés, et on considère l'infirmière au même niveau que le médecin, on fait pas de différence »

MG 18 « Je délègue tout ce qui est soins, délivrance de médicaments et tout ça aux infirmières »

Elles partagent également des tâches plus sociales, comme le lien avec la famille, l'insistance sur la mise en places des aides, voire la participation à cette mise en place.

MG 17 « A chaque fois on avait téléphoné, on avait prévenu, on avait dit quand de temps en temps on voit les enfants avec leurs parents on leur a dit 'écoutez il faut faire quelque chose', les infirmières de leur côté aussi avaient relancé les familles »
« On essaie de mettre en place des choses, les infirmières aussi un petit peu »

MG 4 « Ben quand y a pas de famille soit c'est la mairie qui prend les rendez-vous gentiment, soit c'est moi, bon, ou l'infirmière, on s'débrouille, ça peut être l'aide-ménagère en sachant que ça tiendra pas longtemps hein »

MG 14 « Tout ce qui était social j'avais tendance à déléguer soit aux infirmières soit aux assistantes sociales »

Certains médecins expriment un lien professionnel et un partenariat fort en désignant par « mes infirmières », celles avec lesquelles ils ont choisi de collaborer -en raison de leurs compétences, d'un bon relationnel ou de leur appartenance à un même cabinet, qui facilite les « transmissions » et le dialogue.

MG 1 « Et toujours avec mes infirmières qui passaient matin et soir »

MG 17 « On a toutes nos infirmières »

MG 11 « Je fais appel à d'autres façons de travailler, avec mes infirmières, avec ceux avec qui j'ai l'habitude et avec qui ça se passe bien.»

MG 16 «Y a un certain nombre d'infirmières en qui j'ai une confiance aveugle, c'est-à-dire que je leur confie quelque chose, je sais que s'il y a un problème, elles m'appellent »

MG 17 « C'est vrai que pour des questions de facilité, ben je propose les miennes, parce que voilà on se voit tous les midis, si on a des informations à se donner, on peut se faire passer des ordonnances, enfin voilà, au niveau de l'organisation, c'est un petit peu plus simple »

Ce lien s'accompagne parfois d'un fort sentiment hiérarchique (cf profils de médecins).

MG 16 « On les voit que pour les problèmes médicaux qui nécessitent la présence du médecin, la bobologie c'est l'infirmière qui gère »

Ceux qui n'ont pas d'infirmiers dans leur cabinet communiquent par téléphone.

MG 21 « 2 binômes d'infirmières avec qui on travaille, on a nos coordonnées personnelles et on communique directement par portables interposés pour coordonner les soins auprès des personnes âgées, pour celles qui sont en maintien à domicile avec passage d'infirmière au quotidien »

Bourgueil, Marek et Mousquès dans leur étude menée en 2006 dans plusieurs pays européens et au canada montrent que le domaine de compétences des infirmières évolue actuellement vers une diversification des services et un transfert d'activités (réalisation de tâches antérieurement effectuées par le médecin, notamment dans la gestion des maladies chroniques et l'éducation du patient). Cette évolution résulte souvent d'une pénurie médicale, et ne s'effectue que si ces nouveaux actes sont valorisés et spécifiquement rémunérés (48).
Certaines activités, comme les toilettes ont au contraire été progressivement abandonnées aux aides-soignants et auxiliaires de vie, au profit d'actes plus techniques, changement de pratique qui a été intégré par les médecins au point que certains pensent qu'il s'agit d'une mesure officielle.

MG 11 « Les infirmières n'ont plus le droit de faire la toilette etc. Les aides-soignantes à domicile, pour en avoir c'est, y en a très peu…. »

Au Canada un réseau de soins de santé primaires a formé des infirmières spécifiquement pour les soins gériatriques. Leur présence dans des cabinets médicaux permettaient aux médecins de gagner du temps médical, de consacrer plus de temps aux patients âgés et d'assurer une meilleure surveillance à domicile (49).

L'auxiliaire de vie, relais familial

L'aide à domicile est assurée par des structures privées (associations agrées ou entreprises privées) ou publiques, par des « personnes privées » ou par des structures. Les CCAS et CLIC sont censés faire le lien entre patients et professionnels.
L'aide ménagère est sollicitée plus souvent pour un rôle de soutien de l'individu par rapport à son environnement (alimentation, repas, ménage) ; l'auxiliaire de vie est sollicitée pour des attributions plus en rapport avec la personne elle-même (toilette) (50).
Elles font partie intégrante de « l'entourage » de la PAD, par le temps qu'elles passent avec les patients régulièrement, et la diversité des services rendus.

Les médecins sont sensibles au fait que ce poste est peu gratifiant, manquant de considération et souvent difficile à occuper, notamment avec des personnes âgées opposantes, ne voulant pas que quelqu'un vienne chez eux.

MG 10 « Parfois c'est pas facile à obtenir hein parce que le personnel est dans la pénurie, et puis le personnel, une aide-soignante, une auxiliaire de vie est quelqu'un qui est surchargé de travail, sous payé, malmené par leur employeur…très mauvais ! métier d'avenir comme on dit… quel avenir ! (rire jaune) »

« Le plus important, ce sont les auxiliaires de vie, qui assurent un confort matériel, ménage autour des personnes âgées, c'est ça dont ils ont le plus besoin quand elles n'arrivent plus à le faire elles-mêmes. Le médecin vient regarder quelques bricoles de santé, pas grand-chose, et puis voilà. Ce qu'on appelle le petit personnel est le plus important »

MG 11 « Les aides ménagères bah n'sont pas reconnues, là y a quelque chose qui est très dommageable vraiment »

En l'absence d'entourage ou d'une infirmière -quand l'état de santé de la PA ne justifie pas un passage quotidien-, l'aide-ménagère peut endosser le rôle de garde-fou et de sonnette d'alarme.

MG 4 « Des personnes seules, sans famille, […] l'aide-ménagère elle était complétement catastrophée, parce que les gens y bougeaient plus, n'importe quoi, ils sortaient plus »

La formation, le relationnel et l'investissement personnel importent beaucoup aux médecins, et certains déplorent le manque de motivation ou même les abus (vols) qui ne sont pas rares dans certaines structures.

MG 11 « Ben maintien à domicile, (ce qui est difficile, ndlr) *c'est d'avoir des personnes compétentes qui peuvent y aller. Aides ménagères, aides-soignantes, infirmières. Donc entre 1995 et 2005 on a eu une période qui était excellente pour le maintien à domicile des personnes âgées. Depuis ça se dégrade, on n'y arrive plus parce qu'on a plus la possibilité, on n'a plus le personnel […] alors que j'situe ça entre 1995 et 2005 on a eu 10 ans là avec les équipes d'infirmières, des aides-soignantes et de femmes de ménage on était mais au top, réellement, j'en ai gardé plusieurs des fins de vie à domicile ou réellement ça se passait impeccablement et après les nouvelles réformes ensuite, ça a vraiment été en se dégradant. »*

MG 12 « Moi j'dirais ce que je reproche, heu, j'vois notamment pour pas la nommer y a la SAAD […] y a beaucoup de vols »,

« Mais voilà moi ça m'chagrine beaucoup qu'on profite, oui. Et puis qu'est-ce qu'il y a comme vols, j'crois qu'ils ont du mal à trouver du personnel […] dans ces réseaux-là des fois y a tellement de mouvement, oui, c'est pas toujours très simple, voilà. […] y a pas beaucoup de personnel très sérieux, voilà »

D'après eux, la qualité et la formation des auxiliaires de vie est très variable.
Le MG 18 voit une différence marquée entre aide-ménagères d'entreprises ou de SAAD, et aides-ménagères indépendantes en ce qui concerne leur degré de motivation et d'implication personnelle auprès des patients.

MG 18 « Oui, parce que les auxiliaires de vie, […] là c'est pareil j'ai un avis très différent, en particulier celles qui sont au sein de petites structures de petites entreprises tout ça, et puis les indépendantes ; les indépendantes sont souvent des femmes extrêmement motivées, heu, ouais, plus que motivées elles prennent vraiment en compte, elles s'attachent énormément et elles sont extrêmement dévouées. Celles qui sont dans les structures, […], je trouve que c'est souvent déficient, je pense que ce sont des femmes employées qui sont certainement sous payées, à qui on ne demande non seulement aucune qualification mais aucune motivation […]. Là j'avoue que j'ai pas beaucoup de confiance dans ces entreprises qu'on voit se multiplier un peu, ce qui dans l'absolu serait bien, mais à condition qu'on y mette une évaluation de qualité qui n'existe pas actuellement. Alors ne parlons pas des rares cas où… j'ai connu une dame […] qui vivait seule dans un pavillon et sa fille vivait et travaillait dans les Yvelines, […] donc elle ne pouvait pas s'occuper de sa mère mais avait mis en place par une organisation, des auxiliaires de vie à plein temps 24 heures sur 24 il y avait quelqu'un qui dormait à la maison. Ben celle qui dormait à la maison, […]je dirais que la vieille dame elle était en roue libre. L'auxiliaire de vie la nuit, nulle, elle servait à rien. […] Donc, Oui, je n'ai aucune confiance dans ce type d'entreprise parce que je trouve qu'ils engagent des gens qui sont pas faits pour ça, qui font ça parce qu'ils n'ont rien d'autre à faire, qui font ça parce qu'ils leur faut du fric »

MG 4 « Rien que de voir les personnes justement les personnes dans les réseaux, enfin les aides à domicile, y en a des bien mais enfin y en a…elles font peur ! »

« Y en a qui sont super gentils, super bien, bien formés, ils font attention à la personne, et y en a d'autres on se demande pourquoi ils font ça, apparemment ils parlent aux gens comme à des débiles mentaux »

Le MG 1 va dans le même sens (forte proportion de population immigrée et d'« ex-chômeurs » parmi les aides à domicile du fait qu'il peut s'agir de postes sans qualification requise, où on « case » les gens sans diplôme à défaut de mieux) et souligne le problème culturel qui existe dans sa ville. Les relations entre patients et personnel sont compliquées par les différences culturelles et une moins bonne acceptation par les patients âgés.

MG 1 «En fait, pour que ça marche bien, il faut des gens, des infirmières relativement âgées, il faut des gens qui ont de la bouteille, hein et très diplômés, parce que pour s'occuper des personnes âgées il faut être instruit et avoir une certaine culture, si on envoie des gens au ras des pâquerettes sous prétexte qu'ils sont au chômage on va droit dans le mur, à un moment donné, enfin moi si j'étais vieille et qu'on me colle une africaine qui sait rien de la vie, j'lui tape dessus »

« C'est foncièrement raciste ce que je vais dire, et xénophobe…euh, il faut des français. De balancer du personnel qui vient d'une autre culture ça coince, ça coince automatiquement à un moment donné »

Les médecins 1 et 12 ont un regard très critique sur le SSIAD de leur secteur avec un fort sentiment de dépossession de leurs patients à la sortie de l'hôpital, ce que le MG 1 nomme « rapt ». Parfois les patients sont en effet mis en relation d'office avec le SSIAD sans prendre en compte les équipes de ville qui s'occupaient du patient avant l'hospitalisation.

MG 12 « Après y a la SAAD aussi, et puis, surtout les infirmières finalement. C'est vrai qu'elles regrettent que des fois à l'hôpital ils sont directement dirigés vers les réseaux alors qu'elles peuvent faire très bien, on trouve que c'est un peu trop automatique, y a plein de soins même des soins pour heu des soins palliatifs, on peut très bien faire aussi, au moins en partie. »

MG 1 « Nous avons des SSIAD qui prennent les patients à l'hôpital quasiment d'office et c'est un rapt, pour y installer ces ex chômeurs, heu il faut savoir que ces femmes qui sont aides-soignantes sont ineptes et en plus ce sont des organismes un peu escrocs heu qui font croire aux patients, heu qu'il sont obligés de prendre les infirmières affiliées à leur réseau »

« Ce sont pas des SSIAD d'état, c'est à dire ce ne sont pas des organismes qui vont piquer les sous de la sécurité sociale »

« Ce sont des organismes collecteurs de fond qui coûtent très cher à faire fonctionner avec la bénédiction de nos politiques et probablement d'Hippocampes »

On pourrait parler de la dyade « infirmière/médecin » ou de la triade « aide-ménagère/infirmière/médecin » comme noyau minimal de prise en charge de la personne âgée à domicile.

MG 11 « Y'a pas un centre. Y a un complexe de personnes qui travaillent ensemble, que ça soit l'aide-ménagère, l'aide-soignante, le médecin. C'est de travailler ensemble.»

« J'installe un cahier, et puis les infirmières, les aides-soignantes, la famille, tout ça notent, et comme ça on est au courant de ce qu'il se passe. »

MG 17 « Alors, avec qui on collabore ? Avec les infirmières, de prime abord, avec les auxiliaires de vie qui interviennent à domicile éventuellement. »

MG 21 « J'me situerais au centre d'un maillage où je suis le déversoir de tout le monde c'est-à-dire l'infirmière me rend compte, l'auxiliaire de vie me rend compte et moi je gère »

MG 4 « Ben quand y a pas de famille soit c'est la mairie qui prend les rendez-vous gentiment, soit c'est moi, bon, ou l'infirmière, j'sais pas quelqu'un, on s'débrouille, ça peut être l'aide-ménagère »

« L'idéal c'est ça, c'est le patient, quand il y a la famille qui relaye, et puis le médecin généraliste et puis l'infirmière et puis l'aide-ménagère, quand il y a tout ça, chacun apporte sa pierre à son édifice et ça marche très très bien, quand il manque une pierre, par exemple y a pas d'infirmière, heu, quand y a plus de famille, alors la ça tient pas »

Le lien avec les kinésithérapeutes est moins développé, mais ils sont assez souvent cités par les médecins (11 sur 21) malgré le fait qu'ils interviennent de moins en moins souvent à domicile, d'après eux.
Les orthophonistes ne sont cité(e)s que par 2 médecins.

De nombreux médecins insistent sur l'importance pour eux de connaître le personnel avec qui ils collaborent, et ils expriment facilement une réticence face à des structures impersonnelles qui leur sont « imposées » et non choisies (exemple des SSIAD).

MG 11 « Je les connais toutes, on sait comment on travaille. »

MG 16 « Et puis mon organisation me permet à moi d'avoir des gens en qui j'ai une entière confiance. Les infirmières c'est très important. »

Ils collaborent autour d'un patient, mais la communication entre eux n'est pas toujours optimale, le secteur d'intervention de chaque intervenant est plutôt bien défini mais le retour d'informations entre professionnels pas toujours bien organisé (51).
Comme le montre une étude du CREDES[15] en 2002, la complexité du secteur de l'aide à domicile et la multiplicité des intervenants ne favorise pas la connaissance des acteurs entre eux, ce qu'on retrouve aussi dans le discours des médecins du corpus (amalgames entre SSIAD, SAAD privés, réseaux, HAD). En milieu rural cette situation est moins marquée, peut-être du fait d'un nombre d'acteurs plus restreint (50).
Sarradon conclut ainsi son étude des réseaux de soins informels crées par les généralistes et des relations entre soignants : « Aucun professionnel n'a de vision transversale de la prise en charge du malade du fait de la méconnaissance du travail de l'autre, des cloisonnements symboliques entre groupes professionnels, et des difficultés rencontrées (charges de travail en particulier) » (52).

Rémunération et disponibilité du médecin

On peut classer les médecins en 2 catégories simples dans lesquelles les médecins se répartissent de manière sensiblement égale:

-Satisfaits du mode de rémunération actuel :

Leur argument principal est qu'en médecine générale la rémunération à l'acte permet un équilibre entre des consultations courtes (schématiquement pour des jeunes avec des pathologies simples) et les consultations plus longues pour des PA poly-pathologiques ou des patients déprimés par exemple.

[15] Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé

MG 14 « Non, je me suis pas posé cette question, des fois y a des consults plus courtes des fois y a des consults plus longues, c'est la médecine générale hein »

MG 9 « Ben ça fait une moyenne, je pars du principe, que le paiement à l'acte avec tout le monde qui paie pareil c'est un système qui a ses défauts mais le môme qui vient pour rappel, […] il paie pareil que l'ancien avec qui on palabre et qui vient pour cinq pathologies […] mais comme c'est des gens qu'on connait bien, on a pas besoin de les regarder depuis l'ongle du gros orteil jusqu'à la racine des cheveux à chaque fois qu'on les voit. »

A cela s'ajoutent les forfaits médecin traitant, patients en ALD, et des majorations pour patients âgés de plus de 85 ans ou retour à domicile après l'hôpital qui complètent de manière non négligeable leur salaire.
A noter que les 4 médecins en secteur 2 se déclarent satisfaits de leurs revenus même si l'un d'entre eux trouve être mal payé en actes.

MG 10 « Je suis dans un secteur 2 moi. En honoraires libres. […] J'ai des honoraires qui me paraissent être en rapport avec le travail que j'fais »
« Ca me prend beaucoup de temps et je trouve que je suis mal payé en actes, mais je sais qu'à terme ce monsieur il va me rapporter aussi autre chose ce qui fera que je serai normalement payé pour tout ce que je suis en train de faire actuellement, de façon entre guillemets « bénévole ». Que le médecin traitant, que je sais plus quel forfait, y en a d'autres qui viennent. »

MG 17 « Alors paiement ça me pose pas problème, c'est vrai que le temps investi sur certaines consultations n'est peut-être pas à la hauteur de l'argent qu'on récupère, ça c'est clair. Alors le fait effectivement d'avoir une petite augmentation par cette aide forfaitaire pour les plus de 85 ans c'est intéressant, parce que bon parfois on va y passer les 20 minutes classiques, d'autres fois on va y passer une heure, une heure et quart, parce que voilà faut passer 3 coups de fils, faut vérifier des choses, donc c'est un peu chronophage »

Si leur rémunération ne leur pose pas de problème, les médecins ont en revanche un problème de disponibilité.

MG 21 « L'argent ne me pose pas de problème, absolument pas… ce qui me pose plus problème c'est le temps, c'est que j'ai un déficit de temps à consacrer »

-Insatisfaits du mode de rémunération actuel :

L'insatisfaction se cristallise autour du tarif de la visite à domicile qui est estimé largement insuffisant pour couvrir les frais de déplacement et au vu de sa durée (souvent 1 heure). Le risque, pour certains, est que la visite soit « bâclée », d'autres ont choisi de réduire le nombre de visites afin de garantir sa durée et sa qualité.

MG 11 « Visite à domicile 33 euros que ça soit 5 minutes, 1h ou 2h. Là-dessus, on a pas grand-chose pour nous. Après on fait avec sa conscience mais bon »

MG 6 « 33 euros c'est triste mais c'est comme ça ! »

MG 7 « C'est toujours la même chose, on va dire qu'on est pas assez payé, c'est à dire 33 euros, quand on va au domicile et qu'on y reste une heure, c'est pas très bien, c'est pas payé, mais bon, si on doit prendre cet argument à chaque fois, on fait plus de méd… »

MG 16 « Mais c'est vrai que c'est chronophage, quand vous passez une heure avec une personne âgée que vous êtes payé 33 euros avec un déplacement de 10 euros qui couvre même pas les charges »

MG 18 « La gériatrie c'est énormément consommateur de temps : de temps de consultation, de temps de déplacement. Les visites je commence un peu à en avoir marre. Si on veut être bassement terre à terre, aussi, c'est pas du tout rentable »

MG 4 « C'est pour ça que j'fais pas 15 visites, si j'en fais, dans un laps temps de 2h j'vais en faire 2, je prends mon temps »

L'autre élément fréquemment mentionné est la part de « travail bénévole » inhérente au fait de prendre en charge des PA (dossiers sociaux, de maison de retraite). Cette partie de travail social, non médical, n'est actuellement pas rémunérée.

MG 1 « Ca marche au sacerdoce sinon ça marcherait pas »

MG 4 « Je prends le temps qu'il faut, voilà 33 euros, 33 euros hein. J'ai déjà fait une valise, de patiente qui devait partir à l'hôpital et y avait personne pour faire sa valise »

MG 15 « Voilà, c'est vrai que c'est TRES chronophage et que c'est pas reconnu [...] faut le faire avec coeur, faut le faire avec disponibilité, et le temps c'est de l'argent de nos jours, donc voilà, je pense qu'il y a une non reconnaissance de ce travail c'est manifeste. »

Aucun critère, hormis le secteur d'exercice, ne se dégage pour expliquer les degrés de satisfaction : il ne semble pas, comme l'avaient évoqué les MG 7 et 8, que le fait d'avoir une grande patientèle de personnes âgées donne plus d'insatisfaction : au contraire, les médecins dont la proportion de patientèle gériatrique dépasse les 30% sont tous satisfaits sauf le MG 15.

Le MG 1 estime que la France est moins avancée que d'autres pays européens, que son système est peu performant et en retard, au niveau de la rémunération notamment.

MG 1 *« Bah le paiement à l'acte, si il était comme en Allemagne ou en Angleterre moi ça me dérangerait pas d'être payé à l'acte hein. […] Non, En France non, on est complétement arriérés. […] C'est curieux dans les pays nordiques y a des choses qui se font, y a pas de problème, en belgique non plus, pourtant c'est un petit pays, non en France on a à faire à des gens qui sont ineptes. »*

Nombreux sont les médecins à rappeler, plus ou moins consciemment, qu'ils soignent parce que c'est leur vocation première et non pour l'appât du gain. Indirectement on retrouve une notion du serment d'Hippocrate : « Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire ».

MG 10 « J'pense qu'on est encore mal payé par rapport à d'autres professions ; mais je dis que moi ça me va, parce que j'ai pas beaucoup d'ambitions pécuniaires, j'ai pas fait ce métier pour devenir millionnaire »

MG 18 « Mais de toute façons moi ça me fait pas reculer, j'ai pas pris cette orientation pour gagner de l'argent, j'm'en fous ! Mais je ressens une certaine injustice quand même. »

MG 4 « Ca n'intervient jamais. Je ne compte ni mon temps ni mon argent. »

MG 16 « Je le fais pas pour l'argent. »

Aspect médico-légal de la prise en charge à domicile

La judiciarisation de la médecine atteint le champ du maintien à domicile, bien que peu de médecins y fassent allusion (3 sur 21).

Le MG 1 mentionne le cas d'une patiente qui ne prend pas son traitement substitutif thyroïdien, à laquelle elle fait *« signer régulièrement un papier « je ne veux pas me traiter », pour pas avoir la famille sur le dos encore hein ».*

Pour le MG 4 une décision de « placement » peut provenir de l'isolement d'un patient qui n'est plus en sécurité chez lui, *« comme ils ont complètement perdu la tête, et ils sont isolés, on ne peut pas, on ouvre les parapluies et puis de toute façon on les maintient pas à domicile ».*

Le MG 16 insiste sur la tenue d'un dossier médical complet où il rend compte de ses échanges avec les patients et leur famille, dans l'éventualité d'une réclamation. *« Parce que moi je note sur les dossiers, je note tout. J'dis 'mais souvenez-vous quand on avait eu l'entretien téléphonique tel jour à telle heure je vous avais pas conseillé d'aller à cet endroit-là' parce qu'après y a des difficultés, je note, c'est tout ».* L'éventualité d'une plainte d'un patient et d'un recours à l'ordre des médecins est bien présente à son esprit *« Vous verrez dans votre carrière de médecin, y a parfois des gens qui sont un peu difficile, il suffit que y ait un problème et qu'ils se plaignent auprès d'une institution, Si vous avez pas de quoi vous défendre auprès de nos confrères, ben, vous êtes mal. Et l'ordre ne peut vous défendre que si vous avez les moyens de répondre à ce qu'ils vous disent, si vous avez pas les moyens, vous vous faites allumer ... C'est mon avis. »*
Il ne communique jamais le dossier médical à la mairie *« Voyez là ils m'ont demandé un dossier ouvert avec les problèmes de santé moi j'ai refusé de mettre les diagnostics dans un dossier ouvert moi j'leur dis non, tout ce qui est médical, c'est fermé, scellé, vous n'avez pas accès aux données. Le jour où vous avez un problème… »*

Le rôle social du généraliste

La collaboration avec les assistantes sociales : de fortes disparités locales

Le généraliste, médecin de premier recours, a pour rôle de prendre en charge la santé d'un patient dans sa globalité, et peut donc être confronté à des demandes à caractère social.
La complexification des démarches et la diversité des aides existantes ne facilitent pas sa tâche au quotidien, et il doit donc faire appel à des professionnels compétents dans ce domaine, en l'occurrence les assistantes sociales.

Certains médecins ont des échanges avec l'assistante sociale, avec des liens en quantité et qualité très variables, d'autres donnent simplement le contact du service de la mairie ou de l'assistante sociale au patient. Les modalités de ce recours varient en fonction du lieu d'exercice, certains CCAS ou assistantes sociales sont plus accessibles ou efficaces que d'autres.
Certains médecins peuvent se reposer entièrement sur la mairie de leur ville (MG 4), d'autres (notamment en milieu rural où la patientèle s'étale sur plusieurs communes, mais pas seulement…) se retrouvent au milieu d'une véritable jungle sociale dont ils n'arrivent pas à comprendre le fonctionnement (MG 5). Dans le discours de ceux-ci le problème social occupe une grande place.

MG 5 « Nous on s'occupe du somatique, on peut pas s'occuper de tout, […] quand on a ni une assistante sociale compétente, ni de la famille ou je n'sais quoi on va pas se substituer »

« Même pour les demandes d'APA, moi j'sais pas à qui en demander, les AS des secteurs, je connais pas le numéro de téléphone de l'assistante sociale de tout le secteur pis 'le hameau machin il va dans quel ?' j'en sais rien ! »

« Ah oui mais bon j'sais pas qui est l'assistante sociale du secteur 'Bah vous vous renseignez auprès de la mairie', oui bah moi j'avais envie de leur dire 'bah moi j'ai pas que ça à faire de téléphoner à la mairie pour savoir' »

Cela se ressent également dans le discours du MG 15, qui exerce en milieu urbain, mais n'a pas de filière sociale fonctionnelle. Son exaspération est évidente.

« Chacun sa merde et Dieu pour tous ! » « J'ai téléphoné ! Non, mais J'ai téléphoné ! Et on m'a dit, « ah vous êtes hors réseau », voilà, démerdez-vous »
« J'ai Mme T, qui est une assistante sociale de l'hôpital d'X (HGn le plus proche) qui par bonté d'âme répond à mes questions mais c'est vraiment une question de relation, on va dire par sympathie, qui me débrouille le problème. Nous manquons, très clairement d'interlocuteur social ! Y a pas de pivot !»
« Concrètement en ville, pour tomber dessus, y a des permanences de telle heure à telle heure, faut tomber sur le bon territoire où elle habite, comme si on savait nous les sectorisations ! Donc c'est un véritable parcours du combattant parce qu'elles sont elles-mêmes mobiles, elles vont à droite à gauche et on nous donne un téléphone fixe, donc excusez-moi, on ne tombe quasiment jamais dessus ! »

Les deux médecins pour qui l'accès à l'aide sociale est la plus compliquée proposent une solution semblable : un guichet d'entrée unique, sous la forme d'un numéro vert (MG 5) ou d' *« un petit carton très simple en disant, voilà si vous avez un problème social, appelez à tel endroit »* (MG 15).

Le MG 18 a une patientèle à dominante gériatrique et a dû par la force des choses s'intéresser à ces problématiques et trouver des moyens de diminuer la charge administrative. Il a cherché des interlocuteurs qui soient compétents dans le domaine de l'aide à la personne âgée. Il n'est pas le seul à regretter que certaines assistantes sociales soient moins efficaces ou impliquées que d'autres, le MG 2 considérant que c'est une affaire de génération.

MG 18 « Si, c'qui serait intéressant ce serait de pouvoir s'appuyer un peu plus sur les assistantes sociales de ville, mais celles de villes elles sont pas très performantes pour les personnes âgées, alors pour les gens handicapés, âgés ou moins âgés, je trouve qu'on a plus d'efficacité avec les assistantes sociales de la CRAMIF directement, là ce sont celles qui connaissent le mieux le problème du handicap qu'il soit gériatrique ou pas. […] celles qui sont le mieux formées, le mieux informées et performantes vis à vis de la prise en charge du handicap à domicile»

MG 17 « Je trouve que les assistantes sociales sont un peu débordées. Moi, je ne trouve pas qu'elles aident énormément au suivi et au maintien. C'est plutôt les familles si elles sont présentes qui gèrent beaucoup de choses »

MG 2 « Les assistantes sociales étaient plus motivées à l'époque, elles « défendaient la veuve et l'orphelin », maintenant c'est les semaines de 40h et si on a pas le temps de s'occuper d'un dossier, d'un patient, on remet à plus tard »

En revanche, le MG 18 est le seul à mentionner le fait qu'il n'incombe théoriquement plus au médecin de remplir la grille AGGIR pour le dossier d'APA.

MG 18 « Quoi que maintenant on n'a plus besoin de faire des dossiers APA. Depuis deux ans maintenant à peu près, y a un BO qui est sorti, ça faisait partie des mesures d'allègement administratif pour les médecins, le dossier APA n'a plus à être rempli par le médecin traitant, c'est l'équipe sociale du conseil général qui se rend au domicile et qui fait l'évaluation de la perte de handicap (ndlr, perte d'autonomie). *Mais les municipalités continuent à nous envoyer le truc à remplir. Moi maintenant, je leur remplis, je leur imprime la référence du BO qui dit qu'on a plus à le faire. Moi, je suis intraitable, je ne le fais plus. […] Ma collègue me dit : « t'es encore dans tes papiers ? » […] des papiers, en gériatrie y en a énormément à faire. Donc ça fait partie des difficultés. »*

Concernant la demande d'APA je n'ai pas trouvé de bulletin officiel mais il est en effet spécifié dans l'article 13 du décret n° 2001-1085 du 20 novembre 2001 que l'intervention du MT n'est pas obligatoire « au moins un membre de l'équipe médico-sociale se rend auprès de l'intéressé. Bien que non obligatoire, la production d'un certificat médical précisant certaines pathologies pouvant être à l'origine de la perte d'autonomie permet d'orienter le choix du professionnel qui se rendra au domicile. Assistent à la visite d'évaluation les proches de la personne âgée ainsi que le médecin traitant si la personne âgée le souhaite. Il apparaît tout à fait adapté, à chaque fois que cela lui semble nécessaire, que le médecin de l'équipe médico-sociale prenne contact avec le médecin traitant de la personne âgée, s'il n'est pas présent lors de l'évaluation. Ce dernier peut en effet compléter l'évaluation en apportant utilement des éléments d'information sur les éventuelles pathologies de son patient. »[16]

L'étude récente de la DREES donne les chiffres suivants : près de neuf praticiens sur dix déclarent avoir rédigé un certificat médical dans le cadre d'une demande d'APA au cours du dernier trimestre. En revanche, seulement 15 % ont participé, à la demande du conseil général, à des évaluations de l'APA au domicile de la personne âgée (46).

On constate que l'information circule de manière hétérogène et que de nombreux médecins ne sont pas au fait de cette donnée, qui leur permettrait de s'affranchir d'une démarche administrative. Ou peut-être continuent-ils à remplir la grille AGGIR du fait de la longueur des délais d'intervention de l'assistante sociale afin d'accélérer les démarches pour le patient.

Il faut noter que l'utilisation de cette grille est controversée et sera peut-être amenée à changer : « Utilisée depuis 1997, la grille AGGIR comporte, selon ceux qui la pratiquent, certaines limites. Elle ne permet pas, en particulier, d'appréhender la complexité de la situation de la personne dans son environnement. De même, les maladies dégénératives, comme la maladie d'Alzheimer, sont mal évaluées. » Il arrive que les évaluateurs du conseil général et ceux de la caisse de retraite donnent un avis différent sur le même patient (15).

Le rôle social du généraliste, entre idéal et pratique

Nombreux sont les médecins à revendiquer leur rôle uniquement médical, bien qu'ils ne se désintéressent pas des problématiques sociales de leurs patients. Au contraire, ils cherchent à les adresser à des interlocuteurs compétents, mais ils souhaitent que les domaines d'intervention de chacun soient bien définis.

MG 5 « J'dirais que heu ça s'rait bien qu'nous on puisse rester sur le somatique ; et qu'on ait pas à s'occuper heu de tout le social, c'est à dire qu'on puisse être par exemple un déclencheur »

[16] Source : http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-47/a0473691.htm

MG 20 « C'est vrai que le médecin de plus en plus a un rôle social mais j'estime que c'est pas forcément mon rôle à moi, mon travail, […] j'ai pas forcément envie de rentrer dedans, […] et que bien sûr aider les patients, leur dire ce qui existe, les orienter mais que c'est pas forcément à moi de faire le travail de l'assistante sociale »

MG 4 « En fait l'idéal ce serait d'avoir un interlocuteur […] qui s'occuperait de tous ces problèmes administratifs »

MG 17 « On ne peut pas tout faire, enfin s'occuper du médical et s'occuper du social. »
« Là on a l'impression que c'est 80% de social pour 20% de médical. »

MG 7 « Quand on est surchargé de difficultés sociales on trouve ça moins gratifiant »

MG 21 « C'est là où nous on pèche, justement dans cette organisation paramédicale, sociale, où ça nous prend un temps fou et si je peux me consacrer au médical pur et qu'il y a quelqu'un qui gère le paramédical c'est-à-dire s'assurer que selon une grille définie de a à z tout est mis en place, moi ça me va très bien, bien sûr »

MG 9 « Moi je fais partie des médecins qui considèrent qu'on a un rôle social en plus. Ca c'est dans le code de déontologie de toute façon, de faire que le patient puisse profiter des avantages sociaux au sens large auxquels il a droit, c'est notre boulot, par exemple, quand il fait partie des ALD, qu'on lui fasse la demande, […] même si il y a beaucoup de jeunes confrères qui considèrent qu'ils ne sont pas assistante sociale, de plus en plus j'ai l'impression, alors qu'avant on ne se posait même pas la question. »
« Oh ma compétence n'est pas dans ce domaine, enfin on connait un peu mais ça, on s'entraide avec l'assistante sociale par contre, ça c'est son boulot, parce qu'entre les différents régimes, contextes, c'est un peu compliqué, donc heu et c'est évolutif en plus, donc ça j'suis pas pro de l'affaire […] On leur dit où il faut s'adresser, c'est déjà pas mal !»

Tous quasiment se plaignent de la charge administrative croissante.

MG 11 « L'administratif est trop pesant chez nous maintenant en tout. Pour vous dire, pas plus pour les personnes âgées, que pour les bébés, que pour les personnes invalides »

Cette facette sociale et administrative de leur métier est d'autant plus difficile à endosser qu'elle est consommatrice de temps et n'est pas reconnue. Il s'agit d'un travail ingrat, non rémunéré et pour lesquels les généralistes se sentent pris au piège et ont l'impression d'être acteurs par défaut.

MG 15 « Y a un problème social, ou quoi faire, comment régler le problème, il faut que quelqu'un se penche sur chaque cas, et on fait souvent nous-mêmes du bidouillage, et on perd du temps, en définitive, et c'est pas notre rôle, très concrètement, y a un problème majeur, on essaie de mettre un voile pudique sur le social et qu'ça va s'régler tout seul »
« Je pense qu'il y a une non reconnaissance de ce travail, c'est manifeste. »

Les médecins sont confrontés à de nombreuses demandes d'ordre social de la part de leurs patients âgés dépendants et les gèrent comme ils peuvent, certains prennent de la distance et orientent simplement les patients, d'autres sont plus investis dans la recherche de réponses même s'ils y « perdent du temps ». La sectorisation des assistantes sociales et leur mode d'exercice ne simplifie pas les contacts directs, on a l'impression d'un parallélisme entre les systèmes de soins et sociaux avec peu de ponts et de communication.

MG 8 « Y font leur boulot, on fait le nôtre, mais on travaille en parallèle hein »

Collaboration avec les CLICs…faible

Les médecins ayant recours aux CLICs sont en minorité (7 sur 21). Parmi eux, les MG 7, 10, 13 et 18 semblent satisfaits du service rendu. Les autres sont plus critiques : le MG 8 me montre le classeur édité par le CLIC du secteur en disant qu'ils mentionnent les différents services (ergothérapie etc) sans préciser les contacts pratiques ou numéros à joindre, ce qui limite son utilité. Le MG 7, elle, est satisfaite du même document.

MG 8 « On a tout un gros classeur ou y a 20 000 références mais […] je regardais là (feuillette le guide donné par le CLIC) *alors il dit de s'adresser à des structures pour faire une évaluation d'ergothérapie mais ces structures ben j'les connais pas, y a pas les numéros, bon alors voilà faut chercher sur internet »*

« On a affaire au CLIC ; on sait pas ce qu'y foutent ! […] Sincèrement, euh moi j'donne l'adresse, après je sais pas ce qu'il en vient, j'ai pas trop de retour, y font surement très bien, je sais pas, c'est pour faire connaitre les droits, et tout ça, c'est vrai qu'on y pense pas assez. »

Le MG 11 connaît l'existence des CLICs mais ne fait volontairement pas appel à eux du fait d'expériences antérieures mitigées.

MG 11 « Je ne fais pas appel au CLIC. Je n'aime pas le CLIC donc voilà. Je fais appel à d'autres façons de travailler, avec mes infirmières, avec ceux avec qui j'ai l'habitude et avec qui ça se passe bien. Le CLIC j'ai peu de rapports.
EG *D'accord. Vous avez eu des rapports qui étaient pas bons avant.*
D *Mouais, Pas excellents. Je suis assez euh…enfin j'aime bien travailler avec des gens avec qui je m'entends bien, on s'respecte mutuellement, on connaît nos façons de travailler et ça se passe très bien. Le CLIC c'est trop impersonnel pour moi. »*

En fait la plupart des médecins ne connaissent pas cette structure ou ses attributions, ou ne savent pas comment l'utiliser.

MG 9 « EG *les CLIC, est-ce que c'est quelque chose que vous utilisez?*
D.P. *Ben non, enfin que j' connais de nom et de système*
E.G. *Mais ça ne vous a pas été utile ?*
D.P. *Ca m'a pas forcément, jusqu'à maintenant, ça m'a pas tellement rendu service. Enfin aux patients peut être …*
E.G. *Aux patients, vous avez des patients qui ont fait appel à eux ?*
D.P. *Récemment heu, récemment non. C'est déjà arrivé par le passé »*

MG 15 « EG *Vous avez déjà fait appel à un CLIC dans la région ?*
MG *Alors voilà un truc que j'ai jamais compris, à un moment donné on en avait parlé et ce que j'ai découvert que le CLIC ne correspondait pas au secteur ou j'sais plus quoi, enfin bref,là aussi y a des sectorisations, des secteurs …*
EG *Oui c'est pas facile d'accès…*
MG *J'sais même plus ce que c'est, vous voyez, j'ai encore oublié ce que c'est »*

La DREES en 2008 confirmait ce constat de disparité territoriale et méconnaissance : entre 15 (pays de la loire) et 21% (PACA) des généralistes disaient ne pas savoir ce qu'est un CLIC (51).

Les médecins utilisant les CLICs n'en tirent pas de bénéfice eux–mêmes mais donnent le contact à leurs patients, qui trouvent ainsi des réponses que les médecins n'ont pas.

Dans les milieux très ruraux on retrouve un tissu social différent du milieu urbain. Il existe moins d'isolement, les enfants vivent près de leurs parents et s'en occupent, alors qu'en ville la gestion de la dépendance incombe plus aux collectivités et structures sociales.

MG 9 « Ce n'est pas une patientèle qui pose problème à ce niveau-là, disons qu'on règle avec les familles parce que bon ici, enfin avec les anciens tout au moins. »

« Il y a 3 fils qui sont sur place dans le même village, qui sont là aux première loges en cas de problème »

M 18 « Ca dépend aussi des conditions d'habitat, et ça dépend beaucoup de l'entourage familial ou de voisinage qui est souvent très défaillant, y a un manque de solidarité sociale, c'est sûr, pas uniquement au niveau des structures publiques d'état ou communales ou conseil général et tout ça, mais on est dans une société ou quand même on manque de solidarité naturelle, spontanée, en tous cas je le ressens comme ça. Bon moi j'ai un de mes meilleurs copains d'études, marin comme moi, mais qui a quitté la marine beaucoup plus tôt, qui est en campagne dans l'Aveyron et quand j'ai l'occasion d'aller chez lui, même de faire les visites avec lui dans les fermes, y a encore en milieu campagne, y a encore une solidarité présente familiale beaucoup plus importante, le grand-père, la grand-mère il est là il est avec nous, on s'en occupe, on lui parle, on l' fait bouffer, on l'aide à se déplacer si y a besoin et tout ça. Euh… En milieu citadin, ça repose tout sur les aides publiques […] ça demande beaucoup d'administration et puis elles sont insuffisantes en quantité par rapport aux besoins »

Hospitalisation des patients âgés

Il existe un sentiment de dépossession du patient hospitalisé, nombre de médecins regrettent de ne pas être tenus au fait des évènements intra-hospitaliers ou de recevoir le compte-rendu d'hospitalisation avec beaucoup de retard par rapport à la sortie du patient de l'hôpital. Une fois le patient hospitalisé, il lui échappe, et le généraliste peut se sentir exclu de la prise en charge, du fait qu'à la sortie d'hôpital on l'inclut dans une filière de soins différente de la sienne.
A l'inverse, certains médecins très inquiets des conditions de vie et de sécurité des personnes âgées à domicile peuvent se sentir soulagés de les savoir à l'hôpital, voire débarrassés d'un fardeau pesant, quand il s'agit de patients difficiles ou préoccupants (chutes répétées à domicile). L'hôpital leur rend parfois service par la mise en place d'aides qu'ils avaient échoué à instaurer.

Plusieurs médecins signalent le « pouvoir d'obligation » de l'hôpital supérieur au leur, concernant la mise en place d'aides à domicile par exemple.
Certains patients, avec lesquels les médecins entretiennent une relation de confiance, et sont habitués à discuter ou négocier, refusent la mise en place d'aides. Afin de préserver une relation non conflictuelle, les médecins ne leur « imposent » pas leur avis.
Ils constatent qu'ils peuvent accepter ces mêmes aides après une hospitalisation. Cela provient potentiellement de la prise de conscience de leur fragilité du fait du passage à l'hôpital, et on peut se demander si, une fois un état de santé plus satisfaisant retrouvé, ils ne vont pas à nouveau mettre les aides à la porte.

MG 10 « Parfois on est obligé de passer par une hospitalisation pour pouvoir déclencher ça…[…] L'hôpital a un pouvoir plus important d'obligation. Quelqu'un qui sort de l'hôpital eh bien si on lui a dit : « vous aurez ça, ça et ça » …Après il revoit ça avec son médecin... »

MG 21 « Ca s'est fini en hospitalisation et les choses ont été mises en place en sortie d'hospitalisation par les services sociaux de l'hôpital »

MG 7 « A un moment donné dans le cours de l'évolution de ces personnes y a un évènement qui va entraîner une hospitalisation et là effectivement les choses changent, et c'est plutôt à ce moment-là que quelque chose va se mettre en place derrière »

Il existe parfois une divergence de conception de la même situation entre les services hospitaliers qui raisonnent en terme strictement médicaux, de pathologies et de protocoles bien définis, et les services de ville qui envisagent la situation sous un angle plus global, intégrant l'environnement et la personnalité du patient dans leur prise de décision.
Une urgence « ressentie » par le patient ou son médecin peut devenir motif d'hospitalisation alors que l'hôpital raisonne en termes plus objectifs. Cette part subjective du raisonnement médical et de la prise de décisions est peu prise en considération en France[17] (53).

MG 12 *« J'y ai été* (en visite à domicile, ndlr) *attendez, elle avait pas de confort. Elle avait une petite chaise en bois, elle passait sa nuit là. Elle peut pas se coucher. […] J'ai reçu un coup de fil de l'hôpital, disant « oui, y a vraiment besoin qu'on la garde ? ». J'explique, elle a des jambes comme ça, j'explique qu'elle dormait sur une chaise »*

Certains médecins partagent la réticence de leur patient à être hospitalisé, du fait des risques de dégradation de leur autonomie notamment.

MG 4 « j'l'aurais envoyé à l'hôpital il serait ressorti encore plus mal, il aurait attrapé une infection »

« Ouais, des fois j'suis un peu désespérée. Mais alors est c'qu'il faut les envoyer à l'hôpital chaque fois qu'il leur arrive un truc de travers ? Ils reviennent ils ont perdu tous les neurones qui leur restent »

« Moi ça m'ennuie d'envoyer à l'hôpital, pour des bilans ou des trucs […] Oui, ben voilà bon, ils sortent ils ont pas vraiment de diagnostic, ils ont des tas d'aides à domicile qu'ils ont déjà ou qu'on trouvera pas parce que y a pas la personne adéquate, voilà après faut relativiser hein »

De bonnes relations avec les hôpitaux gériatriques

Les médecins généralistes sont globalement très satisfaits de l'aide apportée par les hôpitaux gériatriques.

MG 11 « Avec l'hôpital de Z (HG) qui fonctionne dans la région, on a ce qui faut comme soutien. Comme ils parlent de l'fermer…ça va être autre chose »

MG 17 « G (HG) sont quand même notre grand sauveur, on les aurait pas, je n'ose imaginer comment on ferait. »

MG 18 « C'est mon gros point de référence, je suis vachement heureux de les avoir. »

Hormis le MG 16, ils en ont une bonne image et estiment qu'il est indispensable d'avoir un service hospitalier gériatrique de proximité pour pouvoir prendre en charge leurs PAD au mieux. Le MG 16 travaille avec le service de gériatrie de l'hôpital général de secteur avec lequel il entretient des liens très privilégiés de longue date. Il reproche à un hôpital gériatrique d'être un mouroir et à un autre une « usine ».

---

[17] Cf bibliographie, référence 53: Vega, Le partage des responsabilités en médecine. Chapitre « Une approche critique de la médecine. Le médecin, acteur profane et responsable »

Il n'a en outre pas été satisfait des investigations menées par ce dernier hôpital et a trouvé une incohérence entre les diagnostics et prises en charge proposées par différents médecins de ce même hôpital.

Les services gériatriques permettent une prise en charge globale de la PA que n'assurent pas les services de spécialité des hôpitaux généraux.

MG 5 « Donc on essaye d'avoir des hospitalisations en direct, on y arrive pas toujours, et puis maintenant on s'tourne de plus en plus vers les hôpitaux gériatriques directement, parce que au moins eux ils prennent tout en charge. C'est à dire que si on hospitalise par exemple nos patients en cardio ils vont les garder 2 jours, ils nous le renvoient, rien n'est stabilisé, alors que au moins on les envoie en gériatrie, ils vont rester peut être une semaine mais quand ils reviennent ils tiennent sur pied alors qu'en cardio ils reviennent ils tiennent pas sur pied. J'ai vu des patients revenir, ils avaient une sat à 88% en air ambiant hein. Pas d'oxygène, rien, bah oui mais elle avait 88 ans la dame, donc heu, prt ! aucun intérêt ! Donc ils avaient pas poussé les explorations sous prétexte que les gens étaient âgés, ou sous prétexte que les gens sont déments, ils font rien et ils renvoient à domicile heu le paquet. Sauf que y a rien de géré derrière, et ça c'est compliqué. »

Dans la majorité des cas il est possible d'y programmer une hospitalisation dans des délais très raisonnables (entre 1 et 3 jours), ce qui permet d'éviter un passage par les urgences.
Celle-ci s'organise par un contact téléphonique direct ou un fax (plus long et relances nécessaires).

Hospitalisation en service de spécialité à l'hôpital général : mission impossible

L'hospitalisation en service de spécialité est quasi-unanimement un casse-tête : difficulté à contacter le médecin désiré, démarches téléphoniques et par fax chronophages avec des délais d'hospitalisation inadaptés à la situation des patients.

Les médecins entretiennent majoritairement de bonnes relations avec leurs confrères hospitaliers. 4 médecins déplorent des difficultés relationnelles avec certains confrères spécialistes par qui il se sentent déconsidérés ou « pris de haut » du fait de l'existence de « barrières hiérarchiques symboliques » (52).

MG 8 « En tant que médecin généraliste on est barré, voilà. »
MG 11 « Les spécialistes de certains hôpitaux sont difficiles avec nous et donc on nous prend de haut sauf quelques grands pontes, grands professeurs »

MG 16 « Bon là à mon âge maintenant j'vais pas dire que j'suis pas tolérant mais j'aime bien quand même qu'il y ait un minimum de respect, les grands patrons dans les grands services, ca se passe hyper bien, j'ai plus de mal avec certains jeunes chefs, mais bon, c'est pas les meilleurs, les meilleurs ils sont très gentils, toujours (rires). »

D'autres n'ont pas de relations privilégiées, parlent de leurs collègues de manière neutre et ont peu de contacts directs.

MG 10 « Il faudrait avoir un carnet d'adresses beaucoup plus intime, moi je ne suis pas dans une relation amicale avec des confrères, je suis dans une relation confraternelle[...] A chaque fois il faut arriver à le trouver, à lui parler, c'est beaucoup de temps passé au téléphone »

Vega a décrit cette absence de culture de coordination médicale en France, avec des relations entre confrères peu fréquentes ou limitées à des correspondances épistolaires[18] (53).

Le choix des hôpitaux avec lesquels les médecins travaillent dépend de leur histoire personnelle et des affinités relationnelles avec les médecins correspondants, plus que du secteur géographique. Même le MG 10 -qui dit ne pas avoir de relation privilégiée- travaille plus avec des médecins parisiens dans un hôpital où il a suivi un DU, malgré son lieu d'exercice éloigné de la capitale.

Lorsque les délais pour une hospitalisation programmée sont longs il est arrivé que les cadres de santé conseillent aux médecins d'envoyer le patient aux urgences, si son état ne peut pas attendre la date, étant donné que les patients des urgences sont prioritaires par rapport aux patients programmés. Cette habitude de généralistes d'envoyer des patients aux urgences à défaut de pouvoir communiquer avec l'hôpital de manière satisfaisante et de trouver une place à leur patients suffisamment rapidement a déjà été décrite (18).

Le MG 1 estime qu'il existe un problème organisationnel dans les hôpitaux, qu'elle met sur le compte de l'incompétence du système français.

MG 1 « Il faudrait des lits supplémentaires vides au cas où, et non pas budgetiser à tout prix des lits occupés, on a pas de fric en fait, on est un pays complètement ruiné, on a heu de l'argent pour faire des guerres mais on a pas d'argent pour du B.A-BA, hein, et compte tenu que le France c'est comme le coq, il a les deux pieds dans la merde il chante encore… »

Les urgences, entre méfiance et nécessité…

Les médecins sont globalement très méfiants vis-à-vis de la prise en charge des PA aux urgences avec les reproches suivants :

- Médecin dépendante : ils trouvent les explorations parfois inadaptées (en excès ou insuffisantes)
- Longue et désagréable pour le patient
- Une non organisation du retour à domicile. Ils sont plusieurs à mentionner un retour à domicile en pleine nuit en l'absence d'une personne accompagnante en dehors du transporteur (après un bilan normal, en l'absence de critère d'hospitalisation), fait qu'ils trouvent scandaleux.

Il semble y avoir une incompréhension entre généralistes et urgentistes, qui provient de la différence dans la manière d'envisager la prise en charge des patients, centrée sur le patient en médecine générale, et sur la pathologie aiguë aux urgences.

MG 11 « Bon c'est sûr les urgentistes, et autres c'est une autre médecine, on fait pas la même chose. »

Les urgences ne peuvent cependant pas être évitées lorsqu'il existe un risque vital. Quand les patients doivent s'y rendre, les médecins rédigent une lettre plutôt que d'appeler (souvent les patients sont « refusés » au téléphone).

[18] Cf bibliographie, référence 53: Vega, Le partage des responsabilités en médecine. Chapitre « Des décisions médicales peu partagées : des prescriptions peu contrôlées »

Cas concrets de patients âgés adressés aux urgences pour maintien à domicile impossible

La plupart des médecins réagissaient d'emblée à la notion d'adresser un patient aux urgences pour un motif social exclusif, comme ne leur semblant pas adaptée. Seul le MG 4 semblait dire que la situation se présente assez régulièrement, chez des patients isolés qui refusent les soins et pour lesquels *« en gros vous faites rien, en attendant que voilà, et en priant très fort que ça tienne jusqu'à, et puis un jour ça se dégrade et puis voilà, vous refilez le bébé, mais y a pas d'autre moyen de faire »*, elle précise *« c'est horrible »*, *« alors là c'est le truc on est pas fier, quoi, c'est vraiment, je me débarrasse du gros problème, mais objectivement, on peut rien faire »*.

Les médecins sont tous conscients qu'un service d'urgences est éprouvant pour une personne âgée et souhaitent les y adresser le moins possible. Les médecins citaient en exemple des situations médicales décompensées, et sinon parlaient par généralités ce qui semble indiquer que la situation ne se produit pas souvent.

MG 1 « Parce qu'on peut pas attendre, quelqu'un qui devient brutalement dément, qui chute et qui met le feu, on peut pas attendre qu'il y ait de la place, faut à tout prix le mettre aux urgences, et comme c'est curieux, l'hôpital trouve toujours une place à ce moment-là, ce qui est extraordinaire »

MG 2 « Il y a toujours un contexte d'urgence et une justification de l'hospitalisation, en passant on en profite pour dire qu'il y a un motif social à régler, mais un motif social seul ne justifiera pas un passage aux urgences »

MG 6 « Bah si, c'est le cas souvent d'un patient qui se dégrade et y a pas 36 possibilités, c'est soit les urgences ou soit on essaie effectivement de mettre en place un maintien à domicile mais si c'est pas le souhait de l'entourage et ben c'est les urgences […]en général ce sont des pathologies aigües qui ne laissent pas le temps d'installer quelque chose »

MG 7 « Non j'essaie de programmer, […] ça va être la pathologie urgente qui fait que, mais autrement j'anticipe, parce que on voit venir les choses hein… »

MG 8 « C'est toujours MADI parce que la personne a une pathologie qui fait qu'il y a des risques, non c'est pas de convenance »

MG 10 « D *Il m'est arrivé de me retrouver dans des situations où je pouvais pas laisser la personne sans lui faire courir un risque à domicile. […] En général ça passe par l'hôpital et la plupart du temps urgences, lits portes et puis direct sur Z (HG) ensuite*
EG *Oui, donc c'est la porte d'entrée rapide vers Z (HG). »*

Ci-dessous j'ai répertorié les cas de patients pour lesquels les médecins se souvenaient les avoir adressés aux urgences pour maintien à domicile impossible.

- MG 1 : couple âgé dont la femme devait subir un pontage coronarien, et s'occupait de son mari dément. Le service de cardiologie attendait la date d'hospitalisation du mari en hôpital gériatrique et vice-versa, ce qui a abouti à l'envoi du mari aux urgences afin qu'il soit hospitalisé et que sa femme, dont l'état commençait à se dégrader, puisse être prise en charge.

- MG 11 : patient de 66 ans avec un antécédent de cancer du larynx et de troubles psychiatriques nécéssitant un traitement conséquent, qui a présenté une décompensation cardio-pulmonaire, pour laquelle il a été adressé aux urgences, où il a été stabilisé et renvoyé à domicile avec suppression de son traitement psychotrope. Il a donc décompensé sur le plan psychiatrique. Après 3 jours, il est réadressé aux urgences qui le renvoient à domicile car absence de place, en disant qu'il était du ressort de la gériatrie. La gériatrie refuse parce qu'il est trop jeune, et la psychiatrie parce qu'il a une pathologie somatique, heureusement, le service de gériatrie finit par accepter de le prendre une semaine plus tard. *« c'était quelqu'un qui était incapable de gérer tout seul etc, et puis il a une femme un peu limitée, donc on s'est débrouillé avec les infirmières »*

- MG 12 : patiente âgée avec d'importants oedèmes lymphatiques des membres inférieurs habituellement stabilisés par un passage quotidien du kiné. Ses oedèmes se sont aggravés au départ en vacances de celui-ci avec une grabatisation : elle ne bougeait plus de la chaise sur laquelle elle dort la nuit, a fini par chuter et a été adressée aux urgences par SOS médecins, d'où l'urgentiste a rappelé le médecin traitant pour savoir pourquoi elle devrait rester hospitalisée.

- MG 5 : un patient Alzheimer qui était devenu violent et qu'on arrivait plus à calmer ; il avait déjà été hospitalisé en unité de gériatrie aigüe, sa femme avait insisté pour le reprendre à domicile contre l'avis des soignants. Elle n'a pas réussi, il est repassé par les urgences pour aller en institution car il n'y avait plus de place directement en gériatrie et qu'il y avait un doute sur un globe urinaire.

- MG 7 : patiente incurique refusant les soins et les aides.

Les médecins insistent sur le fait que ce sont des cas isolés, où ils n'avaient pas le choix, que ça leur est arrivé rarement. Aucun n'utilise les urgences par « facilité ».
Les médecins associaient donc le motif de « maintien à domicile impossible » à des situations de pathologies médicales décompensées, en tant que conséquence de ces pathologies, et non motif initial « d'adressage », ce qui vient confirmer les données de la bibliographie préalable à cette étude.

Ces situations très particulières et rares, cumulent plusieurs problèmes et rendent l'élaboration de recommandations générales ou de mesures d'anticipation difficiles; elles nécessitent de déployer des réponses sur mesure et inventives, difficiles à trouver une fois confronté à l'immédiateté de la situation. J'ai questionné les médecins sur les situations qui avaient posé problème, il serait intéressant de connaître la proportion de ces situations comparativement à celles d'hospitalisations programmées qui se passent bien et où le recours aux urgences est évité. La vision des urgences concernant ce phénomène (sentiment que les motifs sociaux uniques sont fréquents) est probablement biaisée par le fait qu'ils ne voient que les patients pour lesquels un parcours plus coordonné a échoué.

Quand il s'agit d'hospitalisations de répit certains médecins collaborent avec des maisons de retraite, solution qu'on pourrait envisager pour des patients nécessitant peu de soins médicaux mais des soins de nursing du fait d'une pathologie aiguë bénigne diminuant temporairement leur autonomie.

Légitimité du médecin dans l'aide à la prise de décision concernant le devenir d'une PAD

Les médecins généralistes se sentent globalement légitimes en tant que conseillers dans la décision de maintenir un patient à domicile ou de l'institutionnaliser, pour plusieurs raisons.

- Ils ont une responsabilité en ce qui concerne la ***sécurité du patient*** et s'ils sentent que celle-ci est compromise à domicile, ils vont proposer une institutionnalisation afin que le patient bénéficie d'une surveillance constante. Ils peuvent constater une mise en danger lors des visites à domicile (encore faut-il qu'ils recherchent les sources de danger). Les plus fréquemment cités sont le gaz dans la cuisine et les baignoires, sont alors conseillés l'électricité et une douche italienne ou un sol anti-dérapant.

MG 21 « Quand le maintien à domicile devient carrément impossible même avec un maximum d'aides et d'encadrement parce qu'il y a une mise en danger de la personne âgée, je suis légitime pour dire ' je pense que ça devient dangereux qu'elle reste chez elle parce qu'il y a pas une présence constante et que là ça le nécessite'»

MG 5 « Y a certains moments où on a l'impression qu'effectivement les gens sont trop précaires pour rester à la maison »
«Quand on a l'impression qu'ils sont en danger à la maison, quand on arrive pas à mettre en place les choses, je pense que c'est quand même notre rôle d'alerter. »

- ***Leur impartialité*** : les médecins sont en dehors des enjeux financiers, au contraire de la famille, premier bailleur une fois les ressources de la personne épuisée.

MG 9 « Il faut essayer d'être cohérent dans ce qu'on propose, pas trop dirigiste, mais des fois on est bien forcé de l'être parce que c'est l'intérêt de la personne, même s'il n'est pas conscient de son intérêt »

MG 10 « EG *Est-ce que vous avez l'impression que vous pouvez peser sur le cours des choses et vous vous sentez légitime pour le faire ?*
D *Bah Oui, ah oui. Je pense qu'on a un rôle de conseil, une destination, on a une impartialité, en principe, qui nous permet quand même d'avoir une certaine clairvoyance la dessus »*

MG 20 « Oui en leur disant les conséquences […]c'est pas bon pour eux, mais qu'en même temps si eux ils en peuvent plus, faut qu'ils se protègent aussi et je leur dis aussi les aides possibles »

- ***Ils connaissent généralement le patient, son entourage et son environnement depuis longtemps***, ce qui leur permet de juger d'une évolution défavorable à domicile et fait qu'ils sont avertis des souhaits du patient (ou sinon ils s'efforceront de les recueillir).

MG 6 « Bah, ça fait suite à des discussions que je peux avoir, soit avec le patient soit plus même avec son entourage pour essayer d' apprécier les souhaits du patient lui-même et les souhaits de la famille aussi. C'est quelque chose qu'on ressent au fur et à mesure de la connaissance des patients. Il y en a qui ont, qui ont besoin d'être hospitalisés ou en structure institutionnelle et puis il y en a d'autres qui souhaitent rester chez eux »

MG 7 « Heu oui bien sûr d'autant plus qu'on est à écoute du patient, qu'on prend pas de décision sans son accord ou effectivement, dans les maladies psychiatriques, dans l'Alzheimer, avec la famille, […]on est déjà à l'écoute du souhait de la personne »

« On a beaucoup d'enfants qui disent « ah, il faut que notre père, ou que notre mère reste à la maison », oui bien sûr dans le principe parce que c'est chez eux mais il faut le voir peut-être autrement, il faut voir qu'est ce que veut cette personne, c'est pour ça il faut beaucoup écouter la personne âgée, et lui demander s'il veut vraiment rester »

MG 9 « Oui bien sûr, tout à fait, et puis on les connait puisque c'est des gens que souvent je connais depuis 30 ou 40 ans donc on a le temps de voir un peu le contexte »

MG 8 « Si c'est son désir de rester chez elle, j'ai pas de légitimité à m'y opposer »

Cette discussion s'inscrit souvent dans une longue durée, la mise en place d'aides peut demander une négociation et se fait rarement du jour au lendemain.

MG 7 « Chaque consultation c'est un moment supplémentaire où on essaye de rajouter une pierre, où on a l'impression effectivement qu'on régresse, qu'on a pas été compris, faut réexpliquer, c'est un long cheminement »

- La possibilité d'un maintien à domicile dépend pour certaines pathologies directement du ***degré d'implication du médecin*** -entre autres- et de sa possibilité de se déplacer fréquemment en visite, ou de son implication dans les démarches (contacter des collègues paramédicaux, être en lien avec les services sociaux etc)

MG 3 « C'est nous qui faisons la plupart des démarches »

MG 6 « Ah, que je suis légitime, je ne sais pas, que je pèse sur le cours des choses, oui (rires) […] que je sois légitime euh j'le pense mais il est certain que cela dépend beaucoup de l'investissement et des orientations que je peux proposer »

MG 15 « Ils m'ont demandé conseil, "qu'est-ce que vous en pensez?", ils m'ont demandé conseil parce qu'ils avaient besoin de savoir si j'allais continuer à les voir »

MG 16 « J'oriente, c'est tout, je n'ai pas à intervenir ou à choisir la maison de retraite, Y a des endroits que je préfère, y a des endroits que j'aime moins, y a des endroits où je peux aller facilement, y a des endroits où je peux pas aller, après ils choisissent, j'suis ouvert, hein. C'est vrai que je préfère connaître, quand je connais le confrère qui est sur place ou qui peux prendre en charge, c'est comme dans tout service médical, y a des maisons de retraite qui sont extra ordinaires, y en a d'autres qui sont moins bien, y en a d'autres où c'est franchement pas extra-ordinaire. »

MG 21 « Oui je peux peser dessus parce que s'il n'y a pas une implication réelle profonde, constante, le maintien à domicile est impossible, c'est relativement compliqué, […] si je ne m'implique pas et si je ne contacte pas les infirmières et si je ne contacte pas les aides-soignantes et si et si et si, c'est pas possible, c'est pas gérable»

MG 5 « Alors est ce qu'on peut peser oui en ce sens que y a certaines pathologies qui demandent d'être très présents, par exemple de passer très souvent au domicile du patient, et heu si on est pas suffisamment disponibles pour y aller on est obligés d'hospitaliser ou de mettre en institution »

Le MG 20 précise que sa légitimité n'est plus la même quand elle est MT à la fois du patient et de l'aidant : l'intérêt de l'un peut ne pas être le même que celui de l'autre, d'où la nécessité de conseiller sans trop influencer, pour ne pas engendrer de culpabilité.

MG 20 « Oui c'est sûr que je peux influencer, heu légitime oui et non, c'est-à-dire qu'en général je suis le médecin de la personne qui est en perte d'autonomie mais je suis aussi le médecin de l'aidant et de l'accompagnant et donc je dois prendre en compte l'intérêt des 2, et j'ai eu des situations où pour l'aidant ou l'accompagnant, heu c' était pas forcément une bonne chose le maintien à domicile, c'était une bonne chose pour celui qui était en perte d'autonomie mais pas pour l'aidant qui était au bout du rouleau…[…]Je préfère essayer de voir, leur montrer toutes les possibilités et voir avec eux ce qu'ils se sentent capables de faire, ce qu'ils peuvent faire, éviter qu'ils culpabilisent et éventuellement les aider pour le maintien à domicile »

Le rôle de conseil du médecin généraliste est présent dans tous les milieux d'exercice et quelle que soit sa personnalité.

MG 11 « Oui vous savez, c'est facile dans la clientèle, c'est une clientèle très familiale ici. On se connaît tous : les enfants, les parents, les petits-enfants. Si, c'est facile, (de repérer les PA fragiles, ndlr) *et on travaille beaucoup avec la famille. »*

MG 16 « La plupart du temps les enfants vous appellent parce que vous êtes le docteur, j'donne mon opinion mais ce n'est qu'une opinion, j'leur dis que la décision appartient aux enfants à la famille. »

Concernant le poids de leurs conseils dans la décision effective (qui revient évidemment au patient et à sa famille puisque ce sont les financeurs) les médecins restent prudents : leur rôle est simplement de donner les bénéfices et risques à attendre de l'une ou l'autre décision, en insistant plus ou moins sur une option, notamment si la sécurité du patient est en jeu, mais jamais pour contraindre.

MG 13 « Oui on peut peser, oui on doit peser et oui je me sens légitime pour le faire. »
« Oui on peut, oui on doit se sentir légitimes, nous, médecins généralistes. »

MG 20 « Donc je peux, c'est certain, j'ai beaucoup d'influence, voilà, enfin tout médecin généraliste a beaucoup d'influence sur ses patients mais je choisis de ne pas le faire » « j'veux pas pousser trop et forcer trop parce qu'ils peuvent le faire à contre-cœur […] se sentir obligé et puis le vivre très mal »

MG 16 « La décision leur appartient, J'donne mon avis de médecin hein »
«J'leur dis que la décision appartient aux enfants à la famille. […]C'est pas moi qui décide […] Je donne mon avis et les gens choisissent, après ils sont libres. »

MG 7 « On impose rien, faut surtout pas imposer, ça s'impose à un moment donné autrement »

MG 17 « Peser ? Si les enfants veulent placer en maison de retraite […] on se range à l'avis familial »

MG 18 « J'essaie de peser sans imposer, […] Je dis mon sentiment mais bien qu'ancien militaire je n'impose rien »

Seul le MG 1 semble se retirer de la discussion avec les familles dans ce domaine, pour éviter des ennuis.

MG 1 « EG *: Est-ce que vous avez l'impression que vous pouvez peser sur le cours des choses et que vous avez une légitimité à le faire ?*
D *Ah non absolument pas il faut prendre un énorme recul et s'en foutre (rires) parce que sinon ...Non, on est pas Dieu le père »*

Bien qu'impliqué dans la réflexion, le médecin en est rarement l'initiateur, c'est plus souvent la famille, l'infirmière ou l'aide-ménagère.

MG 5 « Ca dépend, ça peut être une voisine, la famille, ça peut être nous, ça peut être l'infirmière, peut être l'aide à domicile, ça dépend. »

MG 15 « EG *Ah oui, et c'est eux qui avaient initié la réflexion tous seuls ou est-ce que vous aviez parlé avec eux de ça?*
MG *Alors y en a une, j'ai dû en parler, avec son fils elle était pas capable d'y penser toute seule, l'autre ça c'est passé dans la famille les 3 autres ils ont anticipé tous seuls »*
« C'est-à-dire que si ils m'en parlent, j'attends qu'ils abordent la question, et j'essaie moi-même de poser la question, je sens : « Comment vous voyez la suite ? Est ce que vous êtes bien chez vous , est ce que vous pouvez imaginer être plus confortable avec un entourage auprès de vous, avec un personnel permanent, est ce que ça vous angoisse d'être seul ? », enfin je pose des questions, « est ce que la télé-alarme, est ce que vous l' avez ? » »

MG 20 « Souvent c'est vraiment avec l'aidant que la discussion se fait, ça dépend aussi du cas, […] mais c'est quand je vois qu'il y a des difficultés à domicile que ça se passe mal etc qu'éventuellement j'en parle, que je parle des hospitalisations de répit aussi, des aides supplémentaires qui peuvent être apportées, mais parfois c'est le patient lui-même, ou l'aidant lui-même qui m'en parle parce qu'il a des soucis,[…] y a pas de règle générale »

Le MG 15 dit avoir cessé d'aborder le sujet du fait qu'elle rencontre des résistances quand le sujet n'est pas lancé par le patient lui-même : *« Moi j'ai essayé plusieurs fois de suggérer, jamais ça a fonctionné, toujours les gens se sont cramponnés, je dirais même que plus je parlais d'institution, et plus ils voulaient rester à domicile, donc j'ai arrêté d'en parler. »*
Comme elle le souligne plusieurs fois, l'anticipation d'une institutionnalisation est difficile pour la plupart des patients, qui souhaitent rester chez eux le plus longtemps possible. Ils attendent d'y être « forcés » par un évènement intercurrent ou après une hospitalisation, où cela ne relève plus d'un choix « actif » de leur part. *« Ils attendent d'être au pied du mur pour voir mieux le mur », « ils ressentent dans leur corps qu'il y a un problème, là ils acceptent, c'est au pied du mur qu'on voit mieux le mur ! »*

La sollicitation du médecin par la famille dépend de son habitude de la gériatrie et de son expérience : le MG 19 qui a une très faible patientèle gériatrique est peu sollicitée par la famille et se sent peu légitime pour donner son avis.

MG 19 « EG *: qui est-ce qui initie la réflexion ?*
MG *La famille*
EG *Et ils vous sollicitent ?*
MG *Pas beaucoup, non*
EG *Est-ce que s'ils le font vous vous sentez légitime pour peser sur la décision ?*
MG *Un petit peu mais je pense que c'est vraiment une réflexion familiale à avoir »*

Outils utilisés pour l'évaluation gériatrique

Les généralistes de l'échantillon se fient pour la plupart à leur connaissance informelle du patient, acquise au fil des ans, qu'à des tests chiffrés.

MG 14 « Les tests non, j'pense qu'on les a un peu en tête, de faire le test de l'horloge, on sait très bien si la personne elle va le faire ou pas, on a tout de suite une idée quoi »

MG 11 « J'y vais au feeling, hein. J'ai pas l'diplôme de gériatre mais j'pense que je fais pas plus mal que les autres »

MG 12 « Pff, bon alors j'vais pas dire que j'vais faire les tests académiques heu, oui voilà, j'pose beaucoup de questions, j'fais des petits tests »

MG 13 « Mini GDS, mais quand on les connait, on sait s'ils sont déjà dépressifs ou pas »

MG 14 « C'est surtout administratif, j'dirais que c'est plus des évaluations à terme, soit pour des assurances soit pour les maisons de retraite de coter la dépendance mais sinon nous au quotidien on a pas tellement besoin d'avoir une note quoi, on sait très bien la dépendance de la personne âgée »

MG 15 « Le MMS là ? Concrètement je ne le fais pas, je pose la question à l'entourage 'Comment vous le sentez, qu'est ce qui se passe ?', je pose des questions très simples hein, la date, qui c'est qu'est président, dans quelle ville on est, j'pose des questions mais je creuse jamais jusqu'au bout parce que quand ça déraille ça me suffit pour voir qu'il faut faire un bilan mémoire »

MG 18 « Non j'utilise pas beaucoup les tests, enfin si les tests Alzheimer ça oui d'accord, mais euh les tests à valeur, pour la dépression ça rarement parce que je trouve qu'on a pas besoin tellement de test pour le quantifier, ça se perçoit quoi, comme ça »

MG 9 « En diagonale, on connait bien ce machin, mais vous savez quand on connait bien les gens, bon moi j'ai l'esprit cartésien je pense, mais vouloir absolument tout chiffrer, c'est un intérêt académique. Sur le plan évolutif, si on veut absolument faire des belles courbes bon voilà il a augmenté, il a diminué... »

La réalisation de ces tests ne leur semble pas influencer leur prise en charge ultérieure.

MG 8 « Voilà on a l'air malin de faire les tests, par exemple de la marche et des trucs comme ça à domicile hein, bon euh voilà. Je… Oui pourquoi pas, mais c'est pas quelque chose que je fais d'une façon rituelle, systématique, pas du tout. »

MG 21 « Non, non, je n'utilise pas de tests en routine, qu'est-ce qui me semble important, je sais pas quoi répondre… Ce qui me semble important, c'est le confort du patient, un patient qui n'a pas l'air algique et qui a un bon confort moral »

Le risque, est de sur-estimer les capacités d'un patient qui semble conserver des fonctions cognitives satisfaisantes. Ce risque est mentionné par les MG qui ont le moins d'expérience en gériatrie.

MG 19 « J'utilise pas de tests et d'ailleurs je me rends compte qu'effectivement quand j'envoie en gériatrie, où eux utilisent pas mal de tests, j'suis souvent surprise des résultats par rapport à des patients que j'vois et qui me paraissent pas si atteints que ça et quand on

voit les scores, voilà c'est déstabilisant de voir le contact qu'on peut avoir avec les gens et les scores »

MG 5 « C'est peut-être un peu limite le bon sens des fois. »

Après avoir fait une évaluation cognitive basique, s'ils veulent initier une prise en charge spécifique ou avoir des renseignements plus précis, ils passent la main à une structure spécialisée, consultation de gériatrie, neurologue ou psychiatre à l'hôpital ou neurologue en ville. Cela permet de « poser » un diagnostic lourd de sens et de conséquences avec des arguments étayés. Certains considèrent même que c'est un passage obligatoire à la prise en charge d'un patient dément (pour la primo-prescription des anticholinestérasiques).

MG 6 « Il y a une consultation de gériatrie, mais que je n'utilise pas particulièrement sauf pour le diagnostic de la maladie d'Alzheimer puisqu'il faut y passer »

MG 7 « Autrement je travaille beaucoup avec l'hôpital X (HG). J'travaille vraiment en grand partenariat et quand j'ai besoin par exemple de faire des évaluations je les interpelle, donc soit des bilans mémoires déjà pour des diagnostics et puis également j'aime bien travailler avec le Dr X qui est psychiatre »

MG 20 « Heu en routine j'utilise le MMS quand j'ai des patients qui se plaignent de troubles mnésiques, ça me permet de rassurer ou pas les patients, de les orienter plus ou moins rapidement sur une consultation mémoire dédiée on va dire »

MG 3 « Je n'ai pas de confrère gériatre comme ça, en ville, mais euh très facilement avec l'hôpital gériatrique […] souvent à l'occasion d'hospitalisations ou alors de consultations de jour à l'hôpital. »

« Alors parfois on peut faire une évaluation en ville par un neurologue hein, lorsque la personne reste euh, est valide, qu'elle ne souhaite pas forcément aller dans un service hospitalier, donc euh, j'ai aussi des correspondants neurologues qui font des évaluations un peu plus rapides et qui peuvent euh prescrire donc les médicaments »

Pour certains MG, bien que ce bilan soit utile pour adapter les aides au mieux, il est difficile à faire accepter par les patients, réticence qu'on peut expliquer par leur peur d'être confrontés à leurs limitations ou tout simplement par la difficulté à prendre rendez-vous, se déplacer, se faire accompagner.

MG 15 « La personne fait des tests pendant toute une demi-journée voire une journée, comme ça on sait ce qu'elle a, on peut mettre au point son degré de dépendance, agencer son appartement, mettre en place les aides, revoir un peu la situation plus tard, mais c'est très lourd, c'est génial, mais qui va accepter de le faire ? »

MG 4 « Quelqu'un qui est bien, vous allez pas l'envoyer en hôpital de jour à faire des additions à 2 chiffres alors qu'il travaillait au CNRS ou machin ! (rires) »

MG 5 « Et heu ils sont très réticents, donc j'ai pas grand-chose, à part le bon sens »

Certains médecins ont un discours très critique sur l'utilité des bilans mémoire, tant au niveau de la prise en charge médicamenteuse qui en découle (ils sont nombreux à être convaincus de l'inefficacité des anticholinéstérasiques), que du retentissement psychologique pour le patient qui se retrouve « étiqueté dément » sans qu'aucune prise en charge médicale probante puisse lui être proposée (hormis des activités éducatives, la mise en place d'un hôpital de jour).

MG 1 « Les équipes mobiles? d'évaluation ? (Masque l'enregistreur) Ils servent à rien »

MG 4 « En maison de retraite heu, quand ils font faire ces bilans là, ils ont l'argent, […] et plus ils ont de patients Alzheimer plus ils ont une enveloppe financière, donc ils font ça pour ça (rires) ! D'toute façon le patient Alzheimer, il restera Alzheimer ! »

« J'pense que voilà à part l'orthophonie et puis les trucs comme ça et puis les hôpitaux de jour, où on leur fait faire des choses, y a qu'ça à faire quoi, une démence c'est une démence quoi, ça récupère pas »

« Maintenant y en a tellement (de démences, ndlr)*, qu'on a même plus envie de les dépister parce que ça nous fout l'mouron, et puis on a rien à leur proposer […] c'était l'début, alors on découvrait des démences, […] on les dépistait tôt, parce que comme ça on pouvait les traiter… Maintenant j'peux plus tenir ce discours 'C'est bien, on a dépisté vot' démence ! Ah bah non c'est pas bien, j'ai plus rien à vous donner. Vous allez finir complètement dément dans 15 ans et pis j'ai rien ' (soupirs) Donc heu, ça sert à quoi de les dépister, quelque part ? »*

MG 9 « D.P. *notre interlocuteur c'est Z (hôpital gériatrique), on shunte le réseau Hippocampes hein, […] comme j'vous dis faire des consultations mémoire, sur le plan pratique c'est bien gentil, on fait des beaux tests, on a des beaux chiffres, prrt*
E.G. *Oui, pour la mise en place des aides vous avez pas forcément besoin de quelqu'un qui vous dise …*
D.P. *Exactement, on s'en est rendu compte avant… »*
« E.G. *Et vous utilisez un petit peu les consultations mémoire ?*
D.P. *Pas trop, ça m'a passé, parce que bon, hein,*
E.G. *Ca change pas trop grand-chose derrière.*
D.P. *Comme vous dites »*

Les MG 15 et 3 prennent le parti de conserver la confiance du patient : ils préfèrent ne pas faire de tests qui les confronteraient à leurs limites et à la réalité de la démence.

MG 15 «C'est tellement douloureux pour la personne quand elle voit qu'elle est défaillante, moi j'suis dans une relation de confiance, j'suis dans une relation d'aide, j'suis pas dans une relation de diagnostic intrusif, je veux préserver la relation que j'ai avec eux de confiance donc je veux pas faire mal, voilà »

MG 3 « Elle veut pas entendre parler de maisons d'évaluations et si on lui propose elle devient très suspicieuse à mon égard alors que j'ai toujours eu de très bonnes relations avec elle […] 'j'comprends pas, je sais pas pourquoi est-ce que vous me dites ça, qu'est-ce que vous voulez ?' »

Une autre limitation à l'utilisation des tests est simplement le temps. La réalisation de ces tests est chronophage et peu adaptée au rythme soutenu caractéristique de l'exercice libéral de la médecine. Le seul test rémunéré est le Hamilton[19].
Les tests les plus cités sont le MMS, le Hamilton (évaluation de la dépression du sujet âgé), le test de l'horloge et des 5 mots (Dubois), donc surtout des tests d'évaluation des fonctions cognitives, et la grille AGGIR pour l'évaluation de l'autonomie.
Les MG ne citent pas de tests pour les fonctions motrices et l'évaluation du risque de chute, qu'ils semblent jauger sans échelle. De même, pour la dépendance dans les actes de la vie quotidienne, aucun n'utilise l'IADL / ADL.

[19] HDRS=Hamilton Depression Rating Scale (17 questions)

MG 1 « Oui on a tous les tests qui existent en gériatrie qui sont sur internet, y a qu'à les suivre, les tests de Hamilton et compagnie les MMS »

MG 10 « Et puis pour les chutes, les tests, examen neurologique »

MG 2 « 5 mots, horloge, Hamilton, Folstein (MMS), y a l'audition, il y a la vue, locomotion, et puis y a les fonctions supérieures »

MG 3 « J'utilise surtout le MMS, et… voilà, puis euh le test des cinq mots »

MG 5 « En dehors du MMS honnêtement non. Y a le GIR, on fait le GIR quand on fait les demandes à domicile »

Les résultats d'une étude de 2013 confirment ces constats : parmi les MG enquêtés, 34,5 % n'ont jamais recours à ces outils, 37 % en utilisent régulièrement. Les plus utilisés sont le MMSE, la grille AGGIR, le test de l'horloge et le test de Dubois. Dans les médecins formés 85,5 % en font usage, avec une fréquence plus soutenue. Dans cet échantillon, 51 % les jugent inadaptés à leur pratique. Les principaux obstacles à leur utilisation sont le temps nécessaire, le défaut de formation, le recul du rôle du généraliste et l'absence de cotation. Ils concluent que « les outils à visée gériatrique sont sous-utilisés par les MG qui les jugent inadaptés à leur pratique. L'absence de cotation et le défaut de formation sont des freins à leur usage » (54).

Le MG 13 (seul de l'étude à avoir fait la capacité de gériatrie) ne cite pas les mêmes tests que les autres médecins, probablement du fait de la formation gériatrique qu'il a reçue.
Il lui semble évident que c'est une « base commune », ce qui n'est pas le cas, puisqu'aucun des autres médecins n'ont cité le test de Tinetti, le mini GDS (4 questions) et le Norton (qui cote le risque d'escarres). *« Les tests cliniques, j'vais pas faire le médecin de base, le test MMS, le test de l'horloge, le test des 5 mots, un tinetti, un norton, un mini gds ».*
Ce constat est confirmé par l'étude de la DREES « Une analyse toutes choses égales par ailleurs indique que l'utilisation d'outils d'évaluation de la dépendance est deux fois plus fréquente parmi les médecins déclarant disposer d'un diplôme en gériatrie » (46).

Cette formation change son abord des malades, mais il souligne dès le début de sa réponse que les tests ne sont pas l'outil le plus important et que la communication avec le patient prime : *« La chose primordiale, avant tout c'est garder de l'humanitude, avoir de l'humanitude. Ne pas oublier qu'on est face à une personne âgée, ne pas oublier qu'elle peut avoir certaines pathologies qui peuvent générer des handicaps »*

Ils sont nombreux à utiliser l'outil informatique et le net comme source d'informations pour les tests, ou à les faire directement sur l'ordinateur, ce qui rend difficile l'évaluation par des tests en visite à domicile. Ces outils informatiques sont probablement amenés à se développer dans un avenir proche pour un usage à domicile. La généralisation des outils légers et de petite taille (tablettes et des smart-phones) facilite leur transport et il est envisageable que les médecins aient accès à leur logiciel médical et dossier informatisé chez les patients.

MG 1 « Oui on a tous les tests qui existent en gériatrie qui sont sur internet, y a qu'à les suivre »

MG 8 « Moi, sur le plan de ma partie médicale, je trouve qu'on est pas bien armés pour suivre les gens à domicile, voilà, y nous manque du matériel, euh on a pas, comme je disais, de dossier transportable, maintenant tout est sur informatique »

MG 16 « Bon j'peux faire rapidos le test de l'horloge, c'est vrai que j'aime pas trop le faire au domicile, c'est pas facile, ici j'ai à disposition tous les tests sur informatique »

MG 2 « Ce qui me gêne c'est que j'ai horreur des visites. Vous venez me voir, ça va très bien (rires) ça me gène pas, mais avoir à me déplacer… »

Vision des maisons de retraite et institutions

Les institutions bénéficient majoritairement d'un à priori négatif de la part des médecins : trop chères, de qualité très variable, avec une personnalisation de son espace de vie difficile.

MG 1 « Bon alors on leur fait comprendre qu'il faut quand même avoir, heu moi-même en étant médecin j'peux pas aller en maison de retraite, ma retraite elle serait insuffisante »

MG 10 « Toutes les maisons de retraite…ce sont des organismes qui ont un but lucratif »

MG 4 « C'est affreux hein les maisons de retraite, effectivement heu...moi j'suis pour le maintien à domicile tant que c'est possible »

« Elle supporterait pas la maison de retraite, mais bon personne supporte la maison de retraite. Après elle est chez elle, mais bon, au prix de beaucoup de souffrances pour son mari, et elle sans doute. »

MG 7 « C'est une structure d'accueil, bon, j'vais pas dire qu'elles sont mal mais ils ont du mal à personnaliser leur pièce, […] On est à l'hôpital dans ces cas-là, hein ? Donc moi j'ai une autre patiente qui a été hospitalisée (pause, rires partagés) ben voilà, maintenant qu'on le dit, j'ai une patiente qui a été admise dans une maison de retraite un petit peu plus loin, alors les pièces sont très spacieuses, donc elle a pu emmener ses meubles »

Les patients de maison de retraite sont vus comme étant très diminués au niveau psychique ou physique.

MG 1 « Elle n'avait pas sa place au sein de la maison de retraite, parce qu'elle avait toute sa tête »

Quand ils discutent avec une famille d'une institutionnalisation, les médecins sont partagés entre le bénéfice pour les aidants et pour le patient, et la difficulté d'adaptation pour le patient. Ils craignent une dégradation de son état tant sur le plan moral que physique, mis à part le MG 9 qui considère qu' *« Il y a des gens qu'il vaudrait mieux peut-être mettre en institution plus tôt parce que c'est bien connu selon le vieil adage que plus ils y sont tôt plus ils s'adaptent facilement »*

MG 20 « C'est certain que si elle le quitte voilà elle va se dégrader etc donc y a un danger »,

« En leur disant clairement que l'institutionnalisation bah il va y avoir encore plus une dégradation de leur conjoint, de leur père, qu'en général c'est pas bon, peut y avoir une glissade etc c'est pas bon pour eux »

MG 21 « Quand elles sont maintenues à domicile elles sont dans leur repères, elles sont dans leur vie, et la perspective de sortir de leur domicile, d'être placées dans une maison de retraite, bah elle perdent leurs repères et c'est là souvent qu'on voit qu'elles lâchent prise et le syndrome de glissement avance, enfin du moins c'est comme ça que je le ressens. »

L'attitude dominante est de retarder cette échéance au maximum.

MG 17 « On peut dire que en mettant en place certaines aides on peut peut-être encore sursoir un petit peu »

MG 21 « On peut essayer de gagner quelques mois, ce qui à 80 balais est quand même important. »

Certains mentionnent des solutions alternatives d'habitat - dont ils sont plus convaincus eux-mêmes-, à proposer à leurs patients encore relativement autonomes, tels les foyers logements ou des structures de vie en collectivité. Ceux-ci permettent de rompre l'isolement de la personne âgée, qu'ils considèrent comme un fléau (sauf pour quelques patients très indépendants, qui n'apprécient pas la vie en collectivité).

MG 7 « C'est très sympathique, et là y a pas d'ingérence, il peut faire sa cuisine comme il le souhaite, il peut aller en salle de repas si il le souhaite, tout est proposé à disposition et eux ils choisissent comme s'ils étaient dans un immeuble avec des logements séparés et que ils aient, heu une pièce de vie commune. Et c'est c'est rudement bien, donc quand ils sont complètement autonomes heu ou partiellement autonomes c'est vraiment très très chouette »

De nombreuses initiatives voient le jour actuellement pour permettre de rompre l'isolement des personnes âgées, à mi-chemin entre le maintien à domicile et la maison de retraite médicalisée, on peut citer : les résidences de services pour seniors, béguinages, quartiers ou résidences inter-générationnel(le)s, maisons d'accueil rurale pour personnes âgées (MARPA) (55).

Réceptivité au concept de gestionnaire de cas

La question « Que pensez-vous du concept de gestionnaire de cas ?» a été ajoutée secondairement au guide d'entretien et n'a été abordée qu'avec 7 médecins.

Dans l'ensemble les médecins sont mal informés des dernières réformes et ne connaissent pas l'existence des MAIA ou leur fonctionnement.

MG 18 *« Enfin, on nous en parlé y a eu une réunion à laquelle je suis allé à Y (HG) où on nous a évoqué ça, j'ai pas très bien compris comment ça allait fonctionner ce truc.*
EG *C'est censé être des référents qui prennent en charge par exemple une 40aine de personnes âgées et qui gèrent la coordination, la mise en place des aides….*
MG *Ça m' a paru un peu fumeux, peut être justement parce que j'ai pas bien compris mais je me suis dit : 'Tiens, ça je ne vois pas très bien la finalité ; je vois pas comment ça fonctionne' »*

Ceux qui aspirent à ce que quelqu'un puisse coordonner l'accès aux aides des PAD prises en charge et les décharger d'une partie du travail administratif réservent un accueil plutôt favorable au concept de gestionnaire de cas (MG 12, 17, 21).

MG 17 « Ben moi c'que j'attends c'est la personne qui va dire ben voilà, il faut une télé-alarme, il faut un portage de repas enfin tout ce que nous on fait et voilà qui n'est pas reconnu en tant que tel, s'il y avait quelqu'un qui pouvait nous décharger de ça, heu et puis avoir quelque chose d'homogène et bien ficelé, ouais, mais bon… »

MG 21 « EG […] C*e serait quelqu'un qui gèrerait justement la mise en place des aides, la coordination entre tout le monde, ça c'est quelque chose qui vous paraît intéressant et utile ? Ce serait pas un médical, plutôt un para médical.*

MG *Ah bah oui oui parce que c'est là où nous on pèche, justement dans cette organisation paramédicale, sociale, où ça nous prend un temps fou et si je peux me consacrer au médical pur et qu'il y a quelqu'un gère le paramédical c'est-à-dire s'assurer que selon une grille définie de a à z tout est mis en place, moi ça me va très bien, bien sûr. »*

Le MG 4 exprime une méfiance vis-à-vis d'un collaborateur qu'elle n'aurait pas choisi et semble réticente à « confier » ses patients à un intervenant inconnu.

MG 4 « Non, mais mêmes nous quand on décide à la place de la personne de l'envoyer en maison de retraite, c'est un abus ! On le fait pas par méchanceté, on l'fait parce que voilà on est médecin, on a de l'humanité, mais si on choisit une personne, voilà elle va sortir d'où la gestionnaire de cas ? Est-ce qu'elle aura la même humanité que nous ? Comment on va former une personne, moi je… »

« Non mais ça quand il y a de la famille y a pas besoin, pour des personnes isolées, voilà. Et puis j'sais pas si c'est très très bien parce que j'pense que pour les personnes âgées il faut qu'il y ait partage des informations quand même. Parce que, elles sont tellement vulnérables, que je pense qu'on pourrait avoir des abus si y avait justement comme vous dites gestionnaires de cas, une personne finalement qui aurait la main mise sur une personne en question donc heu, ça me gênerait quelque part aussi.
EG *Ca vous inspirerait pas forcément confiance.*
D *Non, parce qu'après on a le pouvoir absolu sur la personne, le pouvoir de décider. J'sais pas si on trouvera des bonnes personnes, on abuse vite des personnes âgées…»*

Elle exprime en fait une réticence vis-à-vis des mesures imposées « par le haut », de solutions administratives qui ne seraient pas adaptées à la réalité du terrain.

MG 4 « D Ah non mais ça c'est pas ça que je veux, moi je HAIS la gestion, je HAIS le mot gestionnaire !
EG *(Rires) oui alors humanitaire de cas !*
D *Non, pas 'de cas' ! »*

Le MG13, qui a été un temps gérant de maison de retraite, est averti des dernières réformes et de l'existence des MAIA est globalement insatisfait des mesures gouvernementales, qu'il estime inadaptées ou tout au moins insuffisantes à la lumière de la situation actuelle et des besoins.

MG 13 « Tout ça je connais. Si vous voulez me parler des réformes des pouvoirs publics ça va pas le faire, parce qu'on est tous, professionnels de santé, très en colère. Les politiques ont de belles paroles, de belles intentions, sauf qu'ils ont des oursins dans les poches ou ils ont pas les moyens de leurs intentions. Donc les MAIA, c'est très bien, les UHR c'était très bien…Les unités d'hébergement renforcé, pour les Alzheimer qui sont en phase agressive, en phase de démence importante, les PASA (pole accueil spécifique Alzheimer) qui sont des accueils de jour au sein des maisons de retraite, c'est très bien, les accueils de jour en ville, c'est très bien, mais tout ça ne répond absolument pas à la demande »

La concertation entre les différents acteurs de terrain est une étape indispensable pour leur permettre de se connaître et de collaborer, comme prévu dans le modèle PRISMA. Les généralistes accordent de l'importance au fait de connaître leurs partenaires et il semble que si les propositions émanent des « autorités administratives » et non des acteurs de terrain, elles sont mal appropriées par ceux-ci. Comme le résume bien Domin, « La pratique communautaire se construit, mais ne se décrète pas » (56).

A ce titre, la manière dont s'est construit le réseau gérontologique ville-hôpital sur le sud du 16ème arrondissement à Paris est exemplaire : préalablement à sa création, ils ont organisé des réunions de concertation entre les différents acteurs, en tenant compte des habitudes et disponibilités des différents acteurs (en allant par exemple à la rencontre des médecins libéraux, qui n'ont pas l'habitude de se rendre à des réunions à l'inverse des professionnels du secteur psychiatrique par exemple). Cette démarche participative est le garant d'une créativité et d'une appropriation du modèle par les acteurs de terrain : le projet innovant créé en concertation avec les utilisateurs répond mieux à leur attente que s'il est décidé de façon centralisée (18).

Difficultés de prise en charge des PA à domicile

Ci-dessous j'ai résumé les difficultés mentionnées par les généralistes, qui entravent une bonne prise en charge de leurs patients âgés dépendants :

Liées au patient :
-Patients de caractère réticent, refusant les aides à domicile et hospitalisations, ne respectant pas les prescriptions, déni de la maladie. Ceci est confirmé par l'étude de la DREES en 2014 : « les médecins évoquent en premier lieu les problèmes de communication avec le patient (30 %) et de prise en compte des conseils de prévention (23 %) » (46).
MG 12 *« Y a beaucoup de gens qui ne sont pas faciles. Qui ne veulent pas de quelqu'un d'autre chez eux, qui se sentent pas dépendants alors qu'il faudrait une assistance. »*
-Chutes à domicile répétées, fugues.
-Finances limitées.

Liées à l'environnement :
-Délais de mise en place des aides à domicile.
-Disponibilité des auxiliaires de vie, aides-soignantes à domicile, compatibilité avec le patient, confiance variable (vols), trouver du personnel de nuit.
-Trouver des kinésithérapeutes qui se déplacent à domicile.
-Désaccord dans l'entourage familial, absence d'entourage.
-Trouver un interlocuteur social, complexité des démarches administratives pour l'entourage, multiplicité des correspondants.
-Transport pour les personnes dont la mobilité est réduite mais ne bénéficiant pas d'une prise en charge à 100% (pour aller à des consultations de spécialistes/examens complémentaires).
-Communication avec les médecins hospitaliers, mauvaise organisation du retour à domicile après passage aux urgences ou hospitalisation, délais d'hospitalisation des patients en service de spécialité.

Liées au médecin :
-Age du médecin. Comme constaté dans l'étude de la DREES, les médecins plus jeunes déclarent plus de difficultés, toutes choses égales par ailleurs, notamment en ce qui concerne la coordination des interventions des différents professionnels.
-Personnalité du médecin, représentation de la vieillesse, et des problèmes inhérents à celle-ci.
-Ressources en temps limitées.

Il est intéressant de noter qu'une étude canadienne retrouve des difficultés communes dans la prise en charge de la PAD, alors que les contextes de soins sont différents : le principal obstacle est le manque de temps, viennent ensuite la méconnaissance des ressources communautaires destinées à ces patients, l'appréhension des médecins vis-à-vis du diagnostic et traitement des déficits cognitifs et de la démence, les mesures à prendre pour résoudre les difficultés des aidants et les problèmes comportementaux des patients (49).

3/ Les généralistes et le réseau Hippocampes

On constate globalement un manque d'adhésion des MG Essonniens au réseau de gériatrie.

MG 10 « Hippocampes ? Jamais (fait appel, ndlr). Je ne saurais même pas pourquoi je dois l'appeler. […] Je sais pas trop à quoi sert Hippocampes. »

MG 1 « Non, je pars du principe que les réseaux ça ne sert à rien ! »
« C'est juste pour avoir une étiquette, dans le dos, ça sert à rien, j'vois pas ce qu'ils peuvent apporter »

MG 6 « C'est sûrement une bonne idée ! »
« Je n'ai rien contre les réseaux mais ils peuvent pas toujours intervenir »

Mode de connaissance du réseau

6 médecins ne se rappellent plus comment ils ont entendu parler du réseau Hippocampes ou ne connaissent pas son existence (MG 19 et 21), pour le MG 11 la question n'a pas été posée.

Les moyens cités sont :

- Par des collègues (infirmière pour le MG1, médecin MG5, MG8 ?, MG9, MG15)
- Par courrier/brochure d'information (MG3 ?, MG8 ?, MG14 ?, MG 17, MG13 ?)
- Par des patients inclus (de leur propre initiative ou celle d'un neurologue MG4)
- Lors d'une formation sur la gériatrie (par un DU pour le MG10, l'hôpital pour le MG18, une maison de retraite pour le MG13, le réseau de soins palliatifs pour le MG7)
- Rencontre lors d'une visite d'évaluation (MG 3)

Le fait que la création du réseau remonte à 10 ans avant l'enquête (2004) explique l'incertitude de certains médecins concernant la manière dont ils en ont entendu parler. Les médecins avaient à l'époque été informés par courrier de la tenue d'une soirée de présentation du réseau.

Participation à une visite d'évaluation au domicile

5 médecins disent avoir déjà participé à une visite d'évaluation par un membre du réseau Hippocampes, 2 sont en attente (le MG 5 ayant fait la demande pour un patient, le MG 10 a été sollicité par le réseau mais ne pense pas pouvoir s'y rendre).
Rares sont ceux qui pensent à faire appel au réseau : la seule est la plus jeune installée, à propos d'un couple de patients âgés qu'elle commence à prendre en charge. Les médecins plus anciennement installés estiment connaître les difficultés et besoins de leurs patients sans l'évaluation faite par le réseau.

Les médecins qui détaillent leur expérience de la visite d'évaluation avec le réseau ne sont globalement pas satisfaits, les critiques sont les suivantes :

- Visites ***trop longues et peu informatives*** étant donné qu'elles concernent des patients anciens donc bien connus de leur médecin.

MG 4 « EG *Donc du coup avec le réseau vous avez pas eu de contact direct ?*
D *Non, une fois j'suis allée chez un patient avec une dame du réseau… perdu un temps fou pour heu […]j'sais pas la dame elle a fait tout un bilan de comment ils vivaient, machin*

bon…Moi j'sais comment ils vivaient puisque j'les connais depuis très longtemps, j'connais sa femme, tout ça… »

« EG Et puis après vous avez eu des nouvelles ?

D *J'ai dû avoir un papier, j'sais pas, c'était inutile pour moi en tout cas, comme le diagnostic était posé, ils évaluent par rapport à eux, aux besoins »*

MG 17 « J'étais restée 2 heures tout ça pour quelque chose d'intéressant pour moi sur 20 minutes »

- Il semble exister un ***problème de communication en amont,*** avec un défaut d'explication du déroulement et de l'objectif des visites d'évaluation. Les généralistes ne savent pas à quoi s'attendre, ne connaissent pas les personnes du réseau qui viennent faire la visite et peuvent avoir du mal à trouver leur place.

MG 2 « J'étais étonné de la façon de communiquer de mon collègue, j'ai compris qu'on pouvait faire autrement, mais j'étais quand même pas très convaincu » (A assisté une fois à une évaluation à domicile avec un médecin d'hippocampes : était mal à l'aise avec la manière du médecin évaluateur qui prenait avec humour les incapacités de la dame/sa démence, riait des bêtises qu'elle disait.)

« Honnêtement, j'étais un peu abasourdi de cette façon de communiquer au patient, oui, la communication avec le patient me paralyse complètement… »

MG 4 « EG Ça s'est passé comment la visite?
D Ben c'était bizarre, enfin heu j'sais pas ça m'a pas…C'était refaire le point, je sais pas c'était curieux, ça m'est difficile de travailler avec des gens que je connais pas, bizarrement… »

- ***Peu de changements dans la prise en charge médicale ultérieure***. Ces visites débouchent en effet sur un plan d'aide personnalisé qui concerne plus des mesures sociales ou la mise en place d'aides qui ne concernent pas directement les médecins.

Il existe peu de « contrepartie » de l'investissement des médecins à la visite d'évaluation initiale. On voit ici l'importance de la logique sociologique de don et contre-don (56).

Le MG 3 dit se rendre systématiquement aux visites d'évaluation mais sans que j'aie pu obtenir son avis sur l'intérêt de ces visites.

Le médecin peut tout de même trouver sa place en tant qu'informateur (renseignements sur l'histoire médicale du patient) plus que « récepteur ».

MG 8 « Bah oui oui oui j'trouve que c'est très bien, ça met toujours en confiance en tout cas et puis heu je pense que c'est important que tout le monde soit là. »

Les modalités de cette visite pourraient être changées afin de permettre une meilleure participation des médecins : on pourrait envisager un entretien téléphonique entre le médecin traitant et le réseau afin d'échanger des informations, qui serait plus simple à intégrer à leur agenda qu'une visite à domicile.
Ou, comme le propose le MG suivant, de dédier un moment de l'évaluation à l'échange d'informations médicales avec le médecin, ce qui raccourcirait la visite et permettrait au médecin de partir quand le réseau évalue l'environnement du patient et les problèmes d'ordre plus administratif.

MG 17 « Non c'était une évaluation d'un patient à domicile, donc j'avais fait la première fois comme ça, pour un autre patient j'avais dit « écoutez, nous on se voit une demi-heure, tout l'interrogatoire vous le faites avant avec le patient » donc ils avaient pris rendez-vous avec le patient avant et moi j'étais arrivée une heure après ou quelque chose comme ça parce que effectivement pour parler concrètement du traitement et de l'évolutivité du traitement tout l'avant, après s'ils avaient des questions moi j'ai répondu aux questions auxquels les patients n'avaient pas pu répondre »

Les médecins comparent souvent spontanément les visites avec celles des 2 réseaux de soins palliatifs essonniens, dont les médecins soulignent l'efficacité, une durée plus raisonnable et pour le MG 5 le fait qu'il existe une rémunération. L'intérêt majeur que les médecins tirent de ces visites est l'apprentissage d'habitudes de prescription qu'ils n'ont pas (du fait du faible nombre de patients suivis en soins palliatifs), l'expertise dans un domaine où ils ne sont pas formés, ainsi qu'une prise de décision collégiale -dont on ne peut faire l'impasse dans ce domaine.

MG 5 « En général les consultations qu'on fait avec le réseau, les réseaux de soins palliatifs elles sont assez efficaces j'trouve. Elles sont pas plus longues quasiment que celles qu'on fait quand on y va, ça dure un peu plus d'1 heure, heu elles sont rémunérées par les réseau, ça fait pas d'mal, c'est pas, j'dis pas, c'est pas ça qu'est motivant mais c'est un plus parce qu'on passe du temps et on s'dit que pour une fois c'est payé, mais c'est bien parce que on peut réfléchir à plusieurs et en général on trouve plus de solutions »

MG 12 « Quand je peux oui. En général je fais toujours entre 2 et 3 heures, c'est le moment que j'ai pour manger et faire mes visites. Quand j'ai le temps, je passe, si Hippocampes, j'ai déjà fait, plus avec les soins palliatifs, ils nous donnent plus de renseignements »

MG 14 « C'est sûr que c'est difficile on a pas forcément l'expérience vous parliez de réseaux, y a des réseaux de soins palliatifs qui sont très très bons, typiquement pour soulager les douleurs des personnes âgées à domicile enfin ils ont des habitudes de prescription que nous on a pas »

Il serait intéressant d'échanger avec le réseau de soins palliatifs concernant leur manière d'organiser les visites d'évaluation à domicile, d'autant plus qu'il existe déjà une collaboration entre Hippocampes et les 2 réseaux de soins palliatifs de l'Essonne pour les patients âgés en fin de vie. Mais on ne pourra pas pousser trop loin la comparaison vu les problématiques très différentes auxquelles s'intéressent ces réseaux.
Le fait que les médecins aient l'impression de retirer plus d'informations pertinentes des visites avec les réseaux de soins palliatifs provient peut-être d'un sentiment d'impuissance face à la démence et au handicap mental : il existe beaucoup de moyens médicaux aujourd'hui pour soulager les douleurs et l'inconfort dans les situations de fin de vie, en revanche, pas de moyen médical efficace d'améliorer les performances cognitives des patients déments, pour lesquels les aménagements à mettre en place sont plutôt d'ordre social.

Connaissance des attributions du réseau et modes d'utilisation du réseau

2 médecins ne connaissent pas du tout le réseau (MG 14 et 21, choisis hors du fichier du réseau)

On peut classer les médecins en 3 catégories :
- Ceux qui connaissent le fonctionnement du réseau et l'utilisent « à bon escient » : 4/21 : MG 8, 11, 17, 18
- Ceux qui connaissent en partie le fonctionnement : 10/21 : MG 1, 2, 3, 4, 5, 7, 12, 13, 15, 16
- Ceux qui ne connaissent pas ou quasiment pas : 7/21 : MG 6, 9, 10, 14,19, 20, 21

Les médecins disent avoir fait appel au réseau pour :

- L'aide aux aidants / à l'entourage (soutien psychologique et relais d'informations sociales et financières), un seul médecin (MG 18) dit donner systématiquement l'information de l'existence du réseau aux familles concernées. Cette aide décharge les médecins et les familles.

MG 15 « y a une sorte d'allègement de la charge qui fait que la famille arrive à gérer ».

- L'ergothérapie et aménagement du logement
- Aide à l'organisation d'hospitalisations de répit
- Evaluation des besoins en aide et mise en place

Le plus fréquemment la demande n'émane pas du généraliste, les patients sont inclus par un autre biais (hôpital, neurologue, entourage), et leur MT contacté par le réseau pour la visite d'évaluation au domicile.

Certains médecins ont des idées erronées sur les attributions du réseau :
- Transport des patients pour se rendre à des activités de jour (MG 14)
- Aide pour des décisions en cas de problèmes de nuit (mentionnée par le MG 16)
- Confusion avec les services d'aide à domicile

MG 10 « J'ai dû y adhérer à l'occasion d'un autre patient, pour obtenir tout un tas d'aides personnelles, de gratuité ? De matériel ? Je fais peut-être une confusion avec santé services.»

Le MG 17 mentionne une situation où elle avait été déçue de la réponse apportée par le réseau : un patient pris en charge par Hippocampes nécessitait une hospitalisation de répit, elle avait contacté le réseau pour qu'ils l'assistent dans sa recherche et le réseau n'avait pas été en mesure de l'aider.

MG 17 « Après moi à un moment pour une hospitalisation de répit pour Hippocampes où ils évaluaient le patient au moins tous les 4 mois j'recevais des lettres en disant voilà, le conjoint fatigue, le conjoint fatigue, j'dis ok… et puis un jour j'ai du mal et j'dis « on va organiser une hospitalisation » et j'appelle Hippocampes et je leur dis 'Vous pouvez m'aider pour organiser les choses pour appeler les services etc ?', 'Ah non c'est pas notre rôle', 'Bon, ok, d'accord merci' [...] Non concret quand à un moment il faut donner un coup de main, passer un coup de fil ils sont pas là, quoi… »

L' « accompagnement dans la recherche d'accueils temporaires en EHPAD, hôpitaux de jour et accueils de jour » fait en effet partie des attributions du réseau, peut-être était-ce l'urgence de la demande qui ne leur avait pas permis d'y répondre dans ce cas-là.

Les freins à l'utilisation du réseau

1/ Pour les médecins :

- La **durée des visites d'évaluation à domicile** ou les horaires des permanences téléphoniques du réseau sont inadaptés à l'exercice de ville du fait qu'elles coïncident avec les horaires de consultation.

MG 5 « C'est pas facile parce qu'ils sont pas disponibles à l'heure du déjeuner donc heu, comme c'est que le matin pendant les consultations, ou heu l'après-midi, et qu'à midi ils ne sont pas dispos, des fois ça limite un petit peu l'accès »

MG 10 « Donc il m'ont appelé il y a 15 jours pour me dire ce sera le 24 juin, dans l'après-midi, donc il faut que je sois à leur disposition lundi après-midi, tout du moins de 14h30 à 17h, que je puisse les voir chez ce patient à domicile, j'peux pas moi…C'est lundi, j'ai du travail du week-end, j'ai des visites à domicile je pense que je pourrai pas y aller, c'est super compliqué. »

Plusieurs médecins soulignent la **différence profonde entre leur mode de fonctionnement en tant que médecin libéral et celui des membres salariés du réseau**, les activités du réseau consommant beaucoup de temps. Il existe un fossé entre les approches des uns et des autres, qui ne facilite pas la collaboration. Le MG, médecin de premier recours, est dans la résolution immédiate de problèmes pratiques, alors que le personnel du réseau est soumis à des contraintes de planning et d'administratif d'une autre temporalité.

MG 17 « Ils ne sont pas stressés les médecins des réseaux, ils sont cool hein. Nous on est un peu gnnn à chercher du temps partout, eux ils avaient le temps »

« Euh, je trouve ça intéressant au point de vue théorique, par contre un peu chronophage pour avoir utilisé N (soins palliatifs), ou Hippocampes[…] la réunionite aigue »

MG 8 « On est invités à de multiples réseaux mais c'est pareil là on a pas le don d'ubiquité »

MG 10 « Donc j'crois que dans l'organisation actuelle de la médecine libérale telle qu'elle est rémunérée c'est encore difficile à gérer heu cette collaboration, […] faut pas déborder, faut avoir du temps, faut pas avoir 30 personnes à voir par jour »,

« Comme je vous dis, je suis toujours seul physiquement et moralement, c'est mon statut de médecin libéral. Mais euh ces réseaux peuvent apporter quelque chose. C'est pas encore très facile je crois sur le plan de l'organisation, de la juxtaposition de notre activité et de ces réseaux qui sont des gens…si vous voulez je crois que la mentalité est celle de gens salariés qui voit une personne par jour ou deux, par exemple une le matin et une le soir, c'est tellement différent de ce que nous faisons nous….cette médecine d'abattage, si vous voulez, cette pression du téléphone, mais je pense que ça doit pouvoir s'améliorer et que les générations qui viennent sauront plus gérer ça que moi »

MG 11 « Le problème c'est qu'avec les réseaux on vous demande pas mal de présence et avec les réunions, on n'y arrive plus. Voilà du lundi au samedi, je travaille quand même de 7h30 à 20 heures. Et j'ai plus que le dimanche. Donc le soir, quand il faut repartir encore pour une réunion, une formation et tout…autant dire que je fatigue. Ca c'est un peu le problème du réseau. Autrement, au contraire, je trouve que c'est pas mal, ça permet d'avoir des filières. »

MG 13 « Les réseaux c'est très bien, ça mange un peu de temps, pour nous, en libéral ça mange pas mal de temps, c'est très chronophage, mais c'est très bien, c'est ce qui permet que malgré tout cela tienne […], que le système de santé soit encore pas mal fait en France »

Seul le MG 3 n'a pas de problèmes avec le fonctionnement du réseau au niveau du temps : *«Y sont assez souples, on se fixe un rendez-vous en fonction de mes horaires et ça fonctionne bien »*

- Le **réseau coûte cher à la société**, certains pensent qu'un MAD organisé par le médecin et son réseau informel revient moins cher que si c'est le réseau qui l'organise.

MG 1 « Le mot réseau non parce que réseau veut dire subvention, heu subvention on sait pas où ça passe et on sait pas qui récolte »
« C'est une idée, c'est l'art de dépenser de l'argent à la française… »

MG 6 « Mais je pense qu'au départ, c'est pour ça que je me suis un peu éloigné de ces réseaux pour des raisons de coût parce que à un certain moment j'étais peut-être un peu plus sensible au coût de la santé, et cela semblait hors de prix […]c'est pas le même coût finalement pour la société donc quand j'ai été sensible à ça c'est un petit peu pour ça que j'ai été plus orienté vers quelque chose que je mettais en place moi-même »

- **Méfiance vis-à-vis de l'engagement que représente la signature d'une convention**, peur d'être recontacté par le réseau pour d'autres patients dépendants une fois enregistré. (A noter le cas particulier du MG 20 qui a eu une expérience avec un réseau de prise en charge de patients atteints de sclérose latérale amyotrophique. Etant donné la faible prévalence de cette maladie, peu de médecins généralistes y sont habitués, et du fait qu'elle avait déjà pris en charge un patient, le réseau a orienté vers elle un autre patient. Cela représentait une lourde charge de travail)

MG 1 « Je signe de convention avec personne »

MG 12 « Je signe pas de convention. J'aime pas les papiers à signer, les contraintes »

- **L'absence de connaissance du personnel du réseau**. Nombre de médecins mentionne leur réseau personnel actuel (MG 16) ou révolu (MG 11) de qualité, constitué de collaborateurs de confiance.

MG 1 « Ce que font tous ces gens-là qui sont bien sympathiques »

MG 16 « Donc dans les réseaux je connais pas toujours les gens qui interviennent »

- La complexité et la lenteur de la « machine administrative », difficile à mobiliser pour résoudre des problèmes à court terme.

MG 1 « On peut venir tout de suite, on peut régler les problèmes dans les 10 minutes, le réseau Hippocampes, donc ils sont à 3 à débarquer, faut que les 3 soient libres ce jour là et c'est beaucoup trop lourd… j'ai rien contre hein ! »

Les critiques émises par les médecins concernent les délais d'intervention et l'absence de retour systématique d'informations. Le MG 8 se sent utilisé par le réseau pour alimenter sa file active sans que l'intégration des patients lui apporte de bénéfices, et sans qu'il ait de retour de la part du réseau.

MG 8 « Sincèrement j'ai pas encore bien vu la place du médecin traitant dans le travail du réseau. Sincèrement. En dehors d'être la porte d'entrée, et peut être la porte de sortie (rires) je ne sais pas où il se place vraiment »

MG 20 « Peut-être que ce qui m'a le plus manqué c'est que j'aie pas de retour souvent, j'me dis peut-être que j'ai des patients qui font partie du réseau et que je ne le sais pas, souvent voilà j'ai l'impression qu'il y a un manque d'information aussi dans l'autre sens »

Nombreux sont les médecins à « regretter » en apparence leur absence d'implication dans un travail en réseau, et leur isolement professionnel. Il semble que ce discours fait plus partie d'une « désirabilité sociale » et de la représentation idéale d'un bon médecin généraliste, qui n'exercerait plus seul dans son coin, que d'une démarche réelle de changement. L'emploi du conditionnel témoigne que le MG 21 n'envisage pas dans un avenir proche de changer sa pratique.

MG 19 « Ah non je trouve que c'est une bonne chose de toute façon, moi, ce qui me manque dans l'exercice de ville hein c'est d'être toute seule, donc l'équipe quoi en fait, donc effectivement le principe du réseau est plutôt sympa »

« C'est pareil je ne suis pas très bien formée non plus et effectivement passer par un réseau qui connaît plus la pathologie et puis les structures d'aide etc ça pourrait m'aider. »

MG 20 « Heu, j'pense que les réseaux effectivement peuvent être utiles donc le concept est pas mal, c'est juste que en général je m'y retrouve pas très bien dans le fonctionnement, savoir qui est l'interlocuteur, comment ça fonctionne, les transmissions »

« Donc j'ai pas eu forcément des très bons résultats avec les réseaux, mais je trouve l'idée bonne mais en général, en pratique ça se passe pas forcément bien même si ça peut être utile. »

MG 21 « Alors je ne suis pas membre de réseau et je trouve que ça s'rait bien »

2 / Pour les patients :

Bien que l'intervention du réseau soit gratuite car financée par des fonds publics, l'entourage peut avoir peur des implications financières (être obligé de mettre en place et payer les aides proposées après l'évaluation par le réseau)

MG 1 « Mais la démarche d'Hippocampes est sans doute une démarche pour les parents d'évaluation heu économique donc ils se sentent quelque fois pris au piège dans un système en disant, ben voilà j vais devoir payer, qu'est-ce qu'ils me veulent, […] je pense qu'il y a une suspicion de la part de la famille parce que lorsqu'on a des problèmes style Alzheimer et compagnie on va être placé dans un EHPAD éventuellement donc faut que quelqu'un paye »

4/ Profils de médecins et réseaux de soin à la PAD

Différents modes relationnels

Cette étude n'a pas mis en évidence de tendance en lien avec l'âge concernant la sensibilisation au travail en réseau, contrairement à l'idée que j'avais au départ (comme quoi les médecins plus jeunes y seraient plus sensibilisés). La propension à travailler avec le réseau dépend plus de la personnalité du médecin, de ses convictions et de son histoire. Seul le MG 9 semble relier son côté « indépendant » à sa génération.

MG 9 *« Dans les premières années, comme j'ai pas fait de mauvais esprit, j'ai gentiment cotisé à des réseaux, mais franchement, vu ma génération, vu mon mode d'exercice et vu ma clientèle, ça ne m'apportait pas grand-chose. »*

En revanche un virage générationnel ressort bien des entretiens : Les « anciens » se démarquent de la nouvelle génération par leur attachement à la notion de médecin de famille, ils sont inquiets pour l'avenir du système de santé français (MG 9, 10, 12, 16), ils revendiquent souvent la reconnaissance de leur profession, chose qu'on retrouve moins chez les médecins plus jeunes (peut-être du fait des efforts faits récemment pour la revalorisation de la médecine générale).
Bouchayer prête à la jeune génération de médecins les caractéristiques suivantes : une nouvelle conception du métier passant notamment par la maîtrise du temps de travail, une recherche d'équilibre vie privée/vie professionnelle, l'exercice en groupe, une ouverture aux nouveaux modes de rémunération (qui n'a pas été mise en évidence dans cette étude).
On retrouve dans le discours des médecins le système de préférences décrit par ce même auteur : le médecin généraliste façonne indirectement sa patientèle en fonction de ses centres d'intérêt, domaines où il se sent le plus à l'aise et des compétences qu'il a choisies de développer (57).

Avec le réseau :

A/ Bonne relation :
-Contacts semblant réguliers – MG 3, 5, 11, 17, 18
-Avis favorable mais peu d'utilisation du réseau (du fait d'un réseau personnel efficace) – MG 7, 13
B/ Relation quasi-inexistante :
-Par ignorance – MG 6, 14, 15, 16, 19, 21
-Par choix (critique, avis défavorable) – MG 1, 2, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 16, 20

Il est intéressant de noter que les MG 13 et 18, tous deux actuels ou anciens membres actifs d'un réseau de soins palliatifs, sont satisfaits de l'aide apportée par le réseau et émettent comme seule réserve le délai d'intervention du réseau ; ils ne leur reprochent d'ailleurs pas ces délais, conscients qu'ils sont liés à des moyens financiers et en personnel réduits, et ils souhaitent ainsi voir les subventions du réseau augmentées.
Le fait d'avoir travaillé dans un réseau sensibilise à l'utilité de celui-ci et familiarise avec son mode de fonctionnement. On peut aussi penser que les médecins ayant embrassé de telles fonctions présentaient déjà une sensibilité à cette forme d'exercice, préalable à leur engagement (cercle vertueux).

MG 13 « Dr. P. je ne sais pas quel est leur délai d'intervention, mais ils ne doivent pas être assez rapides, […] donc c'est souvent ça le problème, quels que soit les types de réseaux, c'est souvent ça le problème, comme ils ont peu de subventions, de moins en moins donc leur délai d'intervention est de plus en plus long, c'est le problème. »

MG 18 « Moi la seule amélioration que je souhaiterais pour Hippocampes, c'est que en fait ils aient plus de personnel, ils aient plus d'équipes mobiles parce que Hippocampes prend en charge toute l'Essonne,[…] donc une fois qu'on a signalé la situation à Hippocampes, les délais d'intervention de l'équipe mobile sont assez longs mais je ne le leur reproche pas parce qu'ils ne peuvent pas faire autrement. Ils sont pas assez nombreux pour prendre tout en charge. Autrement intrinsèquement, moi j'ai aucun reproche vers Hippocampes bien au contraire, mais ils ont besoin d'être aidés, il faudrait qu'ils soient plus. »
Il a progressivement abandonné ses fonctions au sein d'un réseau, car cela devenait « trop administratif ».
MG 18 « J'ai fait partie aussi, maintenant j'ai un peu lâché parce que ça devenait pour ma part trop administratif… J'ai fait partie, j'étais membre fondateur du réseau de soins palliatifs X, donc j'ai l'habitude de fonctionner avec les réseaux, c'est un mode de fonctionnement qui me plaît bien. »

Le MG 8 a un regard plus critique sur son expérience en tant que membre de réseaux.

MG 8 « J'ai vécu la naissance des réseaux quels qu'ils soient, j'en ai, on en a crée ici avec mes collègues, bon. Je n'irai pas contre les trucs de réseau mais en fait je sais pas quoi dire sur les réseaux, parce que à la fois on est indispensable au réseau enfin c'était comme ça longtemps parce qu'on leur alimente leur file active, […] mais d'un autre côté la prise en charge des réseaux elle me paraît pas être dans le temps, elle me paraît être sur des objectifs annuels »

Avec les autres acteurs :

La prise en charge du patient à domicile fait intervenir un ensemble d'acteurs où chacun a son rôle à jouer.

MG 4 « Quand il y a tout ça, chacun apporte sa pierre à son édifice et ça marche très très bien, quand il manque une pierre, par exemple y a pas d'infirmière, heu, quand voilà y a plus de famille, alors la ça tient pas »

MG 17 « Quand tout le monde met du sien ben ça marche bien, quand il y a un intervenant dans le cercle qui ne fait pas ce qu'il faut, bon tout de suite ça complique les choses, quoi. »

La majorité des généralistes se place au centre du dispositif d'aide à la PAD à domicile. Ils se définissent souvent comme « chef d'orchestre », « pilier », ou encore « dépisteur » et « orienteur ».

Seul le MG 8 refuse ce rôle central. Son discours semble montrer des signes indicateurs de burn-out (manque de temps à consacrer aux patients avec des contraintes croissantes de la part des organismes gouvernants en charge de la santé).

MG 8 « Mais moi j'vois pas pourquoi je serai heu le pivot central d'une machinerie centrale qui soit autour, c'est quand même un peu fort du café de charger la barque sur le plan médical hein, c'est pas parce qu'on est médecin traitant qu'on est responsables de la santé dans sa globalité comme le décrit l'OMS »

« Je revendique absolument pas d'avoir une place centrale, on a assez de boulot »

« On en peut plus de déborder sans cesse et qu'on nous demande sans cesse des prises en charge et que ce soit pour suivi des grossesses et que ce soit pour telle pathologie, fin voilà, ça devient insupportable hein »

Les généralistes se définissent avant tout par rapport aux autres acteurs par leur rôle de prescripteur.

MG 4 « EG *Qu'est ce que vous faites vous, qu'est ce que déléguez ?*
D *Je prescris ! (rires). Je déteste faire ça, Enfin j'veux dire je prescris,[…] j'explique, justement quand y a de la famille au niveau des aides, pour faire un peu de kiné, un peu de gymnastique, heu j'prescris une infirmière à domicile, une association pour la toilette heu, voilà, je sais pas super bien faire ça en général, voilà, heu quand c'est facile je sais faire quand c'est difficile j'aime pas du tout. »*

Ils ne sont pas toujours à l'aise dans ce rôle, notamment quand il s'agit de prescrire du matériel médical. N'ayant pas reçu de formation spécifique, ils enrichissent leur « panoplie » au fur et à mesure de leur carrière et des patients rencontrés.

Cela ne semble pas poser problème aux médecins plus âgés, contrairement aux plus jeunes qui peuvent exprimer un sentiment d'incompétence.

MG 4 « Parfois on est nul en ça hein. Le matelas anti escarres et le lit médicalisé c'est tout ce qu'on connaît »

MG 5 « Bah c'est nous qui faisons tout ça, après moi j'm'y connais pas trop ça donc c'est un peu compliqué, mais oui le matelas anti escarre machin, le lit médicalisé, enfin l'infirmière en général nous le dit quand elle a besoin heu et puis nous on met en place quand on le voit »

Les possibilités de délégation de tâches médicales à du personnel para-médical ont été largement étudiées (58). Elles se heurtent à plusieurs contraintes (différence dans la formation initiale des médecins et infirmières, considérations juridiques (59), forte indépendance des acteurs caractérisant le milieu libéral, avec une maîtrise des territoires professionnels).
Comme le souligne Vega, la recherche de l'autonomie professionnelle motive souvent le fait de travailler en médecine libérale, tous âges, genres et lieux d'exercice confondus (53), ce qui peut limiter le travail en équipe.
Dans notre étude, il existait une demande de la part de plusieurs médecins dans le domaine social.

Le cas isolé des MG 2, et 13

Le MG 2 prend peu en charge la dépendance, du fait d'une limitation liée à des problèmes physiques (troubles de la marche rendant les visites au domicile compliquées), d'un vécu douloureux de la démence et de difficultés à appréhender la communication avec une personne ayant des troubles cognitifs.

Le MG 13 a une vision quasi-hospitalière sinon institutionnelle de la gériatrie. Il est le seul du corpus à avoir la capacité de gériatrie, il a par ailleurs été gérant de maisons de retraite, et a eu des responsabilités au sein d'un réseau de soins palliatifs.

Réseaux de soin à la personne âgée dépendante

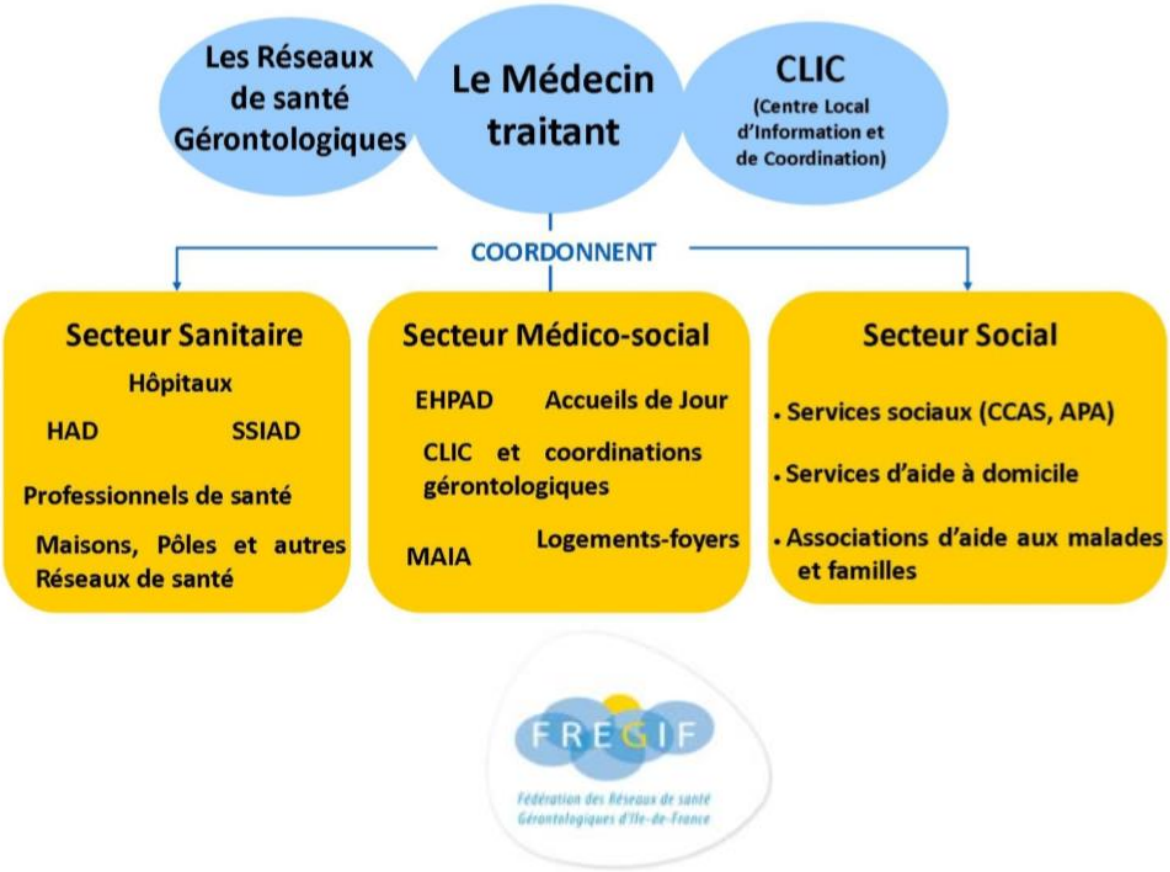
Les généralistes créent chacun un « réseau informel » (par opposition aux réseaux de santé institutionnels, tel le réseau Hippocampes), personnalisé, qui regroupent des acteurs qu'ils connaissent et à qui ils font confiance.
Cette confiance repose sur plusieurs fondements : des logiques d'affinité, de solidarité, de similitude (52), la notion de réputation (56).

Bourgueil, Marek et Mousquès en 2009 ont décrit dans les pays développés, trois modèles types d'organisation des soins primaires :

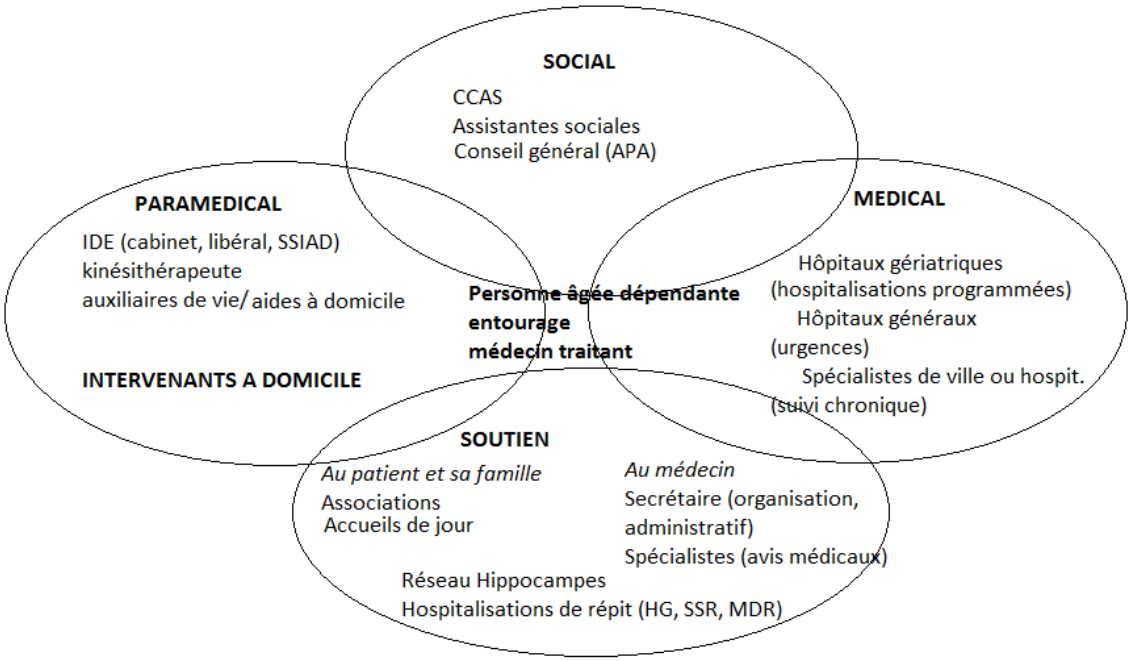
- le modèle normatif hiérarchisé, dans lequel le système de santé est organisé autour des soins primaires et régulé par l'État ;
- le modèle professionnel hiérarchisé, dans lequel le médecin généraliste est le pivot du système
- le modèle professionnel non hiérarchisé, qui traduit une organisation des soins primaires laissée à l'initiative des acteurs.

La France obéit au troisième modèle même si actuellement les réformes tendent à la rapprocher des deux autres (60).

Le schéma suivant crée par la FREGIF donne une bonne vue d'ensemble des différents acteurs de la dépendance à ce jour.



J'avais créé un schéma à partir des entretiens en le centrant sur le patient, son entourage et son médecin traitant. On y retrouve quasiment tous les acteurs cités par la FREGIF hormis les MAIA, qui ne font à ce jour pas partie du paysage de la dépendance dans la vision des médecins généralistes.



Profils de médecins

Les 3 catégories suivantes font ressortir des tendances, des ensembles de traits caractéristiques fréquemment associés. Il est cependant impossible de classer chaque médecin strictement dans une catégorie : certains médecins, ayant servi de prototype pour la classification, regroupent quasiment toutes les caractéristiques, d'autres empruntent à plusieurs catégories.

Médecin manager	**Médecin coéquipier**	**Médecin solitaire**
*Plutôt expérimenté, fin de carrière	*Plutôt jeune, début de carrière	*Plutôt âgé
*Environnement urbain/groupe ?	*Cabinet de groupe	*Exercice rural/seul ?
*Gère son équipe/organisation de manière très personnalisée, position hiérarchique forte par rapport aux infirmières, Maîtrise du personnel impliqué et des décisions concernant le patient	*Relation d'égalité par rapport aux autres acteurs et de partage de tâches, moins de hiérarchie ressentie, travail en réseau recherché, partage des décisions.	*Peu intéressé par le travail en réseau (équipes personnalisées restreintes, personnel connu)
*Peu de considérations sur les difficultés liées à la vieillesse	*Considérations psychologiques fréquentes sur les difficultés liées la vieillesse/perte d'autonomie/ institutionnalisation	*Peu de considérations sur les difficultés liées à la vieillesse
*Prise de distance au patient et sa famille, posture professionnelle, peu d'empathie	*Relation empathique avec les patients	*Relation de quasi sympathie, Connaissance approfondie du patient et sa famille
*Défense de son territoire d'exercice, relation d'affirmation de son autorité et de sa place par rapport aux spécialistes, relation amicale avec certains spécialistes.	*Relation confraternelle avec les spécialistes	*Relation neutre avec les spécialistes
*Peu de prise en compte des difficultés sociales des patients (chacun son domaine, le sien est strictement d'ordre médical)	*Prise en considération des problèmes sociaux avec le désir de s'en affranchir, revendication du rôle médical exclusif.	*Peu d'intérêt pour les questions sociales ?
*Discours militant, revendicateur	*Discours non militant, peu de revendications.	*Nostalgique de l'exercice « à l'ancienne », médecin de famille suivant toutes les générations, notion de sacerdoce
Pas de demande d'aide	En demande d'aide	Peu de demande d'aide
MG 1 *« On a peut-être pas le temps de gérer complètement la vie du vieillard à domicile, mais par exemple ici on a besoin de personne parce que par exemple nous avons une ancienne surveillante générale qui connait tous les heu, donc on a besoin d'elle, qui est une pointure, et on a besoin de l'assistante sociale »* ***MG 16*** *« Ou alors ils changent mes habitudes de travail bon, même si j'suis assez ouvert, c'est assez difficile quand vous avez une organisation qui marche depuis plus de 10 ans, mais j'suis pas contre, je suis au contraire vachement ouvert, hein »* *« Les réseaux oui, à condition que je connaisse les gens du réseau et leur efficacité, comment ils travaillent »*	***MG 4*** *« Si y'avait plein, plein de monde, plein d'métiers différents autour de le personne, ça fonctionnerait. Si y'a qu'un médecin, une aide-ménagère, une infirmière, ça va pas fonctionner, ça va pas fonctionner… »* ***MG 5*** *« On peut pas tout faire, mais j'pense que c'est un discours assez nouveau par rapport à notre confrère qu'on a remplacé qui faisait pas mal de trucs tout seul. »* ***MG 8*** *« Tous ils posent problème, […] soit que c'est l'enfermement ils peuvent plus sortir dehors, c'est la solitude »*	***MG 9*** *« Vu le contexte, moi j' crois que la notion de médecin de famille, je crois qu'elle va s'éteindre petit à petit pour différentes raisons ; le mode d'exercice des plus jeunes médecins et le mode de vie des plus jeunes patients. »* ***MG 12*** *« Le généraliste, c'est le confident, c'est le médecin de famille. Ce qui je trouve se perd un peu parce que les jeunes ils sont pas…, enfin vous en faites partie…* *EG Vous pouvez dire votre avis…* *MG Moi je vois mon remplaçant il est célibataire sans enfants, il me dit 'vous faites des heures…' »*

V/ Discussion

1/ Limites et biais de l'étude

Cette étude a été menée de manière qualitative, et n'a pas atteint la saturation des données, vu la taille de l'échantillon (on ne peut prétendre à l'exhaustivité des réponses obtenues en 21 entretiens).

Biais de sélection : les MG sélectionnés sont probablement plus concernés par les PAD à domicile et y consacrent donc plus de temps que d'autres médecins non intéressés par cette problématique. Ils ne sont peut-être pas représentatifs de l'ensemble des généralistes.

Biais de mémorisation : les faits auxquels les entretiens font référence sont plus ou moins anciens. Le risque est que les médecins rapportent les cas les plus marquants, des histoires inhabituelles, des patients avec lesquels ils entretenaient un lien fort, et que ces situations ne soient pas représentatives de la patientèle ou du mode d'exercice, comme le souligne également l'étude sur la dépendance menée par la DREES en 2014: « Les données de cette enquête sont déclaratives et peuvent de fait être entachées d'un biais de mémoire, les médecins se souvenant certainement avec plus de facilité des patients les plus dépendants. […] Enfin, ces médecins ont pu s'orienter préférentiellement, dans leur définition propre d'une PAD, vers une situation dans laquelle ils se sont particulièrement investis. […] Les résultats relatifs au dernier patient âgé dépendant vu illustrent donc les opinions et les prises en charge de cas plutôt sévères par les médecins généralistes et doivent donc être interprétés avec précaution. » (46)
Une manière d'évaluer la qualité des souvenirs des médecins a été de faire une corrélation entre leur réponse concernant leur collaboration avec le réseau (signature d'une charte ou non) et le fichier du réseau. 12 médecins sur 18 se souvenaient à juste titre avoir signé ou non la charte (18 et non 21 car 3 médecins ont été choisis hors du fichier du réseau), 15 se souvenaient avoir effectivement collaboré avec le réseau au moins une fois (par collaboration on entend : signature de la charte, participation à une action de formation du réseau, ou la prise en charge d'un ou plusieurs patients par le réseau).
Mais on peut souligner qu'au vu de la quantité de formulaires à remplir quotidiennement, il n'est pas étonnant que le médecin ne se souvienne pas avec précision de la signature d'une charte.

Biais de « désirabilité sociale » : le médecin conformerait ses réponses non à sa pratique effective mais à l'image idéale du médecin qu'il devrait être, et cherche à donner une bonne image de sa pratique à l'enquêteur. Tout au long des entretiens, j'ai cherché à minimiser ce biais en appliquant les conseils de Kaufmann « l'enquêteur doit totalement oublier ses propres opinions » (41, p.51). Il s'agissait de mettre l'enquêté à l'aise afin qu'il livre sa vision réelle des choses et non une version édulcorée.

2/ Discussion autour des résultats

Concernant la proportion de population gériatrique il est difficile de dire si les médecins interrogés en voient plus ou moins que la moyenne : certains ont une patientèle gériatrique conséquente, ce ne sont pas forcément ceux qui sollicitent le plus le réseau : peut-être les médecins voyant peu de personnes âgées se sentent mal qualifiés et font plus appel au réseau pour avoir une « expertise ». Les médecins avec une grande patientèle âgée ont généralement une filière bien rôdée.
Les médecins généralistes prenant en charge peu de personnes âgées étaient moins impliqués dans les entretiens, moins disposés à une réflexion sur leur pratique. On peut se demander si c'est le manque d'intérêt pour la gériatrie qui limite leur patientèle ou l'inverse (peu de patientèle donc peu de recherche en ce sens).

Une tendance à des consultations plus longues que la moyenne se dégage dans ce corpus de médecins : plus de la moitié des médecins interrogés (14 médecins sur 21) disent avoir des consultations de 20 minutes ou plus.

Il existe une certaine ambivalence concernant le mode d'exercice des généralistes et leur demandes. Ils souhaitent plus de cadre, d'aides, de relais notamment dans le domaine de la prise en charge sociale des patients, qui leur soient proposées par les collectivités ou quelqu'un d'extérieur au cabinet, mais ils sont en même temps très attachés au mode d'exercice personnalisé qui caractérise la médecine libérale et peu enclins aux réformes venant « du haut ». Ils veulent choisir leurs interlocuteurs, les professionnels avec lesquels ils travaillent. On peut donc se demander si les alternatives proposées -comme les gestionnaires de cas- seront bien reçues si ce sont des partenaires « imposés » par les instances gouvernantes. Si une collaboration entre les médecins et les gestionnaires de cas est prévue, il sera capital de présenter les intervenants les uns aux autres et d'instaurer un climat de confiance.

Une des problématiques soulevées par les enquêtés est de savoir qui s'occupera des personnes âgées à domicile : la tendance actuelle est à ce que les généralistes réduisent leur nombre de visites et refusent parfois des nouveaux patients s'ils doivent les voir à domicile, par manque de temps. Si ceux ni ne peuvent se déplacer au cabinet, qui les prendra en charge ?

MG 4 « De toute façon on ne peut pas, on va pas pouvoir prendre les gens, donc on va tous les mettre en maison de retraite. C'est pas possible. On est de moins en moins et y'en a pleins qui vont partir à la retraite ici, y'en a peu qui s'installent des généralistes, donc personne ne veut voir le problème. Les gens déjà y attendent trois jours pour pouvoir avoir un rendez-vous, des fois 3 jours pour avoir une visite »

Conclusion

Les difficultés de prise en charge des PAD sont liées *au patient* (caractère opposant, refus des aides à domicile et hospitalisations, non respect des prescriptions, déni de la maladie, chutes à domicile répétées, fugues, finances limitées), *à son environnement* (délais de mise en place des aides à domicile, disponibilité et qualité des auxiliaires de vie, possibilités limitées de kinésithérapie à domicile, transport des patients à mobilité réduite pour se rendre à des consultations/examens, désaccord dans l'entourage familial, absence d'entourage, communication avec les médecins hospitaliers, mauvaise organisation du retour à domicile après passage aux urgences ou hospitalisation) *et au médecin* (manque de temps, les plus jeunes déclarent plus de difficultés, certains médecins ont du mal à appréhender les patients avec des troubles cognitifs).
Il est difficile d'obtenir une hospitalisation programmée en service de spécialité dans des délais convenables, ce qui conduit parfois les médecins à adresser leurs patients aux urgences afin qu'ils soient hospitalisés, mais l'envoi aux urgences pour cause sociale est rare.
Les hôpitaux gériatriques et les services de gériatrie constituent un soutien important pour les généralistes essonniens et leurs patients âgés.

Nombreux sont les médecins qui souhaitent être aidés dans la gestion administrative et sociale de leurs patients et la coordination des soins, sans avoir trouvé à ce jour de correspondant dédié qui puisse endosser ce rôle.
Ils sont ambivalents car ils se définissent souvent comme le chef d'orchestre et la personne la plus habilitée à assurer la coordination des intervenants au domicile, et ne semblent pas prêts à déléguer ce rôle.
Les CLICs, MAIA et gestionnaires de cas sont méconnus des généralistes essonniens interrogés.

La place des MG dans la prise en charge réalisée par le réseau Hippocampes n'est pas bien définie.
Environ un tiers des MG utilise le réseau à bon escient et connaît ses attributions, ce qui conduit à se questionner sur la visibilité du réseau.
Il n'existe pas de réelle « collaboration » entre les médecins et le réseau, qui semble décalé par rapport au réseau informel créé par chaque médecin pour faire face aux besoins de ses patients, réseau solide pour les médecins faisant beaucoup de gériatrie, et plus fragile pour ceux qui en font peu.
Le généraliste a un rôle « d'informateur » vis-à-vis du réseau lors de la visite d'évaluation à domicile initiale mais les modalités de celle-ci ne leur conviennent pas.
Le réseau rend indirectement service au médecin en le déchargeant de l'information de la famille à propos des démarches administratives, et par un soutien psychologique qui rend le maintien à domicile plus serein.

L'objectif principal d'un réseau de santé est d'être au service des patients, pour favoriser une prise en charge globale des pathologies et un meilleur suivi. Il serait donc intéressant, afin de compléter cette étude, d'évaluer le service rendu aux patients, et la satisfaction des patients inclus dans le réseau Hippocampes. Il serait également intéressant de recueillir l'avis des spécialistes utilisant le réseau.

Annexes

1/ Guide d'entretien

Je m'appelle Eva Germain, je suis interne en médecine générale. Comme je vous l'ai dit au téléphone, je mène une recherche avec l'aide du réseau hippocampes pour évaluer le service rendu par le réseau aux médecins généralistes dans la prise en charge des PA en perte d'autonomie et le point de vue des médecins généralistes sur cette collaboration.

Cet entretien est destiné à mieux comprendre vos difficultés lors de la mise en place du maintien à domicile (ou hospitalisation) et à voir comment le réseau peut vous aider à améliorer la qualité du service rendu aux PA. Cet entretien est anonyme et si vous le désirez je vous en soumettrai la restitution, ainsi que les commentaires qu'ils ont pu m'inspirer.

1/ Caractérisation du médecin et de son environnement:

A/ Pour commencer, pouvez-vous m'expliquer un peu comment vous travaillez ? Depuis quand vous êtes installé ici, comment ça se passe, quelle est votre activité…

(age, durée d'exercice (depuis combien de temps êtes vous installé ? qu'avez vous fait avant ? formation gériatrique? Cabinet de groupe ? secrétaire ?)
(âge moyen patientèle, % patients > 70 ans d'après le RIAP (ameli.fr si besoin), ville, population favorisé/défavorisé, nb de visites…)

B/ Comment ça se passe le contact avec la personne âgée : à l'aise/pas à l'aise, aime/aime pas, gratifiant ou frustrant ?

C/ Avec qui collaborez-vous pour la prise en charge de vos personnes âgées dépendantes/ Qui sont vos interlocuteurs ? *(réseau/ consultation/ HDJ gériatrique, SSR/ établissement pour des hospitalisations de répit, une assistante sociale/CCAS/CLIC)*

D/ Que pensez-vous des réformes dans la politique de santé concernant les personnes âgées (CLIC, plan solidarité grand âge, MAIA…)?

2/ Maintien à domicile de la PAD

A. Le rôle du médecin dans la prise de décision

Qu'est ce qui vous semble difficile dans la PEC des personnes âgées en perte d'autonomie/dans leur maintien à domicile ?
Vous êtes convaincus de l'intérêt, des vertus du maintien à domicile pour les PA ?

- Qui initie la démarche/la réflexion ? (la personne, famille, amis…)

Avez-vous l'impression que vous pouvez peser sur le cours des choses (maintien à domicile, institutionnalisation) ? Et légitimité pour le faire ?

La faisabilité du maintien à domicile est souvent fonction de l'implication des proches dans l'accompagnement (affectif, matériel, voire financier)

Est-ce que vous vous sentez parfois gêné d'aborder ces problèmes, d'en faire trop (intrusion, par rapport à la famille, médicalisation) ? ou inversement coupable de ne pas en faire assez ?

La famille du patient, vous aide-t-elle ou est-elle un obstacle ?

- Est-ce que l'évaluation gériatrique est une aide à la prise de décision du MAD ?

Qu'est ce qui vous semble important dans l'évaluation gériatrique ?

[Faites vous des évaluations gériatriques? Si oui, chez qui/sur quels critères? Quels outils utilisez vous ?

- interrogatoire patient/entourage/aidant

- tests (évaluation gériatrique standardisée) : équilibre : get up and go test, autonomie : ADL/IADL, AGGIR, état cognitif : MMSE, GDS, nutrition : MNA, continence, prise des traitements, évaluation de la douleur (avez vous entendu parler de…)

- consultation gériatrique, évaluation multidisciplinaire par réseau

- évaluation du risque et mesures de prévention des chutes ?

- évaluation de l'entourage ? familial, voisins/amis et aides (en consultation, au téléphone, à domicile ?)]

Comment interviennent le temps et l'argent ? le paiement à l'acte ?

Votre investissement dans ce domaine varie en fonction de quoi ? Faites-vous une différence entre un patient que vous connaissez de longue date ou non ?

- Concrètement comment intervenez-vous dans la décision de MAD ou d'hospitalisation ?

Comment prenez-vous-la décision de MAD ? (avec la famille en consultation, au domicile de la personne?)

B. Le rôle du médecin dans la mise en place d'un MAD

Comment intervenez-vous dans la mise en place d'un MAD ?

Comment mettez-vous en place les aides ? Est-ce facile ? (d'avoir une auxiliaire de vie, le portage des repas…)

Que faites-vous concernant -l'aménagement du logement ? (ergothérapeutes ?)

-les aides financières (Prenez-vous en compte les démarches auprès des différents organismes prestataires (CCAS, caf, MDPH, association…) ? conseil ou juste remplissage de dossiers)?

-les aides techniques ? (lève-personne, matelas médicalisé…)

Votre place en tant que MG p/r à d'autres acteurs, comment ça se passe concrètement ? Dans l'ensemble de vos activités autour du maintien à domicile de la PAD, y a-t-il des choses que vous pourriez déléguer à du personnel paramédical, dans une autre organisation de votre cabinet ?

Avez-vous l'impression de ne pas être assez formés dans ce domaine ?

C. A propos de cas concrets de patients en perte d'autonomie :

Quelles difficultés rencontrez-vous dans la prise en charge de personnes âgées dépendantes que vous soignez actuellement (1ou2cas)?

De quelle évaluation a t'il/elle bénéficié ?

Quelles mesures/aides ont pu être -mises en place – par qui ? (famille, assistante sociale, réseau, associations…) / ont été refusées /sont prévues? *aide ménagère, auxiliaire de vie, AS/IDE, portage des repas, garde de nuit, téléalarme...*

3/ A propos des patients âgés que vous hospitalisez :

Comment décririez-vous vos relations avec l'hôpital ? En pratique, quelles difficultés rencontrez-vous lorsque vous voulez hospitaliser quelqu'un ?

Organisez-vous des hospitalisations programmées ? (SSR-soins de suite et de réadaptation, UGA-unité de gériatrie aiguë)

Si oui pour qui / dans quelle situation ? dans quel service ?
L'envoi aux urgences pour MADI (maintien à domicile impossible)/placement, c'est une situation que vous avez vécue?

4/ A propos de votre collaboration avec le réseau Hippocampes:

Que pensez-vous du concept de réseau, êtes-vous membre d'autres réseaux ?

Avez-vous entendu parler des gestionnaires de cas ? Si oui qu'en pensez-vous ?

Comment avez-vous entendu parler du réseau Hippocampes ?

Pourquoi avoir /ne pas avoir signé une convention avec le réseau ?

Dans quelles situations avez-vous fait appel au réseau (difficulté avec une PA à domicile)? 1 ou 2 cas concrets/histoires de patients ?

Quel a été l'apport du réseau ? De quelle réponse auriez-vous eu besoin idéalement?

Quels services du réseau fonctionnent bien ? moins bien ?

Que pensez-vous que le réseau apporte aux patients/familles ?

Quel est selon vous le SMR ? quelles améliorations seraient utiles ?

Dans quelles situations vous sentez vous « seuls » ou n'obtenez-vous pas de la part du réseau l'aide que vous aimeriez ?

Quelles carences avez-vous expérimentées dans le système actuel concernant l'aide au maintien à domicile des personnes âgées ?

(Pensez-vous qu'il est possible de repérer les PA fragiles, qui pourraient nécessiter une hospitalisation à court terme, afin d'organiser au mieux l'amont de l'hôpital et éviter les hospitalisations en situation de crise? Comment ?)

Pour vous ça devrait être quoi la place/le rôle du généraliste dans la prise en charge de la PAD ?

Récapitulatif :

Age - année de thèse – année d'installation/activité antérieure - durée moyenne de consultation - nombre de visites à domicile- nombre d'actes/j – secteur – % patientèle > 70 ans – milieu urbain/rural- org° cabinet- formation gériatrique- membre hippocampes/autres (signataire de charte de réseau(x)) - modes de FMC

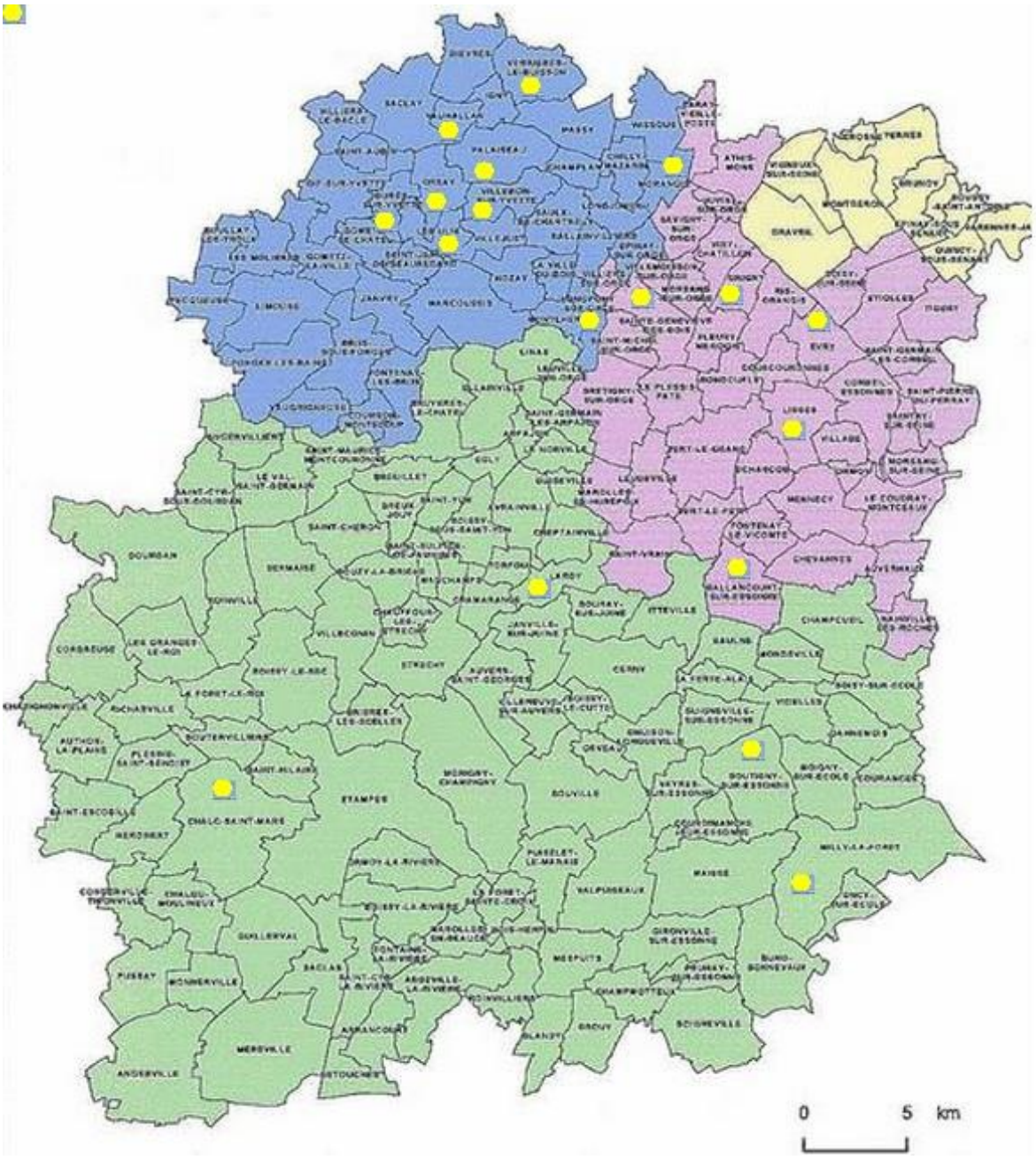
2/ Tableau des caractéristiques des médecins interrogés

	Sexe Age	Année thèse	Année install°/ activité ant.	Durée c°	Nb actes	Nb VAD	Sect.	% >70 ans	Milieu	Cabinet groupe/secrétaires	Form° gériatr.	Membre H/coll°/ autres réseaux (x)	Durée E (mn)	DPC
MG 1	F 61	1980	1981/réa néonat-SAMU ped	15'(10'-1h)	25-30	3/sem	1	11, MDR+	urbain	Pôle médical de santé, 4 MG, 1 psychiatre, 3 dentistes, 5 infirmières, 1 kiné, 1 orthophoniste, 1 pédicure podologue. Secrétaires temps plein. Maître stage saspas	Non	+/+/non	30	Internet, prescrire, revues, interne
MG 2	H 64	1985	1985/remplas	25'	22	3/sem	1	? = 5	urbain	Association 2MG, secrétaire mi-temps	Non	+/+/?	20-30?	Séminaire, prescrire
MG 3	H 59	1983	1983/med sport	20'	30-40	10/jr	2	20, MDR+	urbain	Association 2MG, interne SASPAS	Non	+/+/ ?	23	Revues, Séminaires
MG 4	F 47	19 ?	1997	20'	20-25	3-4/sem	1	?peu = 5	urbain	Association 2MG,1 ostéopathe, 1 secrétaire temps plein	Non	-/+/non	46	?FMC gériatrie
MG 5	F 36	2006	2012/remplas	20'	15-25	4-5/sem	1	10	rural	Cabinet de groupe 5 MG, secrétaires temps plein	Non	-/ +/soins pal, diabète, obésité	36	SFTG 1x/M+2seminaires/an
MG 6	H 58	1985	1985/assistant hôpital	15'	20	4/jr	1	?bcp = 30	rural	Seul, pas de secrétaire	Non	-/+/soins pal	31	Revues, labos, séminaires
MG 7	F 56	1986	1987	20' (15 à 30')	25 à 26	1 à 3/jr	1	<10	urbain	Association 4MG, secrétaire temps plein,	FMC	+/-/Soins pal	44	prescrire, revue prat / FMCaction, MG form, facs
MG 8	H 61	1981	1985/FFI, hôpital	20'	15/jr	5/sem	1	3-4	urbain	Association 4MG, 2 remplaçants, 2 IDE	Non	+/+/ ?	35	Prescrire / SFTG/FMC actions
MG 9	H 67	1971	~1971/remplas	15'	35-40	3/jr	2	Bcp = 30	semi-rural	Seul, pas de secrétaire	Non	-/+/-	54	revues
MG 10	H 60	1981	1983	25'	20-25	3-5/jr	2	80 ?	rural	Association 3MG, form° Maître de stage	Non	-/+/soins pal	46	DU, prescrire
MG 11	F 61	1981	1986/5 ans remplas	15'(15-20')	50	10/jr	1	25, MDR+	rural	Association 2MG, secret tel	Non	+/+/soins pal	34	3-4 séminaires/an
MG 12	H 64	1977	1977/remplas, med sport, intern. cardio	20'	30-35	4/jr	2	? = 10	urbain	2 dentistes, 3 IDE, 2 secrétaires à mi-temps	Non	-/+/soins pal, diabète	43	1x/mois méd sport, revue AIM
MG 13	H 50	1995	1996/ remplas	15'	30	5/sem	1	30 MDR+	urbain	Maison médicale :Association 4 MG, secrétaires plein temps, psychologue, nutritionniste, orthophoniste, 2 IDE, 3 kinés, 1 pédicure	Oui	+/-/soins pal	34	Groupe de pairs, MG form
MG 14	H 43	1998	2002/ remplas>1997	15'	25-40	3/sem	1	5-10	urbain	Seul, pas de secrétaire	Non	-/-/ non	23	Expertise médicale
MG 15	F 47	1993	1997/remplas	30'(20-60')	15	4-5/sem	1	30	urbain	Seule, pas de secrétaire	Non	-/+/non	54	DU, internet, syndicats
MG 16	H 62	1981	1981/remplas	20'	30	2/jr	1	10, MDR+	urbain	Seul, secrétaire plein tps, Maître de stage saspas	Non	-/+/ soins pal, diabète, pôle	32	?
MG 17	F 49	1991	1991/remplas 2 ans	20'	25	2-3/jr	1	10-15	semi-rural	Association MG	Non	+/+/soins pal	39	Revues, internet, week-end
MG 18	H 66	1973	1998/militaire (marine), thalasso	30'	20	2-3/sem	1	40	urbain	Association 2MG, secrétaire	Non	+/+/ soins pal, sommeil	53	SFTG, Prescrire, DU hypnose
MG 19	F 43	1999	2003/remplas, PMI	20'	24	2/sem	1	5-10	urbain	Association 4MG, 3 secrétaires, 1 allergo, 2 IDE	Non	-/+/soins pal	19	DU gynéco, 0
MG 20	F 34	2008	2009/remplas	20'	15-20	1/sem	1	5	urbain	Association 3MG	Non	-/ -/ réseau SLA	28	Séminaires, Balint
MG 21	F 44	1998	2002/8 ans remplas	15'	25	3/sem	1	15	Urbain	Association 3MG	Non	-/ -/ non	19	Séminaires/form° locales

Abréviations : F= femme, H= homme, MG=médecin généraliste, jr= jour, sem= semaine, C°= consultation, H= réseau Hippocampes, DPC= développement professionnel continu, nb= nombre, E =entretien, mn=minutes, bcp=beaucoup, form°=formation, coll°= collaboration avec le réseau (d'après le fichier du réseau), soins pal=soins palliatifs, MDR+= travaille en maison de retraite

x= réponse lors de l'entretien concordante avec le fichier du réseau x= réponse lors de l'entretien non concordante avec le fichier du réseau

3/ Cartographie des cabinets des médecins interrogés en Essonne



Les Ulis : 3 médecins
Evry : 2 médecins

Total : 21 médecins

4/ Entretiens

Entretien 1

EG [Introduction]…Heu pour commencer est ce que vous pouvez m'expliquer un peu comment vous travaillez ? Depuis quand vous êtes installée, comment se passe votre activité…

D Heu alors j'ai commencé en 1981 d'abord je suis pas d'ici et je regrette bien de ne pas être ailleurs (rires partagés) mais bon bref…

EG Vous êtes d'où à la base ?

D De Z (ville). Heu donc depuis 1981, et j'ai toujours été installée en groupe, heu alors qu'à l'époque c'était interdit, là donc, j'ai créé avec d'autres une maison pluridisciplinaire, avec des médicaux et des paramédicaux et en 1981 il fallait une dérogation, c'était strictement interdit et ça ne se faisait pas. Les spécialistes ne se mettaient pas avec les médecins généralistes, c'était un non-sens, et les infirmières et les chirurgiens-dentistes non plus…..donc voilà, donc infirmières, dentistes, orthoptistes et puis rhumato, jusqu'en 2010 où j'ai intégré un pôle santé organisé par les grands de ce monde (rires)

EG Par la commune ?

D Non la commune n'est pas capable de réfléchir à quoi que ce soit mais non en fait c'est la sécurité sociale, les fonds européens et X qui fait partie de l'ARS

EG D'accord depuis 81 ici à Y?

D Ah oui toujours à Y oui (rires)

EG Donc oui vous avez une secrétaire, y a toujours…

D Oui il y a toujours une secrétaire...donc j'organise les petits vieux, y en a pas beaucoup, ça représente 11% de notre population, en règle générale ils sont en pleine forme ou si non gravement atteints heu, valides parce que dès qu'ils sont invalides la structure de la ville fait qu'ils se dirigent en maisons de retraite automatiquement ou sont repris par la famille, donc on fait du maintien à domicile et il est bien évident qu'avec ma façon de m'installer le maintien à domicile et organisé avec les infirmières de mon cabinet

EG Oui

D Heu, qui étaient des femmes capables, à l'heure actuelle maintenant ça vaut pas grand-chose…

EG Ah bon, ouhla, les relations se sont dégradées… (rires)

D Non on a, j'ai toujours quelqu'un qui organise ici de façon extraordinaire, heu, mais on est bloqués par 2 choses j'vais être très sévère mais c'est ce que je ressens, nous avons des SIAD qui prennent les patients à l'hôpital quasiment d'office et c'est un rapt, pour y installer ces ex chômeurs, heu il faut savoir que ces femmes qui sont aides-soignantes sont ineptes et en plus ce sont des organismes un peu escrocs heu qui font croire aux patients, heu qu'il sont obligés de prendre les infirmières affiliées à leur réseau ce qui est faux, archi faux donc personnellement j'évite de les employer parce que l'infirmière coordinatrice qui dirige n'est pas à la hauteur, n'a pas l'expérience pour, bon, c'est une imbécile, il y en a plein, j'avais un de mes profs psychiatres en fac qui disait que 90% de la population française était inepte et c'est vrai.

EG Ah, vous avez un regard critique sur votre pays mais c'est intéressant ! (rires) Donc vous parlez d'un SIAD, c'est heu…

D Donc ce sont des organismes collecteurs de fond qui coûtent très cher à faire fonctionner avec la bénédiction de nos politiques et probablement d'Hippocampes

EG D'accord, ok, sur la commune ?

D Dans toutes les communes, c'est une façon de, de, de limiter le chômage chez les femmes d'un certain âge et notamment l'immigration africaine qu'on ne sait pas où caser ?

EG Vous parlez des auxiliaires de vie du coup ? qui sont employées…

D Ouais

EG Donc c'est intéressant, on a déjà commencé dans le vif du sujet, vous collaborez avec qui du coup pour la prise en charge de …

D Avec personne, moi-même (rires)

EG D'accord, comme ça vous savez à qui vous avez à faire,

D Moi-même, les infirmières, et puis les hôpitaux et puis bon Hippocampes de temps en temps, heuu…

EG Les hôpitaux en quelle heu ?

D Oui j'ai besoin d'un psychiatre de temps en temps donc j'utilise Dr X à l'hôpital Z et puis heu la gériatrie en général, heu, du coin du secteur, les équipes de Y, heu W (villes)…

EG Les équipes mobiles? d'évaluation ?

D (Masque l'enregistreur) Ils servent à rien, c'est une perte de (temps ?)

EG Vous avez une formation gériatrique ?

D Non pédiatrique en fait (rires)

EG Oui mais comme vous dites la population est plutôt jeune

D Oui et puis les couches culottes elles sont pas différentes entre la pédiatrie et la gériatrie, y a toujours un élastique, y a toujours un fond, heu, c'est un peu plus difficile à mettre (rires)

EG Oui y a un peu plus de matière, oui…Heu, qu'est-ce qui vous semble difficile dans la prise en charge des personnes âgées/dans leur maintien à domicile ?

D C'qui est difficile c'est la famille, c'est de leur faire comprendre qu'ils vont devoir payer (rires)

EG D'accord, oui, Ah bah justement en parlant de la famille, qui est ce qui initie la démarche en général, la réflexion de justement, maintien à domicile ou ?

D C'est le ras bol…(rires)

EG Le ras le bol de la famille ?

D Le ras le bol de la famille (Rires) Faites quelque chose Docteur qu'on ne l'entende plus, donc je peux l'étouffer éventuellement, tout de suite, (rires)

EG Oui mais vous aurez des problèmes, après, avec la justice, c'est sûr (rires)

D Bon, bien souvent ils commencent à parler de maison de retraite, bon alors on leur fait comprendre qu'il faut quand même avoir, heu moi-même en étant médecin j'peux pas aller en maison de retraite, ma retraite elle serait insuffisante, et puis il me faudrait deux chambres en fait, parce qu'il faut une chambre pour le malade quand on est médecin et puis une autre pour tous les dossiers qu'on doit garder ad vitam eternam, heu, donc ça fait…

EG (Rires) Ils vont vous suivre dans la tombe…d'accord. Est-ce que vous avez l'impression que vous pouvez peser sur le cours des choses et que vous avez une légitimité à le faire ?

D Ah non absolument pas il faut prendre un énorme recul et s'en foutre (rires) parce que sinon ...Non, on est pas Dieu le père, et puis il faut faire son travail et puis laisser faire, d'abord il y a quelqu'un qui s'en occupe, en fait, ce ne sont pas des EHPAD mais une association française qu'est très peu connu parce que c'est de bouche en bouche, qui va essayer de faire cohabiter dans un même appartement ou lieu privé des personnes ayant des difficultés, en y mettant heu, si possible en les laissant à domicile, en faisant passer un homme de main pour le jardin, etc, des aides-soignantes et ça ne fera pas partie des SIAD, ce sera heu...

EG Qu'est ce que c'est comme ?

D J'm'en souviens plus parce qu'il s'est présenté la semaine dernière mais ce sont pas des SIAD d'état, c'est à dire ce ne sont pas des organismes qui vont piquer les sous de la sécurité sociale mais en fait qui vont demander aux familles et aux personnes de collaborer au projet

EG Ah d'accord, donc vous avez eu une visite

D Oui, alors c'était mon idée en fait parce que depuis longtemps je me disais que c'est ce qu'il fallait faire, ah en fait il m'a piqué mon idée (rires)…

EG …Ah oui fallait déposer le brevet…Et donc ils ont construit en fait un endroit ?

D Non non ce sont les gens qui, heu par exemple, personnellement moi je perds la tête déjà et j'ai mon conjoint aussi un ptit peu, et on veut rester à domicile donc on fait appel à cette structure où ils font passer le jardinier, ils font passer le plombier quand on en a besoin, et 1 personne vit avec nous heu en fait 2 personnes dans la journée et la nuit et sont payés heu par nous-mêmes heu mais de façon correcte c'est à dire …

EG Ah d'accord, c'est l'équivalent d'une garde de nuit

D Oui, et ils se servent de l'APA, forcément. Faut savoir que pour être bien soigné en France faut pas être propriétaire, hein, vaut mieux être locataire heu, c'est (rires)…

EG …On se retrouve encore plus seul (qu'avant)…En parlant de famille, est ce que les familles vous aident ou est ce que c'est plutôt un obstacle ?

D C'est un obstacle. Oui, il y a la fameuse culpabilité qui n'est pas heu, réglée, et oui c'est un obstacle, j'ai même de la famille purement paranoïaque, qui détourne ce que l'on fait, enfin, y a pas de suivi on est là ponctuellement pour faire une ordonnance et puis par derrière ils font ce qu'ils veulent, enfin en général ils se cassent la figure et tant mieux comme ça ils savent heu pourquoi ils sont parents (?).

EG D'accord, heu, qu'est-ce qui vous semble important dans l'évaluation gériatrique ? Est-ce que vous utilisez des tests en routine ?

D Oui on a tous les tests qui existent en gériatrie qui sont sur internet, y a qu'à les suivre, les tests de

Hamilton et compagnie les MMS heu avec les assistantes sociales du quartier qui nous aident quand même pas mal à […]

EG Comment interviennent le temps et l'argent ? le paiement à l'acte ? comment ça influence ?

D Ca marche au sacerdoce sinon ça marcherait pas…parce que votre génération va pas marcher comme ça, chic !

EG Ah, faut espérer … (rires) …Pour l'instant y a toujours le paiement à l'acte, mais bon…

D Bah le paiement à l'acte, si il était comme en Allemagne ou en Angleterre moi ça me dérangerait pas d'être payé à l'acte hein. Mais bon encore une fois, heu y aurait une suspicion, heu, est ce qu'on va payer le toubib avec nos…

EG Donc le système est pas encore prêt ?

D Non, En France non, on est complétement arriérés.

EG Hm, D'accord (rires)

D C'est curieux dans les pays nordiques y a des choses qui se font, y a pas de problème, en belgique non plus, pourtant c'est un petit pays, non en France on a à faire à des gens qui sont ineptes.

EG Comment est-ce que vous motivez la décision de maintien à domicile ou non? Est-ce que vous avez des consultations dédiées, est ce que vous en parlez avec la famille ?

D Bah y a deux signes d'alerte, sur le plan médical il y a bien l'état physique tout de même, on va se dire non c'est plus possible, ou l'état de démence, lorsqu'il y a des chutes à répétition, en général moi j'hospitalise et je laisse faire heu X ou Z (hôpitaux gériatriques)

EG D'accord

D Quelques fois c'est la famille

EG Oui

D On a pas à faire, heu en fait on a pas beaucoup de, de famille proche et nos vieillards d'ici, c'est une ville qui est un peu éclatée de toutes parts et heu par exemple, j'ai une dame qui a besoin de sa famille mais sa famille est dans les îles du pacifique donc elle va pas venir tout de suite quand ça ira mal

EG Ah oui bah vous pouvez m'en parler un petit peu plus de cette dame, fin heu la situation, les problèmes que vous rencontrez ?

D Ben c'est une dame un peu insuffisante cardiaque heu hypertendue, qui a une hypothyroïdie qu'elle ne veut pas traiter, elle ne veut pas prendre son levothyrox, avec des troubles moteurs liés à une arthrose importante, donc elle vit au 2ème étage d'un HLM aidée par les voisins qui lui font ses courses, elle a suffisamment sa tête pour faire venir picard et puis toutes les…Donc elle, donc pour autre chose, mais elle vit que dans son appartement…

EG Et qu'est-ce qu'elle a eu comme évaluation ou qu'est -ce qu'elle a comme aide ?

D Elle n'en veut pas, elle part du principe qu'elle est trop vieille donc qu'elle n'a plus besoin de rien

EG Parce qu'elle veut mourir ?

D Heu non, elle vit heu, sa belle-fille est médecin, à heu, c'est dans une île française.
EG Tahiti, Nouméa ?
D Oui un truc comme ça mais c'est pas Tahiti, heu, ils sont en Nouvelle-Calédonie. Donc j'lui fais signer régulièrement un papier « je ne veux pas me traiter », pour pas avoir la famille sur le dos encore hein,

EG Ben oui, y a le côté légal qui entre en jeu…vous avez déjà eu des contacts avec la fille par téléphone ?

D Non jamais

EG Ben oui, c'est compliqué…Et est-ce que vous mettez en place les aides ou comment vous intervenez quand y a besoin d'une aide au maintien à domicile ?

D Donc, heu c'est l'assistante sociale qui passe en général directement et quand j'ai besoin d'une aide je fais appel directement à hippocampes ou une autre aide quelconque quand je sens qu'il y a du…juridiquement quelque chose qui n'est pas net…mais les rares fois où j'ai travaillé avec hippocampes ça n'a pas marché, heu, ils se sont plus ou moins fâchés avec la famille…Y a une heu, en fait je pense, que, enfin, je les ai jamais vu faire, mais la démarche d'hippocampes est sans doute une démarche heu pour les parents d'évaluation heu économique donc ils se sentent euh quelque fois pris au piège dans un système en disant, ben voilà j'vais devoir payer, qu'est-ce qu'ils me veulent, donc 2 cas où ils ont heu…

EG Heu la famille devait payer Hippocampes pour l'évaluation ?

D Non mais je pense qu'il y a une suspicion de la part de la famille parce que lorsqu'on a des problèmes style Alzheimer et compagnie on va être placé dans un EHPAD éventuellement donc faut que quelqu'un paye donc c'est la (?)…ensuite les biens des enfants…

EG Donc heu, est ce que ça vous arrive de vouloir hospitaliser quelqu'un et quelles difficultés vous rencontrez ?

D Non j'n'en ai pas, bon y a des problèmes de places mais ça, ça se conçoit, heu, on peut avec les infirmières pallier à une hospitalisation pendant quelques temps, ah oui dernièrement j'ai quand même au une difficulté la fois dernière parce que j'avais un couple très âgé la dame devait subir un pontage cardiaque, et son mari est un peu dément avec de multiples cancers donc heu la dame attendait pour se faire hospitaliser que son mari soit placé, et puis on attendait, on attendait, et en fin de compte X voulait la date d'hospitalisation de la dame et la cardiologie où elle devait se faire hospitaliser voulait que son mari soit hospitalisé pour donner une date. Donc on tournait en rond, on se mangeait la queue, je suis tombée sur une abrutie de heu secrétaire ou de je sais pas qui d'organisatrice (rires) qui m'a mis des bâtons dans les roues…

EG A l'hôpital même, heu une secrétaire du service hospitalier où vous vouliez hospitaliser le…?

D Oui, alors c'que j'ai fait, c'qu'on a fait parce que ça devenait urgent, la dame commençait à ne pas aller très bien, on l'a hospitalisé aux urgences, on l'a fait débarquer directement aux urgences de l'hôpital de Z pour qu'il soit amené à X heu, très rapidement, donc voilà comment ça s'est passé, heu (rires)

EG Oui ah justement c'est une question que j'allais vous poser, ça vous est arrivé d'autres fois d'envoyer quelqu'un aux urgences pour maintien à domicile impossible ou pour des problèmes sociaux comme ça ?

D Heu, oui, parce qu'on peut pas attendre, quelqu'un qui devient brutalement dément, qui chute et qui met le feu, on peut pas attendre, heu qu'il y ait de la place, faut à tout prix le mettre aux urgences, et comme c'est curieux, l'hôpital trouve toujours une place à ce moment-là, ce qui est extraordinaire

EG Alors, est ce que ça vous arrive de demander des hospitalisations programmées, où vous sentez que la situation devient un peu compliquée ?

D Ah, c'est toujours très compliqué, faut envoyer un fax, tout le dossier, heu, y a pas de places, faut attendre, on va les rappeler, on les rappelle jamais, heu donc les mémés elles sont là au téléphone j'peux pas sortir parce que l'hôpital doit appeler mais en fait c'est illusoire, ils rappellent jamais, bon, c'est quand même pas monnaie courante, ça se passe bien en général.

EG D'accord, vous avez un service privilégié avec qui vous travaillez volontiers, qui prennent facilement vos patients ?

D L'hôpital gériatrique X en général parce que je ...enfin j'y connais toujours du monde, Z, oui ils travaillent très bien, W, oui…

EG Donc alors à propos de votre collaboration avec le réseau, comment est-ce que vous avez entendu parler du réseau hippocampes ?

D Ben tout simplement parce qu'une infirmière qui est ici qui en avait marre heu (rires) de l'assistance publique, travaillait à l'hôpital X, donc avec tous ces gens…

EG Vous avez signé une convention avec le réseau ?

D Je signe de convention avec personne, je signe même pas ma feuille d'impôt, ni ma carte bleue…

EG (Rires), d'accord, jamais de signature !

D Je ne signe rien ! (rires)

EG Et donc, dans quelle situation est ce que vous avez fait appel au réseau ?

D …sans signature ! (rires)

EG C'est la condition sine qua none, oui donc y avait des …tout à l'heure vous m'avez raconté une ou deux, des histoires administratives, quand c'est un peu compliqué…

D Oui, mais je travaille en maison de retraite aussi, j'ai jamais signé leur contrat d'EHPAD

EG Non, non c'est vrai que ce n'est pas une condition non plus, ils m'ont donné des adresses de médecins qui ont signé ou pas…donc jusqu'à maintenant est ce que le réseau vous a apporté quelque chose dans un cas concret ?

D Non, je pars du principe que les réseaux ça ne sert à rien.

EG D'accord, donc vous ne faites pas partie non plus, de réseaux de diabétologie…

D Si, si j'en fais partie mais c'est juste pour avoir une étiquette, dans le dos, ça sert à rien, j vois pas ce qu'ils peuvent apporter, ils apportent pas grand-chose au patient, non, ce dont nous avons besoin, c'est éventuellement d'un service départemental, où on peut sonner à la porte 'fin, qui exercerait la même chose, où on pourrait sonner à la porte directement, et qui organiserait une hospitalisation ailleurs, c'est à dire nous décharger, mais heu ce que font tous ces gens-là qui sont bien sympathiques hein, mais le mot réseau non parce que réseau veut dire subvention, heu subvention on sait pas où ça passe et on sait pas qui récolte d'autant plus que la plupart du temps ces réseaux sont alloués pour heu, enfin sont organisés pour

s'occuper de la maladie d'Alzheimer, euh y a pas que ça y a toutes les démences vasculaires, la maladie de Pick et tous les gens tordus, et qui sont pas Alzheimer mais qui ont besoin des mêmes soins mais qui n'auront pas parce qu'ils sont..., bon alors déjà il y a un mensonge à la base c'est que la plupart des médecins parlent d'Alzheimer, heu y a pas plus d'Alzheimer que de morts aux branches tout ça pour avoir des subventions et on a pas besoin d'un réseau, c'est, heu on a besoin d'un service hospitalier de proximité. Si du reste y a l'hôpital K, à K y a un tout petit service de rien du tout de gériatrie, on peut téléphoner ainsi de suite, bon mais on a pas besoin, la personne qui se déplace à la main levée c'est nous et les infirmières, ce sont nous qui sommes les plus proches, dans la motilité, si on peut dire, heu on peut venir tout de suite, on peut régler les problèmes dans les 10 minutes, le réseau Hippocampes, donc ils sont à 3 à débarquer, faut que les 3 soient libres ce jour là et c'est beaucoup trop lourd… j'ai rien contre hein !

EG Non non, y a pas de souci, justement, c'est pour voir comment améliorer,

D Et le réseau de diabète c'est pareil c'est un réseau où ils tournent en rond, ils discutaillent de sujets de diabétologie, bon, c'est bien mais ça n'apporte rien, moi ça m'a jamais rien apporté.

EG C'est théorique

D C'est une idée, c'est l'art de dépenser de l'argent à la française…

EG Est-ce que vous pensez que c'est possible de repérer les PA fragiles, qui pourraient nécessiter une hospitalisation à court terme, pour organiser au mieux l'amont de l'hôpital et d'anticiper les situations de crise et comment?

D Les situations de crise comment ? La crise économique ou heu?

EG Nan, par exemple comme vous disiez tout à l'heure, heu la dame qui devait se faire hospitaliser pour le pontage et le mari, on sent que ça va arriver et finalement on se retrouve face au mur

D Ah bah oui, gros comme une montagne on savait que ça allait se passer comme ça

EG Et donc de quelle réponse idéale vous auriez eu besoin pour pouvoir organiser les choses au mieux ?

D Ben, de quelqu'un qui me dise dès qu'elle a son RDV on la prend immédiatement, hein ? Tout simplement, nous on s'arrange, les infirmières passaient deux fois par jour, nous on prenait, heu la femme était très indépendante, hein, y avait pas de problèmes d'intendance, pas de problèmes d'argent non plus, heu, dès qu'elle pliait bagages heu... oui amenez le !

EG Oui, c'est ça, des structures qui soient disponibles

D C'est-à-dire qu'il faudrait des lits supplémentaires vides au cas où, et non pas budgétiser à tout prix des lits occupés, on a pas de fric en fait, on est un pays complètement ruiné, on a heu de l'argent pour faire des guerres mais on a pas d'argent pour du B.A-BA, hein, et compte tenu que le France c'est comme le coq, il a les deux pieds dans la merde il chante encore, (Rires) c'est exactement ça ! C'est à dire que on a des grandes idées, hein, on va s'batailler à envoyer des mirages, ça coute des milliers de francs par jour, mais hospitaliser un ptit vieux c'est un problème…heu, les gosses c'est pareil, y a pas qu'les p'tits vieux…

EG Ah oui, les gosses aussi, quelques fois vous avez des soucis avec les enfants ?

D Oui ils ont peur sur le plan juridique, hein, ils ont peur, oui hein en général quand il y a un problème avec les enfants ils ont peur du juridique donc ça va quand même un peu plus vite qu'avec les ptits vieux…

EG Oui, un enfant qui meure c'est sûr que c'est plus embêtant… Et donc bah pour conclure un peu pour vous ça devrait être quoi le rôle du généraliste dans la prise en charge des PAD ?

D Alors y a une réponse à la française, il faudrait le former le pauvre généraliste parce qu'il est con, alors il faudrait…

EG (rires) J'suis pas sûre que ce soit votre avis, (rires) vous qu'est ce que vous en pensez ?

D On entend toujours ça, hein il faut former les généralistes à tout, on sait bien traiter les rhumes hein mais le reste on sait pas, mais apparemment on doit être formé partout, heu, on a peut-être pas le temps, j'rejoins un peu ce que dit quelqu'un du gouvernement enfin d'une équipe d'évaluation. On a peut-être pas le temps de gérer complètement la vie du vieillard à domicile, mais par exemple ici on a besoin de personne parce que par exemple nous avons une ancienne surveillante générale qui connait tous les heu, donc on a besoin d'elle, qui est une pointure, et on a besoin de l'assistante sociale, après on a besoin de rien…Quand la Pépé Mémé ne peuvent plus rester seuls oui ben c'est l'hospitalisation et vous avez donc les hôpitaux départementaux qui vont trouver une maison de retraite définitive, on a besoin de personne pour l'instant, heu, besoin, de maisons qui ne soient pas aussi forcément des maisons de retraite, des maisons, des lieux de vie, heu, moins, heu je sais pas ce qu'ils foutent avec le fric, moi en fait dans les maisons de retraite ils ont plein de frics mais y en a pas une mieux que l'autre…

EG Donc dans votre fonctionnement actuel, y a pas de tâches que vous pourriez déléguer à d'autre personnel, de gens, ou là vous avez une bonne organisation ?

D On a besoin de personne.

EG Non, ok c'est une bonne conclusion, ok

D Que d'une aide-ménagère quand même pour l'alimentation, nettoyer partout, mais pas d'une auxiliaire de vie

EG Oui, mais ça pour l'instant vous les trouvez facilement

D On a besoin d'une auxiliaire de vie, mais on a besoin de personne, quand on a que 10% de personnes âgées dans une ville on a besoin de personne,

EG Oui, d'ailleurs dans votre patientèle c'est à peu près votre pourcentage ?

D Oui à peu près, c'est départemental, l'Essonne est un département des extrêmes, c'est là où y a le plus de jeunes, le plus de riches, le plus de pauvres, (rires)

EG D'accord, merci pour la contribution

D Excusez-moi j'ai un petit peu un esprit anarchiste, insubversif,

EG Oui mais justement il en faut c'est bien, […]
[Interruption de l'enregistreur puis reprise…]

D Elle a une maladie d'Alzheimer et lui a fait un accident vasculaire cérébral massif avec jargonaphasie, on arrive pas à savoir si il a gardé un cognitif normal ou pas, comme on comprend rien, mais on a l'impression que la situation familiale l'agace, et comme la nièce a voulu qu'ils restent ensemble dans le pavillon, et il y a donc 3 auxiliaires de vie qui se relaient, du matin jusqu'à 13h, et de 13h jusqu'au soir et quelqu'un qui passe la nuit, et celle du matin ne supporte pas, c'est un (type) méditerranéen bourru mais très gentil, enfin ce type adorable mais très gentil qui doit hurler de temps en temps et elle c'est une maghrébine, et j'ai l'impression qu'il y a des choses qu'elle pas réglé, d'abord lui il est pied noir, déjà est ce qu'elle a réglé ce problème-là, en fait le matin ça ne vas jamais, elle m'appelle au secours, alors c'est une famille, la nièce ne veut pas du réseau hippocampes…pour une histoire d'argent hein, parce que la nièce c'est l'héritière, et alors ça se passe mal, ça se passe mal, parce que l'auxiliaire de vie a peur, a peur d'être frappée, elle voudrait que je fasse quelque chose, mais l'autre jour je lui ai dit ??? (rires)

EG Ah oui d'accord ça au niveau du comportement c'est… Mais donc il y en a qu'une seule avec qui ça se passe mal finalement sur les…?

D Tout à fait, mais je n'ai jamais eu de difficultés, on m'a fait 2 fois le coup, des personnes qui ont été mis en maison de retraite, sont retournés à la maison au bout de trois quatre ans, ça a marché en fait, et toujours avec mes infirmières qui passaient matin et soir, et avec le directeur du foyer logement, on y croyait (?) Parce que c'était une mélancolique en fait, donc elle voyait des têtes décapitées en haut des murs (rires)

EG Ah, elle ne parlait aux autres résidents, histoire de les divertir? Rires

D Oui ! elle allait voir le directeur en disant qu'il y avait une tête au plafond alors effectivement ça plaisait pas…(rires)

EG Ah oui, « et chez les autres y en a pas ? » (rires) au moins chez elle, elle embêtait personne avec ses têtes décapitées
D Donc, ça se passait mal avec moi parce que moi j'ai une phrase quand on m'embête, c'est toujours la même c'est « occupez-vous de vos fesses », ce directeur m'a donc appelé parce que c'était un comble que cette femme soit dans son foyer logement…(rires)

EG Et ça a tenu le coup après, elle est restée ?

D Oui. Elle a tenu le choc pendant quelques mois (rires)

EG Comme quoi, le retour de la maison de retraite, à domicile… c'était vous qui aviez initié ?

D Ben c'est-à-dire que je suivais toute la famille, dont les enfants qui m'disaient ; aidez-nous on en peut plus, on commence à se disputer entre nous alors qu'on s'entendait bien, de toute façon elle n'avait pas sa place au sein de la maison de retraite, parce qu'elle avait toute sa tête, elle faisait des crises de temps en temps, mais ses copines…(rires)

EG Oui donc comme quoi s'il y a les infirmières et les auxiliaires ça se passait bien en fait…

D En fait, pour que ça marche bien, il faut des gens, des infirmières relativement âgées, il faut des gens qui ont de la bouteille, hein et très diplômés, parce que pour s'occuper des personnes âgées il faut être instruit et avoir une certaine culture, si on envoie des gens au ras des pâquerettes sous prétexte qu'ils sont au chômage on va droit dans le mur, à un moment donné, enfin moi si j'étais vieille et qu'on me colle une africaine qui sait rien de la vie, j'lui tape dessus, heu (rires)

EG Oui donc vous voulez quelqu'un qui a à peu près la même expérience que vous (rires)…

D J'lui fait avaler son extrait d'acte de naissance haha

EG Ca renouvelle le pool de, d'auxiliaires de vie alors…Ca dépend aussi des tempéraments j'imagine…

D Oui…Y faut… et puis bon, y a quelque chose en France aussi …vous enregistrez ?

EG Oui oui, du coup je l'ai relancé…

D Heu de… C'est foncièrement raciste ce que je vais dire, et xénophobe…euh, il faut des français. De balancer du personnel qui vient d'une autre culture ça coince, ça coince automatiquement à un moment donné.

EG C'est souvent le cas plusieurs fois, par ici par exemple ?

D Alors oui ici, constamment, parce que c'est une ville qui heu, j'ai déjà vu une fois une mémé qui surveillait son aide-soignante qui était africaine, qui était en train de vous savez donc ces chapeaux un peu tubuleux,

EG Avec les boubous là un peu ?

D Oui donc elle avait des grandes robes très très colorées, et ce chapeau qui faisait un peu couronne sur les bords, donc elle était en surcharge pondérale, assise au fond d'un fauteuil ample et puis heu mémé B puisque c'est son nom , la regardait dormir en se disant, mais qu'est-ce que c'est que ce phénomène ?

EG Oui ça se comprend, payer des gens à dormir (Rires)

D Oui enfin c'était, c'est souvent comme ça.

EG Ah d'accord ouais. Vos patients s'en plaignent régulièrement ?

D Bah euh oui, c'est leur argent quand même !

EG Ouais c'est ça, ouais, ouais. Donc vous avez eu le cas plusieurs fois. (Rires) Ouais c'est sûr ça fait pas plaisir

D Voilà

EG D'accord ouais. Bon bah je vous remercie en tout cas, je vais peut-être pas prendre plus de temps y à la sécu qui vous réclame
(Téléphone sonne)

D Oui surtout que non, y faut pas être trop en retard.

Durée : 30 minutes

Entretien 2

(Problème technique d'enregistrement, retranscription non exhaustive)

*Pour commencer, pouvez-vous m'expliquer un peu comment vous travaillez ?

Installé depuis 1985, secrétaire présente le matin au cabinet. Formation de diabéto/endocrino/médecine du sport.
Pas de formation gériatrique mais a fait beaucoup de stages en gériatrie quand était faisant fonction d'interne.
Fait peu de visites car difficulté physique du fait de son handicap (se déplacer et écrire)

*Avec qui est-ce que vous collaborez pour la prise en charge de vos personnes âgées ?

De temps en temps avec X (hôpital gériatrique), temps en temps avec hôpitaux généraux

*Est-ce que en libéral aussi vous avez des interlocuteurs ?

Au niveau infirmier il travaille un peu avec le cabinet infirmier d'une ville voisine

*Assistante sociale ?

« Non pas vraiment, alors effectivement nous avons parfois des relations, ben quand y faut, mais c'est jamais les mêmes personnes, c'est nous qui incitons le patient à prendre contact avec le CCAS en fait »

*Au CCAS vous n'avez pas forcément un interlocuteur privilégié ?

« ça change souvent ou j'mémorise pas les noms »

*Qu'est-ce qui vous semble difficile dans la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie ou dans leur maintien à domicile ?

-La famille absente, le côté financier
-On peut arriver à avoir une infirmière, on peut arriver à avoir un kiné, mais au niveau aides-soignantes on a du mal à trouver.
- Tolérance de l'entourage familial à la démence :
« Ca dépend tellement de la tolérance sociale, d'accord ? Ce qui est quand même quelque chose d'incontestable », « si tout le monde se met en rogne parce qu'elle est comme ça et effectivement elle dérange » ça se passe mal, si les gens sont « cool » ça se passe bien (concernant une mamie qui rend visite à ses copines à n'importe quelle heure)

*Qui est ce qui initie la démarche, la réflexion sur le maintien à domicile ?

Le médecin, quelques fois la famille.

*Vous pensez que vous pouvez peser sur le cours des choses ?

« la légitimité heu, peser sur le cours des choses j'y crois que moyennement, d'accord ? On peut essayer de respecter le désir du patient ou de la patiente, d'accord ? Ca c'est quelque chose qui m'importe, d'accord ? »
(A raconté ensuite le cas d'une patiente âgée dont la fille s'occupait car c'était le plus rentable, à un moment donné elle est partie en Charente dans un établissement, pas parce que c'était ce qu'elle voulait mais c'était le plus avantageux.)
Mais par rapport au déterminisme financier, familial, peu de marge de manoeuvre
Les familles font leur calcul entre le prix d'un établissement spécial, et le maintien à domicile

*Est-ce que vous vous sentez parfois gêné d'aborder ces problèmes financiers avec la famille ?

« Gêné, non, c'est la vie, faut avoir des sous, ça me paraît pas choquant d'en parler. »

*La famille est-elle une aide ou un obstacle ?

A fait de la thérapie familiale, la famille complique parfois la situation mais c'est juste une complication à prendre en compte pour faire avec.

*Qu'est-ce qui vous semble important dans l'évaluation gériatrique ?

« Important, bah y a l'audition, il y a la vue, locomotion, et puis y a les fonctions supérieures. Ce qui me gêne c'est que j'ai horreur des visites. Vous venez me voir, ça va très bien (rires) ça me gêne pas, mais avoir à me déplacer, ça me… »

*Test utilisés ?

5 mots, horloge, Hamilton, Folstein (MMS)

*Comment mettez-vous en place les aides?

« Je fais des suggestions à la famille, j'aime bien que la famille se débrouille un peu, d'accord ? »
Et sinon il appelle hippocampes et leur soumet (mais en pratique peu fréquent)
« Je crois que je ne sais pas manager mais ça c'est moi, hein, l'Alzheimer, surtout quand il y a une dénégation du problème, ça me, heu... Mon rapport aux gens n'est pas fait comme ça, d'accord ? C'est difficile, pour moi, d'accord ? »
A assisté une fois à une évaluation à domicile avec un médecin d'hippocampes : était mal à l'aise avec la manière du médecin évaluateur qui prenait avec humour les incapacités de la dame/sa démence, riait des bêtises qu'elle disait.
Concernant son contact avec une patiente démente : « là je trouve que c'est…honnêtement, j'étais un peu abasourdi de cette façon de communiquer heu, au patient, oui, la communication avec le patient me paralyse complètement… »
Il était étonné « de la façon de communiquer de mon collègue, j'ai compris qu'on pouvait faire autrement, mais j'étais quand même pas très convaincu »
« C'était une maladie d'Alzheimer mais c'est différent, j'ai quand même un problème particulier avec la maladie d'Alzheimer, de positiver… »
Autre cas concret : Une personne âgée qui a été prise en charge par hippocampes, mesure de sauvegarde mise en place et c'est à peu près tout. Est restée à domicile - c'était son désir - jusqu'à ce que ne tienne plus, mais a été hospitalisée en hôpital gériatrique un peu en urgence (contexte exact ne se souvient plus) ce qui n'a pas laissé au Dr une bonne impression, pense qu'il aurait pu faire mieux.
Difficulté personnelle à la prise en charge des patients déments, maladie d'Alzheimer, a du mal à accepter et n'est pas à l'aise dans la relation, aime pouvoir parler avec les gens de manière compréhensible.

*Vous organisez parfois des hospitalisations sans passer par les urgences ?

« Heu à l'hôpital général X heu…avec hôpital général Z (diabétologie) »
« Jleur envoie un courrier, voilà, où c'est qu'on en est et heu, c'est eux qui convoquent les gens…Ca peut être aussi un service de médecine, s'ils ont pas de place »
C'est hôpital dépendant : avec un hôpital général il organise souvent des hospitalisations programmées (notamment pour ses patients diabétiques), avec l'hôpital de secteur, impossible. C'est aussi possible en gériatrie.

*L'envoi aux urgences pour maintien à domicile impossible/placement

Il y a toujours un contexte d'urgence et une justification de l'hospitalisation (pathologie aiguë), en passant on en profite pour dire qu'il y a un motif social à régler, mais un motif social seul ne justifiera pas un passage aux urgences

*Comment avez-vous entendu parler d'hippocampes ? ne s'en souvient plus

*Quelles carences dans le système de prise en charge de PAD au domicile ?

«L'un des problèmes c'est quand même effectivement les aides soignantes »
Les interactions entre les services sociaux, c'est-à-dire que pour bénéficier des aides, les patients s'y reconnaissent pas forcément très bien.
Impression que l'aide sociale, mise en place des aides n'est souvent pas optimisée, que les patients auraient droit à plus. Les assistantes sociales étaient plus motivées à l'époque, elles « défendaient la veuve et l'orphelin », maintenant c'est les semaines

de 40h et si on a pas le temps de s'occuper d'un dossier, d'un patient, on remet à plus tard. Moins d'implication du personnel social dans la prise en charge des patients.
-Refus de prise en charge par les PA : Quand les gens se trompent en prenant leurs médicaments, mais on essaie de faire passer l'infirmière « non, je me débrouille très bien Docteur !»

*Pour vous ça devrait être quoi le rôle, la place du MG dans la prise en charge des PAD ?

« Non, j pense que c'est …c'est pas moi le bon candidat (rires), Heu, je pense que ça suppose un système pour tenir son dossier correctement, je pense qu'il y a beaucoup de gens qui font pas ça bien »
Le généraliste tient une place centrale, devrait avoir un dossier bien tenu sinon il n'est pas crédible. Avant les médecins faisaient parfois des renouvellements d'ordonnance à domicile alors que les gens étaient capables de se déplacer, perte de crédibilité du médecin…il faut que le médecin soit capable de remplir le dossier sur place. En visite on devrait intégrer les nouvelles technologies wifi, bluetooth pour avoir un dossier complet.
Le généraliste a un rôle charnière, ce n'est jamais le spécialiste qui se déplace à domicile.

Durée : 20 à 30 minutes (durée imprécise du fait du problème d'enregistrement)

Entretien 3

EG : Donc euh pour commencer, est-ce que vous pouvez m'expliquer un petit peu comment vous travaillez, l'organisation du cabinet, depuis quand vous êtes installé ?

M : Alors, je, je suis installé depuis 1983, euh je travaille donc en association avec un autre confrère généraliste et euh d'une façon générale on a une clientèle assez âgée, dans la mesure où ici à X nous avons cinq maisons de retraite et ce qui fait qu'on tourne beaucoup dans les maisons de retraites et voilà, c'est une grosse partie de notre activité. Personnellement je fais aussi de la médecine générale et de la médecine du sport aussi qui est une petite activité que je n'ai pas développée.

EG : D'accord Ok. Et est-ce que vous avez une formation gériatrique ?

M : Euh non, non, je n'ai pas eu de formation, c'est uniquement sur le terrain

EG : D'accord, Ok. Et dans votre patientèle vous avez dit qu'il y a à peu près combien de personnes de plus de 70 ans ? Je sais pas si vous avez le pourcentage…

M : Alors comme ça, mais bon de façon très imprécise, euh de plus de 70 ans, oh j'dirais 20 pourcent.

EG : D'accord OK, ah oui c'est beaucoup en effet. D'accord, et alors avec qui est ce que vous collaborez de manière générale pour la prise en charge des personnes âgées et dépendantes, à domicile ?

M : Oui. Alors je n'ai pas de confrère gériatre comme ça fin en ville, mais euh très facilement euh avec l'hôpital gériatrique donc pour des hospitalisations, des bilans de mémoire et des évaluations gériatriques.

EG : D'accord, oui, donc plutôt l'hôpital

M : L'hôpital Z oui, souvent à l'occasion d'hospitalisations ou alors de consultations de jour à l'hôpital.

EG : D'accord oui. Et est-ce qu'en libéral au niveau infirmier, assistantes sociales, est ce que vous avez aussi un réseau ?

M : Euh non, non non, alors pas pour les personnes âgées en particulier, euh donc avec le réseau Hippocampes, bien sûr quand ça se présente, mais sinon pas de, je n'ai pas de correspondant particulier.

EG : D'accord ok. Alors qu'est-ce qui vous semble difficile dans la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie ou dans leur maintien à domicile ?

M : Alors ce qui me semble difficile. Euh… Alors donc au point de vue… 'fin de point de vue des…?

EG : Les difficultés que vous rencontrez au quotidien ouais, si y a…

M : Alors on rencontre beaucoup de difficultés, beaucoup de difficultés tout de même. Alors euh la première, la première c'est, c'est que par définition la personne est dépendante et si elle n'est pas aidée par son entourage euh il est difficile de la prendre en charge à domicile. Euh ceci dit y a des services qui se mettent en place mais en aigu c'est toujours difficile de mettre en place une structure pour des gens qui n'ont pas d'entourage familial euh disponible

EG : D'accord

M : Alors ça c'est donc déjà la dépendance elle-même, et euh ensuite donc les difficultés c'est euh la gestion des traitements, les déplacements pour les examens complémentaires…

EG : D'accord, ouais. Et alors au niveau de la… Est-ce que vous avez l'impression que vous pouvez peser sur le cours des choses, au niveau du maintien

à domicile ou institutionnalisation, et est-ce que vous vous sentez légitime pour, pour faire ça?

M : Oui. Oui oui, euh dans la mesure où c'est nous qui faisons la plupart des démarches, euh oui. Oui oui.

EG : D'accord

M : Oui, oui. Alors une fois donc bon la structure sur la commune de X est un petit peu particulière puisque on travaille assez facilement avec l'hôpital Z, et que une fois qu'ils ont pris la main, après donc euh les gens sont re-convoqués régulièrement, alors à un certain moment on perd un peu la main, mais, c'est euh, c'est en collaboration avec le médecin traitant

EG : D'accord. Par exemple quand il y a un patient que vous envoyez en consultation mémoire, vous le revoyez pas forcément après pour euh… ?

M : Bah on le revoit pour le, pour le renouvellement de traitement, mais euh ces, ces personnes sont toujours re-convoquées régulièrement et réévaluées donc euh en hôpital de jour.

EG : D'accord ok. Vous savez à peu près à quelle fréquence ?

M : Oh je dirais euh tous les six mois.

EG : D'accord. Et du coup si y a besoin d'aides à mettre en place à la maison est ce que c'est l'hôpital qui s'occupe de la mise en place ou est ce qu'ils vous délèguent certaines choses ?

M : Pui 'fin, ça se fait en collaboration, alors les euh, l'assistante sociale propose un certain nombre d'aides et puis ensuite c'est au médecin traitant de, de gérer euh pour le bon déroulement des euh des aides.

EG : Oui. Par exemple en, de manière concrète quelles aides est ce que vous mettez souvent en place ?

M : Alors les aides c'est surtout, les aides ménagères, c'est les aides à la toilette qui ne sont plus faite par les infirmières libérales, donc c'est souvent, on fait appel aux services municipaux, euh donc ça c'est nous qui, qui mettons en place.

EG : D'accord ouais.

M : Alors personnellement j'ai d'assez bonnes relations ici avec le service d'aide de la municipalité donc euh j'ai des bonnes relations avec les dirigeants dons euh on arrive à les avoir très facilement au téléphone et euh à mettre des aides en place.

EG : Ca c'est bien, c'est le CCAS ?

M : Le CCAS ouais

EG : Ouais, ok. De manière générale est ce que la famille du patient c'est plutôt une aide ou un obstacle ?

M : Plutôt une aide oui. Plutôt une aide pour les médicaments, pour la gestion des déplacements, euh oui c'est plutôt une aide.

EG : D'accord ok. Alors, qu'est-ce qui vous semble important dans l'évaluation gériatrique ?

M : Alors euh…

EG : Les tests, est-ce que vous en utilisez en routine… ?

M : Alors euh moi pour l'évaluation moi je, bon j'utilise surtout le MMS, et… voilà, puis euh le test des cinq mots et…bon voilà…

EG : D'accord ok. Et donc après à l'hôpital vous avez accès à un bilan plus poussé

M : Plus poussé oui, avec une évaluation psychologique, psychiatrique euh que moi je trouve très bien faite et donc moi je, vraiment, je travaille, je leur fais très, tout à fait confiance, je trouve que très sérieux et que c'est très bien fait.

EG : D'accord. Très bien, ouais. Et euh alors comment interviennent le temps et l'argent et le paiement à l'acte dans, au niveau euh justement des actes spécifiques ou des…

M : Oui… Bah écoutez donc là, la plupart du temps bon euh ici sur la commune euh encore une fois, on est assez privilégiés, bon les gens nous payent directement à l'acte hein, au moment de, bah soit eux même soit par leur famille ou leur conjoint, euh donc on est assez facilement réglés directement, parfois euh donc ce sont des gens qui sont en ALD, donc euh quand y a des difficultés euh on se fait aussi régler directement par la CPAM

EG : Oui, d'accord

M : Hein, donc par les caisses d'assurances maladies, donc surtout les gens qui sont en maison de retraite, les, la famille intervient assez peu donc finalement en fait on se fait régler directement

EG : D'accord, ok, ouais. Et est-ce que ça vous arrive de faire des consultations dédiées avec un patient, par exemple qui commence à avoir des troubles au niveau de son autonomie de les euh recevoir avec sa famille ou des consultations un peu plus longues ou euh?

M : Oui, bien sûr. Oui, oui, oui, ça arrive. Bon euh c'est souvent euh, c'est souvent plus à domicile, on se donne rendez-vous plus à domicile, alors moi je fais euh, donc dans la mesure où on voit pas mal de

personnes âgées, je fais pas mal de déplacement à domicile, je suis un des médecins qui encore euh assure ce service.

EG : D'accord, oui. Euh, alors… (Silence) Au niveau de l'aménagement du logement est-ce que vous avez un fonctionnement particulier ou euh, est-ce que vous faites appel à un ergothérapeute ?

M : Mhhh… Alors euh c'est souvent, là encore c'est souvent par l'intermédiaire du service de gériatrie hein c'est, euh personnellement j'ai pas eu à m'en préoccuper, bon on donne les conseils d'usage, parfois, bon un peu évident, dons euh aménagement de la salle de bain par exemple d'enlever les tapis, de, de mettre des euh des rampes 'fin pour les escaliers, donc voilà, mais ça reste très euh, très limité.

EG : D'accord ok d'accord, et euh est-ce que vous prenez en compte, donc euh tout à l'heure vous me parliez de vos liens avec la mairie, le CCAS, vous prenez aussi en compte aussi donc toutes les démarches, auprès des différents organismes, euh la MDPH si y faut ou, vous avez souvent à faire à d'autres partenaire sociaux ou euh… ?

M : Non. Non, non, pas, non, non, non… Non en fait euh donc nous avons pratiquement tout sur la commune, donc euh les aides municipales, les repas à domiciles euh, les kinés qui euh qui parfois euh fin qui viennent à domicile, les infirmières libérales qui viennent aussi à domicile

EG : D'accord, donc euh tout ça c'est facile à…

M : Tout ça c'est facile oui

EG : D'accord, ouais. Et euh donc dans votre euh votre place en tant que médecin généraliste par rapport aux autres acteurs euh, est-ce que vous avez l'impression qu'y a des choses, des activités que vous pourriez déléguer à d'autre personnel ? Ou dans une autre organisation, de votre cabinet ou… ?

M : Mhhh… Bah mhhh non parce que pour, en ce qui concerne tout ce qui est médical par exemple fin ce qui est médical ou non, fin bon par exemple les pansements, les pansements, la gestion des médicaments bon c'est les infirmières qui, qui euh qui s'en charge…

EG : Oui

M : Oui, oui

EG : D'accord, mais sinon au niveau administratif vous êtes pas débordés de…

M : Bah s… Oui, c'est enfin, oui, mais pas forcément, pas simplement pour les personnes âgées, en fait euh, pour les personnes âgées c'est surtout les demandes euh de placements surtout, mais euh bon c'est pas, c'est pas la majorité quand même de l'activité

EG : D'accord. Et donc les placements ça, c'est pas vraiment consommateur de temps ?

M : Si, si, si bien sûr, fin moi je passe beaucoup de temps, mais d'une façon générale pour tout le monde hein, je passe beaucoup de temps euh à faire de l'administratif

EG : D'accord

M : Le soir j'ai, tous les soirs j'ai une petite, une heure de, de… Simplement, mais sans, sans parler de comptabilité, ou de choses comme ça, simplement pour la gestion de, des demandes de placements, le rappel des familles etc, 'fin j'ai au moins une heure tous les soirs

EG : Oui, d'accord, oui, oui. Ok. Euh est-ce que vous avez en tête un ou deux patients que vous suivez en ce moment euh qui ont un problème de dépendance et euh si vous voulez est-ce que vous pouvez me racontez un peu la situation ?

M : Alors, bah oui alors, j'ai une patiente qui a une maladie d'Alzheimer, bon qui n'a jamais été évaluée, qui a une maladie d'Alzheimer et qui refuse toutes, tous soins et qui vit seule à son domicile, et ça c'est une vrai préoccupation là pour moi (rire) parce que j'interviens régulièrement mais sans avoir aucune euh, aucun point, là j'ai fait intervenir là la mairie mais qui n'a pas non plus euh obtenue euh l'instal, l'instauration d'aides, euh elle refuse euh l'hospitalisation elle refuse l'évaluation, mais euh simplement parce qu'elle considère qu'elle n'est pas malade. Et euh bon ça se passe pas très, très bien, elle a pas d'enfants, elle est veuve , elle a une sœur qui est plus âgée qu'elle et avec qui elle est plus ou moins fâchée donc euh bon que j'ai rencontré quand même la semaine dernière, qui déjà va l'aider un petit peu pour quelques achats, quelques courses parce que son euh réfrigérateur était vide, euh, elle s'est fâchée avec ses voisins (rire) parce elle les a, dans son, dans l'évolution de la maladie elle a eu des épisodes un peu délirants et euh elle les a accusés de vol donc tout le monde s'est euh détaché d'elle, Et euh, bah sauf faire un placement d'office euh, je n'ai pas d'autres euh, fin j'ai pas vraiment de poids, non je, je suis dans une impasse avec cette patiente, qui pour l'instant elle a pas encore de chutes, euh elle s'est pas encore mise en danger, mais euh ça, ça va arriver forcément .

EG : Oui

M : En plus donc euh elle a une DMLA donc, Donc, maladie d'Alzheimer et DMLA c'est pas, pas facile

EG : Non. Non non.

M : Voilà c'est la, vraiment actuellement c'est la seule qui me pose vraiment problème, euh les autres personnes qui ont des maladies d'Alzheimer ou qui sont dépendantes sont euh, sont pour celles qui sont à domicile euh sont entourées, euh pour celles euh pour les autre elles sont en maisons de retraite.

EG : Oui. Oui oui. C'est vrai que quand il y a le refus on peut pas faire grand-chose.

M : Non. Non, non pour le refus euh, je suis un petit peu ennuyé, en plus elle a le gaz, une cuisinière à gaz à la maison donc euh, les voisins sont assez inquiet (rire) et moi aussi.

EG : Oui, oui, oui, j'comprends. On attend le jour où ça va mal se passer mais, ouais, elle veut pas entendre parler de maisons de retraite

M : Elle veut pas entendre parler de maisons de retraite, elle veut pas entendre parler de maisons d'évaluations euh et si, si on lui propose elle devient très euh très suspicieuse à, à mon égard alors que j'ai toujours eu de très bonnes relations euh, avec elle mais, mais euh « j'comprends pas, je sais pas pourquoi est-ce que vous me dites ça, qu'est-ce que vous voulez » euh voilà elle devient très suspicieuse don euh c'est un petit peu difficile parce que les relations vont euh vont être difficile, 'fin, de sa part…

EG : Oui et pour l'instant vous êtes encore le seul interlocuteur…

M : de sa part, de sa part… Voilà

EG : Oui

M : Sinon voilà c'est euh donc la, une préoccupation pour moi de donc, de cette, cette personne

EG : Oui, d'accord, ouais. Et euh alors au niveau de l'hôpital est-ce que vous organisez des hospitalisations programmées parfois ? Avec Z (hôpital gériatrique) justement ou euh ?

M : Oui. Oui donc euh c'est souvent par les, avec l'hôpital gériatrique puisque on est satisfait effectivement de ces services (rire) euh donc euh oui, oui alors c'est ce qui arrive le plus, assez souvent aussi c'est euh soit les bilans de jour donc euh programmés et ça passe par le médecin généraliste qui doit faire un fax donc sur l'état de santé du, de la personne donc hein, et donc soit les hospitalisations pour régler un problème aigu et donc là ça se passe au téléphone avec les médecins, donc euh on appelle, j'appelle le médecin, je lui présente le cas du patient et on décide donc d'une hospitalisation assez rapidement d'ailleurs souvent, euh soit le jour même soit le lendemain

EG : Ah oui, c'est super

M : C'est assez confortable pour nous, vraiment oui, oui. Alors lorsque, lorsqu'il y a un problème un petit peu plus aigu eh bien on passe, la personne passe par les urgences de l'hôpital dont nous dépendons, qui est l'hôpital privé, donc c'est un hôpital privé mais qui reçoit donc tous nos patients et de là, après le bilan, donc elles sont donc dirigées sur l'hôpital gériatrique.

EG : D'accord. Et du coup vu que c'est rapide, ça vous est pas arrivé d'envoyer un patient aux urgences, qui était par forcément grave, par défaut, parce qu'y avait pas de place par exemple ou pour maintien à domicile impossible ?

M : Alors, ça m'est arrivé, ça m'est arrivé, effectivement oui, oui, donc de aussi de, pour une personne qui ne souhaitait pas se faire hospitaliser mais dont l'état était vraiment très précaire, une autre hein que, que celle dont je vous parle et euh donc bon j'étais obligé de faire intervenir les pompiers et à ce moment-là c'était euh donc directement à l'hôpital, mais là à l'hôpital euh public, où quand même les médecins, et les infirmières prennent un petit peu plus le temps et donc euh, après une hospitalisation de quelques jours elle est allée en maison de moyen séjour et de long séjour après.

EG : D'accord, ok. Et donc elle voulait pas se faire hospitaliser directement du coup vous avez dû prendre le circuit…

M : Oui, voilà. Donc c'est arrivé, ça arrive aussi bien sûr qu'on soit obligé de faire ça, je voulais le faire la semaine dernière avec l'un de mes patients, qui n'a pas la maladie d'Alzheimer, mais qui est, qui a un diabète qui est déstabilisé et qui, qui est euh alcoolique, qui vit tout seul avec des aides donc de la mairie et je voulais qu'il soit hospitalisé pour un bilan et il a, donc il m'avait dit dans un premier temps « d'accord » donc et euh ensuite dans (rires), quand je suis arrivé il m'a dit « non, il n'en est pas question » donc et je souhaitais à ce moment-là qu'il passe directement par les urgences de l'hôpital de Z donc euh, mais il a refusé, donc il à, il est chez lui avec, avec euh donc des aides de la mairie, des infirmiers qui passe à domicile…

EG : Ok, ouais

M : Voilà

EG : Des refus comme ça c'est quelque chose que vous rencontrez souvent ou c'est?

M : Bah donc là, y a ces deux patients là, dont l'une qui a une maladie d'Alzheimer, l'autre qui est, qui n'a pas de maladie d'Alzheimer mais qui est aussi âgé mais qui a des, des beaucoup de comorbidités

EG : D'accord, ok, ouais. Hum, alors comment est-ce que vous avez entendu parler du réseau Hippocampes ?

M : Alors par euh, bah je l'ai, j'en ai entendu parler par des publications et puis euh j'ai eu l'occasion de, de donc de rencontrer au domicile de patients.

EG : D'accord

M : Donc les patients euh faisant appel au réseau par l'intermédiaire par exemple de, sur les conseils de services hospitaliers, et donc le réseau Hippocampes j'ai eu à rencontrer le médecin et les infirmières coordinatrices euh au domicile des patients.

EG : D'accord, oui. Ils vous ont proposé souvent des visites d'évaluations à domicile ou c'est… ?

M : Bah à chaque fois, à chaque fois que le réseau intervient oui à chaque fois on a, on a un rendez-vous oui.

EG : D'accord ok. Et en général vous arrivez à vous y rendre

M : Oui. Oui, oui, on se fixe un rendez-vous et euh y sont assez souples, on se fixe un rendez-vous donc en fonction de mes horaires et ça fonctionne bien.
EG : D'accord, ok. Est-ce que vous vous souvenez avoir signé une convention avec eux ou ?

M : Euh non… Non, non, je, je n'avais pas signé de convention…

EG : D'accord, ouais. Et euh, et donc est-ce que vous avez fait appel au réseau dans certaines situations ?

M : Non, alors, non, ja, jamais pour moi directement, non

EG : D'accord et euh, donc pour l'instant par rapport au réseau quel sont les services qui proposent que vous utilisez à part les visites d'évaluations est-ce qu'y a d'autres euh, d'autres situations ?

M : Alors parfois on peut faire une évaluation en ville par un neurologue hein, voilà, lorsque la personne reste euh, est valide, qu'elle ne souhaite pas forcément aller dans un service hospitalier, donc euh, j'ai aussi des correspondants neurologues qui font des évaluations un peu plus rapides et qui peuvent euh prescrire donc les médicaments…

EG : D'accord, ouais. Et donc euh est-ce qu'y a des situations dans lesquelles vous, finalement vous vous sentez seul et vous aimeriez obtenir une aide que vous, vous pouvez pas trouver ?

M : Euh non, fin je n'ai pas ressenti la nécessité puisque effectivement dans ces cas on peut faire appel au réseau Hippocampe justement mais euh…

EG : C'est que l'organisation semble optimale au niveau local ouais…

M : Oui

EG : D'accord ouais. Et euh pour euh, bah pour conclure un petit peu, pour vous ça devrait être quoi le place, le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes ?

M : Bah je pense que, fin après ça dépend un petit peu du médecin, fin de la personnalité du médecin, y a des médecins, chez qui, fin qui sont pas du tout orientés sur ce type de prise en charge et qui le disent ouvertement et qui euh et bon auquel cas donc leur clientèle n'est pas euh, n'est pas une clientèle de personnes âgées, et puis bon, de médecins comme, comme moi qui voyons, bah je dis, nous avec mon associé, qui voyons pas mal de personnes âgées et on les prend en charge entièrement

EG : Oui, ok

M : A tout point de vue

EG : D'accord, bah je vous remercie, bah du coup c'est bon on a fait le tour

M : Bah c'était très rapide ! (rire)

EG : Oui finalement, en fait, parce que c'est vrai que vous semblez avoir un…, ça dépend beaucoup de l'organisation, j'pense, au niveau de la ville et puis des hôpitaux correspondants

M : C'est vrai

EG : Là c'est vrai que, ça a l'air d'être assez optimal la collaboration avec l'hôpital gériatrique

M : Ouais, oui oui, tout à fait, c'est vrai que c'est, dans cette optique justement le réseau Hippocampe on a pas eu vraiment à le solliciter donc euh à la solliciter. Mais effectivement peut-être que pour cette patiente qui refuse l'aide peut -être que ça serait une bonne chose effectivement mais pour l'instant si vous voulez il n'y a pas encore de, de diagnostic, fin c'est nous qui l'avons posé, mais euh je pense que c'est que c'est ça, mais euh elle a pas eu d'IRM, elle a pas eu d'évaluation précise,
EG : Oui, même le neurologue en ville il a pas…

M : Ah non, bien sûr et puis, bon elle est tombée y a quelques semaines, elle est allé aux urgences de l'hôpital, parce qu'elle est tombée dans la rue, mais ils l'ont, à l'hôpital ils l'ont recousu et elle est rentrée à son domicile hein donc euh y'a pas… (rires)

EG : Ah oui, y'a pas de complications…

M : Y'a pas à chercher plus loin… C'est dommage parce que là ça aurait été une bonne façon de…

EG : Ouais, c'est vous qui avez qui l'aviez adressé ou elle est partie avec les pompiers ?

M : Oui, non, non elle est partie avec les pompiers parce elle est tombée dans la rue et euh

EG : Ouais c'est vrai que même si on met un petit mot « si vous pourriez pas en même… », c'est pas, ils font pas systématiquement

M : Y font pas systématiquement, surtout à X où la gériatrie est pas leur, leur fort quoi

EG : Oui en plus

M : A la limite l'hôpital général c'est, y sont déjà plus sensibilisés, mais euh à X si, si c'est pas de la médecine aigüe ou de la cardio, de la chirurgie ça, ça colle pas quoi…

EG : Oui, et donc au niveau de l'hôpital général c'est plutôt G pas trop M

M : Alors pas trop M parce que, parce que c'est une question de proximité, donc G c'est plus près et puis y ont un service de médecine interne, donc c'est, c'est pratique quoi

EG : Ouais. D'accord. OK. Bah merci beaucoup, je vais interrompre le…

Durée : 23 minutes

Entretien 4

EG Donc pour commencer est ce que vous pouvez m'expliquer un peu comment vous travaillez, depuis quand vous êtes installée…

D Alors j'suis installée depuis 1997. Et comment j'travaille c'est à dire ?

EG Eh ben le cabinet, comment il fonctionne…

D Alors c'est un cabinet de groupe avec 2 médecins et en fait on est séparés donc chacun travaille comme il l'entend donc on travaille pas ensemble en fait, et puis on a une ostéopathe.

EG Juste le secrétariat ensemble en fait.

D Voilà, donc sinon non non on a pas du tout le même mode de fonctionnement ni les mêmes horaires, rien de...

EG D'accord, ok. Au niveau de votre patientèle y a à peu près combien de personnes âgées, de plus de 70 ans ?

D Alors heu j'dois avoir heu, j'en ai pas énormément, enfin le plus gros de ma clientèle ça doit être entre 20 et 70 un truc comme ça, ils nous envoient un papier à la sécu mais j'ai pas les chiffres heu…

EG Oui les chiffres, c'est normal que…

D J'dois avoir ¼ d'enfants, oui j'ai une clientèle, beaucoup d'enfants et des personnes âgées évidemment j'en ai pas tant que ça, j'ai mes patients qui vieillissent en fait, que j'suis…

EG Que vous suivez, oui, vous avez fait beaucoup de remplacements avant de vous installer ?

D Non pas tellement, non non…
EG Alors, avec qui vous collaborez de manière générale pour la prise en charge de vos PAD ?

D Avec qui je collabore ? avec qui, c'est-à-dire, les associations ?

EG Non, les professionnels, heu médicaux, libéraux…

D Ah euh, avec qui jc…ben avec les infirmières heu, et aussi avec le service de la mairie, des personnes âgées, pour les personnes à moi, j'ai une ouverture, non ils sont très très bien, à Palaiseau ils sont très très bien, ça m'est arrivé d'avoir des soucis heu, avec des gens tout seuls heu, à placer et ils s'en occupent très très bien, quand il y a pas la famille et tout ça

EG D'accord, le CCAS ?

D Ouais et heu sinon heu ben avec les associations mais ça c'est plus quand il y a pas de famille hein, j'collabore essentiellement avec la famille et puis oui, les infirmières.

EG D'accord, et puis assistante sociale ? ou des consultations de gériatrie, mémoire ou ?

D Pffff…moins. Ah bah alors si, les consultations mémoire au début. Et puis après….Moi j'vois à la maison de retraite ils font faire des consultations mémoire à des gens de 90 ans, qui sont à moitié déments, ça apporte rien, à part leur mettre de la vitamine D parce qu'ils sont en carence de vitamine D… comme si on allait, euh les remettre sur pied, mais non, on les remet pas sur pied. Donc heu…

EG D'accord, donc vous avez pas vu d'intérêt à ces consultations -là, même chez les gens plus jeunes, parce que là vous parlez de ceux de 90 ans…

D De toute façon j'trouve que les gens âgés en général ils vont bien, donc, quand il y a une famille c'est très très bien, parce que on peut se reposer sur la famille, sinon c'est galère hein, sinon on doit tout faire, c'est tout juste si il faudrait pas aller les laver

le matin…Et quand y a une bonne participation, l'idéal c'est ça, c'est le patient, quand il y a la famille qui relaye, et puis le médecin généraliste et puis l'infirmière et puis l'aide-ménagère, quand il y a tout ça, chacun apporte sa pierre à son édifice et ça marche très très bien, quand il manque une pierre, par exemple y a pas d'infirmière, heu, quand voilà y a plus de famille, alors la ça tient pas. Et puis en général ça va bien, et puis à un moment y a un évènement intercurrent plus rien ne va et là c'est la dégringolade, tant qu'ils sont à peu près autonomes ça va, c'est-à-dire si ils sont capables, autonome pour aller aux toilettes par exemple, voilà c'est le minimum, si ils peuvent marcher c'est le minimum, quand ils peuvent pas faire leurs courses par exemple, quelqu'un peut aller leur faire leurs courses, etc l'aide-ménagère. S'ils sont plus capables de marcher ou s'ils perdent la tête, là c'est pas possible. Encore maintenant y a des gens qui sont quand même pas si mal, mais comme ils ont complètement perdu la tête, et ils sont isolés, on ne peut pas, on ouvre les parapluies et puis de toute façon on les maintient pas à domicile…parce que je ne sais quoi…

EG Oui. Vous en avez eu des cas récemment, des patients à qui vous pensez dans ce cas-là ?

D Bah j'ai une patiente, oui, qui est physiquement elle est pas mal, mais elle perd complètement la mémoire, donc heu, j'ai prévenu la famille qu'effectivement bon là non, elle pourra pas rester…Parce qu'elle commence à faire n'importe quoi.

EG Du coup vous avez enclenché heu ?

D Non, j'ai rien enclenché, j'ai juste dit à la famille qu'elle avait heu, qu'elle avait probablement à la fois une maladie d'Alzheimer et une démence vasculaire et que voilà, après il faut que la famille se rende compte que…, parce que sinon elle est autonome, hein, elle va faire ses courses, elle se lave, elle se voilà elle se pomponne mais elle vient trois fois là, heu… au cabinet, heu…

EG Elle prend encore ses médicaments ?

D Elle prend encore ses médicaments, mais bon, on sent qu'elle est très malade…

EG Est-ce qu'elle a bénéficié d'une évaluation, par vous ou par ?

D Elle va en avoir une, elle va avoir, parce que ça s'est installé heu très rapidement, donc c'est l'IRM qui a montré qu'elle avait une atrophique hippocampique bilatérale plus un terrain vasculaire parce qu'elle est diabétique et tout, donc là elle va aller chez le neurologue.

EG D'accord, et ce neurologue, c'est votre correspondant privé ?

D Oui, c'est le neurologue d'ici, de Z, et puis y a des neurologues à Y aussi.

EG D'accord, ouais, alors de manière générale qu'est-ce qui vous semble difficile dans la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie ?

D C'est le manque de personne adéquat.

EG Le manque de personnel ?

D Ouais.

EG Ici vous avez du mal à trouver heu ?

D Ouais, ouais ouais.

EG Quand vous dites personnel, vous pensez à quelqu'un de particulier ?

D Eh ben heu aux aides soignantes, enfin des personnes pour la toilette, pour les médicaments heu, et même les aides ménagères, elles peuvent pas venir tous les jours hein, donc c'est 2 fois par semaine, grand maximum heu…

EG Quand il en faudrait plus ?

D Ouais, il faudrait quelqu'un tout le temps heu, et les patients qui ont par les associations des gens tout le temps ils y laissent leur fortune. Ben oui, quand il faut quelqu'un à domicile plusieurs fois par jour, j'ai une patiente comme ça, faut des familles qui soient fortunées.

EG Ouais, Et par le CCAS ça répond pas forcément ?

D Ah non, non, j'ai tout essayé là, là rien ne répond hein, parce que la dame elle est sur un fauteuil, faut quelqu'un pour la lever, la recoucher, pour la laver donc il faut passer tout le monde, ils ont utilisé tout le monde et puis les aides elles sont pas importantes.

EG Et cette dame-là elle veut pas entendre parler de maison de retraite ?

D Ah non, c'est son mari, elle on pourrait la mettre n'importe où , hein, c'est une légume, c'est la famille et le mari qui veulent pas …

EG Ah oui, et de manière générale la famille est ce que c'est plutôt une aide ou un obstacle ?

D Ca dépend. Ca dépend, y a des fois où ils sont pressés de se débarrasser des gens, les mettre en maison de retraite, et y a des fois, alors que nous on verrait bien les gens rester à domicile, et puis d'autre fois, heu, ben heu, ils veulent pas mais souvent ils ont des problèmes financiers, parce que ça coute très très cher et ils ont pas le budget pour aller en maison de retraite.

EG Oui, c'est un problème c'est sûr.

D Et puis y a des fois où ils veulent pas parce que c'est affreux hein les maisons de retraite, effectivement heu...moi j'suis pour le maintien à domicile tant que c'est possible, quand ça commence à être heu, parce que maintien à domicile, c'est pareil, dès qu'il va y avoir un petit truc de travers, « allô Dr, vous pouvez pas venir, ma mère est tombée, heu, ma mère fait ci, mon père fait ça, vous pouvez pas venir Dr ? », comme si on allait tout résoudre.

EG Oui y a beaucoup de choses sur les épaules du…

D Oui c'est sûr, on va lâcher toute la consultation, et puis on va venir 3 fois par semaine, y a pas de problème, donc là ça commence très mal, là quand c'est comme ça, on est trop sollicités, on sait qu'on peut pas tenir, on peut pas aller voir quelqu'un 3 fois par semaine, c'est pas possible, donc heu, donc heu, au bout d'un moment on se dit ben voilà, c'est la solution de facilité hein heu, mais bon on peut pas aller voir, hein, déjà des visites on en fait de moins en moins et puis ça prend du temps, et pourtant moi j'y passe du temps hein, quand j'fais en visite j'en prends pas beaucoup, j'reste super longtemps, donc sinon on s'épuise hein…

EG Justement, comment interviennent le temps et l'argent ?

D Moi ça intervient pas. Ca n'intervient jamais. Je ne compte ni mon temps ni mon argent. (Rires)

EG D'accord, Ok, vous prenez le temps qu'il faut,

D Je prends le temps qu'il faut, voilà 33 euros, 33 euros hein. J'ai déjà fait une valise, de patiente qui devait partir à l'hôpital et y avait personne pour faire sa valise, hein, moi j'me dis, les hommes ils feraient jamais ça hein, donc on s'fait avoir hein, ça, un médecin homme, jamais il irait préparer une valise, j'me suis dit « qui va lui préparer ? », donc voilà. Donc non non, je ne compte pas, ni mon temps ni …et c'est pour ça que j'fais pas 15 visites, si j'en fais, dans un laps temps de 2h j'vais en faire 2, je prends mon temps, et on papote, et machin, comment vous allez, et pas beaucoup de médecine hein, (rires), objectivement…

EG Oui c'est plus du relationnel

D Voilà, bon, j'entends 10 fois les même histoires, machin, mais ils sont contents quand j'pars et voilà (rires)

EG C'est important. Quand vous parliez tout à l'heure, est ce que vous avez un cas de familles qui vous sollicitent beaucoup en ce moment, vous avez eu ?

D Bah on en a toujours, on en a, mais bon…Nan on a des familles qui sont bien, elles font plein de choses, elles prennent les RDV en temps et en heure elles accompagnent, c'est ça quoi, faut pallier parce que quand vous dites « bon, faut aller voir le neurologue ! », ben vous avez fait votre boulot, sauf que heu comment elle y va, qui va l'accompagner, qui va prendre RDV ? Ca c'est le boulot de la famille hein, moi j'vais pas prendre un rdv, la prendre par la main, l'accompagner, machin, bon les moyens de transport maintenant ils sont plus remboursés hein donc, c'est ça aussi la difficulté, nous notre boulot c'est toujours le même hein, mais sauf que ça suit pas derrière.

EG Donc quand il y a pas de famille du coup heu,

D Ben quand y a pas de famille soit c'est la mairie qui prend les rdv gentiment, soit c'est moi, bon, ou l'infirmière, j'sais pas quelqu'un, on s'débrouille, ça peut être l'aide-ménagère en sachant que ça tiendra pas longtemps hein, surtout si il faut prendre rdv et que personne peut prendre, peut l'accompagner, ça va pas être gérable hein,

EG Tout à l'heure par rapport à l'argent, les problèmes familiaux, et ce que c'est des problèmes, vous vous sentez gênés de les aborder ?

D Non non les gens ils le disent, quand y a des problèmes d'argent

EG Et vous vous sentez légitimes pour heu au niveau de la démarche maintien à domicile/ institutionnalisation, est ce que vous avez un rôle à jouer là-dedans ?

D Oui. Moi j'suis légitime partout (rires) j'suis légitime dans tout ! On me demande mon avis dans tout donc j'suis légitime dans tout, on me parle de tout, des mariages, du petit dernier qui fait des conneries, des petits vieux, de tout ! je suis légitime en tout ! en recette de cuisine, en tout !
EG Ah oui c'est la prise en charge globale !

D Globale ! Je dois avoir la solution à tout ! Le médecin c'est ça hein, voilà il doit répondre à tout, je ne répare pas encore les voitures hein mais le médecin maintenant il fait tout !les gens ils ont vu un truc, ils viennent vous voir, hier voilà, j'ai pas pu me lever, mon employeur m'a dit que vous me feriez un arrêt. « mais pas de problème, c'est mon boulot ! » dans tout ! «ça fait une semaine que j'ai pas bossé, fais moi en arrêt », bien sûr ! on est légitimes dans tout, tout, on fait tout ! pas de problème, on est multitâches ! Donc oui, je suis légitime, non mais je parle de tout, y a aucun problème.

EG Non pas de tabou.

D Non et puis les gens ils parlent assez facilement, d'argent

EG Et donc au niveau de la mise en place d'un maintien à domicile, comment vous intervenez au niveau de la mise en place des aides, qu'est-ce que vous faites vous, qu'est-ce que déléguez ?

D Je prescris ! (rires). Je déteste faire ça, Enfin j'veux dire je prescris , je prescris voilà, alors j'explique, justement quand y a de la famille au niveau des aides, pour faire un peu de kiné, un peu de gymnastique, heu j'prescris une infirmière à domicile , une association pour la toilette heu, voilà, je sais pas super bien faire ça en général, voilà, heu quand c'est facile je sais faire quand c'est difficile j'aime pas du tout.

EG D'accord, vous pensez à quoi quand c'est difficile ?

D Ben, soit quand y a pas de famille, voilà, quand les gens, ça m'intéresse pas trop à vrai dire, c'est pas que ça m'intéresse pas mais heu j'ai pas le temps de m'en préoccuper, mais pour les histoires de toilette, enfin, est ce qu'il faut vraiment que j'me préoccupe de ça quoi ?

EG Oui, ça déborde un peu du médical c'est sur…

D On a déjà tellement de trucs, heu, nous on doit prescrire, après faut trouver heu les personnes heu,

EG Et au niveau des associations y en a une en particulier avec qui vous travaillez ?

D Non, ça c les gens qui trouvent les associations…

EG Et donc dans l'ensemble de vos activités autour du maintien à domicile est ce qu'il y a des choses que vous pourriez déléguer à d'autres personnes, dans une autre organisation de votre cabinet, idéale ?

D Eh ben c'est justement, c'est quelqu'un, genre moi je prescris faut ça ça ça (rires) genre un secrétariat, et heu quelqu'un qui se charge de mettre en place, mais bon, le maintien à domicile c'est possible que si y a une famille et l'entourage, parce que c'est pas possible sinon, bon, on peut pas tout faire, bon, profession de la santé, on s'occupe de la santé quand même, on s'occupe pas de tout non plus, parce que les gens se reposent, y a des familles c'est tout juste si ils ont pas compris que c'est à elles de chercher la maison de retraite, donc je dis , je leur explique c'est à vous, hein ,donc vous prenez le catalogue, et puis vous cherchez, vous allez regarder sur internet et puis vous visitez, et puis vous m'donnez les dossiers et puis vous visitez, enfin c'est pas moi qui vais passer mes dimanches à chercher une maison de retraite !les gens ils croient que c'est comme ça hein, non, non les gens sont…délèguent, je sais pas, y en a qui sont super bien hein, y en a qui font tout alors là c'est génial, ça roule, on prescrit un truc, c'est fait dans la minute qui suit…c'est super.. .

EG Ah oui, c'est vraiment entourage dépendant

D Ah moi je trouve, ça change tout, quand y a une famille qui comprend, qui est pas trop demandeuse, qui comprend bien, qui fait pas trop de forcing, qui comprend la pathologie, qui insiste pas trop, parce que y en a ils comprennent pas trop la pathologie, qui veulent heu « mais comment ça Dr , vous lui avez donné un médicament, il marche toujours pas » ou heu , « il est pas mieux », mais non, quand on a Alzheimer heu, la médecine peut pas grand-chose ou qui vous rappellent dès qu'il y a un truc de … parce que y'en a qui disent bon j'vous ai pas appelé parce que y a un p'tit truc c'est pas très grave, sinon j'vous appellerai toutes les 5 min, voilà donc heu bon, puis avec des familles, voilà j'pense que tant qu'on sait où on va, y a des familles on dit on les laisse à domicile tant que c'est possible , le jour où c'est plus possible voilà j'vous le dirai, on se le dira et puis heu pour l'instant ça marche comme ça, bon si vous en pouvez plus vous m'dites et puis là, c'est nickel, c'est l'idéal.

EG Oui, ça vous arrive de faire de consultations dédiées justement sur le problème du maintien à domicile ?

D Non, non, c'est brouillon, au moment des visites

EG Est-ce que vous avez en tête 1 ou 2 patients là en ce moment, qui sont dépendants à la maison; qui vous posent problème ?

D Alors heuuuuuuu…qui va, bah la dame-là, mais c'est particulier, qui bouge plus et heu, ben elle serait pas mieux en maison de retraite objectivement, et heu... qui me posent problème, qui me posent problème…J'ai un autre monsieur qui m'a posé problème, là il va mieux, il a commencé à délirer, c'est un patient poly-vasculaire heu qui a commencé à délirer, alors le fils est médecin, super gentil, les fils médecins c'est très pénible, mais là celui-là il est super, vraiment bien là, tout ça, donc il m'appelait de temps en temps donc on voyait ce qu'on pouvait faire, on s'était mis d'accord que de toute façon l'hospitalisation ça aggraverait les choses, bon, il a 95 ans quelque chose hein, donc heu bon, la femme voulait pas l'hospitaliser, moi j'me disais si je l'hospitalise pour une démence, de toute façon il avait pas de signes déficitaires, moi j'pensais que c'était une démence vasculaire, et donc il a fallu 6 mois pour une consultation de gériatrie heu, donc, et il allait beaucoup mieux, donc bon, j'allais le voir entre temps, on pensait que c'était peut-être une dépression, j'sais pas ce qu'il a fait, j'sais pas…

EG Ça l'a pas empêché de rester …

D Il voulait pas faire l'IRM, il voulait pas faire d'examen, bah tant pis, j'l'aurais envoyé à l'hôpital il serait ressorti encore plus mal, il aurait attrapé une infection, il se serait plus levé et objectivement, qu'est-ce que je risquais ? Il était pas tombé, y avait

pas d'hématome, donc on a fait comme on a pu, et entre temps y a sa femme qui s'est cassé la figure donc elle s'est fait mal à la hanche, qui c'est fait une fracture...donc à domicile y avait les 2 éclopés (rire) et puis après on a dit avec le fils bon, il lui arrive un truc, il lui arrive un truc, on prend le risque, il était d'accord, j'étais d'accord, il avait 95 ans, il se cassait la tête, il se cassait la tête, qu'est ce que j'allais faire ? Donc heu, voilà, il était bien mieux chez lui et bon effectivement, voilà j'allais pas l'envoyer heu, moi ça m'ennuie d'envoyer à l'hôpital, pour des bilans ou des trucs

EG Chez les personnes qui sont très âgées, vous voyez pas…

D Oui, ben voilà bon, ils sortent ils ont pas vraiment de diagnostic, ils ont des tas d'aides à domicile qu'ils ont déjà ou qu'on trouvera pas parce que y a pas la personne adéquate, voilà après faut relativiser hein

EG Oui, donc justement, les hospitalisations programmées c'est pas quelque chose dont vous avez l'habitude ?

D Les gens ils veulent pas, les gens ils aiment pas trop… D'abord les hospitalisations programmées c'est super long à obtenir, donc les personne se bousculent pour avoir, faire un bilan, donc voilà, et puis souvent c'est des patients que je suis donc je sais ce qu'ils ont, donc heu là c'était plus dans l'urgence parce qu'il commençait à délirer, mais y avait pas de troubles ioniques, y avait pas…j'vois pas c'qu'il pouvait avoir d'autre, et ça a été un peu mieux, j'ai demandé un avis téléphonique, on m'a dit de le mettre sous risperdal, ça l'a un peu amélioré et puis heu voilà...

EG Ca vous est déjà arrivé d'envoyer un patient aux urgences pour maintien à domicile impossible parce que voilà par exemple il s'était passé quelque chose ?

D Alors heu, Oui ça a dû m'arriver, alors là c'est le truc heu on est pas fier, quoi, c'est vraiment, je me débarrasse du gros problème, mais objectivement, on peut rien faire, hein quand vous allez chez quelqu'un , vous êtes tous seuls avec la patiente qui nage dans je ne sais pas quoi et voilà qui a perdu toute la tête, donc là en général y a la mairie, la fameuse mairie qui m'sauve, qui est là pour les vieux qui sont tous seuls et qui sont pris en charge et tout, y a toujours une dame de la mairie super gentille tout ça, ça m'est arrivé, et là je me débarrasse clairement du problème, j'peux pas l'emmener chez moi , mais bon, c'est horrible.

EG Ca vous est arrivé plusieurs fois, vous vous souvenez d'un cas particulier ?

D Plusieurs fois heu, ça m'est arrivé, ça m'est arrivé, ça arrive régulièrement, pff, mais alors c'est vraiment heu, les cas c'est horrible quoi, parce que vraiment

EG Et c'est des choses qu'on a pas pu voir arriver parce que c'est des patients que vous suiviez pas … ?

D Ben c'est des patients souvent qui ne veulent rien entendre, c'est des patients isolés hein, en général, isolés, qui ne veulent rien entendre, parce que vous allez pas dire à quelqu'un qui vit tout seul chez lui, « ah bah c'est fini, j'vous envoie en maison de retraite, dès la semaine prochaine ! », non, donc en gros vous faites rien, en attendant que voilà , et en priant très fort que ça tienne jusqu'à, et puis un jour ça se dégrade et puis voilà, vous refilez le bébé, mais y a pas d'autre moyen de faire, enfin…

EG Non chez les gens qui refusent, c'est sûr…

D Mais les hôpitaux nous renvoient la pareille hein ! C'est à dire le petit papi qui a un problème, qu'on a envoyé, il a rien le petit papi, et ben on vous le renvoie chez lui à 3h du matin hein, parce que maintenant 90 ans, vous rentrez chez vous à 3h du matin dans un taxi, même si vous êtes tous seuls chez vous, alors ça c'est quand même beaucoup plus honteux, j'pense, parce que bon à l'hôpital…

EG Oui, ça vous avez eu … ?

D Ah mais non mais le bilan est normal, il a rien, ben on regarde pas l'heure hein, on attend même pas la fin de la nuit, 3h du matin, j'ai eu le cas oui, papi mamie ils sont renvoyés dans la nuit.

EG Ils étaient partis pour quoi à l'hôpital ?

D Pour heu, pour….heu j'sais pas moi, pour des trucs différents, ben pour chute, en général c'est ça chute, et puis délire, voilà chute, chute parce qu'on se demande toujours est ce qu'ils se sont pas cassé quelque chose ?

EG Oui ça c'est sûr c'est pas très sympathique…

D Personne n'en veut hein des personnes âgées donc voilà on s'les refile, quand c'est plus adapté…

EG Alors, comment est-ce que vous avez entendu parler du réseau hippocampes ?

D J'suis censée ?... alors je ne sais même plus, Ah non c'est pour les patients Alzheimer, c'est ça ?

EG Oui c'est le réseau de gériatrie de l'Essonne

D Comment j'en ai entendu parler…Par un de mes patients j'pense. C'est c'est pour les patients Alzheimer ?

EG Oui Alzheimer ou polypathologiques à la maison, ils sont spécialisés plus démence mais…

D Eh ben j'en ai entendu parler pour un de mes patients qui était dément

EG Et donc qui avait été intégré dans le réseau par un autre biais ?

D Oui, par la neurologue.

EG Donc du coup avec le réseau vous avez pas eu de contact direct ?

D Non, une fois j'suis allée chez un patient avec une dame du réseau, perdu un temps fou pour heu …

EG Ça s'est passé comment la visite?

D Ben c'était bizarre, enfin heu j'sais pas ça m'a pas…C'était refaire le point, je sais pas c'était curieux, ça m'est difficile de travailler avec des gens que je connais pas, bizarrement…

EG Non ça s'comprend…
D Donc heu, j'sais pas la dame elle a fait tout un bilan de comment ils vivaient, machin bon…Moi j'sais comment ils vivaient puisque j'les connais depuis très longtemps, j'connais sa femme, tout ça…je sais pas.

EG Ils vous avaient contacté pour les rejoindre au domicile pour une visite d'évaluation ?

D Voilà, voilà, pour une visite d'évaluation, très bien,

EG Et puis après vous avez eu des nouvelles ?

D J'ai dû avoir un papier, j'sais pas, c'était inutile pour moi en tout cas, comme (?...) le diagnostic était posé, ils évaluent par rapport à eux, aux besoins, mais heu

EG Et pour le patient ? Vous avez vu une différence ?

D Non je pense qu'en plus ils ont arrêté, parce que ça leur apportait rien, elle m'a dit la dame, y avait pas vraiment eu besoin d'une prise en charge

EG Donc ça vous avez juste un patient ? ok, et heu du coup…

D J'trouve que, nous notre travail de médecin il est assez simple, c'est plus, j'pense c'est plus j'pense le quotidien et l'aide à la famille qui est importante, parce que nous heu, on est que médecin, j'veux dire…

EG Oui comme vous dites on peut pas tout gérer ...

D Alors on prescrit, y a personne d'autre que nous pour prescrire, mais heu pas pour aller donner le sirop heu, alors que la famille elle a besoin d'accompagnement, soit pour les démarches, ou le patient lui-même …

EG Bah ça justement, c'est une des choses qu'hippocampes peut faire, les accompagnants, les orienter pour les démarches, donc ça c'est une possibilité mais ils sont peut-être pas très visibles…

D Mmmh, mais moi en tant que médecin…

EG Mais du coup qu'est ce que vous faites de toutes ces demandes qui sortent un peu de votre travail ?

D J'les envoie voir l'assistante sociale, ou la maison des handicapés, machin, voilà, faire les démarches, j'envoie à la mairie, moi j'envoie tout le monde à la mairie (rires)

EG Oui vous avez une bonne mairie apparemment, c'est un bon relais, ils informent justement, sur les démarches ?

D Non mais oui mais le service des personnes âgées, ils sont super dynamiques hein heu, 'fin moi en tout cas, chaque fois que j'ai eu souci avec effectivement une personne isolée, et ils étaient là et ils ont pris en charge justement le quotidien, et voilà ils se sont débrouillés pour trouver une maison de retraite, à 2 reprises, des personnes seules, sans famille, en général c'est l'aide-ménagère, comme ils font venir l'aide-ménagère, l'aide-ménagère elle était complétement catastrophée, parce que les gens y bougeaient plus, n'importe quoi, ils sortaient plus, donc après, vous voyez où y faut en venir, donc voilà, ça va pas s'arranger la pathologie et puis heu…

EG Mhmm, ok. Et est-ce qu'y a des situations dans lesquelles justement ou vous avez pas l'aide dont vous auriez besoin de la part de la mairie ou d'autres heu… Des situations où vous vous sentez un peu seul avec un patient et où… ?

D Bah si j'me sens seule, c'est-à-dire si c'est un patient où y'a pas de famille heu, si, j'demande si y'a une famille, sinon j'contacte la famille, et si y'a pas de famille bah j'aurais tendance à le signaler aux services des personnes âgées parce qu'ils nous demandent de signaler les personnes seules heu donc heu…

EG D'accord, ouais donc en fait c'est bien, une bonne mairie, ouais. Est-ce que vous pensez que c'est possible de repérer les personnes âgées fragiles justement qui, qui pourraient nécessiter une hospitalisation à court terme, pour essayer d'anticiper la… ?

D C'est super difficile. Moi j'trouve que les personnes âgées elles ont pleins d'habitudes, donc souvent quand on les voit chez elles, bah, quand on les voit en consultation ça dure pas très longtemps on leur pose toujours les mêmes questions donc

elles répondent comme elles veulent, elles masquent beaucoup de choses, et quand on les voit chez elles, elles sont habituées donc des fois on, on a aucune idée du vécu vraiment de la personne… Et de ses difficultés… Alors on va pas aller ouvrir au frigo, inspecter heu bon, voilà… Donc y peut y avoir un frigo vide et elle peut très bien ne pas être au courant hein

EG Oui. Et du coup on a…

D On passe à côté de…de gens comme ça heu… Moi ça m'est arrivé heu, notamment une dame ; moi j'la trouvais très bien, elle avait pas beaucoup de conversation, mais j'la trouvais très bien (rires) Et un jour sa fille me dit « Mais si elle va pas bien du tout, elle fait n'importe quoi » « Ah bon ?… » (rires) Mais, elle répondait bien aux questions, elle se plaignait de rien, elle était… Nickel ! J'ai eu aucune idée de ce qu'elle faisait chez elle, qu'elle faisait n'importe quoi heu.

EG Donc à chaque fois vous la voyiez chez elle à domicile ?

D Non ici. Mais ça s'trouve si j'avais été chez, j'aurai peut-être pas fait attention, peut-être pas, 'fin j'aurai peut-être pas vu, hein y'a des trucs qu'on voit pas hein… Parce que l'intérieur de personnes âgées c'est jamais non plus nickel heu, c'est pas heu, bon. Donc heu, y'a plein de trucs qu'ils nous cachent hein.

EG Bah oui du coup là, jusqu'à ce que ça…

D Ouais, c'est pas évident. C'est pas évident

EG D'accord. Et bah pour conclure un peu ; pour vous ça devrait être quoi le rôle du généraliste dans la prise en charge de la personne âgée dépendante ?

D Le rôle du généraliste dans la prise en charge de la personne dépendante… (rires) Alors (rires)

EG Vous avez déjà un peu répondu en fait…

D Non mais, le gros problème c'est qu'on va être de moins en moins de généralistes, donc heu, donc par exemple, moi je ne prends plus de nouveaux patients, âgés. Je suis les patients, je les suivrai, je les suis bien jusqu'à la fin, mais heu, la personne que je connais pas qui arrive avec son dossier de dix milles pages, que je vais devoir suivre et allez voir toutes les semaines, ça je n'prends pas, je peux pas, j'ai pas le temps (téléphone sonne) et les collègues c'est pareil, ça va être difficile parce que des visites on en fait de moins en moins… (Elle répond au téléphone et reprend) Donc ça a posé heu, le gros problème c'est ça, moi si j'avais plein de temps j'irais voir tout le monde, alors vraiment ça m'dérange pas du tout, mais heu j'trouve que c'est un stress supplémentaire heu, on est pas, on a pas assez de disponibilités donc heu, y faudrait heu, plus de généralistes, plus de temps, plus de heu… Moi heu… De toute façon on ne peut pas, on va pas pouvoir prendre les gens, donc on va tous les mettre en maison de retraite. C'est pas possible. On est de moins en moins et y'en a pleins qui vont partir à la retraite hein heu ici, y'en a peu qui s'installent des généralistes, donc personne ne veut voir le problème. Les gens déjà y attendent trois jours pour pouvoir avoir un rendez-vous, des fois 3 jours pour avoir une visite donc quand elle m'appelle, parce que moi les personnes âgées j'peux pas aller les voir parce qu'elle m'a appelé le jour-même hein des fois, donc heu…

EG Ouais… Et vous avez déjà eu le cas de une personne qui voulait vous avoir assez rapidement parce qu'y avait un souci et du coup ça a trainé un peu ou?

D Non, alors heu, si y'a un souci que j'considère grave, j'leur dis « Bon écoutez, vous appelez SOS médecin, vous faites le 15 ou heu, voilà mais faut voir quelqu'un tout de suite, mais moi j'pourrais pas ». Après oui heu, la dame qui a un rhume à la maison de retraite j'la fais patienter trois jours, elle est pas contente, mais au moins j'risque pas grand-chose. Ca me f'rait suer de m'précipiter le premier jour, là alors là pour un rhume !

EG Oui, oui. Oui exactement.

D Donc heu, l'idéal ce serait d'avoir un… En fait l'idéal ce serait d'avoir un interlocuteur j'trouve qui ferait ouais, qui s'occuperait de la personne, qui s'occuperait de tous ces problèmes administratifs ? Mais pas un tuteur, parce qu'y faudrait pas que ce soit un truc uniquement financier ! Parce que les tuteurs s'occupent que des sous. Donc une personne heu, comme une super aide-ménagère qui connaisse bien la personne, qui ait sa confiance, et puis qui s'occupe voilà; des rendez-vous heu, voilà. C'est un relais mais heu…bon. C'qui est gênant en fait, c'est que effectivement les gens qui sont pas du corps médical ont quelques fois pas le bon regard, c'est-à-dire que dès qu'y a un problème y vont nous appeler, et ce sera pas vraiment un problème grave, ce sera pas forcément un problème médical. Donc heu… Puis, bah des fois on peut rien hein. Moi j'vois la patiente grabataire là heu, j'y peux rien… Son mari il est désespéré, il me demande qu'est-ce que vous pouvez faire ? » « Bah nan elle parle plus, elle va pas parler hein, Non, Non, non. « Et alors elle, va pas mieux heu… » « Mais non elle va pas mieux ; elle va mourir ». Ca marche pas donc, bon. Aller en visite pour dire, des fois les gens y veulent aller mieux. 95 ans, ils veulent aller mieux. Donc heu… Vous savez c'est comme tout en médecine, y faut du personnel. C'est-à-dire que c'est vrai dans les hôpitaux aussi hein, heu une bonne prise en charge médicale, une bonne prise en charge d'une personne, c'est beaucoup de gens autour de la personne. Plus y'a du monde, mieux c'est. Voilà, donc y faut pas une personne, il en faut dix. Si y'avait plein, plein de monde, plein d'métiers différents autour de la personne, ça fonctionnerait.

Si y'a qu'un médecin, une aide-ménagère, une infirmière, ça va pas fonctionner, ça va pas fonctionner…

EG Mhm, mhm, oui

D C'est évident !

EG Et à la fois vous dites qu'il faut aussi un interlocuteur privilégié qui puisse bien connaître

D Ouais, ça serait pas mal, ce serai pas mal un interlocuteur, oui mais bon souvent la famille, c'est toujours une famille, 'fin c'est toujours une personne dans la famille qui s'en occupe, hein… Mais y faut, y faut d'l'humain, peu importe l'humain y faut de l'humain pour les personnes âgées. Y vont beaucoup mieux quand y'a quelqu'un autour d'eux, d'elles… N'importe qui mais des humains. Quelque fois y suffit d'un passage hein, pour éviter que quelqu'un tombe, un passage pour voir si la personne elle va bien, la personne elle est moins stressée elle va pas vous appeler quinze pour vous dire « j'ai ceci, j'ai cela, j'vais pas bien… », vous l'avez vu hier pour le même problème et pouvez lui dire que … et puis voilà ou j'vais mourir et il est pas mort depuis quinze ans. (rires) Si quelqu'un était passé pour dire ah Mme machin ça va heu, voilà j'reviens demain… Y a plus rien hein … Plus de plainte, alors y'en a qui sont super anxieux qui appellent tout le temps, y veulent pas aller en maison de retraite, et puis quand y sont en maison de retraite ça va beaucoup mieux, parce que effectivement y a tout le temps quelqu'un heu donc heu…

EG Ouais… Vous avez suivi des patient de ville heu, et que vous avez vu entre temps en maison de retraite ?

D Oui. Oui, oui… J'en ai suivi…

EG D'accord. Vous avez en tête un patient ?

D Plusieurs oui. Y'en a qui sont décédés depuis, mais heu quand ils sont à la maison de retraite X vers W (ville d'exercice) moi j'les suis. J'continue ouais.

EG D'accord, ouais. Et en général c'est la famille qui cherchait, 'fin qui disait « ça commence à être compliqué on va… chercher une maison de retraite» ou heu… ?

D Y'a eu les deux cas ; des gens qui voulaient aller en maison de retraite et puis des gens dont c'est la famille ou la pathologie qui les a amenés à…

EG D'accord ouais.

D Ca peut être à l'occasion de fracture du fémur, du col du fémur puis on se dit ils vont plus pouvoir rentrer, ça c'est bien, à l'occasion d'une hospitalisation et puis après hop ils reviennent plus jamais. Celui-là, c'est bon, (rires)

EG Du coup comme ça c'est l'hôpital qui trouve la…

D Voilà, et puis souvent quand ils ont chuté une fois ils vont rechuter voilà, donc heu c'est compliqué, des fois on attend qu'il se passe quelque chose comme ça on se dit, voilà, ils vont aller à l'hôpital, ils reviendront plus, tant mieux !

EG Oui quand c'était compliqué…

D Oui, donc moi j'pense qu'il faut du personnel, il faut des gens, de l'humain, c'est tout.

EG Donc là la dame grabataire qui est à la maison, avec son mari, c'est ça hein ? Ils ont quoi comme aide, comme passage ?

D Oh, ils ont 15 000 passages, leurs enfants qui se relaient, de temps en temps pour venir une quinzaine de jours, ils ont heu, au moins 2 associations avec qui, qui sont là, des passages, plus leur aide-ménagère qui fait à manger, qui donne à manger, et tout elle fait rien la dame toute seule hein,

EG Et le mari du coup, il se plaint pas d'être trop seul, il vous appelle pas tous les 4 matins ?

D Non, non, lui parce qu' il est super cortiqué, super gentil mais il a à peu près son âge, il est super épuisé, le brave homme, dépressif, heu, il fait c'qu'il peut, alors il est devenu super fort en heu, oui, là où on a pas été formé aussi c'est tout ce qui est lit médicalisé, les trucs comme ça, toutes les aides, alors moi j'y connais que dalle, donc lui il me dit faudrait ça, « ah ouais c'est super comme machine », alors y a des machines partout, des lève-personne, j'savais même pas que ça existait, c'est superbe ! Parfois on est nul en ça hein. Le matelas anti escarres et le lit médicalisé c'est tout ce qu'on connaît, lui il a tout ! tout ! Toutes les aides techniques on est nul !Donc, voilà, c'est un vrai magasin de, de…

EG Matériel médical…

D Donc moi j'remplis les trucs, mais bon, il y laisse sa santé le pauvre, il vit pas, il est complètement heu, mais apparemment c'est un M. qui était très amoureux de sa femme et la femme avait un pouvoir sur lui, enfin c'était une forte personnalité, maintenant il peut faire c'qui veut, elle dit plus rien, mais j'pense qu'il est encore sous sa coupe et voilà, il peut pas, mais enfin j'sais pas si c'est vraiment de l'amour mais bon. Donc pour lui, elle est comme avant et elle supporterait pas la maison de retraite, mais bon personne supporte la maison de retraite. Après elle est chez elle, mais bon, au prix de beaucoup de souffrances pour son mari, et elle sans doute.

EG C'est pas eux qui vous ont parlé d'Hippocampes, c'était pas cette personne-là ?

D Non non.

EG Et vous avez entendu parler de gestionnaire de cas ? Ca vous dit quelque chose ?

D Non.

EG Parce que c'est un peu, quand vous parliez tout à l'heure…

D Ah non mais ça c'est pas ça que je veux, moi je HAIS la gestion, je HAIS le mot gestionnaire !

EG (Rires) oui alors humanitaire de cas !

D Non, pas de cas !

EG Non, mais c'est justement l'idée d'une personne de référence, unique, qui gère…

D Non mais ça quand il y a de la famille y a pas besoin, pour des personnes isolée, voilà. Et puis j'sais pas si c'est très très bien parce que j'pense que pour les personnes âgées il faut qu'il y ait partage des informations quand même. Parce que, elles sont tellement vulnérables, que je pense que on pourrait avoir des abus si y avait justement comme vous dites gestionnaires de cas, une personne finalement qui aurait la main mise sur une personne en question donc heu, ça me gênerait quelque part aussi.

EG Ca vous inspirerait pas forcément confiance.

D Non, parce qu'après on a le pouvoir absolu sur la personne, le pouvoir de décider, 'fin, je sais pas. J'sais pas si on trouvera des bonnes personnes, on abuse vite des personnes âgées, quand on a …

EG Oui, vous avez eu des exemples dans votre patientèle ?

D Non, mais mêmes nous quand on décide à la place de la personne de l'envoyer en maison de retraite, c'est un abus ! on le fait pas par méchanceté, on l'fait parce que voilà on est médecin, on a de l'humanité, mais si on choisit une personne, voilà elle va sortir d'où la gestionnaire de cas ? Est-ce qu'elle aura la même humanité que nous, est ce qu'elle aura ? Comment on va former une personne, moi je…Rien que de voir les personnes justement les personnes dans les réseaux, enfin les aides à domicile, y en a des bien mais enfin y en a…elles font peur !

EG Ouais, au niveau du réseau vous avez eu heu…

D Non mais même les gens des fois ils disent hein, heu, la personne qui fait la toilette ils viennent quand ils y pensent, heu ils parlent aux gens comme si c'était des bébés…Donc heu…

EG Ouais, ok.

D Donc heu c'est compliqué.

EG Oui, quand on connait pas les gens avec qui on travaille on a pas forcément le facteur confiance.

D Y en a qui sont super gentils, super bien, bien formés, ils font attention à la personne, et y en a d'autres on se demande pourquoi ils font ça, apparemment ils parlent aux gens comme à des débiles mentaux. Ils respectent pas la pudeur, pas toujours l'hygiène non plus, donc heu, les gens qui le disent, des fois c'est quand même limite donc heu…

EG Et vous vous avez repéré un peu entre heu, vous conseillez un peu la famille en fonction des gens ou c'est plutôt la famille?

D Non parce que c'est pareil, dans chaque association y en a qui sont très bien, de personnes et puis d'autres personnes ils vont être nuls, donc y a pas de personne à éviter, Non moi j'conseille pas parce que justement j'les connais pas, à partir du moment où j'connais pas tout le personnel j'vais pas conseiller, heu, après, si ils sont tous nuls j'vais avoir l'air fine d' pas conseiller heu, donc j'dis « écoutez, ils se valent », vous essayez, à un moment y en avait une à éviter j'sais plus laquelle c'était, celle-là faut éviter à tout prix mais sinon…D'autres faut essayer et voir.

EG Ok bah j'vous remercie beaucoup en tout cas.

[Interruption de l'enregistreur puis reprise]

D J'pense que voilà à part l'orthophonie et puis les trucs comme ça et puis les hôpitaux de jour, où on leur fait faire des choses, y a qu'ça à faire quoi, une démence c'est une démence quoi, ça récupère pas, on aura beau acheter heu…Alors au début on est super motivés, même les traitements maintenant, alors ils continuent de les donner mais paraît qu'ça fait rien du tout…

EG Oui, les anticholinesterasiques…

D Ouais, alors moi c'est ce que je fais, j'en donne plus, moi j'les enlève parce que les neurologues, machin, les gériatres etc ils continuent de donner hein, toutes les études elles montrent que c'est dangereux, que ceci, moi en maison de retraite j'les ai sucrés, hein, les trucs heu, j'les essaye, enfin j'veux dire c'est pas moi qui les essaye mais quand ils sont prescrit, j'les laisse puis au bout d'un moment quand j'vois que la personne est toujours pareil, allez, 1 comprimé en moins

EG Donc ça c'est votre expérience avec les consultations de gériatrie

D Ouais, bah j'en parlais avec un médecin de la maison de retraite qui vient pareil, à la maison de retraite de V (ville), il dit exactement la même chose heu, et puis ça l'gonfle ces histoires de…Alors en fait c'qui s'passe, il m'a expliqué c'est qu'en maison de retraite heu, quand ils ont ces bilans-là, enfin ils font faire ces bilans-là, ils ont l'argent, je sais pas, protocole, et heu plus ils ont de patients Alzheimer plus ils ont une enveloppe heu voilà financière, donc ils font ça pour ça (rires) ! C'est pas pour…D'toute façon le patient Alzheimer, il restera Alzheimer !

EG Oui, du coup c'est plutôt pour le côté financier qui découle des…

D Et puis même dans l'urgence, nous effectivement on a plus besoin des neurologues et gériatres dans l'urgence quand il y a effectivement un Alzheimer qui crie, qui est agressif heu, heu machin, enfin ils ont pas non plus, des supers idées hein. Et pis y a rien qui marche rires

EG Non, y a pas de traitement miracle…

D Moi c'est là qu'j'ai besoin d'un gériatre, « Qu'est ce que j'fais ? » d'un patient Alzheimer, qu'est complètement délirant, qui frappe sa femme, qui sait plus où il est, j'lui donne quoi ? Oh bah « essayez-ci, essayez-ça » (en chuchotant :) Y a rien qui fonctionne…

EG Oui, sauf le Risperdal du M.…

D Ouais, et encore, ça l'a fait tomber après (rires) Eh ben ça lui a remis les idées en place ! Une bonne chute, (rires) c'est ce qu'on disait avec le fils « Hè! N'empêche il est tombé, eh ben il est mieux», il avait des hématomes partout, Eh ben lui, nickel ! Comme quoi, une ptite chute sur les escaliers, hop il's'relève (rires), non mais d'toute façon après, on sait qu'on va avoir que des complications,
EG Ouais, des fois les médicaments ça devient un peu compliqué après…

D Ouais, des fois j'suis un peu désespérée. Mais heu, alors est c'qu'il faut les envoyer à l'hôpital chaque fois qu'il leur arrive un truc de travers ? Ils reviennent ils ont perdu tous les neurones qui leur restent, c'est vrai c'est difficile, mais bon, moi j'avoue maintenant, avec l'expérience c'est vrai j'vais pas trop m'battre pour des gens qui d'toute façon, heu, bon, qui ont rien demandé, qui veulent pas finir dans un lit d'hôpital avec pleins d'escarres, qui ont essayé...on fait au mieux, on fait au mieux, c'est ptet pas super, effectivement ils ont ptet des pathologies qui peuvent s'aggraver mais bon…

EG Tout dépend de l'âge…

D J'crois pas que j'vais les sortir à 90 ans, et puis d'toute façon les gens ils refusent les examens,

EG Dans votre patientèle y a des sujets âgés ais en bonne forme ? Parce que vous parlez toujours du sujet âgé, de 90 ans, dément…

D Ouais parce que moi j'trouve que c'est à cet âge-là qu'ils sont pas bien, parce que quand il ont 85 ans ils sont super bien hein, j'trouve qu'ils sont pas mal, ils ont pas trop de pathologies, ils sont quand même pas mal, ouais ouais, y a vraiment le 3ème et 4 ème âge hein, y a un vraiment une phase où ils sont super bien donc voilà, dès qu'ils ont un truc de travers, alors là on les envoie chez tous les spécialistes du monde, au bout d'un moment c'est bon. Quand ils ont fait leur hypoglycémie on enlève tout le traitement du diabète, machin, « l'hypoglycémie c'est plus grave que le diabète» et hop ! C'est vrai au bout d'un moment on s'dit pourquoi j'lui donne ça, pourquoi…ça sert à quoi ? Pis j'veux dire ils comprennent plus parce que « quand même mon hémoglobine glyquée elle est super haute ! », Oui, (rires), « c'est pas grave ! » (rires) « Vous m'aviez dit qu'il fallait être à 7 » « Non non mais pas vous, vous c'est pas 7 » (rires), « 9 c'est très bien ! »

EG C'est sûr, la iatrogénie faut faire attention,

D Oui c'est ça, au bout d'un moment on s'met à tout enlever parce que…Donc si on enlève tout on peut pas tout traiter, c'est pas possible, faut faire un choix.

EG Vous avez vu une différence entre quand vous avez commencé en 97 et maintenant au niveau de la prise en charge gériatrique ou c'était déjà assez intensif à l'époque ?

D Moi j'trouve que la grosse différence c'est que on a cru qu'effectivement, voilà, les traitements de la démence ça allait être génial et que, voilà, ils seraient plus déments les gens. Moi, quand j'ai commencé c'était plutôt heu voilà on savait enfin dépister la démence, c'était le début, enfin le début…Non, on commençait à faire les MMS, machin, enfin heu c'était vraiment on arrivait à dépister les démences. Maintenant y en a tellement, qu'on a même plus envie de les dépister parce que ça nous fout l'mouron, et puis on a rien à leur proposer alors l'problème c'est qu'c'était l'début, alors on découvrait des démences, on les mettait sous traitement, c'était bien, on les dépistait tôt, parce que comme ça on pouvait les traiter…Maintenant j'peux plus tenir ce discours « C'est bien, on a dépisté vot' démence ! Ah bah non c'est pas bien, j'ai plus rien à vous donner. Vous allez finir complètement dément dans 15 ans et pis j'ai rien » (soupirs) Donc heu, ça sert à quoi de les dépister, quelque part ?

EG Oui si ça change rien…

D On a rien à proposer hein ! Quelqu'un qui est bien, vous allez pas l'envoyer en hôpital de jour à faire des additions à 2 chiffres alors qu'il travaillait

au CNRS ou machin ! (rires). Vous avez rien, y a rien ! C'est génial de dire à quelqu'un bah, « vous avez le début d'une démence »
D Parce qu'en fait moi, je, j'…j'ai vu une dame l'autre jour elle avait une leucoaraïose donc j'ai expliqué vaguement, qu'c'était voilà vasculaire, ben j'crois qu'elle a pas bien compris parce qu'elle se voit démente, chaque fois va falloir qu'j'lui dise « non non vous inquiétez pas »

EG « J'commence à perdre la tête Dr, ça y'est ! »

D Oui donc maintenant elle voulait pas prendre ses médicaments pour le cholestérol, pour qu'ça disparaisse ah bah maintenant elle le prend hein ! Du coup elle croyait qu'elle allait finir démente, et tout ! La pauvre…C'est vrai, après il faut toujours s'demander à quoi ça sert, si on fait les choses et qu'ça sert à rien heu, c'est vrai des fois on voit les spécialistes qui s'démènent mais heu, si ça change rien pour la patiente à part lui fout' le mouron pour les 10 années qui lui restent ou 20 années heu. Donc c'est vrai que moi ça a un peu changé parce que maintenant on est un peu revenu sur tout par rapport à la démence donc on attend des nouveaux traitements, des nouvelles prises en charge, mais en attendant on a rien, on a rien.

EG Ouais, les hôpitaux de jour, donc c'est pas, vous avez pas de patients qui correspondent…

D Si si j'en ai, moi j'travaille avec l'hôpital gériatrique, j'les envoie et voilà heu, ils aiment bien les réanimer, moi j'fais ?? (rires) non c'est bien quand ils sont jeunes parce que si ils sont jeunes on contrôle bien les facteurs de risque, c'est tout. Après heu…

EG Ils font des évaluations et des activités c'est ça ?

D Ouais ouais ils font tout, ils font des évaluations, après pendant 1 an ils font des activités après au bout d'1 an ils cherchent si y a pas un hôpital de jour près heu, une structure plus près pour continuer. Non, ils sont très bien, ils sont très bien l'hôpital gériatrique. Voilà.
EG Bon bah super, du coup j'avais relancé.

46 minutes

Entretien 5

EG Alors, est ce que vous pouvez me raconter pour commencer, comment vous travaillez heu, depuis quand vous êtes installée…

D Alors, j'suis installée depuis octobre 2012, on travaille dans un cabinet de groupe, où on est 5 MG et moi je partage mon bureau avec une consoeur, Dr …avec qui on se partage nos consultations, une le matin l'autre l'après-midi, pendant qu'une consoeur est au cabinet on en profite pour faire les visites sauf que ma consoeur en plus du cabinet et des visites elle travaille en PMI et en crèche donc elle a un peu moins de temps que moi pour faire des visites

EG Donc vous en faites plus qu'elle au final

D Oui on s'les ai réparties, j'en fais un ptit peu plus, ou y en a certaines qu'on fait à 2, c'est à dire qu'il y a des visites qui demandent des passages réguliers qu'on peut pas assumer tout seuls, des patients qu'il faut qu'on voie tous les 15 jours par exemple ou toutes les semaines, on s'les partage c'est à dire qu'on va en visite une semaine sur 2, on a fait ça pour certains patients qu'étaient très, très sollicitants, voilà.

EG Et, y a une secrétaire au cabinet ?

D 2, sur place.

EG Et au niveau de la patientèle, y a beaucoup de personnes âgées ?

D Y a de tout, du nouveau-né à 99ans, le plus âgé. Alors nous on a repris, on a pris une succession donc y a beaucoup de plus de 50 ans, j'dirais qu'il y a ptet 1/3 d'enfants et de jeunes adultes jusqu'à 50 ans, et 2/3 de plus de 50 ans, dont heu des très très âgés, des plus de 80 ans on a en a beaucoup, enfin beaucoup, ça m'paraît beaucoup, enfin j'sais pas quel pourcentage hein heu, des plus de 80 ans on peut en avoir 10% hein…

EG Ah oui, et alors avec qui vous collaborez de manière générale pour la prise en charge de vos personnes âgées dépendantes?

D Celles qui sont à domicile ? Alors celles qui sont à domicile, soit, alors jusqu'à présent notre confrère collaborait avec personne. Donc il les suivait seul avec de temps en temps des consultations chez le spécialiste mais assez peu. Donc nous depuis octobre nous on essaie de mettre en place des réseaux, pour certains patients, heu donc en ont pas forcément besoin. Mais heu, y en a certains qui en ont vraiment besoin, donc on a fait appel à X (*réseau de soins palliatifs)* on a fait appel à Z (autre *réseau de soins palliatifs)* parce que nous on a la particularité d'être entre les 2, la moitié de nos communes est chez X la moitié de notre commune est chez Z. Donc là moi récemment j'ai fait appel à Hippocampes heu sans ça, on fonctionne avec des spécialistes hospitaliers ou libéraux heu en cas de besoin mais assez peu parce que les patients sont très difficiles à emmener chez le spécialiste.

EG C'est la mentalité ?

D Mentalité surtout oui j'pense, ils ont pas envie, ils sont très réticents, alors pour aller chez l'dentiste par exemple ça leur pose pas de problème mais aller chez le cardiologue faut vraiment qu'ils comprennent l'intérêt d'aller chez le cardiologue,

la moitié nous disent, « de toute façon moi j'suis vieux, il va rien faire pour moi » donc globalement « laissez moi tranquille » alors que nous on leur explique qu'on peut pas tout faire, mais j'pense que c'est un discours assez nouveau par rapport à notre confrère qu'on a remplacé qui faisait pas mal de trucs tout seul. Globalement.

EG Ok, qu'est-ce qui vous semble difficile dans la prise en charge des PA ou dans leur maintien à domicile ?

D Qu'est ce qui me semble difficile…Alors la difficulté c'est pas obligatoirement alors la mise en place des aides ménagères ça en général heu c'est fait assez facilement, tout ce qui est aide à l'entretien du domicile, ça pose pas trop de problème, parce qu'ils le font eux-mêmes. Ils voient qu'ils fatiguent un petit peu pour faire les courses, le ménage. Par contre c'qui est compliqué c'est les fonctions supérieures. C'est à dire que tant qu'ils arrivent à gérer au niveau des fonctions supérieures on peut mettre en place les aides avec les infirmières, les auxiliaires de vie, ça pose pas de gros problème, même si y a des problèmes avec des malaises etc on met en place la télé-alarme ou on s'arrange pour que l'infirmière, l'aide-ménagère, tout le monde passe au moins une fois. Même quand il y a peu de famille, tant que les fonctions supérieures sont intactes, on y arrive. Le problème c'est quand les fonctions supérieures commencent à se dégrader, et là c'est compliqué. Déjà parce que eux se rendent pas compte, c'est plutôt nous qui nous en rendons compte, parce qu'on se rend compte qu'il y a des ordonnances qui sont mal faites, qui sont mal prises et puis avec les fonctions supérieures c'est le fait qu'ils veuillent pas aller chez le spécialiste. Déjà ces 2 choses-là sont compliquées. D'abord les pertes des fonctions supérieures qui fait que les ordonnances se perdent, les, les… même l'entourage, alors quand y en a, l'entourage peut aider à pallier un petit peu, quand y a pas d'entourage là c'est la catastrophe, quand y a pas d'aidant, quand y a pas de fils, de neveu de quoi que ce soit, là on a un couple qui pose souci parce que justement ils sont fâchés avec leur fils, et donc là s'ils sont fâchés avec leur fils et qu'ils peuvent plus conduire, qu'y a pas d'voisin quelque chose comme ça, et qu'ils acceptent pas d'être aidés, là c'est très compliqué.

EG Là ils acceptent pas, c'est pas qu'il y a pas assez d'aides ou que…

D Ben des fois les choses se dégradent rapidement, sans qu'ils le veuillent donc même le fait de le dire voilà y a une grosse dégradation des fonctions supérieures, faut faire un IRM pour voir si y a pas eu un petit AVC, moi j'y arrive pas. J'y arrive pas parce qu'ils comprennent pas et puis ils y arrivent plus, parce que prendre la voiture, le taxi, pour aller passer l'IRM c'est impossible, et moi j'ai pas le temps de prendre le, et quand bien même je prendrais le RDV heu, j'suis pas sûre qu'ils y aillent…

EG Même les bons de transports, ils vont pas forcément appeler l'ambulance

D Et les bons de transports on a droit que pour les patients qui sont à 100%, les patients qui sont pas à 100% ont pas de bons de transports, c'est pas pris en charge par la sécu. Donc vous avez une personnes qui allait bien jusque-là, qui avait une à part une petite hypertension, d'un coup les fonctions supérieures se dégradent, y a pas de fille qui appeler, des fois ils acceptent pas de donner le numéro de téléphone de la fille, ils veulent pas déranger et là on peut, on est bloqués parce que même leur dire prenez RDV à tel endroit, on va prendre RDV pour eux, pour faire un dépistage mémoire, ils vont dire -« Ah mais j'conduis plus » -« appelez quelqu'un pour vous emmener » -« Ah mais j'veux pas déranger, et puis j'vois personne et puis de toute façon j'vois pas pourquoi j'irais, ça sert à rien » -« Ah bah si parce que la mémoire ça va plus » -« Mais si, mais si, mais si la mémoire ça va très bien ! » Et là ça pose souci parce qu'il peut se passer tout et n'importe quoi.

EG Y a quelques patients qui ont accepté de passer une consultation mémoire ?

D On y arrive mais rarement seul, c'est-à-dire que y en a une où on a réussi parce que c'est la voisine qui s'est inquiétée, la voisine qui a dit « Non là c'est plus possible faut faire quelque chose », et qui l'a amenée en consultation mémoire. Et une fois que le gériatre a vu qu'il y avait effectivement un début de maladie d'Alzheimer, ils ont réussi à appeler, le fils, la fille, qui ont constaté que… et de toute façon au quotidien c'est la voisine qui gère, c'est pas les enfants.

EG Et cette personne là elle peut rester quand même à la maison ?

D Elle est à la maison oui, parce que c'est un Alzheimer débutant, assez léger, et c'est la voisine qui gère en fait, c'est la voisine.

EG Ok, pas d'aides jusqu'à présent…

D Bon la voisine et puis une aide-ménagère, enfin c'est organisé pour qu'il y ait quelqu'un qui passe, donc la télé-alarme et le voisine. Et les enfants sont au courant mais pour l'instant pas grand-chose. Enfin c'était tout débutant et la voisine a assez bien réagi pour le coup, mais y en a tout un tas que on voit être très précaire et pour lesquels on peut rien, y a même un patient avec qui j'me suis fâchée et il est parti. Parce que j'lui ai dit que là y avait, qu'il se perturbait au niveau de ses traitements, il avait un problème somatique assez sévère, parce que quand les 2 se conjuguent c'est pas bon non plus. Il venait encore au cabinet et j'lui ai dit « Fait faire quelque chose là, j'peux pas vous laisser ni ne pas vous

occuper de votre santé ni heu… » alors il s'est fâché il est jamais revenu. Donc heu, est ce qu'il a été pris en charge par un autre médecin je sais pas.

EG Et heu est ce que vous avez l'impression que vous pouvez peser sur le cours des choses, le maintien à domicile et est ce que vous vous sentez la légitimité pour le faire ?

D De peser sur les choses ?

EG Ouais, d'entrer dans la discussion heu…

D Alors est ce qu'on peut peser oui en ce sens que y a certaines pathologies qui demandent d'être très présents, par exemple de passer très souvent au cabinet, heu au domicile du patient, et heu si on est pas suffisamment disponibles pour y aller on est obligés d'hospitaliser ou de mettre en institution, on a une patiente comme ça qui a une insuffisance cardiaque très sévère, qui peut faire des poussées un peu tout le temps, et heu on peut rien faire, c'est un RAC serré donc y a plus de traitement possible et heu on arrive pas à gérer les poussées de dyspnée par exemple, d'insuffisance cardiaque, elle voudrait rester à domicile sauf que il faudrait qu'on passe heu 2, 3 fois par semaine quasiment, pour gérer le lasilix, pour augmenter diminuer, mettre l'aérosol, l'oxygène et ça on peut pas, on peut pas et on a l'HAD a été refusée.

EG Ah bon ?

D Ouais, y avait pas les critères pour l'HAD. Donc cette dame là pour l'instant elle est hospitalisée, elle aimerait revenir à domicile mais on sait pas si on va y arriver, si on acceptait de passer 3 fois par semaine et de faire nous en fait une sorte d'HAD, elle pourrait rester à domicile cette dame. Si on passait le samedi, le dimanche, et puis nos infirmières, aussi, ça dépend aussi des infirmières, c'est-à-dire si les infirmières sont disponibles pour passer très régulièrement à domicile et gérer pas mal de choses c'est faisable, si les infirmières sont surchargées, c'est pas faisable. Donc est ce qu'on est légitimes, bah, dans le sens où c'est quand même notre heu, c'est, c'est, y a certains moments où on a l'impression qu'effectivement les gens sont trop précaires pour rester à la maison, mon ptit couple sans famille dont M et Mme ont les fonctions supérieures qui commencent à se dégrader fortement, je sais pas si on va pouvoir y arriver, mais c'est effectivement moi qui ai dit, là faut qu'on change les choses vous pouvez pas, c'est pas possible, lui il fait de l'insuline, si il s'trompe dans son insuline on fait comment ?

EG Et l'infirmière pour l'instant ne passe pas ?

D Elle veut bien, sauf qu'il fait son insuline avant qu'elle passe ! qu'est-ce qu'on fait ? on confisque les stylos à insuline ? Il va en acheter à la pharmacie, c'est compliqué,

EG Oui, faudrait que l'infirmière garde la…

D Faudrait que l'infirmière garde l'insuline sauf que pour l'instant on a pas réussi, on lui a pris le stylo il a été s'en racheter un hein, il s'fait son insuline tout seul.

EG D'accord, ouais. Et l'autre dame qui est à l'hôpital, est ce qu'il y a une demande de maison qui est en cours ou c'est pas encore heu…

D C'est en discussion avec la famille, pour l'instant on sait pas, y a un moment ou elle dit qu'elle voudrait aller en maison, y a un moment où elle veut pas, c'est encore ambigu. Mais heu est ce qu'on est légitimes en ce sens que quand on a l'impression qu'ils sont en danger à la maison, quand on arrive pas à mettre en place les choses, je pense que c'est quand même notre rôle d'alerter.
EG Ouais. Et en général qui est ce qui initie la réflexion, est ce que c'est vous ?

D Ca dépend, ça peut être une voisine, la famille, ça peut être nous, ça peut être l'infirmière, peut être l'aide à domicile, ça dépend.

EG La famille du patient, en général c'est une aide ou un obstacle ?

D Ca dépend des familles, en général une aide, la plupart du temps, la plupart du temps c'est une aide et heu certaines fois ça peut être un obstacle parce que nous on voit bien le patient géré à domicile sauf que la famille est contre. Donc parfois, c'est en général une aide mais ça arrive parfois, le cas d'mon monsieur de 99 ans, il a qu'un neveu et le neveu refuse, si le neveu refuse, pour l'instant heu on est en conflit, c'est à dire que le M. veut rester à domicile, moi j'dis qu'c'est faisable, l'aide-ménagère pas trop et l'neveu est carrément contre donc là pour l'instant on est dans l'impasse. C'est un no man's land.

EG Ouais, d'accord. Qu'est ce qui vous semble important dans l'évaluation gériatrique ?

D C'est-à-dire, Dans le calcul du GIR ou dans le, quand on fait des consultations mémoire ?

EG Qu'est ce que vous utilisez comme tests en routine et comment vous évaluez l'autonomie de vos patients ?

D Est-ce que j'ai des échelles heu, des cotations des choses comme ça ? En dehors du MMS honnêtement non. Y a le GIR, on fait le GIR quand on fait les demandes à domicile, mais ça non, moi j'ai pas été formée particulièrement là-dessus, c'est quelque chose d'assez nouveau pour moi, la personne âgée à domicile, et donc j'suis assez démunie. A part le MMS et encore des fois j'trouve que c'est très partiel, la plupart du temps les patients ils nous regardent avec des grands yeux en disant, « pourquoi vous m'demandez la date du

jour ? » Quand bien même ils s'tromperaient hein ! Ca, ça sort, dans la consultation de médecine générale on fait rarement des échelles, des évaluations en dehors de l'Epworth ou heu les, les, les choses pour heu la substitution nicotinique on fait rarement des échelles, ils ont pas l'habitude de ça, ils ont l'impression qu'on leur fait des questionnaires quand on est pas dans la consultation simple. Et heu ils sont très réticents, donc j'ai pas grand-chose, à part le bon sens. C'est peut-être un peu limite le bon sens des fois.

EG Et comment interviennent le temps et l'argent dans la prise en charge heu justement ?

D Ah bah ça c'est compliqué hein. Bah pour l'instant comme on est jeune et qu'on démarre on se pose pas trop de questions mais ça dure environ 1 h et effectivement la consultation à 33 euros pour 1 heure heu, c'est un peu limite. Heu… donc heu bah on fait avec mais c'est pas très satisfaisant, on passe quand même 1 heure,

EG En visite ?

D En visite. Enfin, le temps du trajet, d'être sur place, et de repartir, les personnes âgées c'est une heure hein. J'arrive pas à faire moins hein. Mais bon c'est vrai que 33 euros c'est triste mais c'est comme ça !

EG Et donc heu concrètement comment intervenez-vous dans la décision de MAD ou d'hospitalisation ? Est-ce que vous faites des consultations dédiées ?

D Bah là avec les réseaux X et Z on a des consultations dédiées qui sont en général bien, assez efficaces, ça nous a décoincé 2-3 situations Y en a une que ça a pas décoincé parce que heu on a pas réussi, la patiente qui est en insuffisance cardiaque, X a pas réussi à nous aider là-dessus. Hem, en général les consultations qu'on fait avec le réseau, les réseaux de soins palliatifs elles sont assez efficaces j'trouve. Elles sont pas plus longues quasiment que celles qu'on fait quand on y va, ça dure un peu plus d'1 heure, heu elles sont rémunérées par les réseau, ça fait pas d'mal, c'est pas, j'dis pas, c'est pas ça qu'est motivant mais c'est un plus parce qu'on passe du temps et on s'dit que pour une fois c'est payé, mais c'est bien parce que on peut réfléchir à plusieurs et en général on trouve plus de solutions, après, y a heu, enfin après on déclenche l'assistante sociale mais en fonction des, des … communes elles sont plus ou moins efficaces.

EG Ah oui, et donc c'est sectorisé.

D C'est l'assistante sociale du secteur qui organise la prise en charge, y en a avec qui ça s'passe très bien, y en a avec qui c'est l'horreur, s'passe rien, on sait pas pourquoi. C'est comme ça.

EG Ok, et heu, comment vous mettez en place les aides ?

D Ben quand y a une famille c'est la famille donc on essaie de joindre la famille, quand y a déjà un peu d'aides en place, on dit à la personne qu'il faut augmenter les aides et on prescrit ensemble, sinon c'est nous qui faisons venir l'infirmière quand y a besoin d'une infirmière, et on les connaît bien donc on leur passe un coup de fil et on dit voilà va falloir passer chez Mme Machin heu à partir de maintenant, donc ça elles sont assez réactives, c'est nous qui nous en occupons quoi, pour la moitié du temps, et ça ça prend du temps, et ça c'est pas payé (rires)

EG Et concernant les aides financières, les aides techniques, les aides financières est ce que heu, enfin les aides financières par exemple c'est vous qui vous chargez de remplir les dossiers heu

D Ben les dossiers APA c'est nous qui les remplissons hein, il faut qu'on calcule le GIR donc heu ils nous l'apportent et puis on le fait, après les aides techniques heu…

EG Par exemple les lits médicalisés heu

D Ouais bah c'est nous qui faisons tout ça, après moi j'm'y connais pas trop ça donc c'est un peu compliqué, mais heu oui le matelas anti escarre machin, le lit médicalisé, euh ouais, enfin l'infirmière en général nous le dit quand elle a besoin heu et puis nous on met en place quand on le voit, parfois c'est mis en place aux sorties d'hospitalisation aussi parfois

EG Et dans l'ensemble de vos activités actuelles autour du maintien à domicile de la PAD, y a-t-il des choses que vous pourriez déléguer à du personnel paramédical, dans une autre organisation de votre cabinet, idéale ?

D Ah bah ouais, ah bah oui idéalement hm, idéalement on pourrait faire passer pour le GIR par exemple, c'est-à-dire qu'on a une personne à domicile et puis nous en passant rapidement on se rend compte que le ménage est pas fait heu, que les ordonnances sont pas bien installées, que le traitement est mal pris, si on pouvait téléphoner à quelqu'un en disant heu à priori y a pas suffisamment d'aides, elle est d'accord pour que vous passiez, j'crois qu'il y a des réseaux qui font ça, ils viennent, ils adaptent le domicile, ils changent la baignoire, ils mettent des accroche-mains, j'pense que ça marche avec l'APA ça, il me semble, on peut demander que quelqu'un vienne, une ergothérapeute vienne au domicile pour organiser les choses.

EG Donc ça pour l'instant vous avez pas d'adresses, heu ?

D J'ai pas vu faire encore, mais il me semble que l'APA ils le font, mais j'l'ai pas vu réaliser encore. Et puis si quelqu'un venait aussi de l'extérieur pour savoir heu je sais pas moi, combien de temps il faut l'aide-ménagère, j'en ai aucune idée moi si il faut 2 fois 2 heures, 1 fois 3 heures, heu moi c'que j'peux dire c'est si j'veux une présence quotidienne ou pas mais si quelqu'un v'nait pour prendre le temps de le faire moi ça m'arrangerait parce que ça me fait perdre un temps fou.

EG Ok, et heu alors à propos de… Comment est ce que vous décririez vos relations avec l'hôpital ? Est ce que vous avez des difficultés quand vous voulez hospitaliser un patient?

(intervention de la collègue qui mange à côté, l'air étonné « non non ! » rires)

D Si ! Heu oui beaucoup. Beaucoup pourquoi ? Parce que...parce qu'ils veulent pas les garder suffisamment à notre sens. C'est-à-dire qu'il faut pas les garder trop, d'accord. Mais heu y a des limites quoi, parce que si on l'envoie pour une dyspnée faut pas nous l'renvoyer dans les 12 heures, parce que si on l'a envoyé c'est que il tenait pas à la maison, donc heu oui c'est compliqué parce que on les envoie heu, alors on essaye, on essaye de faire des hospitalisations en direct parce que les urgences pour les personnes âgées c'est, c'est assez traumatisant. Donc on essaye d'avoir des hospitalisations en direct, heu on y arrive heu pas toujours, et puis maintenant on s'tourne de plus en plus vers les hôpitaux gériatriques directement, parce que au moins eux ils prennent tout en charge c'est à dire que si on hospitalise par exemple nos patients en cardio ils vont les garder heu 2 jours, ils nous le renvoient, rien n'est stabilisé, alors que au moins on les envoie en gériatrie, ils vont rester peut être une semaine mais quand ils reviennent ils tiennent sur pied alors qu'en cardio ils reviennent ils tiennent pas sur pied. J'ai vu des patients revenir heu ils avaient une sat à 88% en air ambiant hein. Pas d'oxygène, rien, bah oui mais elle avait 88 ans la dame, donc heu, prt ! aucun intérêt ! Donc ils avaient pas poussé les explorations sous prétexte que les gens étaient âgés, ou sous prétexte que les gens sont déments, ils font rien et ils renvoient à domicile heu le paquet. Sauf que y a rien de géré derrière, et ça c'est compliqué. Alors du coup on s'tourne de plus en plus vers les hôpitaux gériatriques alors qui pour le coup peuvent pas nous les prendre en urgence, mais avec qui on peut organiser des hospitalisations à 24-48h, parfois un peu plus, mais dans ce cas-là nous on tient le coup jusqu'à ce qu'on ait des lits de libres, après on les envoie, on explique la problématique et là ils gèrent du début à la fin la problématique, et ils les renvoient après nous avoir appelé pour dire qu'ils allaient nous le renvoyer donc nous on s'organise, c'est à dire que si ils nous le renvoient un vendredi soir c'est compliqué, avec eux on peut demander qu'ils nous l'envoient le lundi, parce que un patient qui rentre le vendredi soir nous on peut rien faire, y a le WE derrière alors que si il retourne à domicile le lundi on a au moins le temps d'atterrir. Donc heu alors là on a essayé de relancer le réseau avec un autre hôpital qui les traitait un peu rapidement avec qui on a essayé d'expliquer la problématique et qui vont essayer de faire les choses au mieux.

EG D'accord, par quel biais vous dites le réseau heu…

D Eh ben non simplement, de personne a personne on a rencontré un médecin de l'hôpital qui nous a dit avec qui on discutait à qui on a dit nos difficultés, il a dit ben faudra ptet qu'on en discute de manière plus approfondie, on a déjeuné à l'hôpital et on a pu en discuter de manière plus simple

EG D'accord. Et les hôpitaux gériatriques de la région avec lesquels vous travaillez ? Plus volontairement ?

D On travaille pas mal avec Y; nos urgences de secteur c'est W (hôpital général), c'est pas top, pas top. V (autre hôpital général) c'est pas trop le secteur, mais c'est pas top non plus donc heu... On essaie de travailler un peu avec K, qui a un bon service de cancéro et palliatif, qui a pas mal de soins de suite mais bon c'est pas encore ça, mais c'est avec K qu'on essaie de développer un peu le réseau, on va voir si ça se passe bien.

EG Ok ouais, et, euh est-ce que vous avez déjà envoyé un patient aux urgences pour maintien à domicile impossible, c'est une situation que vous avez vécue ?

D Euh, une fois. Une fois un patient Alzheimer qui était devenu violent et qu'on arrivait plus à calmer ; mais il avait déjà été hospitalisé en unité de gériatrie aigüe, et c'est la, la femme qui avait insisté pour le reprendre à domicile contre l'avis des soignants. Les soignants qui disaient qu'il était très agité, que ça allait être trop compliqué donc elle a pas réussi, il est repassé par les urgences pour retourner en institution.

EG Parce qu'il y avait pas la possibilité de place en direct ?

D Oui, on n'a pas pu le mettre en direct parce qu'il n'y avait pas de place, sinon ils l'auraient pris en direct l'hôpital gériatrique mais y avait pas de place en direct donc il a fallu qu'il passe par les urgences et puis on avait des doutes quand même sur un globe parce qu'il n'arrivait pas à uriner, donc ça valait le coup qu'il passe quand même par les urgences pour éliminer le globe. Bon une fois.

EG Ok, alors comment avez-vous entendu parler du réseau Hippocampes ?

D Par une de mes amies qui est médecin en maison de retraite et qui m'a parlé du réseau Hippocampes

parce que je lui ai raconté mes difficultés avec mes petits papis, mamis et donc elle m'a dit y a pas mal de formations du réseau hippocampes donc essaye, et donc on est allées à une formation et pendant la formation on a rencontré l'infirmière je crois qui nous a dit qu'elle pourrait peut-être nous aider pour certains patients, mais bon ça date heu du mois de décembre, là on est au mois de mars et on a pas encore réussi à mettre en place les choses.
EG Parce que vous avez fait une demande pour une…

D Parce que il a fallu déjà que je réfléchisse quelle était la personne la plus apte, parce que je pouvais pas non plus inclure tous les patients qui posaient problèmes dans le réseau, et puis y a des patients qui veulent pas, j'ai un patient comme ça qui est géré par sa femme et sa femme ne veut pas plus d'aides, alors qu'à mon avis ça va vite mal se passer, mas que là elle veut as, et puis là j'ai trouvé donc trouvé mon petit couple mais bon le temps que le réseau se mette en branle, euh il faut attendre deux, trois mois avant qu'ils puissent passer au domicile donc heu les délais sont longs pour les RDV donc moi j'les ai contacté bien le mois de février et ça va être fin avril. C'est vrai qu'c'est un peu long.

EG D'accord ; est-ce qu'il y a d'autres situations dans lesquelles vous avez fait appel au réseau ?

D Au réseau Hippocampes ou… ?

EG Ouais, au réseau Hippocampes.

D Pour des conseils, euh, il me semble que j'ai déjà appelé une fois pour des conseils, euh, quand je connaissais pas encore bien les, les services d'aide à la personne, les choses comme ça, euh.

EG D'accord, ça a été heu… ça a porté du fruit, ça a été intéressant ou?

D Oui, oui mais bon, c'est pas facile parce qu'ils sont pas disponibles à l'heure du déjeuner donc heu, comme c'est que le matin pendant les consultations, ou heu l'après-midi, et qu'à midi ils ne sont pas dispos, des fois ça limite un petit peu l'accès.

EG Ouais, Ok, et euh, est-ce que vous avez l'impression qu'ils apportent quelque chose au patient ?

D Oui euh, moi pour l'instant j'ai pas vu, moi ils m'ont dit quand même, ce qu'ils m'ont apporté quand même, au patient je ne sais pas encore, on va voir, à la famille en tout cas, ils ont réussi à rentrer en contact avec un fils avec qui j'arrivais pas à rentrer en contact, qui a accepté de venir à une réunion de concertation qu'on va faire ensemble, ce qui est déjà pas mal, ce qui est même bien, donc ça, ça a déjà apporté quelque chose de ce côté-là, c'est-à-dire, de faire prendre conscience au fils que les parents n'allaient plus.

EG Oui

D Maintenant heu au patient, je ne sais pas encore, on va voir…

EG Oui, ok et euh, de ce que vous connaissez du réseau, à priori, qu'est-ce que, enfin vous pensez, le service rendu il est comment, et quelles améliorations éventuellement on pourrait apporter ?

D Ben, le service du réseau pour l'instant c'est pas mal, pour la coordination avec la famille surtout, quand nous on n'a pas le temps de tout lier, donc ça fait un liant, heu, c'qu'ils pourraient améliorer, je pense, c'est faire encore plus de choses à domicile, c'est-à-dire que là pour mes patients j'avais demandé une consultation-mémoire à domicile, ça ils m'ont dit que c'était pas possible. Ce serait pas mal, enfin, je sais pas, des consultations-mémoire, à mon sens, c'est vraiment des évaluations, des tests, mais j'pense que ça serait faisable à domicile de faire des consultations mémoire. Après, je ne sais pas très bien, il faudrait voir, ils pourraient nous aider à voir si le maintien à domicile est faisable ou pas, quoi, moi j'ai pas une grande expérience du maintien à domicile. Parfois c'est une aide extérieure qui me dit : Bon, voilà, c'est ce qui a aidé avec les soins palliatifs par exemple, donc moi, j'ai une patiente pour le maintien à domicile on m'a dit : « Attends d'toute façon on pourra pas la maintenir à domicile, on pourra pas faire la fin de vie à domicile, il y a pas assez d'aidants, y a pas assez de famille » [interruption] Qu'est ce que j'disais moi ?

EG Heu, on en était où ? Par rapport aux soins palliatifs vous m'disiez.

D Oui donc ils m'disaient on fera pas la fin de vie à domicile. Donc c'est bien la patiente déjà, elle l'a entendu. Elle était heu « je quitterai pas mon lit ! ». Sauf que elle a pas d'enfants elle a qu'un fils, elle a que deux fils avec qui elle est fâchée, donc la nièce qui est la seule à être sur place j'pense qu'elle va pas la veiller plus que ça quand les choses se compliqueront. Donc ça a été bien de savoir que, et la patiente qu'elle comprenne que, ou alors faut qu'elle relance ses fils ou voilà mais qu'il est probable que, qu'on puisse pas l'accompagner jusqu'au bout à domicile, et donc donner directement le… la sortie vers un service de palliatif.
Donc ça, ça c'est utile, c'est d'avoir le regard extérieur d'expérience, parce qu'on a pas toujours l'expérience, on a pas, on fait pas que ça nous du maintien à domicile, on fait du nourrisson, du, de l'infarctus, enfin on fait tout, et euh c'est spécialis… c'est un recours à un spécialiste comme à un autre, on a besoin parfois d'une consultation cardio et comme on a parfois besoin d'une consultation maintien à domicile, tout simplement.

Qu'est ce qu'on peut rajouter, qu'est ce qu'on peut enlever, heu je sais pas…le lit médicalisé, le déambulateur, on y pense pas toujours hein, on n'est pas toujours, on a pas toujours le temps d'faire le tour du domicile, pour s'rendre compte euh s'il faut une rampe supplémentaire pour descendre l'escalier, ou que, comment on va faire pour les courses, euh le portage des repas, enfin bon tous ces trucs-là, nous on s'occupe du somatique, on peut pas s'occuper de tout, parfois c'est les assistantes sociales qui vont le faire, parfois non, parfois c'est la famille, euh, et quand on a ni une assistante sociale compétente ni de la famille ou je n'sais quoi on va pas se substituer à eux et là ils peuvent avoir un apport j'pense. Ou des fois juste pour une psychologue, pour aider les aidants, une psychologue ça peut être utile, là pour la, la dame qui veut pas d'aides supplémentaires, ne serait-ce qu'une psychologue qui passe pour discuter avec elle pourquoi elle refuse les aides, moi ça m'aiderait, puisqu'elle veut pas aller vers les gens parfois d'aller vers eux, parfois c'est une aide .

EG Oui, ça à priori Hippocampes ils ont après il faut ptet qu'ils soient intégrés…

D Le problème c'est la longueur, le problème c'est le temps, c'est-à-dire le patient il a besoin maintenant d'une psychologue, pas dans trois mois.

EG Oui, oui, mmh, ok, euh vous pensez que c'est possible de repérer les personnes âgées fragiles qui auront besoin d'une hospitalisation à court terme pour essayer d'organiser au mieux et d'éviter les situations de crise ?

D Oui, on le voit, mais souvent c'est eux-mêmes qui veulent pas le voir, nous on le voit, mais eux non; d'ailleurs on essaie souvent d'anticiper les choses mais ils veulent pas. Ils sont pas prêts à entendre. C'est plutôt même les patients qui nous pousseraient dans nos derniers retranchements à faire les trucs au dernier moment. Les maintiens, là le maintien, le seul maintien à domicile qu'on n'a pas réussi à faire, qu'on a dû faire passer par les urgences, c'est parce que la famille voulait pas anticiper les choses. Ils veulent pas entendre souvent.

EG Oui, ok et tout à l'heure vous parliez de formation, qu'on est peut-être pas assez formés, vous parliez des aides techniques est-ce que vous pensez que…
D Euh, ils font des formations par Hippocampe qui sont pas mal, on a été à une formation l'autre fois c'était pas mal, par le réseau ils ont l'expérience qu'on n'a pas nous, ils voient tellement de cas différents que oui, quand même les formations par les réseaux ça aide, ils sont spécialisés dans le maintien à domicile, la dernière fois on a été à une formation, c'était sur les modes de transport, comment adapter le véhicule, heu, des choses comme ça c'était intéressant, toutes les manières d'adapter un véhicule pour les patients qui deviennent dépendants, c'était intéressant. Donc ouais, c'est un apport.

EG Ok, et eu pour conclure un peu pour vous ça devrait être quoi la place du généraliste dans la prise en charge de la personne âgée dépendante ?

D J'dirais que heu ça s'rait bien qu'nous on puisse rester sur le somatique ; et qu'on ait pas à s'occuper heu de tout le social, c'est à dire qu'on puisse être par exemple un déclencheur, c'est-à-dire on va, nous on y va au domicile des patients ou on les voit en consultation. Et en consultation aussi bien qu'au domicile on voit quand les choses ne vont plus, quand ils sont trop fatigués quand les fonctions supérieures se dégradent quand y a plus assez d'aides, quand y a un enfant qui aidait qui est parti quand ils dépriment. Ils peuvent avoir beaucoup de dépression et ils gèrent plus. Heu, il faudrait qu'on puisse nous dire, voilà Mme machin, M. machin ça va plus, donc il faudrait qu'on puisse déclencher en dehors du somatique simple, qu'on sait faire, c'est à dire un problème d'insuffisance cardiaque on traite ou en envoie chez le cardiologue, c'est pas. Heu un problème où on voit une dégradation des fonctions supérieures, ou heu, ou une perte d'autonomie, on a pas de personnes et pis nous quand c'est nous qui devons téléphoner à la fille, qui devons téléphoner à l'assistante sociale, qui d'vont téléphoner au réseau d'aides ménagère pour mettre en place des choses ça prend un temps infini et heu ça a pas besoin de nos compétences pour ça, on devrait pouvoir dire heu voilà Mme machin a besoin de plus d'aide ménagère et demander voilà, contacter les enfants, les famille, ça c'est notre rôle on peut faire, mais y a des moments des familles compliquées, on peut pas passer 3 h au téléphone à expliquer à la fille, puis au petit fils, puis à la sœur, puis, non mais ça arrive hein que des fois on a une fille mais non ils sont 4 dans la famille donc il faut parler aux 4 enfants parce qu'en plus entre eux ils s'entre choquent donc c'est ça qui nous prend beaucoup de temps et pour qui on aimerait faire des relais, les cas particuliers très compliqués, les familles conflictuelles les domiciles conflictuels, ça ce s'rait bien qu'on puisse les signaler et puis passer la main à un réseau, comme ça pluri disciplinaire avec une psychologue, une assistante sociale, et puis il nous manquerait aussi parfois des conseils un peu plus techniques c'est à dire si on pouvait faire venir des temps en temps un pneumologue à domicile parce qu'on peut vraiment pas déplacer le patient ou heu un avis sur des escarres, on a des consultations de dermato pour des escarres compliquées mais on peut pas toujours déplacer l'patient alors comment on pourrait s'organier pour heu alors y a un dermato qui accepte de prendre des photos, on fait une consultation avec une photo qu'on envoie au dermato, heu…mais parfois il faudrait aussi que les spécialistes ils viennent un ptit peu, mais ça c'est le… le rêve inaccessible pour l'instant (rires) donc voilà c'est les 2 choses les plus compliquées, c'est que nous on voit bien mais heu parfois on a pas les

soit on a pas les leviers soit on a pas le temps matériel de déclencher tout ce qui pourrait être nécessaire, il faudrait qu'on ait j'sais pas un numéro vert, ou je n'sais quoi, parce que même pour les demandes d'APA, moi j'sais pas à qui en demander, les AS des secteurs, je connais pas le numéro de téléphone de l'assistante sociale de tout le secteur puis qui, pis « le hameau machin il va dans quel ? » j'en sais rien ! Les patients eux mêmes parfois ils savent pas à qui s'adresser, pour avoir une télé-alarme dans le hameau de machin, moi j'en sais rien à qui on s'adresse pour avoir une télé-alarme…

EG Donc en général c'est la famille qui cherche ?

D C'est la famille qui cherche ou c'est le patient qui s'débrouille ou la voisine, en général ils y arrivent mais parfois ils y arrivent pas, donc des fois j'reviens 2 mois après pour la visite suivante y a toujours pas de télé alarme parce qu'ils ont pas su à qui demander, donc après c'est moi qui revient, qui d'mande aux copains heu, « En fait tu sais comment on fait dans le hameau de machin pour avoir une télé-alarme ? », c'est une perte de temps heu…

EG Ouais, vous utilisez parfois le CLIC ?

D J'ai téléphoné une fois mais ça a pas été très efficace honnêtement hein, ils m'ont juste donné le listing des aides-ménagères du secteur et après c'était à moi de téléphoner à chaque réseau enfin à chaque entreprise d'aides ménagères pour trouver heu la disponibilité

EG Ouais, et pour les APA et tout ça ils avaient pas de heu ?

D Fallait voir l'assistante sociale du secteur, point. Ah oui mais bon j'sais pas qui est l'assistante sociale du secteur « Bah vous vous renseignez auprès de la mairie », oui bah moi j'avais envie de leur dire «bah moi j'ai pas que ça à faire de téléphoner à la mairie pour savoir» alors heu ça a marché pour des patients pour lesquels j'ai dit heu, voilà là j'ai ou couple en difficultés pour lesquels moi j'ai dit « voilà moi j'ai pas le temps, je vous donne les coordonnées, voyez ce que vous pouvez faire » et là ils l'ont fait parce que je suis tombée sur la bonne personne qui voulait bien le faire, mais le coup d'avant, c'était pas possible, donc je sais pas si j'suis tombée sur 2 interlocuteurs différents, ça dépend de la bonne volonté des gens qu'on a en face.

EG Ok, bon bah merci beaucoup, je vais vous laisser aller au RDV…

Durée : 36 minutes

Entretien 6

E.G Je m'appelle Eva Germain, je suis interne en médecine générale. Comme je vous l'ai dit au téléphone, je mène une recherche avec l'aide du réseau hippocampes (c'est le réseau de gériatrie de l'Essonne) pour avoir des coordonnées de médecins pour évaluer le service rendu par le réseau dans la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie et les point de vue des médecins généralistes sur cette collaboration.

MG Hippocampes ?

E.G C'est le réseau de gériatrie de l'Essonne. C'est possible que vous ayez travaillé qu'une seule fois avec eux ou alors que vous ayez signé une convention mais cela peut dater un peu
Pour commencer, est ce que vous pouvez m'expliquer un peu comment vous travaillez, depuis quand vous êtes installé ?

MG Je suis installé depuis 85 et, ben je suis seul dans mon cabinet

E.G Vous avez une secrétaire?

MG non, je réponds 24/24 aux appels sauf quand je suis en vacances

E.G Vous avez fait autre chose avant de vous installer, de faire médecine ?

M.G J'ai travaillé pendant 3 ans à l'hôpital Z comme l'équivalent d'assistant

E.G ok, De manière générale, comment ça se passe le contact avec la personne âgée ? est-ce que vous êtes à l'aise, est-ce que vous aimez bien la gériatrie, est ce que vous trouvez cela gratifiant ?

M.G A l'aise oui, et les 2 parties de la clientèle que je préfère ce sont les enfants et les personnes âgées (rires)

E.G d'accord, donc ça constitue le gros de votre clientèle. Vous avez une idée de …

M.G Non, j'ai de tout, j'ai de tout, mais je trouve que les plus faciles, ce sont les jeunes et les vieux.

E.G D'accord. Vous connaissez le % RIAP de la sécurité sociale, de plus de 70 ans ?

M.G Je l'ai reçu il y a quelques jours mais je l'ai plus là

E.G D'accord mais à vue d' oeil, vous soignez pas mal de personnes âgées ou …

M.G oui, enfin ça dépend de ce que vous appelez âgée ?

E.G plus de 75, 80

M.G oui

E.G ok, vous avez eu une formation gériatrique ?

M.G non

E.G d'accord alors de manière générale, avec qui vous collaborez pour la prise en charge de vos personnes âgées ou dépendantes ?

M.G Comme spécialiste, vous voulez dire ?

E.G Spécialiste, para-médicale, tout ce qui a trait à ….au maintien à domicile

M.G C'est essentiellement les infirmières libérales, les kinés et les associations, ici ils s'appellent l'association familiale rurale d'aides ménagères.

E.G. D'accord. Et au niveau de l'hôpital est ce qu'il y a une consultation de gériatrie ou un hôpital de jour que vous …

M.G. Non, je sais pas, oui, il y a une consultation de gériatrie, mais que je n'utilise pas particulièrement sauf pour le diagnostic de la maladie d'Alzheimer puisqu'il faut y passer

E.G. Oui, d'accord, ok, et des spécialistes avec qui vous travaillez beaucoup ?

M.G Oui il y a bien sûr des spécialistes avec qui je travaille mais pas particulièrement en ce qui concerne le maintien à domicile, non

E.G Ok, qu'est ce que vous pensez, au niveau de la politique de santé concernant les personnes âgées. Il y avait eu le plan solidarité grand âge, les CLIC avant ça. Comment vous vous situez par rapport aux réformes qui sont faites.

M.G J'sais pas. J'avoue que je n'ai pas d'avis là-dessus.

E.G. Vous avez déjà fait appel à un CLIC ?

M.G. A titre personnel, pour ma belle-mère, oui (rires)

E.G Et vous avez trouvé que c'était utile ?

M.G C'est pas mal, là-dedans vous incluez les structures, style (nom de service privé) etc ou pas ?

E.G. Dans les interlocuteurs avec qui vous travaillez, oui même les structures privées …

M.G. Alors oui donc le clic je ne connais pas bien, santé service, je connais un petit peu mieux. Ce qui me gêne dans ces structures, c'est le coût, c'est extrêmement cher, ça revient extrêmement cher, c'est le seul avis que j'ai là-dessus, sinon, ça marche pas mal, ça marche pas mal mais c'est très cher…

E.G Est-ce qu'ils font de l'hospitalisation à domicile à Z?

M.G. Oui, enfin à Z, il y a quelques patients qui parfois sortent en HAD de l'hôpital Z, mais c'est pas Z qui s'en occupe particulièrement. Service privé, c'est une structure qui est à Y, je crois, ou quelque chose comme ça et qui vient jusqu'ici.

E.G. Oui d'accord, Et les assistantes sociales, est ce que vous collaborez avec des assistantes sociales ?

M.G. Moi directement non, les patients, peut-être, des familles de patients peut-être, mais moi non.

E.G. D'accord, qu'est ce qui vous semble difficile dans la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie à domicile ? Ou dans leur maintien à domicile ?

M.G. Attendez, vous parlez de ? Qu'est ce que vous entendez par perte d'autonomie ? Vous parlez des malades ? Enfin des malades, les gens qui ont des pathologies lourdes ou bien des maladies d'Alzheimer?

E.G. Tout

M.G. tout. Qu'est ce qui semble difficile ? (pause) J' sais pas comment vous répondre

E.G. hm, vous avez des ….

M.G. C'est pas difficile si il y a une participation de la famille, si c'est aussi le souhait de la famille, c'est pas difficile. C'est impossible si la famille ne participe pas et cela demande sûrement un investissement de ma part plus important qu'avec d'autres patients, oui.

E.G. Oui, mais auquel vous faites face ….

M.G. auquel je, j'ai envie de faire face avec certains patients, oui

E.G. oui et justement, qu'est ce qui va, quels patients vont…

M.G. c'est fonction des relations privilégiées que je peux avoir avec eux ou avec leur famille

E.G. oui d'accord

M.G. j'me lance pas là-dedans pour n'importe qui. Un nouveau patient par exemple, j'me lancerai pas là-dedans. S'il en a besoin, si je ne le connais pas bien.

E.G oui, et est-ce que vous êtes convaincu de l'intérêt du maintien à domicile ou des vertus du maintien à domicile

M.G. Oui, oui, tout à fait oui

E.G. Ok d'accord. En général, qui est ce qui initie la

démarche ou la réflexion par rapport au maintien à domicile ou de son hospitalisation ?

M.G. Bah, ça fait suite à des discussions que je peux avoir, soit avec le patient soit plus même avec son entourage pour essayer d'apprécier les souhaits du patient lui-même et les souhaits de la famille aussi. Heu, donc c'est pas, c'est quelque chose qu'on ressent au fur et à mesure de la connaissance des patients. Il y en a qui ont, qui ont besoin d'être hospitalisés ou en structure institutionnelle et puis il y en a d'autres qui souhaitent rester chez eux, mais ça c'est au fur et à mesure de la connaissance des patients.

E.G Oui d'accord, Vous n'avez pas, ça vous arrive pas par exemple d'avoir des consultations au cabinet dédiées à ce problème-là, c'est plutôt en visite que vous abordez ce sujet ou....

M.G. Ben si c'est des personnes âgées très dépendantes, en perte d'autonomie, c'est toujours en visite

E.G Oui, d'accord

M.G. vous avez vu où j'exerce. Il n'y a pas de transport en commun, il n'y a rien. (rires)

E.G. Vous en faites beaucoup des visites j'imagine ?

M.G. Oui j'en fais encore beaucoup

E.G. oui ok, est-ce que vous avez l'impression que vous pouvez peser sur le court des choses et que vous êtes légitime pour le faire ?

M.G. Ah, que je suis légitime, je ne sais pas, que je pèse sur le cours des choses, oui (rires)

E.G. d'accord

M.G. que je sois légitime euh j'le pense mais il est certain que cela dépend beaucoup de l'investissement et des orientations que je peux proposer

E.G. oui, la famille accorde beaucoup d'importance, ok oui donc de manière générale, la famille c'est plutôt une aide ou un obstacle ?

M.G. Pour le maintien à domicile ?

E.G. Pour le maintien à domicile oui

M.G. c'est toujours une aide, puisque cela ne se fait que s'ils sont d'accord

E.G. oui, vous n'avez pas de cas de patients qui veulent absolument rester à la maison et la famille qui est contre ?

M.G. non

E.G. ok, comment interviennent l'argent et le temps. Car souvent ça demande du temps est ce que cela a un impact sur votre pratique ?

M.G. J'comprends pas votre question

E.G. oui par exemple, garder quelqu'un à la maison, comme vous le disiez, cela demande un investissement important de la part du médecin et du coup est-ce que cela vous pose problème au niveau de la gestion de votre …

M.G. Non, non ! Non ni au point de vue du temps, ni au point de vue honoraires ; je ne me suis jamais posé la question

E.G. Oui comme vous dites c'est pour des patients avec qui vous avez des relations privilégiées alors.

MG. Oui tout à fait oui

E.G. Qu'est ce qui vous semble important dans l'évaluation gériatrique et est-ce que vous utilisez des tests en routine ?

M.G. des tests précis, non.

E.G. Donc, par exemple, pour le risque de chute

M.G. Non

E.G. Ok, de manière concrète, vous intervenez comment dans la mise en place d'un maintien à domicile ? Au niveau de la demande des aides …. quel est votre rôle ? Qu'est ce que vous déléguez ?

M.G. Ben l'intervention ça commence d'abord par s'assurer que c'est bien le souhait du patient et de son entourage, voir auprès des para-médicaux, s'ils sont disponibles ou s'ils acceptent cette participation, qui est lourde pour eux aussi, heu, rappelez-moi votre question ?

E.G. Qu'est-ce que vous faites, vous, concrètement dans la mise en place des aides ?

MG. Eh ben d'abord j'ai un contact direct avec eux pour m'assurer qu'ils acceptent la prise en charge

E.G. Donc, infirmières, kiné, et l'association d'aide-ménagère aussi

M.G. oui

E.G. Vous avez en tête un ou 2 patients actuellement que vous prenez en charge à domicile ?

M.G. Oui

E.G. vous pouvez me raconter un petit peu la situation ? Qui est ce qui intervient, si il y a des soucis ou des choses un peu difficiles ?

M.G. Euh c'est à dire, vous voulez des pathologies lourdes ?

E.G. Oui l'histoire du patient, les pathologies, le contexte et puis le …

M.G. le contexte c'est très varié. En ce moment, j'ai un jeune, oui lui il n'est pas âgé, j'pensais à lui parce que j'dois aller le voir tout à l'heure. Là j'ai une patiente âgée, seule, parfaitement lucide, parfaitement consciente, hein qui a toutes ses capacités intellectuelles qui a une insuffisance cardiaque et respiratoire, sous oxygénothérapie, voilà, et pis il y a eu une intervention, la kiné respiratoire, pour l'aider à se lever et à se coucher, et des infirmières et des aide-ménagères qui viennent et interviennent pour les repas. Et elle, elle n'a pas de famille, elle est seule vraiment seule, les voisins aussi parfois qui interviennent

E.G. D'accord, il faut forcément qu'il y ait un socle dans l' entourage pas juste les aides, et c'est facile d'avoir une aide-ménagère et est-ce que cela arrive que ce que ça pose problème, que vous puissiez pas …..

M.G. non, en général, c'est facile

EG. ok d'accord et par exemple des aides comme le portage des repas, ça c'est des choses que...

M.G. Ca existe dans le coin. J'ai pas encore beaucoup de patients qui bénéficient de ça, mais ça existe.

E.G. et par exemple, pour l'aménagement du logement, ça vous arrive de faire appel à des ergothérapeutes ou ?

M.G. non, jamais.

E.G. d'accord. Pour les aides financières, est ce que vous avez une partie à jouer là-dedans à part le dossier APA?

M.G. oui j'ai peut-être une partie à jouer mais je ne fais rien dans ce sens là

E.G. Peut-être des dossiers d'APA ça vous arrive ?

M.G. Oui effectivement mais s'il y a des interventions des assistantes sociales comme vous disiez tout à l'heure, je pense que c'est plus par l'intermédiaire de la famille, directement mais moi j' suis pas....

E.G. on ne vous sollicite pas dans ce sens là ?

M.G. non

E.G. d'accord, et pour ce qui est aides techniques, vous avez beaucoup à prescrire : lits médicalisés.....

M.G. oui effectivement c'est moi qui le fait, il y a un fournisseur ici qui les livre à domicile facilement très rapidement.

E.G. oui, d'accord, est ce que vous avez l'impression de manquer de formation dans ce domaine ou est ce que vous …..

M.G. c'est une formation sur le tas (rire)... c'est une formation sur le tas, parce que moi j'ai bénéficié d'aucune formation pendant mes études

E.G. et donc dans l'ensemble de vos activités autour du maintien à domicile de la personne âgée dépendante, est-ce qu'il y a des choses, dans une organisation idéale de votre cabinet, que vous auriez envie de déléguer à quelqu'un ou est-ce qu'actuellement ça marche plutôt bien ?

M.G. Non ça marche bien comme ça

E.G. d'accord, et donc est-ce qu'il y a en ce moment un ou deux patients âgés à qui vous pensez qui vous pose problème ou finalement vous n'avez pas eu de soucis particuliers

M.G. non en ce moment il y a pas de patients qui me pose des problème, je ne sais pas si vous allez y venir après, le problème, j'y suis confronté quasiment à chaque fois, c'est vraiment la fin de vie. J' sais pas si vous devez en parler ou pas ?

E.G. Pas trop dans mon questionnaire mais c'est intéressant de …

M.G. C'est la fin de vie, c'est à dire que quand la fin de vie approche, l'entourage du patient a toujours du mal à imaginer qu'à ce moment-là on hospitalise pas. Enfin a toujours du mal à comprendre qu'on hospitalise pas ou qu'on ne fait pas de réanimation ou de choses comme ça.

E.G. Oui

M.G. Moi quand je garde une personne âgée à domicile c'est pour lui éviter l'hospitalisation, donc j'ai l'impression que les gens ont admis l'idée qu'on fera de réanimation, qu'y aura plus de nouveaux examens, sauf chose très particulière sauf j'sais pas moi, une fracture du col du fémur et j'ai l'impression que ça c'est un message qui passe jamais bien dans l'entourage, qu' ils disent toujours : on évitera la mort, on va le réanimer, on va faire quelque chose. C'est un problème qui est récurrent, souvent en fin de vie de ces patients

E.G. Donc souvent la famille, à la fin, est un peu demandeuse d'hospitalisation ?

M.G. Oui un peu plus, un peu plus oui, assez souvent.

E.G. Justement par rapport à l'hôpital, déjà comment vous décririez vos relations avec

l'hôpital ? Est-ce que vous avez des difficultés quand vous voulez hospitaliser quelqu'un ?

M.G. Mes relations sont mauvaises mais je n'ai pas de difficultés (rire)

E.G. vous n'avez pas gardé de bons contacts quand vous étiez assistants

M.G. avec certains médecins ou certains services si, mais avec d'autres non. Heu, J'me sens un peu isolé par rapport à l'hôpital.

E.G. D'accord

M.G. Mais ça vient de moi, ça vient pas d'eux ; C'est un choix de ma part.

E.G. Mais donc ils prennent quand même facilement vos patients si il y a besoin

M.G. Oui, oui s'il y a de la place, oui

E.G. Est ce que ça vous arrive d'organiser des hospitalisations programmées pour un problème qui n'est pas vraiment aigu, pas en urgence

MG. Pas souvent

E.G. d'accord et le fait que vous avez de mauvaises relations avec l'hôpital, est ce que ça vient d'une méfiance ou de mauvaises expériences.

M.G. Ca vient de plusieurs mauvaises expériences oui

E.G. Oui d'accord, où ils avaient pas…Qu'est ce qui était le problème, sans avoir besoin de citer de noms…

M.G Heu si, cela vient essentiellement des négligences qu'ils ont pu manifester pour mon fils.

E.G. Ah.

M.G. Ca passe mal (rires)

E.G. Oui ça s'comprend, bien sûr

M.G. Quand on vit ça d' l'intérieur, ça passe mal. Voilà. C'est lié à ça.

E.G. Et vous avez un seul hôpital référent dans le coin ou vous avez ?

M.G. Alors je me suis tourné vers un autre à la suite de ça, mais qui est un peu plus loin, qui est un petit peu moins équipé, avant je travaillais plus avec Z, j'parle de l'hôpital de X là mais qui est un petit peu moins pointu.

E.G. ok, et est-ce que l'envoi aux urgences pour maintien à domicile impossible, est ce que c'est une situation que vous avez vécu

M.G. Ah oui

E.G. souvent ?

M.G. Oh oui en 25 ans souvent oui (rire)

E.G. Et c'était des choses que vous aviez pu voir arriver à l'avance par exemple vous vous souvenez d'une histoire, d'un cas pratique

M.G. (silence) Ben non j'ai pas d'histoire précise ou pas d'histoire intéressante, bah si c'est le cas souvent d'un patient qui se dégrade et y a pas 36 possibilités, c'est soit les urgences ou soit on essaie effectivement de mettre en place un maintien à domicile mais si c'est pas le souhait de l'entourage et ben c'est les urgences

E.G. Est-ce que c'est souvent des patients qui refusent auparavant, auxquels vous aviez proposé de mettre en place des aides parce que vous voyiez que ça commençait à être un peu …

M.G. Non, en général ce sont des pathologies aigües qui ne laissent pas le temps de s'installer, d' installer quelque chose

E.G. D'accord, Oui pour des personnes un peu fragilisées avant, oui c'est vrai qu'à ce moment là le recours à l'hôpital c'est obligatoire

M.G. oui

E.G Oui donc vous n'avez pas de patients récalcitrants qui refuseront qu'on leur fasse passer une aide ménagère ou quoi, ce qui fait qu'à un moment …

M.G. Non j'ai pas l'impression, non

E.G. Oui donc finalement c'est envoi aux urgences, pas parce que vous pensez au maintien à domicile impossible mais pour toutes les situations aigues que vous aviez pu rencontrer ou vous aviez besoin d'un recours à l'hôpital.

M.G. Ben c'est à dire qu'en général, j'envoie aux urgences quand j'ai l'impression, mais cela vient de moi, qu'il y a une pathologie curable, facilement curable, si j'ai l'impression qu'il n'y a rien à faire, que rien ne sera fait, bien j'accepte l'idée de garder les gens chez eux

E.G. D'accord, et justement par rapport à la fin de vie, est-ce que vous travaillez avec des réseaux, parce que, y a heu je sais qu'en Essonne il y a 2 réseaux de soins palliatifs, est ce que c'est ce type de réseau avec lesquels vous avez travaillé ;

M.G. Un petit peu, K en ce moment, j'ai un patient qui est pris en charge par eux oui

E.G. Oui ben justement là on en vient aux réseaux,

de manière générale, qu'est-ce que vous pensez de l'idée des réseaux. Est-ce que c'est quelque chose auquel vous adhérez, est-ce que vous trouvez que c'est utile ?

M.G. C'est sûrement une bonne idée heu… mais ici on est un peu éloigné de tout et ils n'interviennent pas toujours très facilement

E.G. D'accord

M.G. En plus ils ont des exigences d'horaires pour qu'on puisse avoir des échanges au lit du patient qui font que ce n'est pas toujours facile c'est 9h/12h – 2h/6h

E.G. Oui vous vous êtes en consultation,

M.G. Oui oui voilà, c'est pas toujours facile de se libérer à ce moment-là.....

E.G. Oui surtout que cela prend un peu de temps, l'évaluation

M.G. Oui voilà

E.G. Oui vous avez quand même participé déjà au moins une fois à une réunion ?

M.G. Oui, oui j'vous dis en ce moment j'ai un patient qui est pris en charge et j'ai déjà eu au moins 3 ou 4 consultations simultanées avec un médecin de la douleur, etc....

E.G. D'accord, et qu'est-ce que ça vous a apporté ?

M.G. A moi ? Moi j'ai appris beaucoup de choses (rires), moi j'apprends beaucoup de choses, c'est intéressant hein, c'est intéressant et c'est je pense aussi bénéfique pour le patient oui tout à fait je n'ai rien contre les réseaux mais ils ne peuvent pas toujours intervenir

E.G Ils disent que cela peut être trop loin...

M.G. Oui

E.G. D'accord, comment vous avez entendu parler des réseaux Hippocampes ?

M.G Mais ça ne me dit rien du tout

E.G. Ca vous dit rien du tout. Y'a pas d'souci hein, Ils sont créés depuis 2004 ils ont dû envoyer à ce moment-là, enfin ils ont tous signé des conventions avec certains médecins, vous vous souvenez d'avoir …

M.G. Et le siège c'est où ?

E.G. C'est à Z, c'est le réseau de gériatrie de l'Essonne Hippocampes

M.G Ca m'dit rien non.

E.G donc vous ne vous souvenez pas avoir signé une convention avec eux, non, d'accord et du coup est ce que vous vous souvenez, vous n'avez pas de patient en tête pour lequel vous aviez fait appel à un réseau de gériatrie, ils sont plutôt orienté démence

M.G. Qu'est-ce que c'est les réseaux de gériatrie ?

E.G. Bah celui là,

M.G. Oui y a Hippocampes et puis ?

E.G. Ben c'est le seul de l'Essonne, ils proposent des consultations mémoire chez des neurologues en libéral et ils font des évaluations du patient au domicile.

MG Non j'ai jamais fait appel à eux

E.G. J'ai une liste des médecins avec lesquels ils auraient travaillé

M.G. Mais c'est pas actualisé

E.G. Mais vous n'êtes pas le premier à me dire que cela fait longtemps ou que…D'accord, et est-ce que vous pensez que cela pourrait vous apporter quelque chose, le réseau de gériatrie ?Là pour l'évaluation de vos personnes âgées au niveau Alzheimer vous faites appel donc à …

M.G. Non, ça m'apporterait quelque chose, ça peut peut-être apporter quelque chose au niveau des délais pour avoir des délais plus rapides mais j'ai une filière qui marche bien

E.G. Oui, j'ai l'impression et les familles, est-ce qu'elles sont souvent demandeuses de soutien psychologique

M.G. Pour qui ?

E.G. Pour elles ou pour le patient

M.G. Non, j'ai pas l'impression. C'est très rural ici, c'est très très rural, les gens ne sont pas attirés par ces disciplines.

E.G. Oui finalement ils se débrouillent, il y a encore une structure familiale qui est assez solide.

M.G. Voilà c'est pour ça que j'disais au début que cela tenait beaucoup aux relations que l'on pouvaient avoir établies avec les patients et la famille, il y a une grande fidélité des patients et quand on met le pied dans une maison, on met le pied dans toute la famille. Et les gens restent assez proches géographiquement, ne partent pas trop, pas trop loin. C'est des villages où il y a 5 maisons de la même famille et donc effectivement, c'est plus facile. Plus facile parce qu'il y a toujours un enfant qui peut passer, il y a toujours quelqu'un etc, et ça facilite beaucoup les choses.

E.G. Oui, bien sûr

M.G. C'est pour ça, que c'est réalisable sinon ça passerait pas

E.G. Oui, d'accord, et donc pour conclure cela devrait être quoi pour vous le rôle du généraliste dans la prise en charge de la personne âgée ou dépendante ?

M.G.Ca devrait être quoi ?

E.G. Comment vous imaginez le rôle idéal du généraliste ou heu ?(silence)… Ca a l'air de pas mal fonctionner finalement

M.G. Oui, je ne sais comment vous exprimer cela autrement que comme je vous l'ai dit ou si peut-être avoir connaissance, mais il faut que cela soit quelque chose de très pratique et très simple de toutes les aides possibles, de toutes les allocations possibles etc....toute cette partie assistante sociale, je suis effectivement totalement ignorant là dedans. Bon Peut-être que ça ça pourrait aider, c'est cette partie administrative que je ne connais pas bien.

E.G.oui finalement les patients trouvent ces réponses...

M.G.oui voilà, je pense qu'ils trouvent tous réponse à leurs questions sans moi

E.G. oui ok, je vous remercie. Ca n'a pas été trop long.

M.G. Non mais je ne suis pas bavard alors (rires)

E.G. Bon mais c'est vrai que quand en plus le contact avec le réseau, enfin c'est que la fin du questionnaire, remonte à loin, les gens ne se souvienne plus, il y a une partie des questions qui ne fonctionnent pas trop.

M.G. Oui, Vous faites des critiques du réseau. Vous attendez des critiques du réseau, c'est ça ?

E.G. A la base, je les ai contacté pour savoir si je pouvais faire quelque chose d'utile pour eux, pour ma thèse parce que j'voulais pas faire, enfin sinon la thèse ça sert à pas grand monde.
Et donc ils m'ont dit, oui pourquoi pas évaluer le service rendu...

M.G. Et c'est qui votre patron de thèse ?

E.G. Il est dans le 93, Z. C'est un de mes maîtres de stage, le 2ème stage de médecine générale et donc ils m'ont dit pourquoi ne pas évaluer le service rendu par le réseau, donc critique positive ou négative, mais c'est pour voir si ça fonctionne ou s'il y a des choses à améliorer

M.G. Ah, je ne vous ai pas apporté grand-chose. Moi je vous dit le réseau ….à part Service de SIAD privé, je ne fonctionne pas avec ces structures. Mais je pense que au départ, c'est pour ça que je me suis un peu éloigné de ces réseaux pour des raisons de coût parce que à un certain moment j'étais peut-être un peu plus sensible au coût de la santé, et cela semblait hors de prix

E.G. Pour les patients ou pour la structure ?

M.G. Pour mes impôts, pour l'Etat, pour la société, pare que c'est des prix de journées de combien ? Quand on fait intervenir des réseaux ?

E.G. A la journée, je ne saurais pas dire, mais je sais que la structure coûte chère.

E.G. C'est une grosse machine derrière

M.G. C'est hors de prix …je n'ai plus les chiffres en tête mais en imaginant que moi j'aille voir un patient tous les jours (c'est jamais le cas) mais, une infirmière 4 x par jour, un kiné tous les jours, une aide-ménagère et un portage des repas, et ben cela coûte 3 x moins cher que de passer par un réseau c'est à peu près de cet ordre là....et j'y vais pas tous les jours. J'y vais à la demande ou suivant les pathologies parfois un peu plus et c'est un peu de mon initiative aussi, mais c'est pas plus de 2 X par semaine. Donc finalement c'est pas le même coût, c'est pas le même coût finalement pour la société donc quand j'ai été sensible à ça c'est un petit peu pour ça que j'ai été plus orienté vers quelque chose que je mettais en place moi-même et parce que j'avais aussi à ce moment là des relations privilégiées avec l'infirmière avec qui je travaillais qui était en dessous, oui et qui était partante aussi pour faire tout cela

E. G. Oui elle passait du coup plus régulièrement au domicile tous les jours.

M.G. Et oui, elle passait tous les jours, donc au départ c'est né de cela et puis du kiné et du pharmacien parce que à l'époque quand je suis arrivé ici il y avait personne et puis j'ai réussi à faire venir une infirmière , un kiné, un pharmacien, etc

E. G. Ah d'accord c'est vous qui avez

M.G. L'infirmière celle-ci elle est partie elle a été remplacée par d'autres, qui interviennent quand même assez facilement, le pharmacien, il s'est suicidé (rires) et le kiné est parti.
Donc c'est peut-être un peu plus difficile aujourd'hui mais Enfin ça reste quand même faisable
Même le pharmacien, il allait livrer les médicaments chez les patients

E.G. Ah il allait livrer c'est vachement bien. Et là maintenant, il n'y a pas une autre pharmacie qui prend la relève ?

M.G. Plus sur place.

E.G. La plus proche elle est à …

M.G. A Z bah c'est à 10km. Voilà Donc tout ça cela facilitait les choses. Le pharmacien, il avait aussi en stock des perfusions, il avait aussi en stock des choses comme ça.

E.G Donc cela vous arrivait à vous de perfuser ?

M.G. Oui ça pouvait se mettre en route rapidement parce qu'on avait des échanges faciles, quotidiens, donc c'est tout cela qui m'a poussé à …..parcequ'au départ, c'est pas du tout la formation que j'ai eue pendant mes études.

E.G. Vous avez vu les besoins, les manques et puis vous vous êtes débrouillé pour faire face.

M.G. Mais c'est très satisfaisant hein, moi j'aime bien cette part de l'exercice

E.G. Et vous ne paraissez pas débordé justement par des questions administratives.

M.G. Non, pas du tout. Voilà, j' suis un médecin heureux (rires)

E.G. Ca fait plaisir à entendre, ça donne envie.

31 minutes

Entretien 7

D Le maintien à domicile c'est notre quotidien, ou presque, pas tout à fait, mais presque.

EG Oui, bah alors justement; est-ce que vous pouvez me racontez un petit peu, depuis quand vous êtes installée, comment vous travaillez, comment est-ce que ça se passe dans le cabinet ?

D Alors donc, moi je suis installée depuis 26ans, je suis donc en association, nous sommes quatre aujourd'hui, trois auparavant, et euh donc, nous avons un logiciel qui est commun puisque on est en réseau donc on a connaissance des dossiers de chacun, et ça c'est important, euh donc la personne âgée, puisque c'est le sujet de la thèse, ben moi j'en ai pas énormément, puisque la ville d'Évry est quand même une ville assez jeune, donc on fait énormément de gynéco, de pédiatrie et on a bien-sûr quelques personnes âgées. Alors moi j'interviens sur une maison de retraite qui est à quelques pas d'ici où j'ai un certain nombre de patientes, qui sont elles effectivement, c'est de la médecine générale dans une maison de retraite, puisqu'il y a toute l'aide autour d'elle, ça se passe, c'est un exercice pas très compliqué, le maintien à domicile de toute manière il y est puisque c'est la maison de retraite. Autrement, y a, j'dois avoir une vingtaine de personnes vraiment très âgées dans la ville, soit elles viennent au cabinet elles sont encore mobiles, très bien, soit effectivement je me déplace, je vais au domicile.

EG Ouais. Vous faites pas mal de visites?

D Très peu de visites, très peu. En fait elles sont dédiées aux personnes âgées. Hein, ou aux gros handicaps, mais pour moi c'est surtout la personne âgée et autrement de la neuropathie, j'ai quelques scléroses en plaque etc, hein et là je me déplace, mais on continue à faire des visites.

EG D'accord ok. Vous connaissez le pourcentage de personnes de plus de 70 ans à peu près ou euh…?

D Absolument pas.

EG Ouais, non, non, c'est…

D Alors là faudrait vraiment que je me repenche dessus, que j'y réfléchisse, mais alors là il fallait poser la question avant parce que là, là j'sais pas, parce que j' suis tellement, j'ai tellement de patients jeunes que je, je pourrais peut-être dire 10 pourcent… ? Oh peut-être même pas, même pas 10 pourcent.

EG OK. Est-ce que vous avez une formation gériatrique ?

D Alors moi j'ai fait une formation de gériatrie, dans un cadre particulier puis que je l'ai fait en formation continue hein avec la FMC, et y a eu tout un cursus pour être éventuellement coordinateur de soins dans des maisons de retraite. Parce qu'a un moment donné je m'étais posé la question de faire un mi-temps en médecine générale et puis un mi-temps en gériatrie. Donc depuis j'ai changé d'avis parce que je trouve ça très lourd et que bon pour des raisons familiales, d'autres passions que la médecine, ça m'aurait pris beaucoup trop de temps. On m'a proposé à maintes reprises de prendre hein la coordination de soins sur une maison qui a depuis disparu et qui maintenant a été transféré au X (ville) et euh j'ai refusé parce qu'effectivement ça me prenait trop de temps, parce qu'effectivement faut du temps.

EG Oui

D Donc et puis dimanche j'ai une formation sur le maintien à domicile, la iatrogénicité, sur voilà, en fait j'ai pas été jusqu'au bout du cursus pour finaliser, pour avoir le papier, mais euh voilà.

EG D'accord, et ça vous sert quand même au quotidien ?

D Ah mais bien sûr, bien sûr. Oui, oui c'est important parce qu'effectivement ça permet de s'occuper de… Y'a une approche particulière, y faut du temps, par contre y faut du temps.

EG Ouais. C'est ça.

D Donc en fait, alors moi j'ai pas une, volontairement hein, une très grosse patientèle. La preuve en est c'est que y a quelques semaines j'ai reçu un médecin conseil, qui s'étonnait que je n'ai que 900 patients, ce qui me semble déjà beaucoup…

EG Oui, bah oui.

D Mais on a beaucoup de collègues qui ont beaucoup plus que mille, hein, mais parce que bon, moi je veux passer du temps avec mes patients, discuter, y'a, et puis la personne âgée y faut de l'empathie faut l'écouter, faut respecter le silence, faut etc donc euh voilà.

EG Ouais, d'accord ok. De manière générale justement le contact avec la personne âgée ça se passe comment, vous aimez bien ça, vous trouvez ça gratifiant ?

D Pff (soupir) Ça se passe bien, « gratifiant » c'est toujours compliqué de dire oui… C'est-à-dire la gratification elle est quand on arrive à les maintenir à domicile et que ça se passe bien. Et que, effectivement, la famille soit, participe à ce maintien à domicile. Quand euh on est surchargé de difficultés sociales on trouve ça moins gratifiant et trouve ça un peu… C'est lourd, c'est lourd, hein…Mais autrement si, c'est, c'est… Bah c'est vraiment, toute consultation est gratifiante lorsque ça se passe bien, hein, donc pas plus la personne âgées que un nourrisson, quand le contact s'établit bien… Donc j'en trouve pas plus de satisfaction à soigner les personnes âgées. Mais ça ne me dérange pas, en tout cas ça ne m'inquiète pas surtout.

EG Ouais, d'accord. Quand vous parliez des complications sociales, les charges euh…

D Bah c'est surtout quand on voit que la personne commence à se dégrader et que y faut mettre en place tout un réseau, hein, et que y a pas l'aide quand même des enfants, y a des démarches à faire, on peut pas tout faire, quand on doit euh faire par exemple, euh par exemple installer une nouvelle cuisinière qu'il y ait plus de gaz et que ce soit une électricité, que y faut la télé alarme, que y faut vérifier que le passage des aides-soignants soit correct, pour la coordination ; on peut pas tout faire. On peut pas tout faire. On a quand même besoin… Y faut des aidants, autrement, rapidement on va proposer éventuellement une maison de retraite ou quelque chose ou même une courte hospitalisation pour essayer de réveiller un peu les familles ; Euh quand, la personne âgée est vraiment isolée, le maintien est difficile. Quand y a la famille, les aidants etc, c'est quand même très simple, ça peut être simple.

EG Oui

D Ca peut être simple

EG Oui, si y a le soutien…De manière générale avec qui est-ce que vous collaborez pour la prise en charge de vos personnes âgées, au niveau soit médecins, paramédical, social ?

D Alors en fait euh, j'ai mon carnet d'adresses donc euh dès qu'y a une difficulté je les appelle. Y a aussi le CLIC qui m'aide bien hein, quand j'ai des soucis, je les appelle… J'ai même un bouquin euh, où est-ce qu'il est ? Mon classeur… Voilà ! Le CLIC de l'Essonne.

EG Ah oui! Ah d'accord.

D On a ce gros document là qui est très, très bien fait, et donc moi je le consulte quand y a un souci hein. Autrement je travaille beaucoup avec l'hôpital X. J'travaille vraiment en grand partenariat et quand j'ai besoin par exemple de faire des évaluations je les interpelle, donc soit des bilans mémoires déjà pour des diagnostics et puis également j'aime bien travailler avec le Dr X qui est psychiatre, y a une unité aussi d'hospitalisation donc par exemple lorsque j'ai des doutes, ou sur des traitement où j'ai du mal à équilibrer parce que je crains les chutes je voudrais, quand on monte en traitement y quand même le risque euh, la iatrogénie existe et donc toutes les chutes au domicile c'est quand même souvent fractures ou en tout cas perte d'autonomie, même une simple chute même si y a pas de traumatisme, y a une perte d'autonomie hein puisque on a peur euh, y sont à un stade… Donc euh éventuellement un court séjour chez lui m'aide bien, on stabilise et puis après y peuvent repartir au domicile je continue la surveillance mais euh… Et puis ils sont assez facile à joindre au téléphone.

EG D'accord. Oui ça intervient

D Donc. C'est vrai que l'hôpital X est un bon… Pour moi m'aide beaucoup. Donc voilà pour moi à peu près…

EG D'accord ok. Et de manière générale justement vous parliez des CLICs, qu'est-ce que vous pensez de la politique de santé, des réformes qui ont été faites récemment au niveau de la prise en charge des personnes âgées ; donc les CLICs, les MAIA est-ce que… ?

D Alors moi les CLICs je les connais, MAIA j'sais pas ce que …

EG C'est tout récent, en fait c'est par rapport à Alzheimer, mais c'est pas encore bien…

D Oui alors là j'sais pas trop, parce qu'effectivement quand j'ai un problème avec c'est pathologie là je me retranche encore avec (hôpital) X, je demande des conseils on évalue, et puis on

continue le suivi ensemble. C'est vrai que, autant le CLIC, oui, ça j'adhère, autant l'autre ; prt , connait pas.

EG D'accord. Et donc c'est des renseignements…

D Des renseignements oui pour éventuellement avoir des… Bah pour des adaptations dans les maisons pour faire éventuellement un dossier pour avoir une ergonomie un peu plus adaptée euh voilà ce genre de choses parce que… Rester au domicile c'est aussi tout un tas de choses qu'on met en place pour que ils aient des barres pour se tenir, un réhausseur, bon, on fait des prescription quand même hein on a du matériel médical qui nous permet effectivement d'adapter on peut l'évaluer mais eux y ont plus de, ils peuvent monter un dossier pour un financement…donc heu faut les utiliser pour ça

EG D'accord par rapport au financement

D Parce que ça coute cher, par exemple douche à l'italienne euh c'est pas gratuit hein

EG Non…

D C'est, donc euh, y faut, y faut les utiliser pour ça

EG Ouais voilà au niveau financement

D Et puis aussi pour les familles…

EG Oui pour donner les coordonnés du clic à la famille

D Tout à fait

EG D'accord. Et ils sont bien disponibles ?

D J'ai jamais eu de soucis moi je m'en, non, ça se passe bien

EG C'est le CLIC d'M (ville d'exercice) du coup ?

D Oui c'est le…

EG D'accord, ok. De manière générale qu'est-ce qui vous semble difficile dans la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie ou dans leur maintien à domicile ?

D Euh alors c'est pas tant le problème physique, c'est le problème mental, donc en fait c'est l'Alzheimer.

EG Ouais

D Voilà. C'est, c'est très lourd pour les familles quand euh là par exemple récemment, bon il est décédé y a peu de temps, mais c'était une femme qui effectivement s'est occupée de son époux qui effectivement au fur et à mesure perdait de son autonomie mentale et euh c'est difficile parce que y a tout un deuil à faire, il faut rassurer les aidants que c'est une maladie que c'est pas le comportement, parce qu'ils ne retrouvent plus leur conjoint hein, c'est déstabilisant, c'est, y a une fatigue, un énervement faut, quand y se mettent en colère sur l'autre y faut les rassurer en leur disant que ils sont pas, faut faire partir la culpabilité euh, c'est très compliqué, très compliqué.

EG Ouais, au niveau du handicap mental

D Le handicap mental c'est compliqué, physique bon, y a toujours des solutions hein, y a le lit médicalisé, y a le passage pour coucher pour lever le patient, on peut utiliser si vraiment y a de la douleur les services de soins palliatifs, moi j'travaille beaucoup avec S (réseau de soins palliatifs), qui viennent au domicile volontiers, on a pour, l'organique si en plus y a un peu la famille dernière ; on y arrive. On y arrive.

EG Ouais

D Y a les déambulateurs, y a tout, y a on a tout ce qui nous faut. On peut lever la personne avec le le…

EG Lève personne

D Lever personne, lever la chaise... On peut faire venir quelqu'un pour lever, pour donner à manger, pour le soir, coucher, un peu de voisinage ; on y arrive. Mais le handicap mental…pff (soupir)

EG Oui. La personne dont vous me parliez, vous pouvez me racontez un peu la situation, comment ça s'est passé, est-ce que c'était compliqué, est-ce que vous avez dû ?

D Ah bah c'était très compliqué, surtout pour l'épouse hein ! Parce que le diagnostic étant posé on a trouvé, ben là aussi y avait les structures d'aides, alors là il était pas suivi par X il était suivi par Y, donc là aussi partenariat, réévaluation, réadaptation de traitement, ça se faisait assez facilement, coup de fil ou consultation, mais euh effectivement le patient euh, il a fallu qu'il arrête de conduire, donc il a fallu lui expliquer que c'était finit, il a fallu ensuite qu'elle vérifie, fermer les portes, y a eu tout… Parce qu'il se sauvait… Y a eu, y se trompais, donc elle-même elle a changé sa cuisinière parce que y savait pas, y mettait son machin, c'était dangereux, bah et puis bon ; rassurer. Tout le travail autour d'elle, c'est-à-dire ; qu'elle se sente pas coupable, que ce qu'il avait dit c'était pas lui c'était à cause de la maladie, que si y devenait sale, c'était pas l'homme qu'elle avait connu, mais bon c'était la maladie, à chaque fois bon, trouver une orthophoniste éventuellement pour l'aider quand même à garder le contact, travailler un peu sur la mémoire quand c'était encore possible, après il a fallu aussi qu'il y ait l'aide de euh, on a fait un peu de kiné pour que y puisse bouger un peu, et puis ça l'amusait beaucoup, donc

ça a fonctionné, pendant un temps parce qu'après y voulait plus. Il a été à des ateliers de mémoire, donc on avait tout combiné pour que y ait un taxi qui vienne le chercher deux fois par semaine il allait sur un lieu puis après il s'y est opposé donc euh, il a fallu respecter, puis respecter

EG Oui

D Tout ce respect de la personne dans son désir de ne pas faire. Et ça c'est compliqué pour les familles ; y veux plus, et ben on accepte qu'il ne veuille plus le faire. Alors c'est vrai que l'hygiène y faut hein, mais avec respect, avec euh, sans énervement, alors là c'est après tout les problèmes des équipes qui viennent, donc à un moment donné il a fallu que je fasse accepter à cette femme que elle devait arrêter de faire la toilette de son mari, que c'était pas son rôle hein, parce qu'elle l'a fait pendant un long moment, au début elle a pensé que elle pourrait malgré que je lui disais d'emblée qu'il fallait des aides extérieurs, parce qu'elle considérait qu'il ne voudrait pas être exposé à quelqu'un qu'il ne connaissait pas, y'avait toute la pudeur, donc il a fallu faire accepter au patient puis à la femme que effectivement y fallait un aidant. Donc chaque consultation c'est un moment supplémentaire où on essaye de rajouter une pierre, où on a l'impression effectivement qu'on régresse, qu'on a pas été compris, faut réexpliquer, c'est un long cheminement, c'est un long cheminement.

EG Ouais, vous les voyez à domicile à chaque fois ces…

D Pas toujours, non non pendant longtemps j'l'ai vu ici elle l'accompagnait, et en plus ça lui faisait plaisir de sortir donc c'était aussi un motif de sortie

EG Est-ce que vous travaillez quelques fois avec des associations par rapport aux aidants ? ou des hospitalisations de répit pour qu'ils puissent…

D Voilà alors y a les hospitalisations de répit, des interventions extérieures d'aidants on l'a fait un peu et ça s'est pas vraiment bien passé dans la mesure ou ils ont l'impression qu'il y a une intrusion supplémentaire

EG D'accord,

D Parce que faut pas, (soupir) ce qui est compliqué dans le maintien à domicile c'est que viennent beaucoup de personnes. Alors, même dans l'organique c'est compliqué, moi j'l'ai vécu malheureusement personnellement pour mon père qui était en fin de vie, qui a vécu pas jusqu'au bout mais presque au domicile heu, il en avait ras le bol de voir les gens défiler,

EG oui

D Y avait les infirmières, y avait les aides soignantes, y avait l'apport du repas à domicile, ils en pouvait plus il disait qu'and est ce qu'on me f… on m'laisse tranquille et pour l'Alzheimer eh bien ça peut être aussi une ingérence pour l'aidant « on fait à ma place » donc le temps qu'ils acceptent que quelqu'un fasse la toilette, éventuellement vienne faire le ménage, mais « je peux faire », « mais non il va falloir vous reposer » et heu pendant longtemps les gens sont tellement dans le combat qu'ils vont loin dans ce combat, ils s'épuisent, et c'est pour ça qu'à certains moments les hospitalisations sont nécessaires et c'est pour ça qu'un partenariat avec un service hospitalier comme Z ou X c'est bien parce que il faut l'avoir dans le carnet d'adresses.

EG Ouais, d'accord. Donc vous êtes convaincue vous de l'intérêt, des vertus du maintien à domicile ?

D Oui oui tout à fait, tout à fait, quand c'est possible, c'est quand même bien. Sans maintien à domicile c'est une structure d'accueil, bon, j'vais pas dire qu'elles sont toutes, elles sont mal mais heu c'est, ils ont du mal à personnaliser leur pièce, par exemple la maison de retraite qui est à côté, quand ils rentrent dans leur pièce ils ont le lit déjà fait, c'est à dire imposé, ils ont déjà quelques meubles imposés donc si ils veulent amener leur bazar entre guillemets c'est compliqué, tout de suite la pièce est rétrécie, elles sont pas très grandes en plus, c'est pas très spacieux. On est à l'hôpital, on est à l'hôpital dans ces cas-là, hein ? Donc moi j'ai une autre patiente qui a été hospitalisée (pause, rires partagés) ben voilà, maintenant qu'on le dit, j'ai une patiente qui a été admise dans une maison de retraite un petit peu plus loin, alors les pièces sont très spacieuses, donc elle elle a pu emmener ses meubles, mais cette femme est très, a toute sa tête, c'est vrai qu'elle pouvait plus rester à domicile, elle faisait beaucoup de chutes, elle s'est un peu cassé le fémur, c'était compliqué,

EG Donc elle était partante pour…

D Elle était partante, bon, pfff elle a été obligée, contrainte. Et elle me disait, bon, certes j'ai mes meubles mais j'suis plus chez moi, on sonne à ma porte pour faire ma toilette, mon machin, mon truc, bon oui bien sûr on est dans quelque chose qui est heu standardisé, heu elle est pas dans, il faudrait un foyer logement. Alors ça c'est super le foyer logement, alors moi j'ai 2 patients dans un foyer logement sur X, en fait c'est de patients que j'ai suivi, j'évite d'aller à X parce que c'est loin, c'est des gens que j'appréciais beaucoup, en fait y en a un il est parti là-bas un peu sur mes conseils parce que quand il a perdu son épouse, ses enfants ont cru bien faire, ils ont vendu l'appartement des parents pour les rapprocher de chez eux ils lui ont acheté un, ils ont acheté au monsieur une petite maisonnette, mignonne comme ça , mais sur 2 niveaux, et la chambre était au 2ème étage, c'était un monsieur diabétique, artéritique, dyspnéique, j'en passe et des meilleures et il dormait dans son

salon, donc c'était un échec cuisant, et à X y a un foyer logement qui s'appelle le X qui est fait de pièces assez spacieuses, en rez de jardin, donc ils ont un jardin

EG Ah c'est super

D C'est très sympathique, et là y a pas d'ingérence, il peut faire sa cuisine comme il le souhaite, il peut aller en salle de repas si il le souhaite, tout est proposé à disposition et eux ils choisissent comme s'ils étaient dans un immeuble avec des logements séparés et que ils aient, heu une pièce de vie commune. Et c'est c'est rudement bien, donc quand ils sont complètement autonomes heu ou partiellement autonomes c'est vraiment très très chouette. Et c'est vrai que si on doit faire heu un choix, c'est-à-dire qu'une personne qui se sent isolée, parce que c'est vrai, ça aussi on a des patients qui perdent leur compagnon ou leur compagne et qui sont isolés soit dans des grandes maisons, soit dans des grands appartements, et puis ils s'y ennuient, y a pas de contacts, le voisinage pff, ouais heu voilà, ils sont occupés, ils ont une vie, donc heu voilà d'autres choses à faire, et ces personnes sont isolées et le foyer logement est une excellente solution, enfin mes patients ils sont…

EG En tout cas vos patients ils sont très contents

D Ah oui oui ça leur a changé la vie hein, ils se sont fait des copains, lui il a été pendant longtemps pêcher avec un autre copain , non c'est très sympa, et puis dès qu'il fait beau il ouvre ses grandes baies vitrées il sort ses chaises et il est dans son jardin, partagé, mais chacun a son espace donc ils peuvent ne pas communiquer si ils le souhaitent, chacun a son espace donc c'est très chouette, c'est très très bien, donc c'est une belle solution aussi pour les personnes âgées.

EG D'accord, oui. Est-ce que vous avez l'impression que vous pouvez peser sur le cours des choses, justement, institutionnalisation, et est-ce que vous vous sentez légitimes pour le faire ?

D Heu oui bien sûr d'autant plus qu'on est à écoute du patient, qu'on prend pas de décision sans son accord ou effectivement, dans les maladies psychiatriques, dans l'Alzheimer, avec la famille donc effectivement on est déjà à l'écoute du souhait de la personne, on impose rien, faut surtout pas imposer, ça s'impose à un moment donné autrement, c'est-à-dire qu'à un moment donné dans le cours de l'évolution de ces personnes y a un évènement qui va entraîner une hospitalisation et là effectivement les choses changent, et c'est plutôt à ce moment-là que quelque chose va se mettre derrière

EG Oui

D Mais bon après c'est vrai qu'il y a des personnes qui ont été dans des maisons de retraite parce qu'elles l'ont souhaité. J'ai un exemple comme ça d'une patiente qui habitait au 2ème étage sans ascenseur, elle savait bien qu'il allait falloir déménager elle vivait seule, elle était veuve, son appartement devenait trop grand, eh bien elle a décidé du lieu où elle voulait aller, elle a avait toujours rêvé d'être à la mer, elle est partie à la Rochelle, elle a fait la navette, elle a été visiter toutes les maisons de retraite là-bas elle s'est choisi sa maison de retraite, et elle y est maintenant et elle est heureuse. Voilà, hein, y a plein de démarches qui sont faites, j'crois y a plein de cas de figures, rien n'est heu, y a pas une, y a pas un fil dire…, enfin y a un fil directeur, y a pas quelque chose qui s'impose obligatoirement, J'crois qu'il y a en fonction des personnes et des inquiétudes, la solitude c'est pesant hein, et ce facteur-là faut pas le négliger. Rester seul, c'est compliqué. Surtout, les personnes âgées, à la différence des futurs, parce qu'il faut, peut être que la société change aujourd'hui, c'est à dire qu'on a beaucoup de personnes aujourd'hui qui vivent seules, ils sont divorcés heu donc ils vivent longtemps seul et voir même s'ils ont des compagnons dans leur vie souvent ils restent séparés, ils se retrouvent que pour les bons moments, alors que nos personnes âgées ont souvent été en couple pendant 40 ans, 50 ans, 60 ans, alors quand ils perdent leur conjoint c'est quelque chose de terrible, peut-être qu'on aura une autre société après, une autre société plus tard, faut se projeter, hein un peu de sociologie pour voir l'avenir, mais j'pense que y aura des, la solitude sera peut-être vécue un peu différemment plus tard, mais là on a quand même des gens qui sont très marqués par le départ de leur conjoint et c'est vrai que y a un syndrome dépressif réactionnel derrière, parfois des négligences qui apparaissent et ça ça doit venir aussi dans notre discours de l'obligation de rester à domicile. C'est-à-dire, on a beaucoup d'enfants qui disent « ah, il faut que notre père, ou que notre mère reste à la maison », oui bien sûr dans le principe parce que c'est chez eux mais il faut le voir peut-être autrement, il faut voir qu'est ce que veut cette personne, c'est pour ça il faut beaucoup écouter la personne âgée, et lui demander s'il veut vraiment rester,

EG Oui, ça peut lui rappeler aussi le vide ou le…

D Oui, est-ce que cette solitude elle est pas difficile, est ce que d'être seul dans cette grande maison, y a pas des inquiétudes, des trouilles, parce que être seul dans une grande maison avec les bruits de la nuit est ce qu'on dort ou est ce qu'on écoute sans cesse, est-ce qu'il va pas y a voir quelqu'un qui va frapper à la porte ou qui va s'introduire donc faut les écouter parce que y a de sacrées inquiétudes donc tout ça ça pèse aussi sur l'avenir

EG Oui, tout à l'heure vous parliez que souvent il y a dans le cours des cours des choses souvent un moment un peu de rupture où on a besoin de recourir à l'hôpital, est ce que ça c'est souvent dans

l'urgence, avec un besoin, ou est-ce que vous arrivez quelque fois à venir voir les choses

D On voit les choses, on voit les choses et c'est pour ça qu'à ce moment-là il va y avoir éventuellement une hospitalisation à X (hôpital) donc tout va être programmé. J'ai un exemple comme ça c'était une dame qui heu avait c'était pas une maladie d'Alzheimer, plutôt un syndrome de Pick, et elle se dégradait plus, et il fallait refaire une évaluation des traitements, d'autant plus qu'elle se trompait dans ses traitements, elle refusait que quelqu'un vienne faire sa petite boîte de médocs et de toute manière même quand on lui faisait, elle les inversait, elle faisait, voilà c'était l'horreur, elle avait quand même une cardiopathie, elle avait un problème thyroïdien, elle avait etc, enfin fallait pas tout associer, donc heu, en plus ça commençait à être dangereux, elle commençait à halluciner un peu, pour elle y avait des inondations, l'entourage, c'est à dire les voisins commençaient à s'inquiéter, j'avais réussi à faire changer le gaz pour l'électrique mais un jour elle a utilisé son four, elle l'a laissé donc il s'est mis à fumer, voilà, et heu donc il a fallu des semaines ou voire même peut-être plus d'un mois pour qu'elle accepte une hospitalisation, pour qu'on fasse une évaluation et donc essayer de trouver des arguments pour qu'on y vienne, et à ce moment-là elle a accepté et là elle n'est pas revenue chez elle, elle a été hospit, après elle est allée dans une maison de retraite. Et là bon ça a été avec les aidants parce qu'elle avait quelques amis qui ont essayé de choisir avec l'assistante sociale quelque chose qui lui convenait, aussi en fonction de ses finances.

EG Ah oui, ça le facteur argent,

D Ca l'argent c'est aussi un problème, alors soit parce qu'ils n'en ont pas, soit qu'ils ne veulent pas le dépenser (rires partagés) parce que le syndrome Donald il existe.

EG Ca vous en parlez beaucoup d'argent avec vos patients, y a pas de tabou ?

D Non y a pas de tabou, c'est à dire que bon souvent, heu alors on sait à peu près qui a de l'argent ou pas, de part déjà leur profession antérieure hein et puis les enfants, ou l'entourage dit alors, « il a un pactole », donc on essaie d'aborder le fait que ben il faut faire quelques petites dépenses pour avoir une meilleure autonomie, pour ne pas en dépenser davantage pour aller ailleurs, on contourne, (rires) on louvoie pour trouver la bonne réponse heu…

EG D'accord et vous au niveau du temps et de l'argent ça intervient comment, parce que ça prend beaucoup de temps.

D Oui, ben voilà, c'est toujours la même chose, on va dire qu'on est pas assez payé, c'est à dire 33 euros, quand on va au domicile et qu'on y reste une heure, c'est pas très bien, c'est pas payé, mais bon, c'est à dire que si on doit prendre cet argument à chaque fois, on fait plus de méd…, c'est à dire dans ces cas-là on refuse de s'occuper des personnes âgées et de tous les gens qui ont un gros handicap et qui demandent du temps, donc c'est sûr que on, si on était mieux rémunérés ce serait … bien, et peut être-que ça permettrait à certains médecins, qui effectivement ont un problème avec ça, d'être plus accueillants pour les personnes âgées, et peut- être qu'il y aurait moins de personnes seules ou choses comme ça mais bon, ça c'est un vaste débat, bon ! J'veux bien plus de sous ! mais bon voilà…

EG Vous vous en satisfaisez…

D Bah oui, on est bien obligés hein…Puis faut dire aussi, comme je disais en préambule c'est que je n'ai pas une grosse patientèle de personnes âgées, je n'aurais que des personnes âgées, peut-être que mon regard ne serait pas le même, là voir une personne âgée ça me pose pas de problème en soi, bon si en plus elle est sympathique tout va bien mais j'aurais que ça, je serais dans une ville avec que des personnes âgées ohlala j'pense que là j'me lasserais, alors que là…

EG C'est différent…

D J'ai la chance d'avoir une patientèle très très diversifiée, et c'est vrai ici c'est très passionnant, en médecine générale c'est très passionnant, on voit de tout, on a de tout, on peut suivre le patient très longuement avant de passer la main, et les patients nous le, sont reconnaissants de ça, on est vraiment médecin de famille en plus on connaît beaucoup choses ,et y a des choses qu'on connaît, notre approche est plus facile, donc voilà.

EG Oui, d'accord. Votre investissement justement dans le domaine du maintien à domicile est ce que ça change en fonction des patients, si c'en est un que vous ne connaissez pas depuis longtemps

D Oh bah oui j'crois que pour tout patient en fonction de ce qu'il nous renvoie heu va heu générer bien des choses, ptet plus de patience aussi, plus heu, d'accepter de tenir encore un petit plus, en étant plus accompagnant, en les voyant plus souvent, en rappelant, oui oui, mais j'crois que pour tous les patients c'est pareil, y a des gens qu'on a vraiment envie d'aider parce qu'ils sont adorables et d'autres qui sont toujours en train de râler, j'vois j'ai une, enfin elle est en maison de retraite et ça tombe bien, j'ai une Tatie Danièle, c'est comme ça que je l'appelle, quand elle me voit arriver c'est « ah c'est vous …» « ha j'ai encore mal ici j'ai encore mal là » elle rechigne, bon elle est aussi désagréable en maison de retraite c'est pas, mais j'connais en plus son histoire et c'est vrai que, bon elle, j'y vais parce que j'dois y aller mais j'y passe pas un temps fou…Bon c'est sûr que ce qu'on nous renvoie heu a une influence et on peut pas constamment se dire « oh pauvre femme » et voilà

EG Non, de temps en temps…

D Et puis bon souvent ce n'est que le reflet de ce qu'ils ont été plus jeunes hein, donc c'est qu'une continuité, ils deviennent pas aigris ou désagréables donc j'crois que comme ça y a des moments on se dit bon ok on va s'occuper d'eux parce qu'il faut le faire, on est humain, de toute manière ils écoutent pas donc on perd du temps, et puis être constamment à vouloir être bon partout…(soupir)

EG On peut pas…

D On peut pas, ptet que, pour vous vous êtes toute jeune dans le métier, c'est votre cheval de bataille mais à un moment donné, on peut pas être bon partout, faut l'accepter.

EG De manière, en pratique pour les aides est ce que c'est vous qui les mettez en place, par exemple pour demander un passage pour le portage des repas, les aides ménagères…

D Enfin, j'appelle pas hein pour le faire, j'fais toute la paperasse et je liste tout ce qu'il faut que la famille fasse si les gens sont tous seuls éventuellement je le ferai, mais normalement y a toujours quelqu'un, un voisin, une amie, les gens sont alors y en a qui sont tous seuls mais y a rarement une solitude totale donc y a quand même des petites aides qui sont là quoi pour ça et qu'il faut utiliser

EG Oui tout à fait, est ce que y a des choses que vous pourriez déléguer à d'autres personnes, y a certaines choses qui vous pèsent ou est-ce que ça se passe?

D Non, j'vois pas ce que j'pourrais déléguer, de toute manière j'pense qu'aucun du groupe là ne voudrait récupérer mes manques (rires)

EG Non non, d'accord… hem, l'hôpital on en a déjà un peu parlé, est ce que ça vous est déjà arrivé, l'envoi aux urgences pour maintien à domicile impossible c'est une situation qui vous est déjà arrivée ou ?

D Non j'essaie de programmer, parce qu'effectivement si c'est l'urgence ça va être la pathologie urgente qui fait que, mais autrement non, j'anticipe, j'anticipe parce que on voit venir les choses hein…

EG Oui et c'est rare que les patients refusent, refusent jusqu'au bout, jusqu'à une situation de crise ?

D (pause) Y'a…J'ai souvenir comme ça d'un évènement où j'avais un maintien à domicile c'était pareil une femme exécrable, acariâtre donc on avait pareil le lit médicalisé on avait tous les passages et rien allait, elle râlait de tout, rien n'allait, elle avait jeté tout le monde et plus personne voulait venir et on s'est retrouvés avec une femme dans un lit donc dans une incapacité de faire quoi que ce soit, donc y avait des problèmes d'hygiène et donc j'ai fait une hospitalisation contre sa volonté, c'est la seule que j'aie faite, la seule. De tout manière ça s'est terminé après dans une maison de retraite

EG Une institution oui,

D Une institution heu mais c'est le seul et c'est y a plus de 10 ans et cette femme pourtant tout au long, jusqu'à ce qu'elle soit vraiment en perte totale d'autonomie, elle était pas facile, j'arrivais à gérer. Hein elle avait rompu avec toute sa famille donc vraiment sale caractère, les voisins voulaient même plus venir etc, donc moi j'y arrivais encore, j'supportais, y a un moment donné on supporte aussi les choses, on fait la part des choses, donc j'ai pas rompu le lien qu'il y avait, bon de toute manière elle aurait pas retrouvé un médecin comme ça donc j'suis resté, et puis quand vraiment elle allait très très mal, elle avait jeté encore tout le monde, parce qu'on avait, j'avais même mis une HAD, même une HAD…

EG Ah oui même une HAD, mais elle ouvrait pas…

D On avait trouvé un moyen pour cacher le clé, etc, parce que ça aussi c'était, il fallait rentrer quand même on pouvait pas laisser tout ça ouvert parce qu'il y avait quand même un danger, mais elle avait jeté tout le monde quand même, et l'HAD m'avait dit c'est fini, bon plus personne venait pour la toilette et elle était dans sa couche hein donc à un moment donné on était dans l'urgence et là j'ai fait un placement, une hospitalisation contre sa volonté y a eu des cris hein, mais bon…Mais bon, on pouvait pas faire autrement.

EG Oui d'accord, alors à propos des réseaux, est ce que… de manière générale qu'est-ce que vous pensez du concept de réseau ?

D Alors réseau de toute manière c'est toujours intéressant dans la mesure où on a un téléphone, une personne derrière et on discute. Et on échange, parce qu'il faut jamais rester seul, comme certaines autres pathologies, faut pas rester seul, avec la personne âgée en tout cas à un moment donné il va falloir éventuellement des aides, alors si on est un peu perdu le réseau peut servir

EG Et heu, est ce que vous êtes membre, enfin comment vous avez entendu parler du réseau Hippocampes ?

D Oh heu, je sais plus, peut-être dans, peut-être, peut-être, je peux pas confirmer mais peut être que c'était via le réseau X, qui est donc le service de soins palliatifs avec qui je vais aux formations, je les interpelle quand il faut et donc je pense que c'était lors d'une fameuse réunion de soirée qu'on a heu, j'avais dû les rencontrer parce qu'il avaient dû

aborder le sujet de la personne âgée, la douleur ou le maintien à domicile ou j'sais plus…

EG D'accord, vous vous souvenez avoir signé une convention avec le réseau?

D Eh ben non, j'm'en souviens pas, j'm'en souviens pas mais j'utilise ! (rires)

EG Alors justement vous avez un ou 2 patients en tête pour qui vous avez fait appel au réseau Hippocampes

D Eh beh non, j'crois qu'en fait je les ai jamais sollicités pour un patient

EG D'accord

D Parce qu'en fait c'est plutôt heu des informations glanées comme ça mais en fait heu comme j'ai mon carnet d'adresses, et que j'men débrouille bien, j'ai pas besoin vraiment d'aide autre que un coup de fil, ou un évènement parce que j'arrive toujours à réutiliser d'autres réseaux ou mon réseau perso, qui est mon carnet d'adresses.

EG D'accord, et donc le coup de fil au réseau hippocampes c'est pour un avis médical ?

D Ca peut être un avis médical hein heu ou quand passer la main voilà des choses comme ça mais pas vraiment pour quelqu'un qui vient de, c'est à dire un partenariat au domicile du patient.

EG Oui, vous avez pas fait d'évaluation avec un médecin d'Hippocampes au domicile du patient.

D Non jamais

EG Oui, et vous êtes allées à des formations du réseau ou pas?

D Oui mais pas beaucoup, pas beaucoup, non parce qu'en fait comme y a X (HG) aussi, j'ai fait plus de formations avec X qu'avec heu, j'ai dû peut-être en faire une avec Hippocampes, j'ai dû en faire une à Z (ville) si mes souvenirs sont bons mais bon, j'ai pas les dates

EG Ok et au patient est ce que vous avez déjà donné leurs coordonnées à des patients ?

D Jamais, non en fait jamais parce que vu que je suis déjà dans mon suivi, et que j'ai mes partenaires, heu j'leur donne mes autres adresses

EG Ah oui, donc du coup sur le réseau y a quelques questions qu'on peut…

D On va pas pouvoir…

EG Non c'est pas grave, c'est un peu l'aboutissement mais heu eh beh du coup pour conclure un petit peu, pour vous ça devrait être quoi la place du généraliste dans la prise en charge de la personne âgée dépendante ?

D Ben on a une place de choix hein heu, on est même le pilier hein, parce que c'est nous qui orchestrons, qui organisons, qui allons au domicile, donc déjà on peut évaluer à peu près bon c'est vrai qu'on va se faire aider d'autres partenaires mais on voit bien si la maison est adéquate, et ce qu'il faut pas retirer les tapis, est ce qu'il faut pas mettre des choses pour qu'ils puissent se tenir, voir le matériel qu'il faut faire venir à domicile pour que le lit soit correct à la bonne hauteur, faire venir tous les partenaires, si on est pas là, c'est pas le gériatre qui le fera et puis, moi j'dirais on est le pilier, sans nous la PA ne peut pas rester autonome chez elle, c'est mon avis, sauf si, sauf si on a une famille extrêmement présente qui coordonne tout, avec un médecin qui va contre signer, celui qui vient, vous pourriez faire ceci cela, le déambulateur, on fait la liste de courses et puis voilà, mais si vraiment on est le médecin de famille en plus, on est interpellé très rapidement par les familles.
Là j'ai un exemple d'un monsieur là qui commence à décliner un peu, c'est la fille qui m'a dit oh lala mon père il va pas bien, c'est bizarre, la dernière fois il a pas ouvert la porte il a pas compris, heu, il savait plus où était sa voiture, donc là on a fait un bilan mémoire qu'il a pas du tout aimé, il est revenu en disant, ahlala ils m'ont posé un tas de questions c'était très très gênant, ils ont vérifié si j'savais calculer encore, ils ont, bon son bilan est mauvais, hein et donc on voit que donc on a déjà passé un stade et qu'il a besoin de soins, qu'il a besoin d'aide et donc avec sa fille on est en train d'orchestrer le passage à domicile, c'est la fille maintenant qui fait la boîte de médicaments donc heu voilà on est au tout démarrage de quelque chose mais c'est identifié, bon lui faut faire attention, par exemple maintenant on discute de la voiture, il faut plus qu'il la conduise, donc il faut vraiment que, mais pour lui c'est une vraie perte d'autonomie, parce qu'il a encore un peu sa tête hein et même bien sa tête mais y a des petits oublis mais il commence à être un peu moins attentif à la conduite automobile donc il devient dangereux. Là on est en train de discuter voilà, puis bon on a les familles qui nous interpellent et qui nous demandent de les aider pour que le parent accepte. Donc c'est essayer d'amener la conversation sans qu'ils sachent que c'est la famille qui l'a dit parce que y a des moments où on peut pas tout dire en disant, « Alors votre fille m'a dit », parce que là on obtient rien donc faut vraiment faire en sorte que chacun soit à sa place, donc on va aborder le sujet « oui mais au fait vous cuisinez comment, vous avez le gaz ? ah non mais ça j'veux plus, il faut vraiment qu'on fasse quelque chose, on va en discuter avec vos enfants éventuellement pour qu'ils aillent vous trouver une plaque électrique », c'est facile, en plus c'est assez simple donc on peut leur donner, moi j'fais beaucoup de, j'aime bien bricoler donc j'comprends, donc j'visite, « ah bah non non votre baignoire ça va pas, vous allez plus

pouvoir monter, montrez moi comment vous faites ? « et alors voilà ils nous font une démonstration » Ah bah non, vous allez chuter là dans ces cas-là faut des anti-dérapants alors on va en mettre là là et là, et ils acceptent, on y va tout doucement, alors l'avantage c'est que là c'est une personne que j'connais, que je vois se dégrader donc j'peux tout installer doucement, un nouveau patient qu'on m'amène, un tout nouveau là avec sa pathologie déjà bien avancé, wow, c'est plus compliqué parce qu'il faut réévaluer qu'est ce qui a été fait pourquoi ça a pas été fait, on en est là aujourd'hui, pourquoi' y a pas eu d'aidants, puis bon y a toutes histoires de familles qui resurgissent donc voilà.

EG Oui d'ailleurs, de manière générale la famille c'est plutôt une aide ou un obstacle ?

D Ca dépend, ça dépend. Y a, chacun est particulier, mais c'est une vraie douleur pour la famille, ça c'est évident, donc la famille elle doit être aidée, là on suit pas un patient, on suit une famille, les aidants aussi parce que c'est compliqué, c'est compliqué de voir son parent se dégrader, de plus vous reconnaître, quelqu'un qui était très posé devenir complètement, avoir des termes déplacés, des gestes déplacés, heu c'est vrai que les gens n'osent plus sortir, faire venir les amis, y a plusieurs deuils à faire et c'est compliqué ça, mais donc là on est pilier aussi là-dessus.

EG Mmh, et ça vous arrive de faire appel à des psychologues …

D Bah c'est-à-dire que…

EG Ou c'est plutôt les aidants s'ils en expriment le souhait?

D Oui voilà, mais bon on leur propose, on leur propose, ça c'est vraiment important. Et c'est là où Hippocampes peut aider parce qu'effectivement ils peuvent aussi donner des adresses de psychologues qui sont intéressés par cette problématique parce que tout le monde s'y intéresse pas, c'est déstabilisant…

EG Ok bah je vous remercie en tout cas, ça a été très intéressant, j'pense que j'ai fait le tour des questions.

44 minutes

Entretien 8

EG Alors, pour commencer est-ce que vous pouvez me racontez un peu comment est-ce que vous travaillez, depuis quand vous êtes installé, comment ça se passe votre activité ?

D Bah ici on est installé depuis 85 mais euh, avant j'ai travaillé dix ans à l'hôpital à, au Mans, en tant qu'interne et puis j'ai fait euh, j'ai prolongé à l'hôpital dans des services et puis après je me suis installé en ville.

EG D'accord

D Voilà. Mais j'ai changé carrément de…

EG De région

D De région parce que devait y avoir des centres de santé qui devaient se créer et, et y se sont jamais créés. Mais enfin y a eu un sur le nombre, sur cinq qui devaient se faire

EG D'accord c'était la structure en groupe qui vous a, qui vous intéressait ?

D Non, la forme du centre de santé

EG D'accord

D Voilà. C'était pas le, le… C'était pas obligé que ce soit en groupe mais en plus euh c'était salarié

EG D'accord et donc finalement ça s'est pas fait. Là vous êtes que des médecins ou y a aussi des infirmières, kiné ou… ?

D Ca a bougé mais, y'avait deux kinés, puis un kiné, puis l'autre kiné a pris sa retraite, maintenant on a, on est quatre médecins, deux remplaçants, deux infirmières, voilà.

EG D'accord, ok. De manière générale ça se passe comment le contact avec la personne âgée, est-ce que vous êtes à l'aise, est-ce que vous aimez bien, est-ce que vous trouvez que c'est gratifiant ?

D Gratifiant, non. Euh, c'est un travail euh, bon que j'ai toujours fait parce que j'ai quand même pas mal travaillé dans des services de gériatries…

EG D'accord

D Mhumm… Avant que ça devienne une vraie spécialité euh bon…

EG Vous avez eu une formation gériatrique ou euh… ?

D Ca n'existait pas.

EG D'accord, c'est assez récent.

D Donc euh non, c'est un travail, alors bon souvent les, les, nous ici c'est une ville euh on s'est installés la moyenne d'âge c'était 18 ans maintenant ça doit être 22 ou 23 ans, donc les personnes âgées c'est carrément un pourcent de notre clientèle.

EG Ah carrément. Très peu Ok

D On peut modérer ça si on dit les personnes à mobilité réduite, on peut englober les handicapés qui quand même ont le même profil, hein, de grosses pathologies ou de pathologies accumulées. Et en plus chez qui on se déplace, souvent on se déplace pas, en visite.

EG Vous en faites mais très peu

D On en fait vraiment chez les gens qui peuvent pas bouger

EG Ouais d'accord

D Donc on a presque plus d'handicapés que de personnes âgées, maintenant la population a vieilli comme nous, Et donc voilà, ceux qui sont restés ici on continue à les suivre…

EG Ok ouais

D La doyenne elle a 103 ans, c'est ma collègue qui la suit. C'est une dame anglaise, qui vit chez sa fille, et puis bon bah, y'a tous les stades... Non mais on en voit très peu, on en voit pas beaucoup. C'est pas…

EG D'accord, c'est pas votre quotidien.

D C'est trois pourcent. Trois ou quatre pourcent au-dessus de 75 ans.

EG D'accord. Avec qui est-ce que vous collaborez pour la prise en charge de ces personnes âgées dépendantes à domicile ?

D Avec les services de maintien à domicile, bon on peut dire qu'on collabore que dans la mesure où on est arrivé à se connaitre, mais euh bon, euh les services municipaux hein, que ce soit les services pour les portages à domicile, y'a les aides à domiciles, les aides familiales, y'a aussi les infirmières, y'a les kinés, hein voilà c'est les seules personnes qu'on croise.

EG D'accord, ouais. Vous avez eu à faire au CLIC dans la région ?

D On a à faire au CLIC; on sait pas ce qu'y foutent !

EG D'accord (rires)

D Voilà. (rires) Sincèrement, euh moi j'donne l'adresse, après je sais pas ce qu'il en vient, j'ai pas trop de retour, c'est, y font surement très bien, je sais pas, c'est pour faire connaitre les droits, et tout ça, c'est vrai qu'on y pense pas assez.

EG Vous avez pas eu de retour de patient ou de famille à qui vous aviez donnez le contact ?

D Pour le, pour le CLIC ?

EG Pour le CLIC oui.

D Ca, ça a était fait, je, mais après moi, ça, j'ai pas, j'ai jamais de retour, hein, peut-être ceux des patient, mais c'est souvent pour des problèmes administratif hein, don euh, ou des problèmes plutôt sociétal, ou euh, ou sociaux, donc euh j'ai, on reçoit aucun, aucun… Disons on a pas de lien.

EG D'accord. Vous vous avez pas eu, pour des renseignements à faire à eux ?

D Y font leur boulot, on fait le nôtre, mais on travaille en parallèle hein.

EG D'accord. Qu'est-ce qui vous semble difficile dans la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie à la maison ? Qu'est-ce qui vous pose problème ?

D Comme ça euh, qu'est ce qui me pose problème ? Bah c'est justement de devoir travailler à domicile. Parce que je trouve que la visite médicalement c'est pas, c'est un peu difficile. De faire des examens, d'être à l'aise pour ben on a pas le dossier, pour moi c'est un, c'est pas une bonne façon de travailler, mais bon y faut le faire, parce que bon, on n'a pas d'autre choix.

EG Ouais, d'accord. C'est plutôt la structure, la logistique alors ?

D Moi, sur le plan de ma partie médicale, je trouve qu'on est pas bien armés pour suivre les gens à domicile, voilà, y nous manque du matériel, euh on a pas, comme je disais, de dossier transportable, maintenant tout est sur informatique donc euh voilà bon ; c'est compliqué, on peut pas transporter l'ordinateur, voilà, donc je sais pas…

EG Ouais, d'accord. Est-ce que vous êtes convaincu de l'intérêt, des vertus du maintien à domicile ?

D Ah bah oui. Mais on est pas aidés.

EG Pourquoi ?

D Bah j'pense que c'est un slogan mais que les choses ne suivent pas socialement quoi

EG D'accord

D Pour les gens qui en ont vraiment besoin, le maintien à domicile euh, y faut vraiment avoir toute ça tête, et puis la pugnacité pour la personne qui, qui, que ça intéresse, euh, pour qui c'est intéressant, pour, à trouver les bonnes personnes et ne pas payer plus que dans une institution, plus cher que dans une institution. Alors si on prend une personne qui a besoin d'une aide pour se coucher, pour se lever, pour euh, des trucs comme ça, si on prescr.., les services de soins à domicile, ils facturent quand même assez cher.

EG D'accord

D J'connais pas toutes les arcades, mais je le vois faire par des gens qui sont handicapés et qui se battent avec le conseil général pour obtenir euh des tarifs de journée, enfin c'est, c'est gros dans leur budget quoi.

EG Mhum. De manière générale vous avez l'impression que vous pouvez peser sur le cours des choses, choisir entre maintien à domicile et institutionnalisation, et est-ce que vous vous sentez légitime pour le faire ?

D Moi je d'mande pas de légitimité, je pense que ça c'est en fonction du moment, et des pathologies, je pense qu'y faut savoir relier les deux, mais, enfin, pour ce qui est des séjours hospitaliers ou en en post soins, voilà bon, ça je sais m'en servir, mais pour le reste savoir si la personne euh, si c'est son désir de rester chez elle, je j'ai pas de légitimité à m'y opposer. Si ce n'est que dire à la famille ce serait peut-être mieux… mais bon pour moi c'est la famille la légitimité hein, c'est pas le médecin hein. Nous on apporte un avis mais euh bon voilà.

EG D'accord. De manière générale les familles c'est plutôt une aide ou un obstacle ?

D Bah moi je, j'veux pas en faire un obstacle hein parce que là on peut plus travailler, si c'est un obstacle, c'est pas de ma faute. C'est, j'y suis pour rien. En général, moi je, considère que c'est plutôt une aide, même, faut encore qu'y en ait une…

EG D'accord. Qu'est-ce qui vous semble important dans l'évaluation gériatrique ? Et est-ce que vous utilisez des tests en routine ou… ?

D Alors, oui bien-sûr, mais comme j'vous dis, c'est pas, voilà on a l'air malin de faire les tests, par exemple de la marche et des trucs comme ça à domicile hein, bon euh voilà. Je… Oui pourquoi pas, mais c'est pas quelque chose que je fais d'une façon rituelle, systématique, pas du tout.

EG D'accord. Vous avez l'impression que ça apporte pas forcément grand-chose ?

D Mais si ! Je sais que c'est important pour voir euh la qualité des déplacements, la prévention des chutes, des trucs, comme ça, mais euh je sais que, euh, y faudrait qu'on fasse tous la même chose, tous les intervenants. Hein bon voilà, et qu'on insiste sur le, sur, effectivement supprimer les embûches, le chaussage, voilà, bon les tapis et compagnie, voilà moi j'ai pas chiffré mais faire venir pour une personne qui commence à poser problème parce que c'est ça voilà si y avait pas de problème à domicile on en parlerait même pas mais c'est des personnes qui sont à risque de tomber, de chute et c'est ça le principal problème quand ils sont seuls

EG Ca vous arrive de faire appel à des ergothérapeutes pour évaluer le domicile ?

D Bah voilà et voilà trouvez moi un ergothérapeute qui se déplace

EG Ah je sais pas

D Ben voilà, je n'ai pas, alors est ce que c'est le travail du CLIC ? On a tout un gros classeur ou y a 20 000 références mais heu voilà

EG Ca a pas crée de lien pratique, d'avoir les adresses ça vous a pas permis d'avoir un canal qui circule bien, un contact ?

D Heu bon peut-être qu'on s'en sert mal. Mais ça c'est une question de temps hein.

EG Ben justement comment ça intervient le temps dans la prise en charge, parce que c'est vrai que ça prend beaucoup de temps les personnes âgées

D La visite est à 23 euros, le déplacement c'est 10 euros quand on peut prendre, c'est tout résumé, je néglige pas mais c'est vrai que vu la démographie médicale qu'on vit ici, c'est certain que si on travaille pas en réseau on peut plus rien faire donc...

EG Quand vous dites travailler en réseau?

D Ben c'est d'essayer que tout le monde se joigne, bon pour les prises en charge et c'est pas, c'est pas acquis, travailler dans les réseaux…

EG D'accord, de manière générale comment vous intervenez pour la mise en place des aides, c'est vous qui demandez par exemple une auxiliaire de vie ou le portage des repas,

D Ben là effectivement là j'pense que c'est intéressant d'avoir les numéros des services de mairie qui s'occupent de ça, hein voilà, mais c'est très bien fait, j'crois que ça marche assez bien

EG C'est pas vous qui faites c'est plutôt la famille ?

D Ben j'sais pas heu, j'me rappelle pas avoir fait des certificats pour le portage des repas. Heu oui pour une tierce personne à domicile, bien sûr, voilà.
EG D'accord, est ce que là vous avez en tête 1 ou 2 patients que vous prenez en charge à domicile qui vous posent problème ?

D Ben oui tous ils posent problème.

EG C'est vrai ?

D Bien sûr, soit que c'est l'enfermement ils peuvent plus sortir dehors, c'est la solitude heu c'est tout c' qu'on veut, donc voilà quand c'est pas les problèmes médicaux et tout quoi.

EG Vous avez en tête un cas concret en ce moment que vous pouvez me raconter un p'tit peu ? Ou vous avez du mal à mettre en place une structure satisfaisante, ou qui, j'sais pas qui vous… ?

D Ben oui j'en ai 2, j'en ai un j'vais résumer j'vais être très, c'est un monsieur qui a une SEP, il a acheté un appartement au 3ème étage quand ça allait très bien y a une vingtaine d'années, mais maintenant il n'peut plus bouger pratiquement enfin bon il est en fauteuil roulant dans un appartement de 3 pièces, au 3ème étage sans ascenseur, il a pas de famille. Moi pour moi ça c'est un gros problème.

EG Oui, il vous appelle souvent?

D Des kinés qui passent à la maison on en trouve plus, les infirmières elles font leur boulot elles partent elles viennent, comme nous hein, finalement bon ben c'est vrai, on essaie d'être plus à l'écoute, chacun dit son ptit mot bon ben voilà, heu y a quelqu'un du service de la mairie qui passe faire le ménage, on lui apporte les repas, bon, mais c'est pas une vie.

EG C'est vous qui l'dites ou c'est ce que vous avez l'impression pour le patient, c'est son discours ?

D Ben il commence à comprendre effectivement, c'est très dommage, bon voilà il faut qu'on trouve une solution collectivement voilà.

EG Pour qu'il soit plus isolé?

D Voilà, voilà, et s'il le veut, il le veut maintenant donc ça tombe bien.

EG Ca a mis longtemps, que vous avez dû parler avec lui pour essayer de …?

D Ca fait 3 ans qu'il y a eu des gens à passer à domicile, pour essayer de voir avec lui et que ça n'a pas abouti, que ce soit les associations de comment on dit, des patients de la SEP, que ce soient les services municipaux heu que ce soit même des réseaux, hein, comme S (réseau soins palliatifs) justement, voilà, bon il a dû dire niet à tout, hein, même la cellule handicap, Moi c'est ça le problème âgé c'est un peu quand même égal handicap voilà je résume à ça, handicap, bon heu si c'est les gens, voilà, si y a un handicap c'est là qu'il faut trouver des liens.

EG Et votre investissement dans ce domaine est ce que ça varie en fonction de si vous connaissez le patient depuis longtemps ou pas, qu'est ce qui entre en jeu quand vous devez aider quelqu'un à rester à domicile ?

D Le patient si il est, si il veut rester chez lui faut tout faire pour qu'il soit chez lui moi j'ai pas d'autres critères réunir le maximum de gens, c'est ça que je qu'on fait, bon on a une grosse aide des réseaux bon c'est c'est pas facile à gérer j'trouve quand même

EG Oui, c'est un peu laborieux, vous arrivez quand même à mettre en place les aides. Ca arrive qu'à défaut de pouvoir mettre en place les aides vous deviez heu…

D Mais moi j'vois pas pourquoi je serai heu le pivot central d'une machinerie centrale qui soit autour, c'est quand même un peu fort du café de charger la barque sur le plan médical hein, heu c'est pas parce qu'on est médecin traitant qu'on est responsables de la santé dans sa globalité comme le décrit l'OMS, moi je peux plus, on peut plus faire ça c'est plus possible (le tél sonne) il faut que chaque intervenant fasse son boulot comme il doit être fait, si déjà on fait bien son boulot médicalement faut ptet pas nous en demander trop parce qu'on en peut plus, moi, c'est notre vie ici, on en peut plus de déborder sans cesse et qu'on nous demande sans cesse des prises en charge et que ce soit pour suivi des grossesses et que ce soit pour telle pathologie et que ce soit, fin voilà, ça devient insupportable hein

EG Ouais, d'accord, dans votre organisation actuelle du cabinet est ce qu'il y a des choses que vous pourriez déléguer justement à d'autres personnes pour que ça soit mieux ?

D Ben oui, ben oui, j'pense que, moi je…déléguer à d'autres personnes au sein du cabinet ?

EG Heu non enfin ou une structure extérieure, idéalement…de quoi vous auriez besoin ?

D Qu'est-ce que vous nous proposez?

EG Ah moi non (rires)

D ah bah voilà

EG Moi je suis juste interne en médecine, j'explore les pistes et puis j'demande aux gens s'ils ont des bonnes idées

D Ben voilà que le grand CLIC me claque si je dis des choses (rires partagés)

EG Je ne suis mandatée par personne hein

D Je lisais des trucs moi je r'garde pas souvent mais bon c'est vrai que je regardais là sur le (feuillette le guide donné par le CLIC) problème des, alors y a il dit de s'adresser à des structures pour faire une évaluation d'ergothérapie mais ces structures ben j'les connais pas, y a pas les numéros, bon alors voilà heu alors faut chercher sur internet, bon voilà hein

EG Il manque un peu un relais

D Non c'est vrai que y a des choses mises en place mais on a peut-être pas assez de lien

EG Oui, au niveau de la formation vous vous sentez assez formé, est ce que vous avez l'impression que

D Non on est jamais assez formé bon de toute façon on est toujours surpris par ce qui se passe, même si on est formés

EG Au niveau de l'hôpital, comment est-ce que vous décririez vos relations avec l'hôpital ?

D Pour les personnes âgées?

EG Oui, est ce que c'est facile

D Bah y a un nouveau service là à U (nouvel hôpital général de secteur) bon j'ai, avec Mme G. là heu je sais pas comment ça fonctionne

EG Quand vous voulez hospitaliser quelqu'un en général vous y arrivez?

D Ah bah moi j'passe toujours par les urgences hein, je préviens quelques fois le chef de service ou un médecin du service quand je les connais qui me dit, « mais tu passes par les urgences », ben voilà, de toute façon je n'ai recours à l'hôpital heu pour une hospitalisation que dans le cadre d'un pépin qui nécessite une hospitalisation, alors pour les consultations ça c'est autre chose, oui ça ça marche du moment qu'on fasse les bons de transports qu'on soit là pour dire heu c'est mieux d'aller voir un tel qu'un tel à tel endroit, ça y a pas de souci.

EG Ca vous arrive d'organiser des hospitalisations programmées ou ?

D Oui surtout pour la famille voilà, pour les proches

EG de répit…

D Oui alors ma collègue elle savait même pas que ça existait, moi j'ai eu du mal à retenir le mot (rires)

EG de répit

D Voilà.

EG Ca y a une structure ça marche bien, y a une filière ?

D Ben qui marche bien pour une personne peut être pas pour une autre…faut que le patient soit connu, qu'il soit déjà venu, ça s'est trouvé que oui, je pense que c'est quelque chose qui peut être programmé je le vois que dans ce cadre-là.

EG Et vous travaillez donc avec plusieurs hôpitaux dans le coin ?

D T ils sont bien. Après les autres j'ai voulu pour la même chose, à R (hôpital spécifique à un corps de métier), ça a pas été possible, en tant que médecin généraliste on est barré, voilà.

EG Qui il faudrait qui appelle alors?

D Ah le spécialiste heu, voilà le spécialiste qui était d'ailleurs très surpris que j'y sois pas arrivé donc il m'a dit ben fait hospitaliser le patient tant pis, c'est pas ce qu'on voulait mais moi j'obtiendrai heu voilà c'est ça

EG Ah oui, c'est une structure particulière pour ce corps de métier, vous vouliez une hospitalisation de répit c'est ça?

D C'était pas de répit c'était parce qu'en fait c'est quelqu'un qui est insuffisant respiratoire, une personne âgée en insuffisance respiratoire donc elle était au bord de la décompensation, et puis la pneumo m'a dit « écoute c'est pas la peine qu'il aille passer 3000 euros par jour dans le service, fais le rentrer directement dans le service de pneumologie de soins de suite » quoi, ils ont jamais voulu.

EG Ah d'accord, même si ce pneumologue là, il a pas pu forcément,

D Ben non moi j'ai dit que je téléphonais de la part de, alors jsuis sûr qu'il y est maintenant, mais il a fallu passer par 10 jours d'hôpital

EG Est ce que l'envoi aux urgences pour maintien à domicile impossible c'est une situation que vous avez vécue ?

D Ah oui, ah bah oui, y a pas que les personnes âgées

EG Mais heu pour maintien à domicile impossible sans qu'il y ait forcément une pathologie aigüe qui justifie vraiment…

D Pour nous c'est rare, hein, retenez que c'est pas c'est comme ça mais c'est jamais l'été pour heu parce que la personne se retrouve chez elle et qu'il y a personne pour s'en occuper, d'accord ? C'est toujours MADI parce que la personne a une pathologie qui fait qu'il y a des risques, non c'est pas de convenance

EG C'est pas juste pour un problème social

D Ah non ça non

EG D'accord, c'est toujours parce qu'il y a une pathologie , ok qu'est-ce que vous pensez du concept de réseau en général ? Est-ce que vous êtes membre de réseau ?

D J'ai, j'ai vécu avec la naissance des réseaux, j'ai vécu la naissance des réseaux quels qu'ils soient, j'en ai, on en a crée ici avec mes collègues heu, bon. Je n'irai pas contre les trucs de réseau mais

heu en fait heu je sais pas quoi dire sur les réseaux parce que à la fois on est indispensable au réseau pour heu bon sûrement enfin c'était comme ça longtemps parce qu'on a une file active, enfin on leur alimente leur file active, d'un autre côté heu, mais j'dis en général hein, d'un autre côté la prise en charge des réseaux elle me paraît pas être dans le temps, elle me paraît être sur des objectifs annuels, heu et au bout d'un temps on arrive à avoir épuisé enfin que le y ait enfin, je sais pas j'dis ça comme ça enfin j'ai pas bien…par exemple pour les réseaux de l'obésité c'est une prise en charge d'un an, quelques fois renouvelable voilà, bah pour hippocampes, c'est Hippocampes ? ben j'ai eu un monsieur ben je reçois de temps en temps, je connais bien, Z (directeur du réseau ndlr) donc heu je sais qu'il continue à le voir, de temps en temps je reçois un rapport, une fois par an, mais ce monsieur il a dû au bout d'un moment il était suivi en hôpital de jour à W (HG) et puis à W ils ont dit ben non nous on peut plus parce que je sais pas pourquoi il faut changer de structure, bon alors heu on peux plus on a épuisé notre cota de jours et de séances alors il faut que, bon ce monsieur qui habite à côté il faut qu'il aille maintenant à X (ville) où sa fille a trouvé quelque chose, bon alors, moi j'ai pas heu j'ai pas de, pas d'explications, j'ai pas le temps d'aller chercher les motifs…

EG Donc il est même plus dans Hippocampes?

D Ah bah si il est encore dans hippocampes mais dans le système de mise en place des soins hein heu, en particulier bon ces ateliers, les trucs comme ça, il pouvait plus profiter de heu là Hippocampes l'avait adressée à M (HG).

EG D'accord

D Et ça j'en suis pas averti hein heu, c'est les patients qui, j'ai reçu un courrier de la quand même de la gériatre, la neurologue, la neurogériatre, j'sais pas comment on dit, qui me disait ben non on a va plus pouvoir le suivre patati patata mais j'ai pas d'explications.

EG D'accord, oui c'est vrai que c'est étrange, c'est administratif… Vous vous souvenez comment vous avez entendu parler du réseau Hippocampes ?

D Pas, pas grande histoire bon heu, heu…j'pourrais pas vous dire, oui mais on reçoit quand même des mails heu mais je savais pas qu'il y était

EG Vous connaissez le coordinateur?

D Ah X oui mais je savais pas qu'il y était, j'ai découvert parce qu'il est venu faire des visites chez chez un patient voilà, on en a 2, un autre monsieur…

EG Donc c'est pas vous qui aviez demandé?

D Si, si c'est moi mais moi on m'dit pas l'nom hein, c'est ça !

EG Vous aviez signé une convention avec eux?

D J'ai signé oui oui j'ai signé la convention avec Hippocampes alors c'est pareil cette histoire de charte ou d'convention on sait pas dans quelle durée, si c'est définitif ou alors faut resigner tous les ans, je ne sais pas… alors y a des réseaux faut adhérer, d'autres réseaux heu il faut pas adhérer enfin bon faut y être adhérent en cotisant, voilà…

EG Ah Bon?

D Oui oui y a des formes de réseaux qui sont différentes, bon les chartes j'suis pas sûr d'avoir signé toutes les chartes des multiples réseaux qu'on utilise… mais sincèrement j'ai pas encore bien vu heu la place du médecin traitant dans le travail du réseau. Sincèrement. C'est un truc là qu'il faut heu, en dehors d'être la porte d'entrée, et peut être la porte de sortie (rires) je, je, je ne sais pas où il se place vraiment, sincèrement, bon alors c'est sûr qu'on est invités à de multiples réseaux mais c'est pareil là on a pas le don d'ubiquité donc voilà.

EG Oui, vous n'avez pas assisté à une réunion à domicile ?

D Si, mais non à de multiples réunions de formations, euh voilà des trucs comme ça…

EG D'accord, la réunion au domicile du patient ça vous a apporté quelque chose?

D Bah oui oui oui j'trouve que c'est très bien, ça met toujours en confiance en tout cas et puis heu je pense que c'est important que tout le monde soit là.

EG D'accord, et vous avez l'impression qu'il apporte quelque chose au patient et aux familles le réseau?

D Oui je pense hein, seulement y a des familles qui sont un peu réticentes heu ici, bon c'est la clientèle d'Y (ville), à tout ce qui est soutien psychologique alors nous heu c'est vrai que ça nous prive d'une sacrée béquille hein…

EG Donc c'est positif?

D Bah les gens refusent hein, bah oui les aides bon un petit peu les soutiens psychologiques pour les familles, c'est un peu embêtant, bon c'est pas du fait du réseau, c'est l'effet du profil de la famille et des patients

EG Vous connaissez les motifs, ou c'est juste parce qu'ils ne sont pas accessibles à la psychothérapie?

D Je pense que voilà, c'est que c'est, ça doit leur faire peur par essence et non pas par connaissance.

EG D'accord, est ce qu'il y a des situations où vous vous êtes sentis seuls et vous n'avez pas obtenu de la part du réseau l'aide que vous souhaitiez ?

D C'est difficile on peut pas répondre à ça enfin moi j'peux pas. Voilà non heu on se sent toujours seul, voilà mais on, ça c'est un peu, c'est justement ce qu'il faut rompre, il faut lutter contre ça parce que heu, c'est on peut pas se réfugier derrière ça voilà.

EG D'accord, ok et heu… donc vous allez pas trop aux formations du réseau, donc le réseau vous avez fait appel pour quel problème ? C'était pour demander une évaluation au domicile ou heu?

D Non le réseau Hippocampes il m'a dit qu'il venait rencontrer la famille la première fois et il m'a demandé si je voulais bien être présent.

EG D'accord et qu'est ce qui avait fait que vous aviez fait appel au réseau, par rapport au patient, à l'histoire du patient ?

D Eh bien parce que le réseau Hippocampes prend en charge les patients qui sont, enfin, prend en charge, propose des aides aux patients, propose des bilans propose, enfin peut-être pas des solutions hein mais disons quand même de faire le point, hein, où en est le patient par rapport à la pathologie d'Alzheimer, hein bon, c'est certain, voilà.

EG D'accord, donc là vous avez 2 patients avec le réseau, et y a pas d'autres patients…

D Non j'en ai un et un ça fait un an que j'ai demandé, la famille, c'est pour ça, la famille n'a pas fait suivre, et total ça a été reporté et là j'crois que c'est au mois de juin, au mois de mai, alors là on doit me rappeler.

EG Et ce patient, c'était, vous pouvez me raconter un peu la situation ?

D C'est un patient que je connais bien, c'est presque un ami, qui a soixante heu, qui y a 2 ans a commencé à perdre un peu la tête, mais le problème c'est qu'il vit tout seul, qu'il y avait un gros déni de la pathologie, que c'est pas facile de toute façon, voilà, et il vit toujours tout seul.

EG Il a des aides ?

D Oui alors bon il y a une infirmière qui vient, heu bon alors la famille a couru partout pour heu voilà, j'ai même envoyé à un spécialiste à S (hôpital parisien spécialisé en neuro-psy) qui m'avait été recommandé pour essayer d'annoncer un peu mieux le diagnostic, ça c'est très bien passé, il a accepté à ce moment-là un petit peu de, mais y a pas eu de suivi proposé, alors voyant que ça débouchait sur rien alors que j'leur avais dit c'est au réseau Hippocampes pour mettre en place heu et avoir connaissance de tout ce qu'il pouvait faire et les aides qui pouvaient venir et ben ils l'ont pas fait alors ils sont allés à l'hôpital de X ils ont eu le même souci, donc heu c'est maintenant ça me revient après avoir fait le tour et puis bah je l'ai pas vu moi depuis 6 mois, 6-8mois,

EG Ah d'accord vous le voyez pas en visite ou au cabinet ?

D J'peux pas y aller systématiquement si on me d'mande pas hein, ce serait difficile de travailler comme ça, c'est possible, bon, c'est peut-être pas bien mais nous c'est, on a besoin de nous, on nous d'mande et on vient, on fait, voilà, si on a pas de nouvelles c'est difficile hein,

EG Oui oui, ça s'passe comme ça…Pour conclure un petit peu, pour vous ça devrait être quoi la place du généraliste dans la prise en charge de la personne âgée à domicile, dépendante ?

D Alors, bah je me répète hein mais sûrement pas pivot central de toutes les prises en charge, moi j'veux bien m'occuper de c'qui est médical et thérapeutique et les trucs comme ça hein, mais maintenant moi j'suis assez déterminé à ne pas passer outre et de dire aux gens, ben oui téléphonez à la mairie, téléphonez à voilà, d'avoir les numéros alors c'est vrai sur moi presque ben voilà vous avez tel problème c'est pas de mon ressort mais vous pouvez vous adresser à un tel

EG Parce que vous avez l'impression de vous laisser un peu grignoter par le système ?

D Ah non ben voilà, je, je c'est impossible de toute façon parce que le problème des réseaux c'est que heu justement ils font le lien c'est la coordination de tous les intervenants mais heu nous après on reçoit pas forcément de retour donc si heu c'est un petit peu ça le problème, donc on sait pas où les personnes en sont heu, trop, qui vient, bon bref, ça j'sais pas si on peut faire quelque chose là-dessus, en tout cas moi je revendique absolument pas d'avoir une place centrale, on a assez de boulot, d'accord

EG Mais vous voulez quand même être tenu au courant, en dehors de ce qui est médical, des structures qui ont été mises en place,

D Jusqu'ici j'ai peut-être tort mais si les gens veulent rester à domicile ils restent à domicile, je fais tout, quand c'est plus possible ben voilà faut s'rendre à l'évidence, bon essayer au mieux avec la famille de prévoir, passer la main à une maison, heu bon ce qui va bloquer c'est quand même ces histoires d'argent hein, voilà, je sais pas combien coûte le maintien à domicile d'une personne âgée par rapport à une maison de retraite médicalisée ça doit être assez vite fait le calcul hein mais moi pour mes parents j'avais vu que c'était pas donné hein

EG Le maintien à domicile?

D Quand vous voulez rester à domicile ouais, ah oui oui, parce que c'est vous qui payez le salaire des gens qui viennent, heu quand c'est du 24 h/24 c'est quand même pas donné à toutes les bourses et je m'demande si aujourd'hui c'est encore d'actualité financièrement quoi.

EG Ok bon bah j'vous remercie.

Durée : 35 minutes

Entretien 9

E.G. De manière générale, comment vous travaillez, depuis quand vous êtes installé ?

D.P. Alors, ben j' suis installé depuis un peu plus de 40 ans au même endroit et puis bah moi d'dirais que je travaille à l'ancienne c'est à dire que je fais encore partie des médecins qui font des visites, je travaille plus que sur rdv car cela a beaucoup évolué : avant on passait notre vie en visite et maintenant les visites ça devient une activité tout à fait annexe.

E.G. Vous en faites combien des visites à peu près par jour ou par semaine ?

D.P. Pour ne rien vous cacher, ce matin, j'en ai fait 3, vous voyez, l'ordre de grandeur c'est, de toute façon, le record, disons en moyenne 5

E.G. 5 par jour, ce qui n'est pas mal par rapport à ce font les généralistes actuellement

D.P. Aujourd'hui 3, hier j'en ai fait 3 aussi donc vous voyez c'est à peu près l'ordre de grandeur entre 0 et 5 disons

E.G. D'accord. Vous êtes seul, vous n'avez pas de secrétaire ?

D. P. Non fini, depuis qu'elle a pris sa retraite, j'ai été, j' me suis retrouvé coincé un jour sans personne, je me suis rendu compte que tout compte fait, ça marchait très bien.

E.G. D'accord

D.P. et même c'était plus souple au point de vue gestion c'était 10 fois plus

E.G vous pouviez vous arranger comme vous vouliez

D.P. au vu de mon ancienneté d'installation, si vous voulez pratiquement, tous les gens qui appellent, je les connais et moi vu mon âge, je souhaite diminuer largement mon activité, ce qui fait que pour les nouveaux patients ou les gens que je connais pas, parce qu' il y a quand même ici une demande qui n'est pas satisfaite globalement dans le secteur.

J'ai encore eu je ne sais pas combien d'appels de gens de X ce matin pour lesquels je n'ai pas donné rdv parce que même si à la limite il y en a certains que j'aurais pu caser, j'ai pas l'intention de travailler plus sur mes vieux jours

E.G. Oui tout à fait, alors ici la patientèle est plutôt favorisée, âgée ?

D.P. Alors, ici, il y a toute les catégories de population, toutes les tranches d'âge, toute les catégories socioprofessionnelles comme on dit, c'est vraiment, on ne peut plus varié.

E.G. Ok oui,

D.P. je vois aussi bien depuis l'ouvrier agricole loqueteux jusqu'à tous les intellectuels du Boucher ou polytechnicien d'origine, etc vous voyiez donc ça ne peut pas être plus varié sur le plan, bon l'âge, le sexe et tout ça

E.G. Et vous avez pas mal de patients âgés ?

D.P. Ah si vous voulez les gens qu'on soigne en médecine, c'est les enfants et les personnes âgées, l'adulte moyen il a la grippe tous les 3 ans ou il a bon, sauf ceux qui ont une pathologie chronique à suivre, c'est quand même pas la majorité, le gros du travail c'est la pédiatrie, gériatrie.

E.G. Tout à fait, et la gériatrie, comment ça se passe, est-ce que vous aimez bien le contact avec les personnes âgées ?

D.P. Ah si vous voulez, ils ont vieilli en même temps que leur médecin (rires) donc il y a des gens que j'ai connu plus jeune qui m'ont connu plus jeune, on a vieilli ensemble. Avec un petit décalage de 10, 15, 20 ans voire plus, à leur désavantage si on peut dire et puis voilà où on en est.

E.G. Vous avez eu une formation de gériatrie ou pas ?

D.P. Pas spécialement. On fait cela sur le tas et de toute façon ça n'existait pas, c'est une chose relativement récente.

E.G. C'est vrai. Avec qui vous collaborez pour la prise en charge de vos personnes âgées dépendantes ?

D.P. Ben si vous voulez notre interlocuteur local c'est quand même Z (hôpital gériatrique). Je connais les praticiens de Z : quand j'ai un souci j'décroche le téléphone et j'essaie de gérer ça.

E.G. Et en ville ?

D.P. Ben en ville, en ville on se débrouille, ce matin dans les visites que j'ai faites j' ai vu un couple, j'ai fait 3 visites, mais ça fait 5 actes parce qu' il y avait 2 couples (rires) dont un qui est effectivement

dépendant enfin les 2 avec une pathologie relativement lourde : coronopathie, artériopathie. De plus, cancer digestif qui a été traité mais enfin qui restent et qui s'organisent très bien chez eux avec l'infirmière locale qui vient surveiller ça de près très régulièrement et moi j'viens 1 fois par mois sauf si ils m'appellent entre temps

E.G. Oui, d'accord, par exemple avec ce couple-là vous n'avez pas de difficulté particulière non résolues

D.P. Non pas spécialement hein, pas spécialement. Bon c'est des gens qui vivent dans des conditions un peu moyenâgeuses. Bon ils ont toujours été comme ça et sont très bien comme ça. Vous les collez dans une HLM ripoliné c'est une catastrophe.

E.G. Est ce que, qu'est ce que vous pensez des réformes au niveau de la politique de santé, récemment, les CLIC, est-ce que c'est quelque chose que vous utilisez?

D.P. Ben non, enfin que j' connais de nom et de système

E.G. Mais ça ne vous a pas été utile ?

D.P. Ca m'a pas forcément, jusqu'à maintenant, ça m'a pas tellement rendu service.
Enfin aux patients peut être …

E.G. Aux patients, vous avez des patients qui ont fait appel à eux ?

D.P. Récemment heu, récemment non. C'est déjà arrivé par le passé, mais…

E.G. C'est vous qui leur donniez le contact ou est-ce que eux qui … ?

D.P. Il y a eu les 2 cas de figure si vous voulez, moi qui leur ai donné eux non, le patient, souvent la famille des patients autrement dit les enfants des patients se sont renseignés un peu, inquiets sur le devenir des parents seuls chez eux et ils se sont dit oh, là là il faut prévoir quelque chose (rires) c'est un peu comme ça leur mode de fonctionnement si vous voulez.

E.G. Pour les questions par exemple sociales vous faites appel, vous avez quelque fois des difficultés justement au niveau social ?

D.P. Ben non tout compte fait il n'y en a pas tellement. Ce n'est pas une patientèle qui pose problème à ce niveau là, disons qu'on règle avec les familles parce que bon ici, enfin avec les anciens tout au moins. Cela ne sera plus pareil d'ici quelques années avec les nouveaux arrivants, mais les anciens c'est encore à l'ancienne c'est le cas de le dire.

E.G. Qu'est ce que vous entendez par les nouveaux arrivants ?

D.P. Ben les nouveaux arrivants de X, ces nouveaux lotissements et tout ça, des gens qui viennent de proches banlieues, bon qui travaillent à Z. Vous voyez un peu le style, c'est deux mondes différents si vous voulez, je suppose par rapport à ici.

E.G. Oui c'est pas pareil.

D.P. Oui donc voilà, si je vous parle de ceux que j'ai vu ce matin, j'connais 5 générations, j'ai connu 5 générations, ceux de Y, bon j'ai régulièrement des contacts avec la fille et le fils qui s'occupent bien des parents. Ceux de W il y a 3 fils qui sont sur place dans le même village, qui sont là aux première loges en cas de problème

E.G. Alors que là, les nouveaux, c'est des familles un peu éparpillées....

D.P. Ben les nouveaux, c'est des gens qui débarquent ici par hasard, pour des raisons immobilières,

E.G Oui, c'est pas le même tissu familial

D.P Qu'ont pas de famille dans le coin, qui bossent à perpette, localement il n'y a pratiquement plus d'emploi, à une époque, donc la population change énormément si vous voulez…

E.G. Oui, de manière générale, au niveau de la famille, c'est une aide ou un obstacle pour la prise en charge ?

D.P. L'obstacle exceptionnel, globalement c'est une aide Y a eu des cas de figure...
J'vais vous raconter une anecdote la plus aigue, c'est que j'ai téléphoné au juge des tutelles le matin, de chez quelqu'un et l'affaire était réglée une heure après....

E.G. Vous pourriez m'en dire un peu plus ?

D.P. Si vous voulez c'est une famille qui s'opposait à ce qu'on hospitalise le grand père, qu'il aurait été dangereux de laisser chez lui donc ils se sont mis en travers, ils ont coincé l'ambulance...enfin ça a fait un cirque pas possible. Donc dans mon portable, j'ai le téléphone du juge des tutelles, que j'ai appelé, bon il était en audience, son greffier m'a dit je m'en occupe. Une heure après, il me rappelait, et il prenait une décision de sauvegarde de justice, le grand père s'est retrouvé à l'hôpital, enfin c'est l'anecdote, c'est anecdotique mais c'est arrivé il y a pas si longtemps, d'où l'intérêt pour un médecin, ça c'est une information utile, de connaître les circuits où il faut appeler, le procureur, le juge des tutelles, etc….

E.G. Oui, tout à fait, ça se révèle utile. Le patient, lui, n'était pas opposé à aller à l'hôpital?

D.P. Ah bah non lui de toute façon, vu son état de santé, il était pas en état non plus de s'opposer, si vous voulez et sur le plan technique, médical pur, ça ne se discutait pas ; Si ça s'était discuté, bon là c'est autre chose

E.G. D'accord, qu'est ce qui vous semble difficile dans la prise en charge des personnes âgées, à domicile, en général ?

D.P. Difficile, qu'est ce qui est difficile, je dirais les prises médicamenteuses, bassement matérielles, qui est pris un peu à tort et à travers souvent, enfin souvent, parfois et la iatrogénie pas possible, je suppose, on voit des gags importants, ce qui a été empiré par les génériques.

E.G. Oui, ça c'est vrai

D.P. Encore récemment, j'ai eu une brave dame, bon dans la mesure où le pharmacien lui donne le générique du même fabricant, les boites sont pratiquement, strictement identiques, si on lit pas le nom du produit, donc elle a pris double dose de béta-bloquant au lieu de bref, ça j'pense que c'est ça qui pose problème à la limite.
Le reste, bon, disons qu'ils ont tendance quand ils ont une pathologie aigüe de dire : bon ben j'ai encore 3 mois de traitement, j'en parlerai la prochaine fois, alors qu'il y a un truc qui mériterait d'être géré plus vite. Mais enfin, ça tue pas trop de gens quand même ça.

E.G. Alors pour les médicaments

D.P. Ben si vous voulez il y a des gens pour lesquels on est forcé de recourir à l'infirmière qui a préparé les piluliers, c'est pas pour autant qu'elle va lui donner matin, midi et soir, voire que matin et soir voire que matin parce qu'on essaie qu'il n'y ait pas 36 prises

E.G. Et ça vous l'avez facilement si vous avez besoin d'une infirmière ?

D.P. Pas de problème, alors bien sûr c'est pas un suivi ; elle vient faire un pilulier hebdomadaire alors après, elle est pas derrière pour voir si c'est pris.
Autre anecdote : en maison de retraite, après l'heure du repas, on balaie la salle à manger et on retrouve un paquet de comprimés par terre

E.G. Ah oui d'accord, (rires), qui passe dans l'oreille

D.P. Enfin bref, enfin je pense que c'est ça, le suivi du traitement médicamenteux

E.G. Donc chez des personnes âgées qui ont des problèmes cognitifs

D.P. Même sans ça, qui clairement même font du tri, celui-là je le prends, celui-là j' le prends pas, c'est un raisonnement que les gens peuvent avoir des fois, d'où l'intérêt d' pas leur donner une tartine de produits pour pas qu'ils fassent du tri dans ce qu'ils prennent ou ce qu'ils ne prennent pas.
C'est pour ça que les ordonnances à rallonge, plus c'est long moins c'est pris, ça c'est évident…

E.G. Oui c'est sûr, 12 comprimés ça fait beaucoup…

D.P. Malheureusement des fois, y a pas d' luxe

E.G. est-ce que vous êtes convaincu de l'intérêt des vertus du maintien à domicile des personnes âgées ?

D.P. Ben oui et non c'est affaire de cas particulier, hein, on ne peut pas avoir une philosophie dogmatique là dessus, ça me paraît compliqué, c'est affaire de cas particulier, alors autant....Il y a des gens qu'il vaudrait mieux peut-être mettre en institution plus tôt parce que c'est bien connu selon le vieil adage que plus ils y sont tôt plus ils s'adaptent facilement, mais bon, c'est, de toute façon on peut pas les emmener de force et puis ça dépend des personnalités, il y en a qui aiment bien la collectivité, il y en a qui aiment bien rester tout seuls et qui ne souffrent pas de solitude

E.G. C'est des discussions que vous avez avec vos patients.... ?

D.P. Oui bien sûr, tout à fait, et puis on les connait puisque c'est des gens que souvent je connais depuis 30 ou 40 ans donc on a le temps de voir un peu le contexte.

E.G. Et vous vous sentez légitime là dedans, de donner votre avis ?

D.P. Ben, autant, enfin il faut essayer d'être cohérent dans ce qu'on propose, pas trop dirigiste, mais des fois on est bien forcé de l'être parce que c'est l'intérêt de la personne, même s'il n'est pas conscient de son intérêt mais après, on peut philosopher longtemps là-dessus…

E.G. Oui c'est vrai, vous avez l'impression de pouvoir peser sur le cours des choses ? Votre avis est pris en compte ?

D.P. On va pas être prétentieux mais je crois que oui…

E.G. Oui c'est vrai qu'en tant que médecin de famille…

D.P. Mais vu le contexte, moi j' crois que la notion de médecin de famille, je crois qu'elle va s'éteindre petit à petit pour différentes raisons ; le mode d'exercice des plus jeunes médecins et le mode de vie des plus jeunes patients.

E.G. Et est ce que, au niveau, il y a des facteurs matériels, financiers, qui interviennent, ça vous

dérange pas trop d'en parler?

DP. Globalement on en parle pas trop si vous voulez, je pense enfin, moi je fais partie des médecins qui considèrent qu'on a un rôle social en plus.
Ca c'est dans le code de déontologie de toute façon de faire que le patient puisse profiter des avantages sociaux au sens large auxquels il a droit, c'est notre boulot, par exemple, quand il fait partie des ALD, qu'on lui fasse la demande, pas attendre que ça soit lui ou la famille qui disent ; tiens au fait, on aurait peut-être droit aux 100 % , ça fait partie de notre boulot ça, même si il y a beaucoup de jeunes confrères qui considèrent qu'ils ne sont pas assistante sociale, de plus en plus j'ai l'impression, alors qu'avant on ne se posait même pas la question.

E.G. Oui justement vous n'avez pas trop recours à l'assistante sociale parce que justement, c'est des domaines que vous maîtrisez assez ?

D.P. Non assez peu, mais en ce sens que c'est pas facile, quand on a vraiment recours à l'assistante sociale, à une patiente, bon alors vous allez dire que je ne parle que par anecdote, mais c'est là où on est embêtés quand même, quand c'est pas une anecdote c'est que ça se passe bien, j'appelle, je téléphone à l'assistante sociale, il faudrait passer voir Mme machin parce que gnagnagna, bon, heu, 8 jours après, la patiente, enfin la fille de la patiente téléphone «ma mère a reçu une convocation pour aller au bureau de l'assistante sociale », alors que si j'avais fait cette démarche c'est qu'elle peut plus de se déplacer, vous voyez, mais ça c'est l'administration française avec un grand A (rires)

E.G. Et ça, c'est une anecdote,

D.P. C'est anecdotique mais c'est arrivé plusieurs fois dans ma vie.

E.G. Oui, l'administration est pas facile d'accès.

D.P. Bon alors on si on y va pas, on téléphone directement et on explique, et puis voilà, c'est juste pour ça, c'est mieux de décrocher le téléphone directement, c'est comme ça qu'on s'explique

E.G. Vous avez une assistante sociale dans votre carnet d'adresse ou ?

D.P. Non, pas spécialement, entre celle de la commune, celle de la sécu. Il y a une époque, on avait beaucoup plus de rapport, on avait un centre de sécu à X, enfin il existe toujours mais il ne gère que les pharmacies, avant on avait le contrôle médical, on avait les 2 AS de la sécu qui étaient sur place, on faisait un crochet, on allait à leur bureau, toc, toc, bonjour, y a ci il y a ça, c'était réglé tout de suite, les ALD pareil, par exemple vous aviez un patient, vous receviez un compte rendu, dossier sous le bras, vous alliez voir le médecin conseil « bonjour cher ami, voilà le dossier de M. ou Mme Tartenpion » c'était signé tout de suite, on en parlait plus. Maintenant on va U (grande ville), alors ça revient quand ça revient, bref.

E.G. Et donc les problèmes financiers, vous ne vous sentez pas gêné d'aborder avec vos patients?

D.P. Globalement non, non pas du tout, très exceptionnellement, il y a des gens à problème, on le sait, il y a tous les cas de figure, cela mis à part, il y a quand même une paupérisation de la population on commence à avoir des chèques à garder sous le coude jusqu'au mois suivant, chose qui n'existait pas à une époque pas très reculée. Y a un jeune, si vous voulez on subodore le truc, bon par exemple j'ai vu hier après-midi un jeune il est au SMIC, il a arrêté de travailler, bon bien c'est moi qui lui ai proposé, bon il était content que je lui dise que je gardais le chèque sous le coude d'où l'intérêt de connaître les gens, alors on connait pas l'état de fortune des gens, vous allez dire que je radote et que je parle que par anecdote une fois de plus, mais une patiente de X pareil, que je voyais dans le cadre de l' ALD bon moi je pars du principe que les gens sont responsables quand on touche à leur porte-monnaie, donc tiers payant et tout ça, j' dis pas que ça ne doit pas exister mais bref

E.G. C'est eux qui demandent si ils ont besoin

D.P. Alors, anecdote : bon, je suis secteur 2, une patiente de X que je voyais pour sa pathologie chronique, et tout ça, bon cette brave dame même si elle a pas de frais courants comme les plus jeunes, elle doit avoir un état de fortune sûrement pas délirant. Donc elle a eu une pathologie aigüe qui a fait que j'ai eu à la voir non pas 36 fois mais à intervalles répétés je lui ai dit, bon là pour votre problème aigu je vous ai vu je ne sais combien de fois, comme ça va commencer à coûter cher, je vous fait payer le tarif sécu, cela sera remboursé par son ALD, très bien bon parfait, ce qui fait que pour des raisons motivées elle m'appelait sans arrêt, enfin c'était motivé par rapport à l'épisode aigu et puis du jour où l'épisode aigu a été terminé, elle a continué à m'appeler à tort et à travers : halte là, maintenant on revient au régime de base, donc terminé, visite à j'sais plus combien à l'époque 33 €, ça revient comme avant consultation secteur 2, terminé. Du coup elle s'est calmée sur les appels intempestifs, c'est anecdotique mais j'veux dire par là, y a quelques patients ils sont quand même rares, ici d'une part, on est pas dans une zone très défavorisée et puis d'autre part mon profil de clientèle a suivi un peu aussi....

E.G. Vos choix, oui…Qu'est-ce qui vous semble important dans l'évaluation gériatrique, est ce que vous utilisez des tests en routine?

D.P. En diagonale, on connait bien ce machin, mais vous savez quand on connait bien les gens, bon moi j'ai l'esprit cartésien je pense, mais vouloir absolument tout chiffrer, c'est un intérêt

académique. Sur le plan évolutif, si on veut absolument faire des belles courbes bon voilà il a augmenté, il a diminué... intérêt académique voilà comment je peux résumer la chose.
Par contre, l'évaluation, l'interview de l'entourage ça c'est fondamental faut vous intéresser, on sait pas tout, quand ils vont chez le médecin tout va bien, ça c'est classique chez les anciens, et quand les enfants débarquent ils sont à moitié morts alors les enfants nous téléphonent : vous vous rendez compte, ma mère mon père, et puis en fait ils ne vont pas si mal, ils font tourner les enfants en bourrique des fois, c'est le truc classique

E.G. Ou alors vous avez des patients que vous voyez en consultation et qu'ensuite vous voyez en visite et vous vous dites que finalement, ils présentaient une facette qui est pas forcément leur quotidien

D.P. Ben si vous voulez, c'est difficile de vous dire parce que c'est tous des gens que, que j'ai connu, que j'ai vu chez eux, dont je connais la famille, leur habitat, j'connais leur contexte social, familial etc donc

E.G. Il n'y a pas trop de surprise

D.P. En cherchant bien, on va bien en trouver des surprises mais enfin c'est exceptionnel la preuve c'est que de mémoire je ne peux pas vous en sortir

E.G. Au niveau rémunération, on en a parlé un petit peu, comment interviennent le temps et l'argent pour des prises en charge qui prennent du temps ?

D.P. Ben ça fait une moyenne, je pars du principe, que le paiement à l'acte avec tout le monde qui paie pareil c'est un système qui a ses défauts mais le môme qui vient pour rappel, ou à plus forte raison l'adulte qui vient pour un rappel de vaccin, il paie pareil que l'ancien qui, avec qui on palabre et qui vient pour cinq pathologies et qui palabre sur un tas de trucs mais c'est pas forcément ceux-là qui trainent le plus et puis on les connait bien, donc si vous voulez si ils viennent un jour, bon moi j'suis un maniaque de l'heure, donc, bah ça fait une moyenne, si ils viennent un jour où je suis un peu à la bourre, on est en retard, mais comme c'est des gens qu'on connait bien, on a pas besoin de les regarder depuis l'ongle du gros orteil jusqu'à la racine des cheveux à chaque fois qu'on les voit.

E.G. D'accord, oui, votre investissement dans ce domaine-là, ça varie en fonction de quoi, par exemple un patient que vous connaissez de longue date ou un nouveau patient ça va pas être le même investissement ?

D.P. Ben les nouveaux patients anciens, il y en a pas, pratiquement, sauf exception, sauf ceux qui viennent de débarquer, cas de figure, c'est parce que les enfants habitent là et donc il se rapprochent des enfants, c'est un exemple que j'ai vu il y a pas longtemps, mais bon, où alors des gens qui déménagent pour raison X et qui arrivent avec un dossier comme ça que leur a filé leur ancien médecin bon mais, y a pas de problème particulier.

E.G. Vous les prenez en charge pareil. Alors concrètement est-ce que vous faites des consultations dédiées au problème du maintien à domicile quelques fois avec les enfants.

D.P. Ca m'est arrivé, alors cas de figure, de convoquer, enfin le mot est fort, tous les enfants pour qu'on accorde nos violons, parce qu'il n'y ait pas un fils qui dise ci la fille qui dise ça, l'autre qui... ça m'est arrivé, de leur dire je viens voir M., les 3 enfants il faut soient là quand je viens, qu'on accorde nos violons, pour qu'il y ait pas de quiproquo l'un il m'a dit ça, l'autre m'a dit ça, ça c'est un truc important, d'avoir le sentiment de l'entourage, enfin des proches même si des fois les proches ils sont pas si proches que ça

E.G. Oui, faut quand même les impliquer, et heu, comment est ce que vous intervenez vous dans la mise en place des aides à domicile, qu'est ce que vous mettez en place vous-même, qu'est ce que vous déléguez ?

D.P. Ben c'que je délègue, ça dépend c'que vous appelez déléguer ? Bon par exemple le cas typique, c'est l'infirmière qui vient, bon alors ça c'est un autre problème, payer des infirmières diplômée d'état pour faire des toilettes, cela me paraît aberrant mais on a pas d'autre solutions

E.G. Auxiliaire de vie, aide ménagère, ici il n'y a pas ?

D.P. C'est pas des structures qui sont faciles à mettre en place, enfin y la SAAD à X, on fait comme ça si vous voulez, si ça se passe, globalement on se débrouille, il n'y a pas de souci particulier extraordinaire si vous voulez, non les aide-ménagères ça on a…

E.G. En général, c'est les familles qui appellent pour les aides ménagères ?

D.P. Ben non, on propose, en plus faut qu'on fasse un magnifique certificat, on le fait, on anticipe, sinon bon c'est tout, d'ailleurs ce qui est aberrant c'est que les aide-ménagère n'ont plus le droit de faire des trucs de bases, des trucs qu'ils feraient à leur mère ou à leurs enfants, il n'ont pas le droit de le faire alors c'est un peu aberrant ça c'est de l'hyper réglementation, ah j'ai pas le droit de toucher aux médicaments.

E.G. C'est le côté légal qui investit un peu tout

D.P. C'est comme l'assistante maternelle, n'a pas le droit de coller un suppo de doliprane au gamin, bon bref.

E.G Est-ce que par exemple, le portage des repas c'est quelque chose qui se fait ici. ?

D.P. Oui tout à fait ça se fait bien pas de souci, ça ça marche bien

E.G. Et l'aménagement du logement ?

D.P. Alors ça il y a des cas de figure assez exceptionnels où il y a eu des demandes assez précises, alors il faut pas être pressé des fois c'est tout

E.G. Et en général, pour l'ergothérapeute vous avez une adresse ?

D.P. Heu non pas spécialement parce que j'ai eu peu de cas de figure où c'est vraiment utile si vous voulez, faut vraiment des handicap sérieux pour mettre des rampes, des trucs, mais ça vu le profil social des gens, à la limite on a pas forcément besoin de professionnels dédiés, on s'débrouille M. T il a fait sa rampe lui-même par le maçon du coin, on s'débrouille quoi

E.G. et au niveau des aides techniques par exemple les lits médicalisés ?

D.P. Bah ça aucun problème on commande le matin, on l'a le soir, ça y a aucun souci

E.G. Et c'est un domaine que vous maîtrisez vous n'avez pas l'impression d'être …?

D.P. ben non, il y a un interlocuteur, on téléphone « téléphonez à tel n° » c'est livré, non ça ça se goupille très bien aucun souci

E.G. Et tout à l'heure vous me parliez du côté social, des aides auxquelles les patients ont droit, vous remplissez par exemple des dossiers d'APA ?

D.P. Bien sûr évidemment

E.G. Et vous leur parlez de toutes les aides financières auxquelles ils ont droit ?

D.P. Oh ma compétence n'est pas dans ce domaine, enfin on connait un peu mais ça on s'entraide avec l'assistante sociale par contre, ça c'est son boulot, parce qu'entre les différents régimes, contextes, c'est un peu compliqué, donc heu et c'est évolutif en plus, donc ça j'suis pas pro de l'affaire

E.G. C'est normal, chacun son domaine

D.P. On leur dit où il faut s'adresser, c'est déjà pas mal !

E.G. Oui exactement, une fois qu'on a un interlocuteur c'est bon, et donc dans l'ensemble de vos activités autour du maintien à domicile et dans votre organisation actuelle du cabinet, est-ce qu'il y a des choses que vous auriez envie de déléguer où ça s'passe bien ?

D.P. J'ai pas de souci particulier hein

E.G. Est-ce que vous avez, vous m'avez déjà parlé de quelques cas particuliers hein, mais est ce que vous avez en tête un ou 2 patients qui posent problèmes à domicile, dont le maintien est un peu précaire ?

D.P. Qui pose problème à domicile, bah là en ce moment qui pose de gros problèmes, j'en connais plus, j'en ai connu, ne serait-ce que ma voisine qui a Alzheimer au dernier degré, bon maintenant, elle est placée ça y est mais pendant quelques temps, elle m'a posé de sérieux problèmes. Son maintien à domicile était possible grâce à son mari, qui était je dirais valide, quand même à peu près correctement, grâce aussi à l'infirmière qui passait régulièrement mais elle, elle partait se promener partout, elle se paumait dans X, elle tombait dans X, tout le monde la connaissait donc on la ramenait chez elle, si vous voulez, ç'aurait été en ville où personne la connaissait ça aurait été à tous les coups les pompiers, les urgences.

E.G. Elle a échappé aux urgences,

D.P. Il y a qu'une fois, mais c'est tout.

E.G. Et donc avant, la négociation pour le placement, cela a été un peu long

D.P. C'est à dire que comme elle a fait une pathologie aigüe, donc elle s'est retrouvée à X en cardio, donc elle s'est retrouvé à l'hôpital gériatrique à Z donc de là ils l'ont pas laissé rentrer chez elle, enfin ils l'ont pas laissé, disons qu'ils l'ont envoyé un peu de force en maison de retraite

E.G. D'accord, et son mari était content de cette décision ?

D.P. Et son mari était content, non pas de s'en débarrasser, il faut pas dire ça comme ça mais il soufflait un peu parce que c'était un peu le bagne pour lui donc voilà bon sinon, donc elle elle voulait rien savoir si vous voulez, alors faire comprendre, un problème qu'on a des fois, c'est faire comprendre aux enfants, c'est qu'il serait peut-être temps de pas attendre que ça soit trop mur pour placer les anciens, alors après il y a l'option politique de dire bon bah tant que ça s'passe comme ça on navigue au jour le jour si un jour il y a un problème aigu il sera toujours temps de s'affoler.

E.G. En général c'est un peu comme ça…

D.P. Bah en général c'est un peu comme ça que ça se finit souvent, c'est typique : truc aigu donc hôpital, l'hôpital / moyen séjour, après long séjour, maison de retraite, c'est le circuit classique

E.G. Oui tout à fait, ça vous est déjà arrivé

d'envoyer quelqu'un aux urgences pour maintien à domicile impossible, hors pathologie aigüe?

D.P Ca m'est sûrement déjà arrivé, mais avec des pathologies qui motivaient une prise en charge qu'on pouvait pas avoir correctement à domicile. Qu'est-ce que j'peux vous trouver, qu'est-ce que je peux vous trouver ben non de tête, heu, non j'vois pas trop…

E.G. Oui, d'accord en général, les patients sont un peu récalcitrants à aller à l'hôpital ?

DP. Ah ben c'est une génération : l'hôpital c'est pour mourir hein, donc heu enfin moins maintenant ça c'est un peu fini et puis tout le monde connait des anciens qui ont été à (hôpital gériatrique) 3 mois et qui sont revenus, pas en pleine forme mais ils sont revenus requinqués sérieusement donc ça aide à ce que l'ambiance soit moins…

E.G. Alarmiste ou

D.P. Voilà ou moins pessimiste

E.G. D'accord, donc vous m'avez parlé un peu de vos partenaires hospitaliers, ça vous arrive d'organiser des hospitalisations programmées avec eux ?

D.P. Alors ça c'est très-difficile ! (rires) Soit effectivement on prend rendez-vous gentiment pour une consultation puis après ça s'décante soit on téléphone, machin, bon c'est des délais délirants alors c'qui est super urgent c'est « urgences » et on nous dit « bah si c'est pressé, c'est urgences » donc c'qui est aberrant parce qu'on aboutit à des trucs farfelus dans les urgences, ça dépend sur qui on tombe, ça dépend, soit on tombe sur quelqu'un qui s'excite, j' sais pas où vous avez travaillé dans ce cadre-là…

E.G. Oui, bah à l'hôpital d'M

D.P J'connais pas M c'est trop loin de chez nous mais c'est le coup classique, il y a la personne âgée qui arrive, soit on s'excite, on lui fait des tonne d'examens de trucs pendant 48 h et après on la fout dans un coin en attendant d'la caser ailleurs, ou alors on fait rien du tout et on la renvoie chez elle ça m'est arrivé qu'il y en ait qui sont allés 3 fois en 48 h aux urgences

E.G. C'était vous qui les aviez adressé pour un motif particulier ?

D.P. Bien sûr avec une belle lettre pourtant, (rires) apparemment elle était pas si belle puisqu'on me l'a renvoyé…

EG. Ca dépend de ce que la personne comprend en face

DP. Voilà si vous voulez y a des trucs aberrants, il y a des gens qu'on recolle dans leur lit, chez eux à 3 h du mat

E.G. Vous n'êtes pas le premier à m'en parler, par exemple vous avez un patient en tête ?

D.P. Ben j'ai une vieille dame de la rue X, j' sais plus pourquoi je l'avais envoyé exactement bon elle est morte depuis cette brave dame, mais elle est pas morte de ça heureusement on l'avait recasé aux urgences elle a poiroté coup classique quelques heures en attendant qu'on la prenne en charge bon il y avait rien de vital, effectivement

E.G. Elle était partie pourquoi, une chute, j'sais pas?

D.P. Non non c'était pas une chute, c'était, ppp…(réflexion) franchement j'préfère rien vous dire parce que j'vais dire une bêtise enfin peu importe, bon après avoir poiroté, bon elle a été vu à 1h du matin, elle est arrivée à 18h, au bout d'une heure on lui a fait des radios, le temps qu'on aie les résultats, qu'on la revoie avec ses clichés ou je ne sais quoi et bien tout compte fait il n'y a pas besoin d'être hospitalisée allez hop on appelle l'ambulancier et on vous relivre chez vous et on l'a refoutu dans son lit à 3 h du matin.

E.G. Ah oui, (rires), elle avait plus trop envie d'y retourner aux urgences après ?

D.P. Ben oui, bref. J'arrive plus à retrouver pourquoi je l'avais envoyée celle-là…Donc du coup le lendemain matin je l'ai renvoyée à nouveau,

E.G. Elle a fini par être hospitalisée

DP. Oui ben quand même vite fait à X (hôpital gériatrique) et retour à domicile

E.G. Ah oui c'est bien, assez souvent ils arrivent à stabiliser

D.P. Oui ça arrive quand même, y a pas que des choses qui se finissent mal heureusement…

E.G Vous avez plutôt des relations privilégiées avec l'hôpital, enfin il y a pas de souci à part les délais ?

D.P. Alors de plus en plus, parce que pour ne rien vous cacher avec le nouvel hôpital de K, c'est un bordel inextricable,

E.G. oui c'est compliqué avec le nouvel hôpital

D.P. Oui bah le nouvel hôpital, c'était déjà un peu comme ça avec l'ancien, si vous voulez hein, ben le problème de l'hôpital ça dépend sur qui on tombe j'crois que c'est ça le résumé, non, entre l'orthopédiste, pffff c'est d'la folie…

E.G. Et vous utilisez un petit peu les consultations de mémoire ?

D.P. Pas trop, ça m'a passé, parce que bon, hein,

E.G. Ca change pas trop grand-chose derrière

D.P. Comme vous dites (rires)

E.G. Ok, qu'est-ce que vous pensez, vous m'en avez touché un mot tout à l'heure, du concept de réseau, est-ce que vous êtes membre d'un réseau ?

D.P. Non. Dans les premières années, comme j'ai pas fait de mauvais esprit j'ai gentiment cotisé à des réseaux, mais franchement, 'fin, vu ma génération, vu mon mode d'exercice et vu ma clientèle, ça ne m'apportait pas grand-chose.

E.G. Vous vous souvenez à quel réseau vous avez cotisé? Diabète ?

D.P. Il y avait X (réseau soins palliatifs), non diabète, j'sais pas c'que vous en ressortez depuis que, mais le terrorisme intellectuel de nos diabétologues ça me gonfle un peu, quoi, j'dirais qu'on sait faire, bon adapter des thérapeutiques machin sur un diabète très instable, j'veux bien mais pourquoi c'est instable, souvent on le sait bien, et il y a pas que le côté diététique contrairement à ce qu'ont l'air de penser les diététiciens, il suffit d'bouffer ça.
Non et il y a tout un tas d'autres facteurs : re-anecdote : un monsieur de Z avec un diabète parfaitement, enfin bien équilibré, pas de problème, tout est dans les clous, pour un peu toutes ses constantes, pas de complication dégénérative, enfin ça allait bien, sur ces entrefaites, son épouse développe un magnifique enfin façon de parler, cancer du poumon, chez une tabagique bon rien d'exceptionnel. Donc elle a été traitée, elle a traîné pendant des mois, et pendant tout le temps où sa femme était malade, le diabète complètement mais alors déséquilibré comme c'est pas permis, le jour où elle est morte, diabète nickel ! Comme quoi hein,

E.G Oui les facteurs psychologiques

D.P. …Il y a des trucs incroyables…

E.G. Oui tout à fait, est-ce que le réseau Hippocampes, le réseau de gériatrie, ça vous dit quelque chose ? Oui bien sûr…

D.P. Oui bien sûr en plus il est local, je suppose qu'il est toujours local… C'était X qui s'occupait d'ça avant?

E.G. Alors là ça a changé…

D.P. Oui ça a changé, enfin bref, nous j'vous dit notre interlocuteur c'est Z (hôpital gériatrique), on shunte le réseau Hippocampes hein, j'vous dis faire des beaux heu…et puis comme j'vous dis faire des consultations mémoire, sur le plan pratique c'est bien gentil, on fait des beaux tests, on a des beaux chiffres, prrt

E.G. Oui, pour la mise en place des aides vous avez pas forcément besoin de quelqu'un qui vous dise …

D.P. Exactement, on s'en est rendu compte avant…

E.G. Et vous en avez entendu parlé comment, au début, vous vous souvenez ?

D.P. Par la création dans le coin, et par relation, les confrères, les gens qui s'en occupaient, quoi

E.G. D'accord, oui c'est vrai que pour vous c'est proche

D.P. En plus oui, et on est inondés de courriers à ce sujet-là, enfin inondé, j'exagère, mais au départ oui de toute façon, on va à une réunion et on reçoit des programmes divers et variés

E.G. Ca les formations vous y allez en général pas ?

D.P. non, non

E.G. Et tout à l'heure vous me disiez que vous ne signiez pas de conventions, rien ?

D.P. Non, non ça c'est un principe, presque un langage syndicaliste, mais.... moi je suis libéral hein (rires) ça existe encore un peu, à moitié…

E.G. Donc la convention … vous signez pas pour pas vous engager…

D.P. Oui on peut être engagé personnellement sur un tas de choses sans forcément que ça se fasse dans un contrat quelconque

E.G. Oui d'accord, et donc est-ce qu'il y a des situations où vous avez fait appel au réseau ou jamais ?

D.P. Le réseau machin, moi personnellement je me souviens pas avoir fait appel à eux, par contre j'ai eu des patients qui ont atterri par je ne sais quel biais par exemple le truc douleur bon très bien, c'est la fille qu'a voulu faire intervenir bon, il était morphiné maximum donc ça aurait pas changé grand-chose

E.G. C'était une consultation anti-douleur ?

D.P. Ouais c'est ça oui,

E.G. Et les patients, vous n'avez pas des patients ou des familles qui ont fait appel au réseau Hippocampes ?

D.P. Non ; cela mis à part, il y a une question à laquelle je suis pas capable de répondre c'est de savoir si les familles sont au courant que cela existe ? Moi j'suis pas convaincu, j'suis même

convaincu du contraire, que personne sait que ça existe, dans le public j'dirais au sens large

E.G. Est-ce que par exemple, parce qu'ils proposent un soutien psychologique aux aidants ?

D.P. Alors ça effectivement, j'y pensais plus à ça, oui effectivement, ça a été, dans ce cas de figure, de ce monsieur qui avait une pathologie balaise ils ont proposé ça effectivement, donc ça a été bien perçu

E.G. Et par le patient, et par la famille ?

D.P. Oui tout à fait oui, j'me souvenais plus de cet élément-là qui est important aussi, mais j'vous dis bon, et vu le contexte de mon mode d'exercice, c'est des gens, ceux-là j'ai connu les 5 générations, les parents, les enfants, les petits enfants, les arrière petits-enfants. Donc j'dis pas que on fait partie de la famille, mais presque… c'est un mode d'exercice bon qu'est mort, moi j' fais partie de…

E.G. Des derniers dinosaures

D.P. Moi j'vais pas tarder à m'arrêter, j'aurai pas de successeur parce que ça existe plus pratiquement voilà…

E.G. Et ça c'est quelque chose que vous relayez comme informations les facteurs psychologiques, ou vous n'en avez pas eu besoin ?

D.P. Ben j'ai pas eu vraiment besoin car vu le contexte qu'on a avec les familles si vous voulez, y a longtemps qu'on maintient la famille au courant de l'état alors ils veulent toujours savoir l'évolution prévisible alors que souvent, elle est prévisible mais pas d'une manière facile, ça c'est des questions auxquelles on se heurte mais on sait répondre, et faut pas avoir peur de dire qu'on sait pas quand on sait pas.

E.G. Oui (rires), c'est important, d'accord. Qu'est-ce que vous avez expérimenté comme carence dans le système actuel dans la prise en charge des personnes âgées à domicile, est ce que vous avez l'impression qu'il y a des choses qui?

D.P. Ben on trouve toujours un système pour mettre en place mais quand c'est pressé, heu, ça s' fait pas d'un jour à l'autre, c'est ça un peu le problème : les délais, j'dirais, si j'avais un mot à dire c'est délai.

E.G. Oui, ça c'est intéressant, par exemple pour des gens qui ont pas une pathologie aigue…

D.P. Ben on est appelé chez un tel pour un truc bon, heu, on risque d'avoir, bon même pour une prise en charge si vous voulez, qui ne motive pas de passer par les urgences, toujours ce qu'on nous quand on appelle à droite à gauche, on nous dit souvent si vous pouvez pas faire autrement : « urgences »: c'est souvent aberrant d'envoyer une personne âgée aux urgences, hein, ça m'étonnerait pas. Mais même pour les hospitalisations à Z (hôpital gériatrique), bon on faxe une lettre, enfin on faxe plus, parce que maintenant c'est plus, on envoie un e-mail ou j'sais pas quoi, on dit aux enfants, vous allez donner la lettre à Mme machin, la secrétaire chez un tel, ça passera mieux elle sera […] et ils appellent dès qu'il y a une place ça peut être le lendemain et ça peut être 15 jours après. Donc si on télé phone à ceux qu'on connait personnellement, on pistonne les patients j'dirais, mais ça devient à ce niveau-là si vous voulez et c'est vrai pour tout, pour des RDV de spécialistes, pour des RV de tout ce qu'on veut, quand on a un réseau de correspondants, pas de problème, mais ça c'est à la petite semaine enfin c'est au niveau personnel, y a pas de structure qui, le pauvre confrère qui serait forcé d'envoyer la lettre et puis d'attendre, le nombre de personnes âgées pour lesquelles on prend le RDV. Essayez de, faites le test : téléphoner à l'hôpital pour prendre un rdv de j'sais pas quoi,

E.G., Oui ils vous donnent ….

D.P. Non même sans ça pour avoir le bon bureau, le bureau central des rdv, puis gnagnagna, les gens ils s'en sortent pas quoi donc on téléphone soi-même on s'débrouille pour trouver le bon numéro, le nouvel hôpital ça été dur, l'ancien hôpital, j'avais carrément l'annuaire interne, j'avais toutes les lignes directes. Le nouvel hôpital, c'est le black-out sur l'information, on le constitue petit à petit mais c'est difficile. Officiellement, on sait même pas qu'il existe, pour rien vous cacher.

E.G. Il est officiellement fermé

D.P. Non non mais officiellement on a pas su que hein, qu'il existait ; On nous a dit que X et Z fermaient ça on le sait parce que évidemment on connait tout le monde mais j'veux dire par là, officiellement non, l'administration n'a pas jugé utile de prévenir les correspondants avec les nouveaux n° de téléphone tout ça quoi, c'est quand même incroyable ! Bon bref, on a été capables de retrouver mais j'veux dire par là… Bah c'est plus de la part de l'administration, et les médecins hospitaliers cela leur passe un peu au-dessus…

E.G. Est-ce que vous pensez que c'est possible de repérer les personnes âgées fragiles qui pourraient nécessiter une hospitalisation à court terme, pour anticiper les situations de crise ?

D.P. Ben c'est ce que je vous disais tout à l'heure, souvent on sait que ça chauffe, alors soit on prend l'option d'anticiper et puis d'les expédier avant les problèmes aigus, soit on dit tant que ça s'cahote comme ça, statu quo, et puis si un jour il y a un problème aigu bah on s'affolera, au coup par coup ; c'est le plus souvent comme ça qu'ça s'passe pour différentes raisons…

E.G. Et ce qui fait pencher la balance plutôt d'un côté ou de l'autre, c'est le profil du patient ?

D.P. Ben le profil du patient s'il est complètement isolé, sans voisins qui donnent l'alerte sans heu, sans, une brave dame butée parce que sa télé alarme est accroché au panier et pas autour du cou, enfin ça c'est, c'est vite fait hein, le nombre de gens qui ont une télé-alarme qui ne s'en servent pas ou qu'ils ne l'ont pas à portée de la main, ça c'est…

EG. C'est à côté de la plaque oui, et pour conclure, un peu, pour vous ça devrait être quoi la place du généraliste dans la prise en charge de la personne âgée dépendante à domicile?

D.P. Nous on est des médecins de premier recours de terrain, on connait les gens, on va chez eux, enfin c'est plus ou moins vrai pour notre génération

E.G. Encore un petit peu…

D.P. Mais c'est pour ça que c'est difficile d'en parler, si on a un système de santé qui va complètement changer, je ne veux pas être pessimiste pour les gens de votre génération mais ça va s'finir par des dispensaires comme dans les années 50, aff, j'en ai peur.
Regardez ici, là, au fur et à mesure que les anciens s'en vont, j'ai un confrère avec qui j'm'arrangeais, là, bon qu'a arrêté, bon qui est même décédé entre temps, le pauvre... sur M vous avez vu des confrères sur M ? Non ? Ils vont être 4 à partir en retraite en l'espace… il y a déjà un qui est parti, y a Mme R, une jeune femme qui a dévissé sa plaque, enfin une jeune femme, elle est plus si jeune mais elle est plus proche du début que de la fin, elle en a eu marre de la médecine générale, elle a dévissé sa plaque, elle fait des remplacements, bon y en a un autre qui est parti j'sais plus où à Paris, et y en a 4 qui vont partir à la retraite en l'espace d'un peu plus d'un an, de toute évidence ; on est tous en train de pleurer pour espérer trouver un successeur, c'est utopique, quand on voit le nombre de gens qu'on inscrit à l'Ordre…

E.G. Oui il y en a peu c'est sûr.

D.P. Surtout comme généralistes, les rares généralistes qu'on inscrit c'est des gens qui bossent soit à l'hôpital soit qui bossent heu, comme les jeunes femmes de votre génération y en a plein qui sont coordinateurs en maison de retraite des trucs comme ça, alors ça j'ai pas peur de dire que c'est une aberration à l'ère où on manque de temps médical pour la population que des gens soit coordinateurs en maison de retraite, j'espère que c'est pas votre vocation ?

E.G. Non (rires)

D.P. Enfin si vous voulez, c'est du temps médical perdu, quoi

E.G. Oui parce que c'est vrai qu'il y a des médecins traitants qui viennent voir leurs patients

D.P. Enfin ça c'est compliqué à gérer, les patients en maison de retraite, parce que autant en ville on gère tout, on fait une perquisition dans la pharmacie, là il reste 15 boîtes de j'sais pas quoi donc vous l'avez pas pris, tandis qu'en maison de retraite on sous-traite à l'infirmière et aux aide-soignantes donc c'est aussi mal pris qu'à domicile mais là on ne va pas s'en mêler donc tout compte fait, c'est un peu foireux…

E.G. Oui, vous êtes un peu inquiet de l'évolution du système de santé.

D.P. Très. J'devrais pas vous dire ça à votre âge, parce que je voudrais pas vous saper le moral. Mais à la fois, si vous voulez sur le plan situation de médecins et puis bon, mode d'exercice.

E.G. C'est les maisons de santé ?

D.P. Bien si vous voulez les fameuses maisons de santé pluridisciplinaires, le truc à la mode que les politiques ont pensé pour essayer de gérer la pénurie petit conseil en passant, méfiez-vous le jour où vous risquez de vous installer. Ne signez surtout aucun contrat, enfin vous allez me dire que, quand on est jeune, moi j'ai été le premier comme ça, l'ordre il nous emmerde avec…Ne signez jamais un contrat sans l'avoir soumis avant de le signer parce que si il y a des clauses anti-déontologiques bon elles ne sont pas applicables le problème est réglé et il y a des clauses sur le plan purement droit civil qui sont un peu foireuses et après je vous dit pas les problèmes, pas plus tard que la semaine dernière j'ai fait conciliation, car elle avait signé un contrat qui ne correspondait pas, elle l'aurait soumis avant y aurait pas eu de problème, on aurait dit attention cet article-là, méfiance !

E.G. Et vous êtes membre du conseil de l'ordre ?

D.P. Oui

E.G. Est ce que vous avez fait autre chose avant de vous installer, vous avez remplacé ?

D.P. J'ai remplacé un petit peu ouais, pas très longtemps j'ai été dès que j'ai eu le droit de remplacer j'avais fait exprès, bon ça c'est, je vais pas vous raconter ma vie, j'avais fait exprès de prendre sur le dernier semestre, de prendre un service de psychiatrie ou on était pas forcé d'aller parce que je savais qu'à partir de juin vous aviez le droit de remplacer donc ce qui fait que les vacances j'ai remplacé et on avait le droit d'aller à l'armée pendant 1 an donc ce qui fait qu'en juin j'ai eu droit de remplacer et comme j'étais dans un service psychiatrique où j'étais pas censé aller, au fin fond du Berry et c'était folklo le Berry à cette époque-là c'était à mourir de rire parce que c'était sympa mais c'était alors là vraiment plus qu'à l'ancienne et après j'suis parti à l'armée fin septembre pour un an après j'ai fait un peu de remplacement j'étais au fin fond

de la Somme à la période des betteraves où les gens étaient tous bourrés à l'alcool de betterave, truc incroyable si vous voulez, j'ai fait un remplacement en Dordogne, dans la Somme et enfin un peu partout et puis en juin suivant je me suis installé ici où j'ai atterri complètement par hasard

E.G. vous n'étiez pas du tout du coin ?

D.P. J'avais jamais entendu parler d'X, j'dirais un mois avant de m'installer, c'est allé très vite. Je voulais faire de la médecine générale ici c'était un peu la campagne à l'époque c'était pas une ville dortoir comme maintenant et comme ma femme était médecin hospitalier à Paris à l'époque ça s'appelait pas médecin hospitalier, donc moi je voulais être suffisamment installé, ma femme était anesthésiste donc forcément c'était hospitalier, libéral en clinique, donc elle avait un poste à paris. Moi je voulais être à la campagne pas trop loin de Paris ; à cette époque-là, en 35 mn en voiture on y était. Il n'y avait pas d'embouteillage à cette époque-là. Donc c'était vivable ; et puis voilà quoi, ici c'était vraiment la campagne avant, je revenais de visite avec les poules, les lapins, les œufs, des légumes

E.G. Maintenant c'est semi rural

DP. Non pratiquement plus, c'est une ville dortoir maintenant, sauf pour les anciens, j'vous raconte ma vie, l'histoire de X, comme quoi la vitesse à laquelle cela a évolué. Je suis arrivé ici, c'était même pas automatique le téléphone, c'était le 56 à X, vous n'avez pas connu ça vous, on téléphonait par un opérateur. Les gens n'avaient pas de téléphone, pas de voiture.

54 minutes

Entretien 10

EG Alors pour commencer est-ce que vous pouvez m'expliquer depuis quand vous vous êtes installé, comment vous travaillez…?

D. Alors installé 1983. Ca fait 30 ans.

E.G d'accord

D. Médecin généraliste à S (ville d'exercice). 30 ans.

EG D'accord

D Ca se voit, non? (rire)

EG (rires) toujours en groupe ?

D. Nan au départ tout seul et ensuite au bout de j'sais plus combien 3, quatre ans en association, avec un associé puis maintenant deux. Voilà.

EG Et avec une secrétaire ?

D. Secrétaire, secrétaire qui est là à mi-temps. Elle est là le matin, elle prend les rendez-vous. On travaille uniquement sur rendez-vous.

E.G D'accord. Ok. Ouais.

E.G Au niveau de votre patientèle, est ce qu'il y a beaucoup de sujets âgés ?

D La patientèle du médecin généraliste évolue avec l'âge du médecin.

E.G ouais.

D Quand on commence on fait que de la pédiatrie et quand on finit on fait que de la gériatrie. Je ne fais pratiquement plus que de la gériatrie. Ce matin j'ai vu un bébé. C'est exceptionnel. Je dois en avoir trois-quatre par semaine.

EG Quasiment. D'accord. Et enfants aussi ?

D Peu.

EG Vous avez une idée du pourcentage de la sécurité sociale ?

D Pardon ?

EG Y a le taux de pourcentage RIAP. Ou sinon le taux de patients de plus de 70 ans, à peu près.

D.80% des patients. A peu près.

EG Ah oui ? (étonnée) ah oui c'est énorme.

D. Ouais. je fais de la gériatrie.

EG D'accord. Est-ce que vous avez une formation ?

D. Aucune. Formation universitaire initiale, non. Formation comment on appelle ça…..continue, c'est comme ça ? Développement professionnel continu

EG DPC, développement personnel continu, ça sert à rien de changer...

D. Non, Surtout ce qu'il y'a c'est que je me suis installé il y a 30 ans mais je suis médecin généraliste depuis 37 ans. Euh …je…on a toujours parlé de cette obligation de cette formation initiale continue et c'était jamais obligatoire donc tout l'monde s'en fout. La majorité des médecins ne font pas de formation médicale continue.

EG Ah j'pensais que c'était un peu suivi.

D Du tout, aucun suivi. On peut faire exactement ce qu'on veut. Du crédit formation, ça c est le truc qui… on en parle depuis 30 ans, c'est toujours resté

sans…voilà…pour des raisons qu'on peut cerner assez facilement mais….

EG Oui, non. On va peut-être se focaliser sur ce qui…euh et avant de vous installer, vous avez remplacé ? Ou vous avez fait autre chose ?

D. Ouais. Remplacements. 7 ans de remplacements.

EG D'accord

D. 7 ans de remplacements, à droite, à gauche euh dans toute la France. Ouais.

EG Ok D'accord. Alors de manière générale, comment ça se passe le contact avec la personne âgée. Est ce que vous êtes à l'aise, est-ce que vous aimez bien, est-ce que vous trouvez ça gratifiant ?

D. Ca m'a toujours été facile...J'aime bien les personnes âgées. Et parfois les personnes âgées…lorsqu'on est fatigué…lorsque l'on est, c'est un peu difficile parce que c'est compliqué. Y a des exigences qui sont parfois très importantes, donc c'est tout à fait la notion de réalité, une personne qui a parfois un syndrome un peu frontal, qui exige ceci, qui exige cela, c'est parfois peut être un peu difficile. D'une façon générale en médecine avec les personnes âgées…Moi c'est une clientèle fidèle (accentué), que j'ai vu vieillir, c'est plutôt facile, je les connais bien, parfois c'est un peu difficile y a parfois une pathologie un peu plus lourde avec l'âge aussi.

EG Ok. Avec qui est ce que vous collaborez pour la prise en charge de vos personnes âgées dépendantes? A domicile ou…

D. Comme médecin ou comme structure d'aide à domicile ?

EG Tout, aide à domicile, social euh spécialiste.

D. Du point de vue gériatrie je travaille essentiellement avec X (HG)

EG Mmh

D. Et puis je travaille un peu avec l'hôpital de Z (hôpital général) avec le docteur F. Qui fait des tests mémoire, qui fait un peu d'évaluation gériatrique.

EG D'accord.

D. Eeeuh sur T (grande ville proche) personne euh parce que je pense qu'il n y a pas grand monde. Et puis sinon bah avec les réseaux d'associations, la SAAD de R (ville d'exercice) y a une association intercommunale de soins à domicile avec Mme C ici vous avez des réseaux avec M un petit bled un peu plus loin, moi je suis limité avec le 77 donc on travaille aussi avec le réseau 77 donc T, y a d autres réseaux aussi d 'auxiliaires de vie, euh, d'aides soignantes, qu'est-ce qu'il y a d'autre euh, d'infirmières…euh etc.

EG Ouais. Assistantes sociales aussi ?

D. Assistante sociale. Qui viennent à chaque fois que je fais une euh euh…

EG APA ?

D. Je fais une APA. Lorsque j'ai fait mon certificat APA euh y a une assistante sociale qui vient évaluer combien de sous on va donner à ces gens-là.

EG D'accord.

D. C'est une histoire de sous hein.

EG Oui oui. Est-ce que vous avez collaboré avec les CLICS ? Qu'est-ce que vous pensez des plans….. ?

D. Ah oui. Le CLIC de la F aussi. J'oubliais ça. Ouais. Le CLIC de la F ouais. On travaille aussi, ils envoient euh des auxiliaires de vie etc.

EG D'accord et pour des questions par exemple euh euh, Et pour vos patients vous leur parlez du CLIC aussi ?

D Si si. Si si. Parfois c'est facile d'amener ça au niveau des patients. Parfois y a euh une volonté, une perte de conscience de son état, perte de conscience de son état. Et donc pas de perception de son…de son… état de dépendance, de l'amélioration de son état par des aides extérieures. Donc si bien sûr, ça peut être bien pour….pour préparer votre repas, pour voilà tout ça pour l'hygiène aussi. Parfois on fait des examens cliniques, on peut trouver beaucoup de saloperies sur le corps des gens euh... On peut glisser un petit mot au conjoint « faudrait peut-être »…pour intervenir…

EG Et donc le CLIC c'est comme un carnet d'adresses ? ou vous leur téléphonez pour avoir des contacts ? Ou est-ce que c'est eux qui mettent en place certains aides ?

D C'est eux qui mettent en place, hein, ouais.

EG D'accord. Ok. Euh qu'est ce qui vous semble difficile dans la prise en charge des personnes âgées ou dans leur maintien à domicile ?

D. [silence] Ce qui me parait difficile ? bah c'est leur faire euh leur… leur dire, leur faire admettre qu'ils, qu'ils ont besoin. Ouais qu'ils vont avoir besoin, de leur faire prendre conscience de leur vieillissement, du fait qu'ils sont en train de devenir vieux…qu'ils…. Qu'ils prennent conscience qu'ils vont mourir etc donc c'est ça qui est difficile, c'est d'leur faire comprendre qu'ils deviennent de plus

en plus dépendants, puis essayer d'organiser tout ça avec la famille, si y'en a une, etc. Donc leur faire accepter les aides extérieures. Ca c 'est difficile, c'est souvent difficile. Y a des gens qui sont tout à fait prenants et puis d'autres au contraire qui n'ont pas conscience de leur altération de leurs moyens, de leurs capacités.

EG D'accord. Ouais.

D. Dans ce cas-là c'est difficile, c'est même parfois conflictuel : « mais nan pas du tout ». Quand je parle de ça, maintenant je pense à quelque chose qui a dû m'arriver aujourd'hui ou euh ah oui d' ailleurs en consultation, tout a l'heure là.

EG Oui. [rapproche le micro]

D Une personne qui était. [il s'interrompt] vous m'entendez pas ?

EG Si, je pense que c'est mieux comme ça. Ça capte bien normalement.

D Qui est en train de mourir de j'sais plus quoi, son truc et puis qui voulait absolument pas que je fasse passer une auxiliaire de vie euhm, trois fois par jour pour surveiller matin, midi et soir son repas. Il n'en voyait pas du tout la nécessité, alors que c'est évident. Parce qu'on se connaît bien parce que sa fille était là, on a pu aplanir les choses, mais ça s'est compliqué à gérer. Euh….mais il faut y mettre beaucoup d'énergie, beaucoup de euh….de….diplomatie pour arriver à ce que les gens ne se braquent pas ou refusent parce qu'on se trouve à ce moment-là dans une situation d'urgence. Urgence de prise en charge gériatrique

EG Oui. Ça vous avez en tête un patient comme ça, qui a refusé, pour qui ça s'est pas bien passé ?
D. J'ai pas en tête. Mais j'en ai. J'en ai. Il faut y revenir à plusieurs fois et on est parfois amené à se retrouver dans une situation où les gens se, se trouvent dans une situation d'urgence.

EG Ouais.

D Eeuh….[silence] Problèmes d'alimentation, euh déshydratation, euh d'hygiène déplorable, des choses comme ça…. perte de repères temporels également, des gens qui vivent la nuit, plus le jour etc

EG D'accord. Et ça, c'est compliqué de mettre en place les aides ? Parfois y a un délai quand même….

D. Parfois on est obligé de passer par une hospitalisation. Hein, pour pouvoir déclencher ça…Parfois c'est pas mal de passer par une hospitalisation. Pour au retour que les choses soient, l'hôpital a un pouvoir plus important d'obligation. C'est à gérer. Quelqu'un qui sort de l'hôpital eh bien si on lui a dit : « vous aurez ça, ça et ça » eh bien…Après il revoit ça avec son médecin...

EG D'accord. Ok. Est-ce que vous êtes convaincu de l'intérêt ou des vertus du maintien à domicile ? Pour la personne âgée ?

D. Ah. Euh…oui, jusqu'à un certain stade et dans certains cas, la plupart du temps je pense que c'est important de maintenir les gens. Quand on peut le faire, y a un problème d'humanité … C'est bien d'être, de pouvoir rester chez soi, si on peut avec son conjoint…ses habitudes c'est très bien, c'est l'idéal. Euh après ça, y a un problème j'pense de coût, c'est bien de l'envisager mais combien ça coûte… » d'envisager toutes les aides, Peut-on se permettre ça ? Est-ce que la société pourra se permettre ça encore longtemps ? point d'interrogation, Et puis faut surtout avoir à l'esprit, qu'à un moment il faudra prendre la décision peut être…d'orienter vers une hospitalisation, vers une institutionnalisation…euh…pour une personne âgée qui aura besoin de quelque chose que l'on ne peut pas obtenir à domicile.

EG Oui, quand les aides deviennent trop heu, par exemple vous avez beaucoup de patients qui ont des passages trois fois par jour ?

D Mmmh

EG Ah c'est bien…

D Parfois c'est pas facile à obtenir hein parce que le personnel est dans la pénurie, et puis le personnel les gens sont, le personnel, une aide-soignante, une auxiliaire de vie est quelqu'un qui est surchargé de travail, sous payé, malmené par leur employeur…très mauvais ! métier d'avenir comme on dit… quel avenir ! (rire jaune)

EG D'accord, en général qui est ce qui initie la démarche/la réflexion entre maintien à domicile, institutionnalisation

D C'est à faire en commun hein, avec les infirmières, avec les infirmières, avec les coordinatrices, ça peut être n'importe quoi ça peut être moi, ça peut être elle, ça peut être la famille qui en a marre, J'peux pas vous dire qui est partie prenante

EG Ok, et est-ce que vous avez l'impression que vous pouvez peser sur le cours des choses et vous vous sentez légitime pour le faire ?

D Bah Oui, ah oui. Je pense qu'on a un rôle de conseil, on a un rôle, une destination, on a une impartialité, en principe, qui nous permet quand même d'avoir une certaine clairvoyance la dessus, je pense donc en général on est assez bien écoutés.

EG En général, la famille c'est plutôt une aide ou un frein ?

D Plutôt une aide. Parfois y a de gros soucis mais la plupart du temps c'est une aide, on est là pour faire quelque chose, pour maintenir les gens à domicile à la demande de la famille c'est par ce que ça leur permet à eux aussi la meilleure solution, la solution la plus utile pour leurs parents ;

EG D'accord, et est-ce que vous abordez les problèmes financiers par exemple, parce que souvent c'est fonction des ressources de la personne?

D Oui, ce qu'il faut voir plutôt c'est que de toute façon une prise en charge à domicile et moins onéreuse qu'une prise en charge en institution en institution c'est 3000 euros et à domicile c'est entre 800 et 400 euros. C'est clair que c'est beaucoup moins cher pour les gens, pour les gens euh d'être à domicile. Ça me paraît. Peut-être que je me trompe.

EG Non c'est vrai que les maisons de retraite c'est hyper cher.

D. Les maisons de retraite c'est 3000 euros minimum. par mois. Donc qui peut s'payer ça en France ? Moi (rires partagés)

EG Qu'est-ce qui vous semble important dans l'évaluation gériatrique et est-ce-que vous utilisez des tests en routine ?

D D'évaluation gériatrique ?

EG Ouais.

D D'évaluation gériatrique. Ou vous voulez dire de mémoire, tests de mémoire ?

EG Tout ce qui a trait par exemple à la mémoire, les chutes…l'autonomie à domicile tout ce genre de choses. L'évaluation de la personne âgée.

D Euh pour la mémoire moi je fais deux tests : l'horloge et les 5 mots. La mémoire différée et puis l'horloge avec les petites aiguilles. Donc ça ça me suffit. Quand j'ai des trucs là-dessus, après, si j'ai un souci, j'oriente. Et puis pour les chutes, les tests, examen neurologique normal…hein qui me paraît bien suffisant pour envisager ça. Voilà, sinon après ça je remplis ma grille AGGIR là, qui me casse les pieds d'une façon formidable parce que c'est sans arrêt quand on fait beaucoup de gériatrie comme moi.

EG C'est vrai. 80% y en a beaucoup.

D. En plus de ça, je fais des prises de charge en ALD. Parce qu'ils ont toujours un diabète une HTA enfin bon un Alzheimer…ils ont tous une insuffisance rénale chronique sévère et puis patati patata, y a tout ça, ça fait énormément de papiers, en plus les invalidités. J'suis invalide. Machin. Enfin, c'est énorme. Enfin invalidité c'est pour plus jeune quand même. Je fais une confusion dans ce qui me casse les pieds.

EG C'est ça, je comprends. [rires] c'est ça tout ce qui administratif, j'comprends tout à fait [rires partagés]….

D Euh comment intervient le temps et l'argent ? Vu que ça prend souvent du temps…au niveau de la rémunération, du paiement, est-ce que ça vous pose problème ?

D Je suis dans un secteur 2 moi. En honoraires libres. Donc euh j'ai cette possibilité de…j'ai des honoraires qui me paraissent être en rapport avec le travail que j'fais. Je fais une médecine lente mais euh d'une part j'ai des honoraires qui sont supérieurs…et d'autres part j'ai une rémunération médecin traitant et pour les personnes en 100%, qui vient s'ajouter, qui est conséquente. Donc j'ai de plus en plus une partie de mes revenus qui dépend d'une rémunération forfaitaire donc le paiement à l'acte reste majoritaire mais j'ai une part forfaitaire qui me paraît être satisfaisante, par rapport à ce qu'on me demande comme travail.

EG Ouais

D J'pense qu'on est encore mal payé par rapport à d'autres professions ; mais je dis que moi ça me va, ça me va parce que j'ai pas beaucoup d'ambitions pécuniaires, j'ai pas fait ce métier pour devenir millionnaire. Donc j'estime que c'est correct et cette part forfaitaire me paraît être en augmentation, il y a d'ailleurs un projet qui devait être signé cet été pour les honoraires libres, secteur 2 mais qui le sera pas et qui me paraissait très bien……

EG Justement votre investissement dans ce domaine ça varie en fonction de quoi ? Est ce que vous faites la différence entre un patient que vous connaissez de longue date et un patient nouveau…. ?

D Je fais aucune différence, aucune différence.

EG non ? D'accord.

D Non. Euh je veux dire c'est très intéressant à partir du moment ou quelqu'un de nouveau…ça m'arrive hein de prendre des patients que je connais pas et qui tout d'un coup, j'en ai un là que j'ai pris en charge un monsieur pas très âgé d'ailleurs, hémiplégique parce qu'il a fait un accident vasculaire cérébral euh, diabétique, hypertendu etc. qui…je suis en train de mettre en place toute une structure d'aide autour de lui, kiné, orthophoniste euh, infirmière, aide-soignante pour sa toilette etc. que je connaissais pas, il arrive là. Mais c'est beaucoup de temps, beaucoup de travail.

EG Ouais. D'accord

D Ca me prend beaucoup de temps et je trouve que je suis mal payé en actes, en actes mais je sais qu'à terme ce monsieur il va me rapporter aussi autre chose ce qui fera que je serai normalement payé pour tout ce que je suis en train de faire actuellement, de façon entre guillemets « bénévole ». Que le médecin traitant, que je sais plus quel forfait, y en a d'autres qui viennent.

EG Oui. Est-ce que vous faites parfois des consultations liées au problème du maintien à domicile ? Par exemple avec la famille, pour décider…. ?....

D Je sais pas, je sais pas faire de consultation dédiée, Je n'en fais jamais. Je fais une consultation globale. Je fais jamais de trucs, on s'arrête là et vous revenez dans 15 jours, non Jamais. C'est mon tort. Je pense que c'est une erreur. Je pense qu'il faut …

EG Ca prend plus de temps mais ….

D Je pense qu'il faut s'arrêter, vous allez voir le psychiatre, à un moment il dit « ça suffit merci », je pense qu'en médecine générale faut faire la même chose quand les choses sont si vastes, je pense qu'il faut limiter une consultation à un sujet, ce serait pas mal de faire ça mais je le fais pas.

EG Comment est-ce que vous intervenez vous concrètement dans la mise en place d'un maintien des personnes à domicile ? Qu'est-ce que vous faites vous ? Qu'est-ce que vous déléguez ? Est-ce que c'est vous qui décrochez le téléphone pour que ce soit l'infirmière ou l'auxiliaire de vie qui passe ?

D. Tout se présente. Ça peut être, si j'ai une famille qui est disponible et compétente, je peux leur passer des numéros de téléphone, si j'vois qu'il n'y a aucune possibilité je vais décrocher le téléphone moi-même pour appeler le service de soins à domicile, pour appeler une maison de retraite pour prendre un hébergement d'urgence euh…le jour même donc ouais j'peux déléguer à la famille sinon je le fais souvent moi-même. J'ai une secrétaire le lendemain matin qui peut me passer certains coups de fil à ma demande.

EG Vous organisez, oui, ok, l'hébergement d'urgence c'est quelque chose que vous faites souvent ? Y a une maison de retraite qui prends les patients pour les…

D …Ouais….toutes les maisons de retraite…ce sont des organismes qui ont un but lucratif…ils ont une chambre libre…ils sont prêts a la louer le soir même…donc s'ils me connaissent, si je leur passe un coup de fil et je leur dis y a une personne âgée que je ne peux pas garder à domicile….ils la prennent…mais faut que je les appelle, que j'appelle la directrice, le directeur, directement, personnellement.

EG D'accord. C'est vrai que c'est intéressant car c'est une situation que j'avais pas encore envisagée avec les autres médecins. Euh.

D Ouais. Ça peut se faire. Je l'ai eu encore y a pas longtemps avec une vieille dame qui a passé deux mois en maison de retraite, qui m'en a voulu énormément, qui me l'a beaucoup reproché…

EG Elle n'était pas d'accord la dame ?

D Si elle était d'accord. Elle était impotente.

D Et puis après elle pensait qu'elle allait rester le temps qu'on répare son truc puis je pense qu'elle est restée deux mois. Elle me l'a beaucoup reproché, elle est rentrée chez elle. Elle est restée presqu'un mois et au bout d'un mois elle m'a dit, j'y retourne de façon définitive.

EG Ah ?

D. Mmh, Elle ne se sentait plus capable de rester à domicile…Voilà, c'est une situation…mais ça peut, j'en ai d'autres qui y vont et qui reviennent après quand le problème est réglé, un problème orthopédique par exemple, hein…

EG De rééducation un peu

D Voilà, de rééducation, un problème de genou, j'sais pas moi une entorse…

EG Et pour des hospitalisations de répit pour la famille ça vous arrive, pour les aidants ?

D Alors ça c'est Z j'mets ça sur le dos de Z, « Soulagement familial » j'appelle ça. Hospitalisation pour soulagement familial, Z (HG) me le fait assez facilement, y a un numéro de fax, j'écris une lettre et le médecin me répond rapidement pour me dire quand il peut prendre mon patient pour quelques temps. Voilà.

EG Ok, on va revenir à l'hôpital un peu après, Et donc sinon au niveau des aides financières, toutes les aides sociales auxquelles les patients ont le droit, ça se passe bien, vous savez répondre à leur questions ?

D J'y connais pas grand-chose. Heu si, je sais que c'est un peu dépendant des revenus des gens. Au début j'disais toujours qu'on y avait tous droit et que c'est la même chose pour tout le monde sans que ce soit la même chose parce que c'est dépendant des revenus et ça vous permettra de vous payer les salaires de votre auxiliaire de vie, selon votre statut médical vous aurez droit à l'aide matérielle à domicile, lit médicalisé, potence, déambulateur, fauteuil qui seront pris en charge.

EG Ça au niveau des aides matérielles vous vous sentez assez formés ?

D J'ai reçu aucune formation au niveau de la faculté de médecine. J'ai acquis une certaine formation. Je ne sais plus quelles sont les informations que j'avais reçues à la faculté de médecine mais de toute façon, tout ce que j'ai appris la formation avec la faculté de médecine ne me sert plus à rien maintenant. Bah…parce que c'est bouleversé complètement.

EG Oui. C'est vrai. Du coup est-ce que dans vos prises en charge à domicile est ce qu'il y a des choses que vous auriez envie de déléguer à une autre personne dans une organisation idéale du cabinet ou est-ce que vous vous en sortez bien avec votre organisation actuelle ?

D [silence de réflexion] Je suis pour le travail en équipe. Je pense que si on pouvait, je suis pour la création de maisons médicales, de centres médicaux, pluridisciplinaires, médecins, infirmières, spécialistes d'urgence. Je suis pour ce genre de choses, le problème c'est que les problèmes de coordination demandent beaucoup de temps et que le temps en général il est un peu, on en a pas beaucoup quoi. Donc j'crois que dans l'organisation actuelle de la médecine libérale telle qu'elle est rémunérée c'est encore difficile à gérer heu cette collaboration, on a parlé au départ des réseaux Hippocampes vous dites, réseaux Z (soins palliatifs) c'est pas facile à faire rentrer dans une, faut pas déborder, faut avoir du temps, faut pas avoir 30 personnes à voir par jour. Voilà.

EG Est ce que vous avez en tête un ou deux patients en ce moment qui vous posent problème pour maintien à domicile, un MAD un peu précaire ?

D J'en ai pas un, j'en ai plusieurs, oui, si pourquoi ?

EG D'accord, et vous avez un cas où vous pourrez me raconter un peu plus la situation ?

D Qu'est-ce qui vous intéresse le plus ? Parce que j'en ai tellement donc heu…

EG Ah oui d'accord, un patient par exemple pour lequel vous avez l'impression qu'il pourrait y avoir une situation bientôt, qui fait qu'il pourra pas rester, où c'est un peu sur la tangente…

D La personne que j'ai vu tout à l'heure, qui est une patiente, vous voulez tout son curriculum ?

EG Oui

D Une patiente, qui doit avoir 80 ans, qui est veuve, qui vit encore seule dans sa maison qui est un pavillon isolé, elle a deux enfants qui s'occupent assez bien d'elle et ses fils et gendres qui s'occupent bien d'elle. Elle a des troubles de la mémoire assez importants, il doit y avoir certainement un début de maladie d'Alzheimer, elle est diabétique, hypertendue, et je lui ai découvert il y a deux trois ans un lymphome assez agressif, elle a reçu une chimiothérapie qui a permis à peu près de stabiliser les choses et c'est une femme qui a toujours eu des problèmes avec ses médicaments, des problèmes d'estomac qu'on a essayé de faire une fibroscopie y en a déja eu pleins mais là une fibroscopie sous IPP a révélé une lésion cancéreuse gastrique donc euh le bilan semble permettre de faire une chirurgie de gastrectomie dans le contexte que je viens de vous décrire c'est pas évident, elle devait se faire hospitaliser y a dix jours pour se faire subir sa gastrectomie, et le chirurgien pratiquement en levant le scalpel sur son ventre a trouvé qu'elle avait un zona donc il a posé son scalpel et il l'a renvoyée à son domicile. Ou là l'altération de l'état général était de plus en plus importante, Elle avait jusqu' à présent une infirmière qui passait matin et soir pour surveiller son dextro, voir un peu si elle avait pris ses médicamentes. Et elle a demandé aujourd'hui à sa fille le service de soins du 77 pour organiser un passage trois fois par jour d' une auxiliaire de vie pour surveiller ses repas parce que sa fille a été appelée y a deux trois jours à deux heures du matin parce que elle avait déclenché son alarme personnelle, elle est tombée en allant fermer ses volets a deux heures du matin donc elle est complètement décalée etc. désorientation temporo-spatiale, une altération de l'état général lié à la pathologie dont je viens de vous parler, et puis la solitude donc là pour l'instant je maintiens à domicile avec un essai sur un mois…j'ai redemandé une consultation en hématologie pour m'assurer que son lymphome est toujours bien hein. Je prendrai la décision de la faire opérer ou pas en fonction de son état général et de la réponse de l'hématologue. Mais en attendant, j'essaie, en accord avec sa fille qui était ici présente, de la maintenir à domicile. Je sens que la pression familiale est de plus en plus importante pour que je pratique un placement. Voilà c'est un cas d'aujourd'hui.

EG D'accord. Ok. Ouais, merci. Et heu…

D Et donc c'est pas facile parce que j'ai choisi le maintien à domicile parce que la patiente me le demande mais je suis pas certain que ce soit tout à fait raisonnable. J'ai un doute. Mais j'ai pris cette décision. J'ai décidé de revoir cette décision au plus tard dans 15 jours, donc Je revois la famille au plus tard dans 15 jours. Donc voilà cette situation.

EG Bah merci, Comment est-ce que vous décririez vos relations avec l'hôpital ? Avez-vous des difficultés ?

D Ouais. Beaucoup de difficultés. Très difficile, Très difficile pour joindre les médecins. Il faudrait avoir un carnet d'adresses beaucoup plus intime, moi je ne suis pas dans une relation amicale avec des confrères je suis dans une relation confraternelle. J'ai des confrères. A chaque fois il faut arriver à le trouver, à lui parler, c'est beaucoup de temps passé au téléphone, alors, les mails ça

semble marcher de mieux en mieux mais pas beaucoup de médecins hospitaliers donnent leurs mails. Sur Paris beaucoup plus, notamment j'étais en contact avec R (Hôpital parisien), on communiquait tout le temps par mails, c'était très très pratique, en plus ça tournait donc c'était très pratique. Ici on est en province, pas très loin de paris, ça fonctionne pas encore terrible, enfin je ne m'en sers pas encore beaucoup.

EG Et vous parliez tout à l'heure que vous demandiez parfois des hospitalisations à Z (HG), par fax c'est assez rapide les délais ?

D Ah non, là je vais avoir pour une autre personne, non je sais plus. Et puis là il se trouve que j'ai fait un fax hier soir tard. Je l'ai envoyé donc tard. Ce matin j'ai demandé à ma secrétaire de passer un petit coup de fil pour s'assurer que le fax était bien parti et pour leur dire « houhou, on est là » et puis j'ai eu un coup de téléphone à 13h d'une secrétaire très gentille qui a dit c'est une urgence, je confie votre dossier au Dr Tartenpion et qui vous rappellera dans la semaine pour vous fixer une hospitalisation pour votre patient, donc voilà Ça marche plus ou moins bien ; parfois c'est long. Il faut re-téléphoner il faut s'en occuper beaucoup hein, Ca c'est sur Z, Z (HG) j'ai quand même des relations assez privilégiées hein vu ma situation. Sur U (grande ville) c'est épouvantable, c'est très dur très très dur, c'est toujours complet ils sont très difficiles.

EG Et vous organisez parfois des hospitalisations programmées ?

D Programmées Z, sur U et F programmées.

EG Pour des heu ?

D Pour des bilans, bilans neurologiques, Parkinson, pour qu'ils les prennent quelques jours, qu'ils fassent quelques examens hein, pour me dire si oui ou non on donne du Modopar ou pas, mmh.

EG Est ce que ça vous est déjà arrivé d'envoyer un patient aux urgences pour maintien à domicile impossible hors pathologie aiguë?

D Ouais ouais. Ou je peux pas la gérer j'ai personne sous la main, personne, j'peux pas laisser la personne à domicile comme ça donc J'envoie aux urgences, j'essaie dans la mesure du possible de passer un coup de fil à l'interne, j'sais plus comment ça s'appelle, interne, senior, la personne qui est responsable aux urgences, j'essaie toujours de le faire, si j'arrive pas à le faire je fais une lettre circonstanciée avec le traitement que je donne à la personne et et tous les antécédents que j'peux lui donner, mais il m'est arrivé de me retrouver dans des situations où je pouvais pas laisser la personne sans lui faire courir un risque à domicile.

EG Est ce que vous vous souvenez d'une histoire en particulier ?

D Non, pas d'histoires, mais en général ça passe par l'hôpital et la plupart du temps urgences, lits portes et puis direct sur Z (HG) ensuite

EG Oui, donc c'est la porte d'entrée rapide vers Z (HG). D'accord, ok Qu'est-ce que vous pensez du concept de réseau ? Est-ce que vous êtes membre de réseau ?

D Je suis pas membre, je suis, je suis comment on dit, je paye une cotisation au réseau S (soins palliatifs) parce que je soutiens. Mais j'y participe presque pas par manque de temps, parce que justement ça prend du temps, y a des réunions sur les soins palliatifs, et mon emploi du temps ne me le permettait pas, j'avais d'autres activités professionnelles qui ne me le permettaient pas de participer. C'est toujours le soir. Quand je fais toutes les semaines une soirée médicale ça me suffit, j'peux pas,

EG Ah vous allez toutes les semaines ?

D J'ai fait un DU pendant quatre ans, c'était une fois par semaine, 8h-23h.

EG Ah oui, 8h-23h une fois par semaine ? Pendant 4 ans ? C'était quoi comme DU juste par curiosité ?

D DU FMC, formation médicale continue à F (fac parisienne). C'est mon CHU d'origine, c'est un DU de médecine générale où on fait les pathologies, toutes les spécialités. J'crois qu'il va arrêter mais ça existe aussi à L (autre fac). Je fais aussi une formation de maitre de stage. J'ai changé de CHU je vais prendre plus proche, Henri Mondor, parce que ça me paraissait plus proche enfin c'est encore loin, bah là c'est la semaine j'y vais vendredi samedi. Je vais voir si je peux devenir maitre de stage pour les internes.

EG Pour les internes ? Ah oui, ok. Comment vous avez entendu parler du réseau Hippocampes ?

D Comment j'ai entendu parler du réseau Hippocampe…par F, dans les soirées consacrées à Alzheimer les trucs comme ça.

EG Ok, Vous avez signé une convention avec le réseau ?

D Je crois bien. Je crois bien. Il me semble, oui.

EG Est-ce que vous vous souvenez avoir fait appel au réseau ? Et dans quelle situation ?

D Hippocampes ? Jamais. Je ne saurais même pas pourquoi je dois l'appeler. Peut-être que je vais le découvrir avec la personne, je sais pas trop à quoi sert Hippocampes.

EG Pour votre patient que vous allez voir en juin ça s'est passé comment, c'est la famille qui a demandé ? *(ndlr : avant le début de l'entretien, MG 10 a mentionné spontanément ce patient :* « c'est un patient qui a été vu en consultation, le médecin de Z (HG) a décidé ça, l'a confié à Hippocampes voilà 24 juin, donc il m'ont appelé il y a 15 jours pour me dire ce sera le 24 juin, dans l'après-midi, donc il faut que je sois à leur disposition lundi après-midi, tout du moins de 14h30 à 17h, que je puisse les voir chez ce patient à domicile, j'peux pas moi…C'est lundi, j'ai du travail du week-end, j'ai des visites à domicile je pense que je pourrai pas y aller, c'est super compliqué. »)

D C'est moi qui fait suivre le patient par Z (HG) par Dr X…et qui l'a vu en consultation, et qui, voyant la détresse de sa femme, de plus en plus débordée, épuisée, par son mari très délirant, le Dr X a proposé des soins supplémentaires par le réseau Hippocampe. C'est lui qui a demandé l'intervention du réseau, c'est pas moi.

EG D'accord, oui, bah du coup y a quelques questions sur le réseau qui … (interruption téléphone) Alors…

D …les questions sur Hippocampes, sur le réseau j'sais pas ?

EG Oui, donc vous savez pas trop à quoi ça vous servirait, y a pas de…

D J'ai dû y adhérer à l'occasion d'un autre patient, pour obtenir tout un un tas d'aides personnelles, de gratuité ? De matériel ? Je fais peut-être une confusion avec santé services.

EG Peut-être oui, le peu que j'en connais c'est plutôt pour une évaluation au domicile pour voir quelles aides mettre en place et après ils peuvent les mettre en place, et au niveau du suivi c'est plutôt pour un soutien psychologique pour le patient ou les aidants, c'est vrai que le médecin vient une fois au domicile, pour faire le bilan mais après il viennent pas, c'est plus pour la mise en place, et voilà, oui, le soutien psychologique c'est quelque chose dont vous avez de temps en temps besoin ?

D Bien sur, oui.

EG Vous avez une autre filière ? une psychologue heu…

D Ici sur T (ville d'exercice) on a deux psychologues libérales qui interviennent dans ce genre de trucs et qui sont adhérentes je crois dans ces réseaux et qui peuvent permettre je crois de pratiquer le tiers payant. Je crois qu'il y a 2 psychologues libérales. Une qui s'appelle Mme X et elle je sais qu'elle est adhérente à un réseau, je sais pas si Hippocampes ou...

EG Oui, je crois qu'ils ont des psychologues qui travaillent en libéral comme des neurologues aussi pour les consultations mémoire.

D Voilà et donc elle est déjà intervenue auprès d'un de mes patients qui était très très dépressif suite au décès de sa femme à domicile. Et cette psychologue est intervenue pendant un certain temps au domicile, comme il dit, « elle m'a fait raconter ma vie, je lui ai raconté à peu près tout et ça allait bien » Une psychothérapie de soutien un peu, pour un travail de deuil qui s'faisait pas très facilement.

EG Est ce qu'il y a des situations où vous vous sentez un petit peu seul avec un patient à domicile et où vous pourriez justement obtenir une aide d'un réseau, d'un interlocuteur?

D Ben. euh…Comme je vous dis, je suis toujours seul physiquement et moralement, c'est mon statut de médecin libéral. Mais euh ces réseaux peuvent apporter quelque chose. C'est pas encore très facile je crois sur le plan de l'organisation, de la juxtaposition de notre activité et de ces réseaux qui sont des gens…si vous voulez je crois que la mentalité est celle de gens salariés qui voit une personne par jour ou deux, par exemple une le matin et une le soir, c'est tellement différent de ce que nous faisons nous….cette médecine d'abattage, si vous voulez cette pression du téléphone, qui, mais je pense que ça doit pouvoir s'améliorer et que les générations qui viennent sauront plus gérer ça que moi. Et je peux apprendre des choses…

D D'un coté tout à l heure vous avez dit que vous pratiquez une médecine lente c'est plus dans la durée des consultations, du coup ?

D Médecine lente, oui, par rapport à ce que je connais, oui, lente, oui. Une consultation qui dure de 20 à 30 minutes c'est plutôt lent par rapport à la moyenne de mes confrères où ça va un petit peu plus vite hein.

EG Oui d'accord, plutôt un quart d'heure…

D Ho, à peine, à peine. Pour une rhinopharyngite, euh, ça s'étend pas plus loin que la morve au nez, hein. On parle que de ça. Et ça dure que 5 minutes.

EG [rires]. D'accord, Quelles carences est ce que vous avez expérimentées dans le système actuel concernant l'aide au maintien à domicile des personnes âgées ?

D Carences ? [Silence].

EG Ouais…est-ce qu'il y a des….est-ce que vous trouvez des problèmes dans le système ?

D Non, je…enfin…pénurie de personnel. Si, à mon avis on manque de personnel. Quand on a besoin, on doit souvent attendre beaucoup et voire être

différé. Donc souvent ce sont, l'organisation est assez lente parce que euh y a pas encore assez de moyens. Et puis également le problème du …coût…hein….toutes ces choses ce sont des interventions qui sont payantes…et je crois qu'il y a une difficulté pécuniaire hein…pour pas mal de gens…et que par exemple le problème de l'argent est important. Les gens ont des moyens qui permettent pas toujours de voir le médecin qui est payant….de voir le personnel, les infirmières, le ménage, les factures, y a beaucoup de gens qui ont pas assez d'aides….pas assez d'aides….donc on aimerait bien leur proposer tout ça…mais encore faut-il que quelqu'un puisse payer.

EG Est ce que vous pensez que c'est possible de repérer les personnes âgées fragiles qui ont probablement besoin d'une hospitalisation à court terme pour organiser, pour anticiper les situations de crise par exemple, d'urgence ?

D Tout ça, c'est un peu le problème du médecin généraliste hein, j'crois que c'est le travail du médecin généraliste, heu, J'sais pas si on peut imaginer…En tout cas pour l'instant c'est mon travail en tous cas ! Dire qu'il puisse y a avoir d'autres personnes heu…Je veux dire je suis pas le seul à savoir faire ça mais pour l'instant c'est moi qui le fait et s'il y avait une structure ou un personnel qui serait amené à faire ça, oui bien sûr, ça pourrait être intéressant, de demander le contact, et la relation. C'est assez personnel, assez intime. Pourquoi pas hein ? Pourquoi pas…

EG Et pour conclure un peu, qu'est-ce que ça devrait être le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge de la personne âgée dépendante ?

D Euh….m…qu'est-ce que ça peut être ? Ben de veiller à ce que son patient soit le mieux possible à son domicile par tous les moyens qui sont adaptés à sa situation. Voilà. Coordonner tout ce qui peut permettre un maintien heureux sans dangerosité pour les personnes âgées.

EG D'accord ouais. Vous le mettez au centre de la prise en charge au niveau de la coordination ?

D Ben il est évident que c'est toujours le travail de plein d'intervenants et j'ai bien conscience que l'intervenant le plus important, c'est celui qui vient vous apporter le confort vestimentaire et le confort alimentaire. Une fois qu'on est bien habillé et qu'on a bien mangé, déjà la journée est bien engagée. Si y a un médecin qui vient apporter les médicaments, c'est pas très intéressant, enfin ça peut être utile. Le plus important, ce sont les auxiliaires de vie qui assurent un confort matériel, euh ménage euh autour des personnes âgées c'est ça dont ils ont le plus besoin quand elles n'arrivent plus à le faire elles-mêmes. Le médecin, euh, vient regarder quelques bricoles de santé, pas grand-chose, et puis voilà. Ce qu'on appelle le petit personnel est le plus important.

EG Bon bah je vous remercie.

Durée : 46 minutes

Entretien 11

EG alors pour commencer est ce que vous pouvez m'expliquer un peu comment vous travaillez, depuis quand vous êtes installée?

D bah ça fait 31 ans que je suis installée, euh, c'est une médecine de campagne hein, c'est-à-dire qu'on fait beaucoup de visites à domicile, on voit beaucoup de personnes d'un certain âge…donc je travaille de 0 à 100…le plus vieux c'est 104 ans.

EG d'accord

D donc y a une maison de retraite ici. [le téléphone sonne] qu'est-ce que je peux vous dire ?

EG vous travaillez donc avec un associé ?

D oui. On est chacun indépendant, Hein

EG Et un secrétariat ?

D Non. Enfin un secrétariat téléphonique. Mais y a que moi, parce que mon confrère prend son téléphone..

EG D'accord. Et vous avez à peu près, une idée du pourcentage de personnes de plus de 70 ans ?

D On va dire 25 pourcent [un bébé pleure ; un bip sonne]

EG D'accord. Vous avez une formation gériatrique ?

D Non. J'me suis formée sur le tas.

EG Et comment ça se passe avec la personne âgée, est-ce que vous aimez bien le contact ? Est-ce que vous trouvez cela gratifiant ?

D Tout à fait sinon je n'aurai pas travaillé en maison de retraite hein. Donc là je m'occupe quand même de deux maisons de retraites je ne suis pas là seule à y aller puisqu'on a pas de médecin coordonnateur ici. On est plusieurs médecins à y aller mais euh…donc on n'est pas obligé si, hein.
EG Avec qui est-ce que vous collaborez pour la prise en charge de vos personnes âgées dépendantes ? Que ce soit hôpital ou ville…

D Hôpital Z (HG)

EG Et en ville ? Assistantes sociales, aides-soignantes ?

D Ah ben les infirmières bien sûr, les aides-soignantes, mais les assistantes sociales on n'en a pas non plus ici. Il faut aller sur X (grande ville). Y a une assistante sociale qui vient de temps en temps à la mairie mais pas régulièrement non plus donc c'est assez difficile, hein.

EG D'accord. Ok. Et tout ce qui est spécialiste, hôpital de… ?

D Ben pour les gériatres, ben c'est à Z (HG) autrement pour tout le reste c'est hôpital de X, Y, Z. On est entre les 3.

EG Ok, ouais. Est-ce que vous avez déjà fait appel au CLIC ?

D Non. Je ne fais pas appel au CLIC. Je n'aime pas le CLIC donc voilà. Je fais appel à d'autres façons de travailler, avec mes infirmières, avec ceux avec qui j'ai l'habitude et avec qui ça se passe bien. Le CLIC j'ai peu de rapports.

EG D'accord. Vous avez eu des rapports qui étaient pas bons avant.

D Mouais, Pas excellents. Je suis assez euh…enfin j'aime bien travailler avec des gens avec qui je m'entends bien, on s'respecte mutuellement, on connaît nos façons de travailler et ça se passe très bien. Le CLIC c'est trop impersonnel pour moi.

EG D'accord ; ok, et de manière générale qu'est-ce que vous pensez des réformes ?... les MAIA, c'est les maisons pour l'autonomie des patients Alzheimer, c est un peu un concept flou…mais toutes les réformes solidarité grand âge, les CLICS, vous en pensez quoi en général ?

D Ben que ça pourrait être pas mal s'il y avait du personnel qualifié. Parce que les CLICS ont pas beaucoup de personnel, qui est pas mieux qualifié que celui avec qui j'travaille…

EG Ok. Qu'est ce qui vous semble difficile dans la prise en charge de la personne âgée dépendante?

D Ben maintien à domicile, c'est d'avoir des personnes compétentes qui peuvent y aller. Aides ménagères, aides soignantes, infirmières. Donc entre 1995 et 2005 on a eu une période qui était excellente pour le maintien à domicile des personnes âgées. Depuis ça se dégrade, on n'y arrive plus parce qu'on a plus la possibilité, on n'a plus le personnel, on n'a plus euh alors que franchement ouais, j'situe ça entre 1995 et 2005 on a eu 10 ans là avec les équipes d'infirmières, des aides-soignantes et de femmes de ménage on était mais au top, réellement j'en ai gardé plusieurs des fins de vie à domicile ou réellement ça se passait impeccablement et après les nouvelles réformes ensuite, ça a vraiment été en se dégradant. Les infirmières n'ont plus le droit de faire la toilette etc. les aides-soignantes à domicile, pour en avoir c'est, y en a très peu….euh les aides ménagères bah n' sont pas reconnues la y a quelque chose qui est très dommageable vraiment, je fais beaucoup moins de maintien à domicile récemment, je suis obligée de les placer.
[Le téléphone sonne. Elle décroche.]

EG Est ce que vous êtes convaincue de l'intérêt, des vertus du maintien à domicile ?

D Ah, tout à fait, ça y a pas de problème. Bon moi j'ai beaucoup de maladies d'Alzheimer ici, et où malheureusement il reste, seulement 3/4 sont en maison de retraite. Mais ceux qui sont en ville, c'est trop épuisant pour le conjoint. Et là on a pas c'qu'il faut, parce que même le réseau Hippocampes avec toute leur bonne volonté, on a pas, y a quand même pas beaucoup d'aide. Et maintenant qu'ils ont tendance à limiter les séjours à l'hôpital de Z (HG) avant c'est pareil avant on avait possibilité quand même de les faire prendre 15 jours, 3 semaines pour soulager un peu les aidants. Maintenant de moins en moins. On leur a réduit les lits, on leur a réduit le budget. Enfin bref tout ça, tout ce qui est fait actuellement où on nous dit qu'on doit aider à mon avis ça va dans l'autre sens.

EG D'accord, Est-ce qu'il y a des maisons de retraite qui acceptent de les prendre pour un court séjour ?

D si y a une place oui, moi les maisons de retraite où je vais….si y a une place, y a pas de problème.

EG Ok ouais, euh est ce que vous avez l'impression que vous pouvez peser sur le court des choses ? Entre maintien à domicile et institutionnalisation ? Est-ce que vous vous sentez légitime pour le faire ?

D Ah tout à fait. Tout à fait. Ben normalement on est en première ligne. Si on nous écarte, je n' sais pas trop ce qu'ils pourront faire…normalement on est en première ligne, hein. Sauf que on est en première ligne pour pas beaucoup de temps, parce que la dans la région, dans les 5 ans qui viennent on va tous disparaître, hein.

EG Au niveau de la retraite ?

D On a tous plus de 60 ans…

EG Eh oui, et pas de relève.

D Pas de relève.

EG Au niveau de la décision …enfin….qui est-ce qui initie la réflexion ? Entre est ce qu'il faut rester à la maison ou institutionnaliser ?

D J'en parle avec la famille. La famille et moi. Voilà.

EG d'accord ouais, au niveau de, enfin…souvent la faisabilité c'est fonction de ressources financières,

de l'entourage, est ce que ça vous pose problème, y a pas de tabou ?

D Ah non, ça non on en parle librement. Là j'ai une patiente qui vient justement de rentrer, elle était en institutionnalisation pendant deux ans, c'était pas, la famille pouvait plus suivre donc ils ont préféré rapatrier à la maison. Donc ça par contre avec le réseau Hippocampes, on a réussi à améliorer chez elle on a fait des installations bien. Elle est Alzheimer aussi mais en chaise roulante. Ça limite quand même, elle est pas fugueuse. Et donc y a aide-ménagère, aide-soignante, infirmière qui passent. Bon elle est quand même la majeure partie du temps toute seule mais malgré tout on arrive à gérer tout ça. La famille est pas sur place. Donc elle est toute seule. Y avait plus, y avait pas de revenus suffisants autrement, et ça beaucoup, beaucoup. Donc en fait, là c'est vrai, je m'en rends compte actuellement : les demandes de maintien à domicile sont souvent d'ordre financière.

EG En général la famille du patient, c'est plutôt une aide ou un obstacle ?

D Oh c est une aide. Non, pour moi y a pas de problème. Il faut d'ailleurs si c'est un obstacle, moi je peux pas m'en occuper. Moi j'ai pas de problème avec les familles il faut aussi savoir y parler aux familles, hein. Non, non, c'est une aide.

EG Qu'est ce qui vous semble important dans l évaluation gériatrique ? Est-ce que vous utilisez des tests en routine ?

D Pas du tout. J'y vais au feeling, hein. J'ai pas l'diplôme de gériatre mais j'pense que je fais pas plus mal que les autres.

EG Oui c'est vrai qu'on peut se rendre compte au niveau des médicaments..

D C'est vrai que j'ai des correspondantes gériatres. Je leur demande quand même. J'ai un soutien, y a pas de problème de ce côté là. Avec l'hôpital de Z (HG) qui fonctionne dans la région, on a ce qui faut comme soutien. Comme ils parlent de l'fermer…ça va être autre chose

EG Ah oui, ça complique les choses

D Ouais, ça devient compliqué.

EG Comment interviennent le temps et l'argent ? le paiement à l'acte ? le fait que souvent ça prend du temps les visites…

D Visite a domicile 33 euros que ça soit 5 minutes, 1h ou 2h. Là-dessus, on a pas grand chose pour nous. Après on fait avec sa conscience mais bon.

EG Et au niveau de l'investissement est ce que ça change si c'est un patient ancien ou nouveau ?
(Le Téléphone d'EG sonne.)

EG Excusez-moi. Désolée. Oui, qu'est ce qui fait varier votre investissement ?

D Ben un nouveau patient on a un peu plus de temps au début pour le connaître ensuite c'est un petit peu selon connaissance pour voir comment cela évolue. Mais le temps, Ca prend toujours du temps, Ca prend toujours du temps, Y a pas d'problème. Je sais que j'ai pas mal dans mes patients à domicile, j'ai les clés. Bah oui, parce que assez souvent on les enferme pour qu'il n'y ait pas de problèmes ultérieurs et pour qu'ils n'aient pas de problèmes eux non plus donc euh moi j'ai les clés de plusieurs patients. Donc il y a un travail de confiance avec la famille qui s' fait, hein. Mais à la campagne ça me paraît normal, je sais pas en ville comment c'est mais à la campagne c'est normal, on pourrait pas travailler…enfin…moi j'pourrais pas travailler différemment. S'il y a des problèmes, la famille me téléphone, enfin on est en contact. De toutes façons moi je fais toujours, j'installe un cahier, et puis les infirmières, les aides soignantes, la famille, tout ça notent, et comme ça on est au courant de ce qu'il se passe.

EG d'accord. Eumm est-ce que vous avez des consultations dédiées au problème du maintien à domicile par exemple avec la famille ?

D Ben s'ils m'appellent quand j'ai…Moi je travaille en consultation libre. Mais j'ai deux soirées de consult…de…..rendez vous par semaine. Ça n'en fait pas beaucoup forcément. Mais dans ces cas là, si les familles me téléphonent pendant, on essaie de se bloquer un rendez-vous pour en parler bien sûr. Parce que les consultations, ça devient difficile.
EG D'accord, quand vous dites ça devient difficile, vous pensez à ?

D Le nombre de gens qu'il y a en consultation.

EG Ca limite le temps….euh…comment est-ce que vous intervenez vous concrètement dans la mise en place du maintien à domicile ? Qu'est-ce que vous faites vous même pour la mise en place des aides, qu'est-ce que vous déléguez ?

D Ah ben…Je remplis le dossier d'APA. En général avec ça on essaie d'avoir l'assistante sociale qui s'occupe de l'APA qui quand même se déplace, vient d'X (préfecture). Puis après je me mets en rapport avec les infirmières avec qui j'ai l'habitude de travailler, si elles sont d'accord pour le prendre en charge, selon les soins etc. Et puis le service d'aide-ménagères on a en a un qui dépend de la maison de retraite. Je fais pas appel au CLIC. Je fais appel au service d'aide-ménagères de la maison de retraite, qui se déplacent. Je les connais toutes, on sait comment on travaille.

EG Et eux, au niveau de l'aide d'aménagement au logement, vous avez accès à des ergothérapeutes ?

D Ergothérapeute par Z (HG) par le réseau Hippocampes.

EG Ah c'est par le réseau Hippocampes ?

D Mmh, c'est vrai moi je travaille beaucoup avec Z aussi, j'sais pas si vous connaissez les soins palliatifs à domicile, où on fait l'accompagnement à domicile des mourants aussi.

EG Ouais. Et au niveau des aides techniques, tout ce qui est matelas, lève-personne ?

D On le commande, on le commande. Y a un prestataire qui est à Y qui vient le livrer.

EG Et vous vous sentez assez formée dans ce domaine ?

D Oh oui, ah oui ! Là oui, ça j'ai affaire à tout. Maison de retraite plus ville, vous inquiétez pas : on finit par.

EG D'accord. Dans l'ensemble de vos activités, en ce moment, autour du maintien à domicile, est ce qu'il y a quelque chose, dans une autre organisation ou dans une organisation idéale, que vous aimeriez déléguer et changer ? ou est-ce qu'il y a l'administratif qui est trop pesant ou…

D L'administratif oui mais l'administratif est trop pesant chez nous maintenant en tout. Pour vous dire, pas plus pour les personnes âgées, que pour les bébés, que pour les personnes invalides, donc pour l'instant on s'y fait mais on en parlait, je comprends que les jeunes n'aient pas trop envie de s'installer en médecine générale puisque trois quart de nos consultations c 'est de la paperasserie et un quart de médecine. C'est dommage. Avant c'était le contraire. J'ai un gros regret de ça…

EG L'évolution de la paperasserie ? Oui, y en a beaucoup qui l'disent. Est-ce que vous avez en tête un ou deux cas de patients que vous suivez en ce moment à la maison et qui posent problème parce que le maintien à domicile ca devient un peu précaire, que vous avez l'impression que ça pourrait mal se passer.

D Bah j'en ai une là bah, c'est vrai que c'est un peu juste parce que la mamie au bout de 12 heures dans son lit, elle passe les pieds par-dessus la barrière. On l'a déjà retrouvée par terre. Donc on met l'truc le plus bas possible. Parce que financièrement y'a pas possibilité, y a pas possibilité d'avoir des passages, bon, on a déjà trois passages, disons qu'avec elle on a trois passages d'aide soignantes par jour, on a trois passages d'infirmière par jour. Et on a une aides-ménagère aussi en plus. On peut pas faire plus financièrement. Enfin la sécu accepte pas. Mais ça fait qu'il reste une nuit, la nuit qui en gros est de 12 heures, qui est longue quand même, hein, avec les couches, avec les machins et avec les bidules.

EG Elle est grabataire ?

D Elle est semi-grabataire. Disons qu'elle glisse, elle marchera pas. Quand elle est sur son fauteuil, si on l'installe pas, elle va glisser, tomber. De son lit, si on ne fait pas attention, elle passe par dessus la barrière quand même. Donc ça c 'est vrai que là c'est un petit peu juste pour l'instant. Tant qu'il y a pas de risque, enfin….Ce qu'il y a comme risque c'est chute et fracture donc de nouveau hospitalisation, de nouveau un cycle un petit peu long, impossible à faire. Mais après les maisons de retraite elles sont chères. Les moins chères c'est de l'ordre de 2500 euros quand même, les retraites de nos ancêtres, ils arrivent pas là, hein ! Même avec les aides l'APA et tout, c'est pas évident…

EG Cette dame elle a déjà été à l'hôpital ?

D Oui…y a deux ans elle était, y a deux ans hôpital (général) plus Z (HG) et puis là, les enfants peuvent plus payer. Autrement, autrement j'vous dis, à part l'épuisement des aidants bon…que ce soit l'homme, ou que ce soit la femme qui accompagne, ça c'est quand même un gros problème.

EG Là-dessus, vous avez déjà fait appel à Hippocampe ou aux psychologues ?

D Oui.

EG Mais ça change pas…

D Ca change pas grand-chose. Parce que justement …il y a… . Encore, c'est depuis cette année, je pense à un. Un qui cavale pas mal, faut toujours être derrière. Et puis sa femme et lui ils ont quatre-vingt ans tous les deux, plus de 80 ans même, et puis là sa femme de temps en temps était épuisée et bah avant là on avait facilement accès à Z (HG), par le réseau Hippocampes pour le faire prendre 15 jours, trois semaines maintenant c'est difficilement une fois par an. Parce qu'il y a justement des restrictions budgétaires. Donc ça c'est quand même, ça ce sont des problèmes.

EG Oui le manque de structures et de moyens humains.

D C'est ça. C'est ça.

EG Heu, comment est-ce que vous décririez vos relations avec l'hôpital ? est-ce que en pratique vous avez des difficultés ?

D Alors hôpital gériatrique absolument pas. Réellement de très bons contacts, bon. Hôpital urgentiste, heu ça dépend des internes qui se prennent pour des cowboys de temps en temps. Donc là, certains services pas de problèmes, d'autres…Bon mais ça c'est pareil, C'est un peu le

gros problème qu'il y a entre la médecine qu'il y a à l'hôpital et la médecine en ville c est pas du tout la même. C'est complémentaire mais c'est pas du tout la même. Faudrait que chacun arrête de juger, que les hospitaliers jugent les médecins généralistes comme des nuls, heu, ça aiderait les rapports parce que c'est un petit peu ce qu'on ressent assez souvent. On fait ce qu'on peut sur le terrain, normalement on devrait avoir l'aide de l'hôpital. C'est dans ce sens là moi que je vais un peu…par contre c'est vrai que les services de gériatrie, aucun problème, que ce soit a Z ou à M y en a aussi. Là j'ai pas de problèmes. C'est plus certains services aigus ou autres, bon c'est sûr les urgentistes, et autres c'est une autre médecine, on fait pas la même chose. Qu'on se respecte les uns les autres. Et qu'on accepte les conseils les uns des autres, j'pense que ça irait mieux, mais ça ça devrait être appris dans les études.

EG Oui, j'sais pas s'ils arrivent à nous l'apprendre mieux aujourd'hui…. mais ouais…est-ce que ça vous arrive d'organiser des hospitalisations programmées ?

D. Oui. Oui tout à fait. Quand on arrive pareil à avoir le temps parce qu'on passe beaucoup de temps au téléphone mais faut le faire.
EG Dans quel contexte et avec quels…avec les deux services dont vous parliez ?

D Ah bah en gériatrie aucun problème, ça, en effet, je, d'ailleurs même pour certains patients connus, on peut le faire par fax et ça c'est assez bien organisé. C'est maintenant avec l'hôpital de ville général où c'est plus difficile. Parce qu'avant c'est pareil on arrivait quand même avec certains correspondants qu'on appelait, maintenant on a de plus en plus de mal à les joindre parce qu'ils sont surbookés, pareil, et nous aussi et le temps fait que…C'matin, j'ai essayé d'avoir un RDV pour un problème là, pour une patiente, pour un problème dermato aigu. J'ai passé une heure au téléphone et je n'ai eu aucun contact.

EG Ah ouais. Ouais

D Avec des gens énervés qui me disaient, ben nan c'est pas eux. Donc on n'arrive à rien.

EG Ouais. Donc le secrétariat téléphonique, il vous rend pas service dans ce domaine là ?

D Ben non, dans ce domaine-là, ils connaissent pas, ils peuvent pas. Faudrait avoir une secrétaire ici, formée. Mais toute seule comme, Moi j'serai toute seule, parce que mon confrère il veut pas payer, lui il va être en retraite donc c'est pareil. On peut pas financièrement faire face.

EG Est-ce que l'envoi aux urgences pour maintien à domicile impossible ou placement en dehors d'une pathologie aiguë c'est une situation que vous avez rencontrée…

D Oui. Et là je leur demande de me trouver une place. Et ils me les renvoient en me disant que j'ai a me dé-mer-der.

EG Vous vous souvenez d'un cas ?

D Oui. C'était avant que je parte en vacances, Avant où ca a été pendant une semaine une semaine galère, parce que j'l'ai envoyé aux urgences, les urgences me l'ont renvoyé dans la nuit, c'était quelqu'un qui était incapable de gérer tout seul etc, et puis il a une femme un peu limitée, donc on s'est débrouillés avec les infirmières pendant 2-3 jours puis ça a été de nouveau impossible, on l'a renvoyé aux urgences en téléphonant et autre, et ils nous l'ont renvoyée en disant qu'il y avait pas de place nulle part et que c'était à nous de nous débrouiller de trouver une place; une situation un petit peu difficile c'est rare. J'lui avais trouvé une place à Z (HG) une semaine après mais il fallait encore gérer le problème pendant une semaine. Donc là ça a été quand même très chaud, très lourd.
EG Et chez ce patient là il avait pas assez d'aides parce qu'il y avait eu des refus ou des manques?

D Ben c'est pas, c'est que les aides, le temps que vous les mettiez en place ? Et là c'était quelque chose d'aigu c'était pas quelque chose qui était prévisible, donc en fait, on a été pris de court.

EG Ah oui donc il y a quand même eu une dégradation rapide mais qui justifiait pas l'hospitalisation… ?

D Y a eu une dégradation rapide. Ils n'ont pas jugé utile de le garder en nous disant que c'était du relève, Ils m'ont dit c'est du relève de la gériatrie. Donc j'ai téléphoné en gériatrie sauf que le monsieur il avait 66 ans on m'a dit non c'est pas de la gériatrie et quand j'ai téléphoné dans le service nana, ah bah non il est trop jeune, donc je me suis vraiment retrouvé là en neurologie, ouf ça a été chaud hein. Après il a quand même été accepté en gériatrie pendant 3 semaines on a fait le point, le bilan tout ça, il est ressorti chez lui maintenant ça va mieux, mais y a eu un phénomène aigu difficile à gérer.

EG c'était quoi comme problème ?

D Alors c'était un patient qui a fait un carcinome épidermoïde du larynx suite à tabac, alcool, donc il n'avait pas le droit de fumer…Donc il n'devait plus fumer etc mais il a repris petit à petit, il puis nous a refait une décompensation cardio-respiratoire brutale…ici dans mon bureau d'ailleurs. J'ai eu le SAMU qui l'a hospitalisé, qui l'a remis en place en remettant sous régime bidule et autre et en rentrant chez lui, comme il avait quand même un gros gros traitement neuroleptique, on lui avait tout supprimé donc il a fait une décompensation…

EG psych…

D Voilà tout à fait psy et il là était devenu complètement… il savait plus où il en était, ni la nuit, ni le jour, qui il était etc. etc. Donc c'est vrai qu'il se lavait plus, il mangeait plus, c'était vraiment un gros, un gros clash là et donc c'est là où j'l'ai trouvé…où je me suis trouvée bien embêtée.

EG Ah oui. Et donc c'était presque du ressort de la psychiatrie mais en même temps…

D Oui c'est ça mais pas non plus, d'autant plus que la psychiatrie ne voulait pas le prendre puisqu'il a en plus un problème cardiaque, respiratoire etc etc. Donc voilà, c'est ça. Donc c'était plutôt un problème de rééquilibration. Mais à l'hôpital général il y avait pas de place il disaient que c'était pas de leur ressort et à l'hôpital gériatrique, ils avaient pas de place et ils disaient que c'était trop cher. C'était une situation un peu difficile. Bon ils me l'ont quand même pris mais pendant une semaine, ça a été difficile.

EG D'accord, je vous remercie, et vous avez un autre patient en tête pour euh…comme vous disiez c'est pas fréquent. Vous estimeriez que c'est à peu près à quelle fréquence l'envoi aux urgences pour maintien à domicile impossible des personnes âgées ?

D [silence] Ça m'arrive peut-être deux a trois fois par an. En général on arrive à le prévoir, à le gérer. Deux trois fois par an. C'est pas énorme.

EG Qu'est que ce vous pensez du concept de réseau en général ? Est-ce que vous êtes membre de réseaux ?

D Je suis membre du réseau F (soins palliatifs) et du réseau Hippocampes mais le problème maintenant c'est aussi. Le problème c'est qu'avec les réseaux on vous demande pas mal de présence et avec les réunions, on n'y arrive plus. Voilà du lundi au samedi, je travaille quand même de 7h30 à 20 heures. Et j'ai plus que le dimanche. Donc le soir…, quand il faut repartir…encore pour une réunion, une formation et tout…autant dire que je fatigue. Ca c'est un peu le problème du réseau. Autrement, au contraire, je trouve que c'est pas mal, ça permet d'avoir des filières. Moi je travaille énormément avec F. J'ai rien à dire. J'les appelle j'ai tout c'qui faut tout de suite. Hippocampes c est un petit moins car je fais moins appel à eux. Je sais que si j'appelle quand même ils me répondront. Y a d'autres réseaux, T par exemple, j'veux pas y aller par exemple ils demandent trop.

EG C'est quoi ça ?

D T c'est pour les personnes obèses.

EG Ah d'accord.

D Mais là ils vous demandent trop, trop de papiers, parce que c'est ça, A chaque fois vous avez des papiers à faire. J'fais aussi partie du réseau diabéto de l'Essonne aussi par exemple. Ils sont excellents, mais c'est pareil. Je vais beaucoup moins en formation. Surtout qu'avant elles étaient à Y maintenant elles sont à Paris. Donc partir le soir, c'est un peu ça le problème.

EG Dans quelle situation est ce que vous avez fait appel au réseau Hippocampes ?

D Quand il s'agit de voir avec la famille comment aider l'aidant. Moi c'est pas pour la personne Alzheimer que j'appelle, c'est beaucoup pour l'aidant, pour essayer de prévoir que, d'abord de former un peu l'aidant. De voir au niveau de l'installation de la maison. Ergothérapeutes et autres. Et puis d'avoir, d'être inscrit pour avoir une possibilité d'aider de temps à autre les aidants. Qu'ils aient une possibilité de le faire entrer
quelque jours.
EG Donc à ce moment-là, c'est Hippocampes qui prend en charge d'appeler Z (HG), ça vous es déjà arrivé plusieurs fois ?

D Ca m'est déjà arrivé, ça m'est déjà arrivé.

EG D'accord, et en général ça fonctionne plutôt… ?

D Ca fonctionne pas mal. De ce côté-là, j'ai pas à dire.

EG Ok. D'accord. D'autres situations pour lesquelles vous avez fait appel ? ou c'est plutôt pour l'aidant, soutien psychologique euh…

D Ben si vous voulez si il y a quelque chose d'aigu chez l'Alzheimer c'est l'hospitalisation. Là un petit peu les services sont pas très bien informés, j'ai eu un cas là d'une petite dame qui s'est cassé le col du fémur, malheureusement donc qui a été hospitalisée et puis alors elle était dans la région parisienne. Donc elle était hospitalisée à W (hôpital parisien). Et à W, j'ai de très mauvais contacts avec chirurgien, où j'avais suggéré…ce serait bien de voir un neurologue ou alors un gériatre quoi parce que tout le côté chirurgical y était mais elle, faisant n'importe quoi, arrachant ses perfs, euh enlevant ses pansements, machin et tout, des escarres qui se créaient, des plaies…je leur ai dit : « mais faites lui voir quelqu'un qui puisse lui donner un traitement et qui puisse gérer un petit peu ça ! » et on m'a répondu qu'on connaissait son métier, et que bon ! Donc cette petite mamie là, s'est beaucoup abimée et a fini par y mourir.

EG A W.

D oOi. Je ne dis pas que ce soit entièrement leur faut parce que…

EG en orthopédie, elle est décédée ?

D Oui. Forcément… y avait quand même sa pathologie derrière mais y aurait pu y avoir un petit peu plus d'écoute et ça, certains spécialistes sont pas formés à ça. Certains spécialités aiguë, la chirurgie c'est sûr que c'est pas leur truc, pareil ça c'est un petit peu difficile et puis nous, j en ai un peu gros sur la patate ça fait des années que je le ressens. Les spécialistes de certains hôpitaux sont difficiles avec nous et donc on nous prend de haut sauf quelques grands pontes, grands professeurs, j'ai remarqué qu'en chimio, en cancéro, j'étais étonnée mais là j'avais de très bons contacts, oui ça dépend de la personne.

EG Ok, quels services du réseau fonctionnent bien ou moins bien est ce qu'il y a certaines choses qui fonctionnent pas très bien dans le réseau Hippocampes?

D Je vous dis, je fais appel, peu. Pour les aidants, pour les installations. Si j'ai des questions d'ordre thérapeutique j'ai mes correspondants à Z, gérontologues, psychiatres, là-dessus j'suis pas embêtée. Ou j'envoie les patients en consultation et ils me tiennent au courant. Donc là-dessus, ça va.

EG D'accord. Et est-ce que vous auriez des idées d'amélioration ou est ce qu'il y a des situations ou vous vous sentez un peu seule, pas d'interlocuteur qui réponde à votre besoin ?

D Dans ces cadres-là, non. Des fois je me sens seule oui [rires] mais c'est un cas mais disons que dans les cas de soins palliatifs et dans les cas-là de, d'accompagnement de personnes d'un certain âge, j' trouve qu'on est nous dans la région, relativement on est bien. Tant qu'on aura Z. On croise les doigts.

EG Et en dehors des quelques difficultés des fois à avoir des auxiliaires de vie ?

D Oui, mais ça après c'est formation du personnel. Ca fait quelques années, ou en effet, d'après le gouvernement, il doit débloquer des fonds pour les formations comme ça. On n'en voit pas beaucoup nous ici. On en a trois quatre d'aide-soignantes, donc, ça fait pas beaucoup pour toute la région! Vous allez me dire qu'il y a peut-être le CLIC, y a peut-être autre choses…Mais…

EG Ouais. Par rapport à l'Auxiliaire de vie parce que vous avez des auxiliaires de vie en maison de retraite, c'est pas la même qualité de service ou quand vous dites au niveau de la formation, qu'est-ce qui... ?

D Y en a pas assez. Y a pas assez de personnes formées. Même en ville. Parce que maintenant on commence à voir…ici on a deux personnes qui sont installées. On travaille avec les chèques emplois service. Mais elles sont peu. Elles sont 2. C'est pas beaucoup non plus pour toute la région !
EG Oui, une population vieillissante. D'accord. Est-ce que vous pensez que c'est possible de repérer les personnes âgées fragiles? Qui pourraient nécessiter une hospitalisation à court terme, ou pour lesquelles, la situation est un peu précaire ?

D Oui vous savez, c'est facile dans la clientèle, c'est une clientèle très familiale ici. On se connaît tous : les enfants, les parents, les petits-enfants. Si c'est facile, et on travaille beaucoup avec la famille. (On frappe à la porte. Interruption.)

EG On est presque au bout en fait, pour conclure un peu, pour vous ça devrait quoi être la place du généraliste dans la prise en charge de la personne âgée dépendante ?

D A mon avis, c'est la place centrale. C'est la place centrale parce que bon, c'est normalement le médecin généraliste comme j'vous dis, qui connaît un peu la famille, qui connaît un petit peu les tenants et aboutissants de tout ça… et puis si on passe outre, après c'est de l'administration. 'Fin, jusque-là ça a toujours été d'après notre décision. Et de toutes façons, les paperasseries, c'est toujours nous qui les faisons. Bah oui, si vous voulez, moi j' crois, « centrale » ok mais si vous voulez, centrale. Moi, c'est un petit peu comme si… j'sais pas si vous connaissez comment le réseau F (soins palliatifs) fonctionne ? Y'a pas un centre. C'est un complexe de personnes qui travaillent ensemble, que ça soit l'aide ménagère, l'aide soignante, l'infirmière, le médecin. C'est de travailler ensemble. C'est ce que j'avais comme je vous disais y a dix ans là, enfin non entre 1995 et 2005 où réellement là, on avait un pool de travail là, qui était, moi j'avais trouvé ça vraiment… et que je ne retrouve plus maintenant parce que … bah je sais pas.

EG Il y a moins de monde, et puis les relations aussi.

D Ouais, moins de monde, moins de temps, plus des problèmes de paperasses, moins de sous…

EG Ouais, d'accord, ok. Bon bah je vous remercie.

34 minutes

Entretien 12

MG Alors c'est une thèse de généraliste ?

EG Oui tout à fait. Donc en fait je fais ma thèse avec le réseau Hippocampes, enfin je suis juste passée par eux pour avoir les coordonnés de médecins traitant

MG Ah oui d'accord

EG Donc sur le service rendu par le réseau aux médecins généraliste et un peu plus largement ; les difficultés que rencontrent les généralistes dans le

maintien à domicile des personnes âgées dépendantes… Donc euh …

MG Bah nous non, on a une équipe d'infirmière qui est très… qui très humaine ah oui elles sont à trois, enfin y'a deux infirmières et un infirmier

EG D'accord donc qui sont dans le cabinet enfin dans la maison

MG Oui oui

EG C'est super de travailler ensemble…

MG Ah oui oui pi' elles s'occupent beaucoup, elles sont très dévouées, franchement, quand on a une bonne équipe comme ça, elles sont adorées, elles sont très humaines, elles s'occupent des patients, vont jusqu'à leur acheter des chaussons…

EG Ah ça c'est super

MG Oui elles participent beaucoup

EG Ah bah c'est bien, Alors pour commencer est ce que vous pouvez m'expliquer un petit peu comment vous travaillez, depuis quand vous êtes installé ici et heu

MG Alors moi depuis 77 alors seul jusqu'en 81 puis après j'ai pris cette maison médicale depuis 81 jusqu'à 2013 en cabinet de groupe

EG D'accord, est ce que vous savez à peu près combien vous avez de personnes de plus de 70 ans?
MG Je sais pas, on m'avait donné un profil, je sais que la majorité de la clientèle, c'est vrai que c'est entre heu des consultations c'est entre 35 et 55 ans quand même, plus de 70 ans, pfff…

EG Oui c'est pas facile à retenir, vous en avez quand même quelques-uns que vous suivez?

MG C'est par rapport à un an, un mois? 70 ans il vous faut ?

EG Oui, enfin les personnes âgées enfin les gens dont vous êtes médecin traitant

MG Vous voyez aujourd'hui là j'en ai, une, au départ c'est quand même entre 50 et 65 Oui là donc cet après-midi j'en ai 3

EG est ce que ça ne vous dérange pas si on baisse la musique? C'est très agréable mais j'ai peur que ça…

MG Ah non, Oui je travaille toujours en musique

EG Ah oui c'est agréable ça en plus il y a un bon son, merci, si non j'aurais pas dit non mais j'ai peur qu'à la retranscription ça soit plus compliqué

MG Je vais regarder quel âge elle a…

EG D'accord, comment ça se passe le contact avec la personne âgée, est ce que vous aimez bien, est-ce que vous trouvez ça gratifiant ?

MG Ah oui, ah oui très. Très à tel point c'est que quand je gardais ma fille, je m'arrangeais pour garder ma fille et le mercredi quand j'étais libre pour la garder, je faisais les visites de personnes âgées avec qui je pouvais passer du temps, parce que c'est vrai que ça demande plus de temps puis du coup j'emmenais ma fille donc elle était gâtée et puis j'crois que c'est le contact d'enfants ils sont, alors en plus si c'est la famille du médecin, si c'est la petite fille. Par exemple là vendredi j'ai fait les vaccinations à la mairie, ils proposent un service de vaccinations

EG Ah oui à plus de 65 ?

MG Oui enfin normalement la sécurité sociale ils proposent un remboursement à plus de 65 mais là la mairie le propose à partir de 60 ans, donc toutes les personnes de plus de 60 ans, donc j'ai vacciné 150 personnes de 9h à midi.

EG Ah oui donc y a des vacations spéciales vaccination

MG Oui c'est offert par la mairie, depuis que je suis installé en fait, c'est offert par la mairie, la mairie offre les voilà. Et pareil, je le fais toujours un jour où je suis libre, donc le vendredi c'était mon remplaçant qui était là, ou si je travaille le matin, donc j'amenais ma fille, j'la ramenais, je prenais les jours où j'avais pas de travail

EG Ah oui, votre fille elle a quel âge là maintenant ?

MG Ah non là elle vient de faire ses 30 ans, ça fait 36 ans que je suis là

EG D'accord, et heu avec qui est ce que vous collaborez pour la prise en charge de vos personnes âgées dépendantes, que ce soit en ville ou à l'hôpital?

MG Oui, ben heu le réseau hippocampes, en l'occurrence peut-être, après y a la SAAD aussi, et puis, surtout les infirmières finalement. C'est vrai qu'elles regrettent que des fois à l'hôpital ils sont directement dirigés vers les réseaux alors qu'elles peuvent faire très bien, on trouve que c'est un peu trop automatique, y a plein de soins même des soins pour heu des soins palliatifs, on peut très bien faire aussi, au moins en partie.

EG Ah oui, ils se mettent pas forcément en lien avec vous quand un patient sort, ils l'orientent directement…

MG Oui alors qu'il y a tout ce qu'il faut ici

EG D'accord, oui donc vous m'avez dit y a 3 infirmiers ? des kinés ?

MG Oui 2 infirmières, 1 infirmier, 2 dentistes. Infirmières, dentiste et un médecin c'est tout

EG Et une secrétaire sur place?

MG On a 2 secrétaires à temps partiel donc elles alternent, donc à mi-temps, et une femme de ménage.

EG Est ce que vous avez, pour tout ce qui est côté social, est ce que vous utilisez par exemple le CLIC, les assistantes sociales, pour ce qui est aide sociale ?

MG Oui enfin avec la mairie on travaille beaucoup avec le service social de la mairie.

EG Ok

MG Et aussi dans les hôpitaux, ils ont des relations quand ils sont hospitalisés, là par exemple une dame, pour citer qu'une dame, quel âge elle a…je vais regarder, 85 ans, 86 ans bientôt, cette dame-là elle était très bien, bon le kiné était parti en vacances et elle avait des jambes comme ça, avec le drainage lymphatique c'était mieux, depuis que le kiné était parti elle s'est retrouvé avec des jambes comme ça, pourtant les infirmières mettaient des bandages tous les jours elle a fini par dormir sur sa chaise, elle était sur sa chaise, mais elle voulait pas entendre parler d'hospitalisation.

EG Bah non

MG « Moi, je vais pas à l'hôpital », finalement elle a quand même été obligé, elle pouvait pas rester toute la nuit sur son siège, c'est cette dame-là aussi, les infirmières lui avaient acheté des chaussons, elle est âgée, elle bouge pas et elle a pas beaucoup de famille, que de neveux, des nièces, hein mais du coup on a quand même réussi à l'hospitaliser parce qu'elle pouvait pas rester là et elle a fait une chute, oui, c'est ça elle a fait une chute et sa nièce l'a fait hospitaliser et à l'hôpital ils se sont occupés, donc elle est pas encore rentrée mais, ils se sont occupés de la prise en charge de son retour à domicile, alors moi j'avais déjà prescrit avant, parce qu'elle voulait pas être hospitalisée, j'avais prescrit un lit médicalisé, donc bon elle est de plain-pied, ici en plein de centre de X (ville d'exercice), donc on avait prévu le lit médicalisé, tout ce qu'il fallait , et puis les infirmières c'est pour ça, elles sont tellement débrouillardes, parce qu'à 3 ils s'arrangent, ils alternent, ce qui est bien aussi pour avoir une certaine liberté

EG Oui et puisqu'ils travaillent ensemble, c'est bien pour les transmissions, ça faisait longtemps que vous la preniez en charge ?

MG Ah oui donc heu, je m'suis occupée de son…Ici j'ai déjà soigné 5 générations à cause d'une jeune fille qui était maman à 14 ans

EG Ouhla!

MG Elle a eu une fille qui était maman à 18 ans, donc vous voyez ça fait, et donc cette Mme C, oui j'ai suivi ses parents, parce qu'elle était célibataire, j'ai suivi son père, sa mère, et puis elle depuis toujours, c'est un pilier du village, et j'crois qu'elle avait jamais été hospitalisée, et puis là elle voulait pas non plus. Là ça a été mis en place ici, nous on avait commencé ici et puis quand elle a été hospitalisée

EG Oui, et donc là elle est pas encore rentrée donc vous la reverrez à son retour

MG Non non enfin là c'est l'hôpital qui m'a téléphoné ils vont tout mettre en place pour son retour, elle a hâte de retourner chez elle (rires)

EG Ah j'imagine! C'est plus sympa qu'à l'hôpital, et est-ce que vous avez entendu parler, donc y a eu des réformes qui ont été faites au niveau du plan solidarité grand âge pour les personnes âgées, d'abord il y avait eu les CLIC, qui étaient censés être des endroits, relais pour donner des informations aux familles et aux médecins, là ils parlent de MAIA, c'est des maisons pour les personnes Alzheimer, de gestionnaires de cas qui s'occuperaient de personnes âgées à domicile, donc une personne…

MG Ah j'connais pas ça…

[Interruption de l'enregistreur, problème technique]

EG Alors voilà c'est bon, qu'est-ce qui vous semble difficile dans la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie ou dans leur maintien à domicile ?

MG [silence] Ce qui me semble difficile…Ben ça dépend tellement des cas, ça aussi hein. C'qui, moi alors c'est des personnes dépendantes ou pas seulement dépendantes?

EG Dépendantes si, ou qui sont en perte d'autonomie en tout cas.

MG Moi j'dirais ce que je reproche, heu, j'vois notamment pour pas la nommer y a la SAAD, Vous connaissez la SAAD?

EG Oui je…des services d'aide à domicile, chaque ville…

MG Oui, et y a beaucoup de, d'abord y a beaucoup de vol, moi j'avais une vieille dame qui me racontait elle a des problèmes pour marcher et elle a un problème d'épaule donc elle est vraiment dépendante, par contre elle avait toute sa tête, bon y

avait des jeunes filles qui venaient, finalement elles s'installaient, elles se faisaient à manger, elles prenaient des boîtes de conserve, et le nombre de vols, voilà, donc ça j'parle voilà dans le, c'est pas vraiment la question que vous m'avez posée

EG Oui mais ça aide pas à avoir confiance, je comprends.

MG Mais voilà moi ça m'chagrine beaucoup qu'on profite, oui. Et puis ça j'ai tout le temps, les vols, qu'est-ce qu'il y a comme vols, j'crois qu'ils ont du mal à trouver du personnel et j'vois beaucoup de détresse, surtout les femmes qui ont toute leur tête, alors j'dis pas celles qui n'ont pas leur tête, ça doit être la… j'en parlais avec là puisque j'ai été la vacciner l'autre jour pour la grippe celle qui a une maladie d'Alzheimer, j'parlais de ça, elle aussi, y a des vols, plein de choses, maintenant ça y est ils ont mis une personne de confiance mais dans ces réseaux-là des fois y a tellement de mouvement, oui, c'est pas toujours très simple, voilà. Après ce qui est difficile dans la prise en charge ça dépend tellement des personnes, qui ont leur tête, des personnes qui ont pas leur tête, j'trouve c'est difficile d'avoir, y a pas beaucoup de personnel très sérieux, voilà.

EG Sauf le vôtre en lequel vous avez confiance, les infirmières, du coup, celles que vous côtoyez, c'est pour les auxiliaires de vie,

MG Tout ce qui est aide-ménagères…

EG Oui d'accord. Est-ce que vous avez l'impression que vous pouvez peser sur le cours des choses entre le choix maintien à domicile ou institutionnalisation ? Et est-ce que vous vous sentez légitime pour le faire ?

MG Ben Oui, peser oui, si si si on a un bon contact avec la famille, c'est un dialogue, ça dépend

EG Oui en général qui est ce qui initie la réflexion ?

MG Ca dépend, ça peut être la famille déjà, parce que les personnes âgées, ouais, en général elles veulent rester chez elle, mais j'veux dire, après il faut encore que ça se passe bien.

EG Vous, vous êtes convaincus des vertus du maintien à domicile, enfin de l'intérêt?

MG Ah oui complètement oui, y a beaucoup de personnes souvent quand elles sont hospitalisées ou alors elles reviennent pas ou alors beaucoup plus grabataires, ça donne des syndromes de glissement aussi.

EG Oui, d'accord… Est-ce qu'en général la famille du patient c'est une aide ou un obstacle?

MG [silence], hmm, non en général c'est plutôt une aide, quelque fois c'est un obstacle aussi, pis des fois ils sont pas tous d'accord dans une même famille

EG Mais en général plutôt une aide

MG Par exemple, là j'pense à une personne qui a une tumeur cérébrale, heu le mari voudrait bien qu'elle rentre avec des soins palliatifs, ça fait partie de votre heu ?

EG Oui oui, enfin moi c'est plutôt gériatrie mais on peut déborder un peu du cadre,

MG Oui mais ça, comment elle s'appelle ?

EG C'est vrai que les médecins me parlent souvent du réseau X et Y (soins palliatifs)

MG Oui alors ça c'est très bien, pour les soins palliatifs c'est très bien. Alors quel âge elle a, moi les âges je sais jamais…

EG Ah oui mais ça c'est pas strict hein, si elle a 69 ans c'est pas très grave…

MG 76 ans, mais c'est vrai alors y a l'angoisse, le mari il aimerait bien, elle aussi, pourtant c'est une dame hyper angoissée, mais elle serait d'accord mais, les filles qui sont hyper angoissées j'crois qu' elles ont peur qu'il lui arrive quelque chose à domicile,

EG Pour l'instant elle est en soins palliatifs ?

MG Oui mais ils m'ont téléphoné en disant, on voudrait mettre en place le retour à domicile, hein parce que le mari est demandeur et elle est demandeuse aussi, et par téléphone ils m'ont dit pour la famille par contre c'est plus compliqué, tout le monde est pas d'accord, y a les angoisses des uns, ils se sont dit ben oui, c'est vrai que c'est pas facile d'avoir quelqu'un qui est en fin de vie,

EG C'est vrai que c'est angoissant…Est-ce que vous faites, enfin qu'est-ce que vous utilisez en routine, est ce que vous faites des tests ?

MG Pff, bon alors j'vais pas dire que j'vais faire les tests académiques heu, oui voilà, j'pose beaucoup de questions j'fais des petits tests… pour l'évaluation mentale par exemple ?

EG Oui, et puis pour le risque de chute, la nutrition, et tout, l'équilibre, la nutrition ?

MG Ah oui, sur le plan clinique?

EG Oui tout à fait …

MG J'pensais aussi aux tests,

EG Ah oui, cognitifs, MMS, ce genre de choses …

MG Oui, le test de l'horloge et puis pour tester la mémoire, quelques petits mots et il faut qu'elle les répète après, 4 mots, et puis j'interroge la famille aussi, sur l'orientation, sur les troubles de l'orientation…

EG Ca vous arrive d'avoir des consultations au cabinet, avec un patient justement, qui commence à être un peu dépendant, une consultation autour du maintien à domicile avec les enfants ?

MG Non, plutôt en visite ça, plus rare au cabinet, moi j'fais des visites hein, avant 9 heures puis entre 14 et 15h30

EG Comment interviennent le temps et l'argent ? Le paiement à l'acte est-ce que ça vous pose problème, parce que c'est souvent des prises en charge qui sont un peu longues, les visites?

MG Non… J'applique les tarifs normaux que j'passe 1 heure ou ¾ d'heures, j'sais pas alors moi c'est vrai que j'suis en honoraires libres mais j'prends pas plus, j'prends juste la part que j'dois payer en plus pour voilà…

EG Vous êtes en secteur 2?

MG Oui, secteur 2 mais non non y a beaucoup de visites de nuit que j'ai pas fait payer en visite de nuit

EG Ah d'accord,

MG Oui même à 21 h

EG Ah oui vous en faites encore ?

MG oui, pourtant j'travaille tard même j'avais des scrupules quand j'suis pas de garde mais que j'suis en visite de nuit, mais quand j'suis de garde et appelé tard après 20h non.

EG Est-ce que votre investissement dans ce domaine ça varie en fonction de, vous faites une différence entre un patient que vous connaissez de longue date ou un patient récent ?

MG Ah oui tout le temps avec les patients dont je connais 5 générations… c'est la famille, ça fait partie de la famille….j'ai plus trop de patients récents, les personnes âgées je parle…peut-être que je limite aussi, et puis voilà, j'suis quand même consacré aux personnes que je connais depuis longtemps, pour les jeunes y a pas de problème, qui habitent pas loin, je prends encore…personnes âgées y en a beaucoup qui ont leur caractère mais des fois elles veulent changer, des fois y a des caprices. «Ah je viens vous voir car mon médecin traitant il me fait attendre trois heures. » Ben ici aussi hein, c'est incroyable les exigences parfois, surtout des personnes âgées sont exigeantes….

EG Les personnes âgées sont exigeantes

MG J'prends pas de personnes âgées suivies par des confrères, des gens nouveaux qui arrivent, ils récupèrent la famille, là oui, quand je soigne la famille je prends en charge les parents

EG Comment est-ce que vous intervenez vous dans la mise en place d'un maintien à domicile, est ce que c'est vous qui mettez en place les aides ? Est-ce que vous déléguez ?

MG (silence) oui, ça m'arrive de mettre en place aussi, de voir avec l'assistante sociale…voilà, mais c est vrai qu'il y a un gros travail avec les infirmières, y en a beaucoup « faut voir avec Mme Untel parce que ça va pas, ou Mme Untel perd la tête… » et puis on a pas la même vision… » hein faudrait faire ça celle-là, elle va pas bien, bon on va pas la garder si »…voilà. C 'est vrai que les infirmières et les infirmiers, c'est la meilleure collaboration qu'il soit. C'est vrai qu'elles sont le premier pilier, moi j'suis admiratif du travail des infirmières, hein. C'est les premières sur place, elles font un travail extraordinaire.

EG Est-ce que des fois au niveau de l'aménagement du logement, ça vous arrive de faire appel à des ergothérapeutes ? ou c'est vous qui voyez ?

MG Oui ben euh ergothérapeutes je vois pas trop non mais euh je vois avec l'assistante sociale. Y a un monsieur là a C (ville) …l'escalier…je lui ai fait mettre un petit ascenseur…pas ascenseur…un fauteuil qui roule sur escalier , y avait plein de meubles etc, on a vu avec l'assistante sociale, ouais souvent avec l'assistante sociale c'est bien parce qu'on met en place des, mais c'est compliqué parce que le grand-père voulait pas qu'on…voulait absolument être chez lui , il avait toute sa tête, c'est un militaire de carrière donc euh…très autoritaire voilà. Fallait pas qu'on enlève ses vieux meubles, y avait pas de place, c'était compliqué. Oui donc là on voit avec l'assistante sociale qui vient faire le point. Puis elle fait appel à différents services.

EG euh…

MG Mais c'est vrai que moi j'ai passé, on a pas beaucoup de temps donc s'il faut téléphoner à droite à gauche. On n'a pas le temps.

EG Elles sont plutôt disponibles les assistantes sociales, enfin la mairie a un service qui vous aide bien ? Est-ce que vous avez en tête deux trois quatre personnes qui posent problème à domicile, dont la prise en charge est compliquée ou chez qui on sent que ça va peut-être pas tenir longtemps ? Est-ce que vous pouvez me raconter un peu la situation ?

MG Heu compliqué sur quel plan ? par rapport à la famille ? par rapport à la personne elle même ?

EG L'un ou l'autre. Par exemple quelqu'un chez qui vous êtes appelé souvent ou quelqu'un chez qui vous commencer à sentir que le patient n 'est pas en sécurité…

MG Ben par exemple le monsieur de qui je vous parlais la, à C, qui est militaire…Y a eu la même chose avec sa femme qui maintenant est décédée, elle commençait l'Alzheimer aussi et donc ils ont qu'une fille qui travaille pas, qui a eu pas mal de soucis dans sa vie…ils ont eu un fils qui s'est suicidé. Alors ben c'est vrai que d abord ça a dû coûter cher à la fille qui a pas de travail. Ils ont été en maison médicalisée pendant un certain temps, mais le problème c'est que alors là on a mis en place le lit médicalisé, on l'a mis hein, mais fallait faire de la place entre les meubles, l'accès est difficile, c'est compliqué. Le problème c'est que la fille elle assure pas. J'veux dire que dès qu'ils arrivent là, une semaine après je suis appelé toutes les semaines. Il mangeait bien et là il mange plus… Y a un problème. On sait pas très bien, oui, la fille doit pas être toujours.

EG Et eux ils ont pas par exemple une auxiliaire de vie avec portage de repas ?

MG Si si, moi je demande souvent le portage des repas à domicile, la mairie le fait facilement. Alors lui il est militaire de carrière il est un peu difficile, alors c'est la fille qui fait à manger mais des fois on sait pas très bien ce qui se passe. Si ils sont bien nourris.

EG Et lui, il a pas eu besoin de faire de séjour à l'hôpital jusqu'à présent ? Ca a tenu.

MG Il est solide, il est hyper solide et puis il a une volonté de fer. Le problème c'est ça, quand il y a les enfants on ne sait pas toujours ce qui se passe, on sait pas toujours analyser les relations, quand y a des relations comme ça un peu autoritaires etc. c'est compliqué.

EG Et l'autre dame dont vous me parliez qui a les œdèmes sur les jambes. Elle le facteur précipitant à l'hôpital ça a été le départ du kiné en vacances, c'est ça ?

MG Ah oui. Elle a des œdèmes lymphatiques. Elle est tombée. C'est vrai qu'elle a des oedèmes lymphatique, j'sais pas comment, au niveau de l'alimentation. Y a des personnes qui sont des vieux C-ois, Elle habite en plein centre du village, sur la petite place. On peut pas les faire partir. Elle m'a dit, pas l'hôpital, j'préfère encore que vous me fassiez une piqure pour que je parte.

EG Vous vouliez l'envoyer à l'hôpital parce qu'elle pouvait plus se déplacer ?

MG Ah oui mais attendez elle dormait sur, Elle avait les jambes comme ça, elle pouvait pas se coucher. J'ai essayé de la soigner, J'ai été alerté aussi par les infirmières, parce que je la voyais tous les trois mois. Ça allait pas mal la dernière fois. Elle m'a dit « Faut revoir Mme C parce que »…J'y ai été attendez, elle avait pas de confort. Elle avait une petite chaise en bois, elle passait sa nuit là. Elle peut pas se coucher.

EG Elle n'avait pas d'auxiliaire de vie ?

MG Non, que les infirmières, Elle a son amour propre. C'est vrai qu'elle s'est toujours débrouillée toute seule. C'est elle qui s'occupait de ses parents. Y a beaucoup de gens qui ne sont pas faciles. Qui ne veulent pas de quelqu'un d'autre chez eux, qui se sentent pas dépendants alors qu'il faudrait une assistance.

EG Ca vous avez pas mal de personnes qui refusent ?

MG Les personnes âgées qui sont seules, y a pas de famille à part des jeunes nièces, Qu'est-ce qu'il y a d'autre… Après quand c'est une famille quand il y a des enfants, qu'il y a encore le mari, y a pas de problèmes.

EG Comment est ce que vous décririez vos relations avec l hôpital ? Quand vous voulez hospitaliser quelqu'un vous rencontrez des difficultés ?

MG L'hôpital c'est un peu oui. Par rapport à quoi ? par rapport à l'urgence ?

EG Les hospitalisations programmées par exemple, est ce que vous voulez parfois en organiser ?

MG Ah C'est compliqué l'hôpital. Pour vous dire la dernière fois j'ai eu un AVC, faut agir vite hein ? Il a fallu avoir 6 hôpitaux pour pouvoir avoir quelqu'un qui, peut-être qu'ils étaient tous…

EG Le patient est passé des urgences, de l'un à l'autre ? Ou c'est vous qui avez appelé ?
MG Nan, J'l'avais envoyé à l'hôpital et il peut pas alors il en appelle un autre encore un autre etc. La famille qui était pas très, il a fait un AVC…Des fois ils attendent beaucoup, j'vois ici, pourtant c'est un, il il a pas été, des fois en dépit du bon sens, C'est vrai qu'il y a des gens qui sont la pendant trois heures. Ils ont personne, hein. C'est rare que j'ai des…Après une fois qu'ils sont hospitalisés après c'est bien pour organiser le retour, les internes.

EG Ils se mettent en relation avec vous,

MG Donc il s'agit de coup de fils hein. Après X (HG). Vous connaissez un peu X?
EG Oui oui ils m'en parlent souvent les médecins, si vous voulez une hospitalisation de répit, où l'aidant se fatigue un peu etc ?

MG Ça va. Mais ça dépend aussi du médecin. Y en a deux qui sont pas commodes. X ça se passe plutôt bien en général.

EG Est-ce que l'envoi aux urgences pour maintien à domicile impossible, c'est une situation que vous avez vécue ? En dehors d'une pathologie qui justifiait, par exemple un AVC, juste parce que vous pouviez plus, que c'était compliqué,

MG C'est compliqué là, ils reviennent aussi vite,

EG Par exemple la dame ?

MG Non mais la mais oui mais pareil j'ai reçu un coup de fil de l'hôpital, disant « oui, y a vraiment besoin qu'on la garde ? ». J'explique, elle a des jambes comme ça, j'explique qu'elle dormait sur une chaise, en plus il fallait improviser pour faire un bilan. J'ai pas compris quand même pourquoi on voulait déjà la renvoyer alors qu'elle était pas.

EG C'est peut-être parce qu'elle avait pas une pathologie médicale bien identifiée, que c'était juste un problème de.

MG C'était pas moi qui l'avait envoyée aux urgences. C'est parce qu'elle a fait une chute, j'avais dit à la nièce qu'il fallait qu'elle soit hospitalisée. Elle voulait pas être hospitalisée. Je me suis arrangé avec les infirmières. Donc elle a fait une chute le week-end et c'est SOS médecins qui a dit qu'il fallait hospitaliser.

EG D'accord. Mais donc elle est allée aux urgences et elle est revenue ?

MG Euh non, les urgences m'ont appelé. Parce que SOS médecins ils la connaissaient pas bien donc du coup voilà. Donc ils m'ont dit oui on va la garder, on va faire un bilan, depuis elle a les jambes qui ont dégonflé. Elle devait être alitée, ben oui, de toute façon elle était toujours sur une chaise en bas tout le temps.

EG Ouais. Ca va pas dégonfler.

MG Malgré qu'elle ait une contention élastique hein. On lui mettait des bandes de contention…

EG D'autres histoires ?

MG Et puis elle avait dû faire un petit érysipèle une petite infection aussi. Parce que moi j'avais déjà des petits signes d'hypodermite et puis je l'ai mise sous antibiotiques il y avait certainement un facteur euh…

EG ok. Vous avez d'autres histoires en tête de ce type là ou pas ?

MG Euh. [réflexion] Comme ça, ça m'viens pas comme ça.

EG Vous aviez commencé à dire que souvent dans ces cas-là ils vous les renvoyaient. Au début quand j'avais dit, « En général ça marche pas ils nous les renvoient »…

MG A l'hôpital ? Oui beaucoup de personnes qui avaient besoin qu'on mette en place un retour à domicile. C'est vrai que quelque fois 3 jours après ils sont à la maison. L'hôpital c est pas toujours facile.

EG Oui c'est vrai qu'ils s'occupent de l'aigu et après. Qu'est-ce que vous pensez du concept de réseau ? est-ce que vous êtes membre de réseau ?

MG Oui. Oui. Enfin bon pas membre... oui avec le réseau S (soins palliatifs) j'travaille beaucoup. C'est vrai que Hippocampe peut-être un peu moins, oui vous parlez des réseaux diabètes aussi ?

EG oui les réseaux en général, est-ce que vous trouvez que c'est une bonne idée ? Est-ce que c'est plutôt compliqué ?

MG Non non, quand c'est sérieux oui.

EG Est-ce que vous vous souvenez comment vous avez entendu parler du réseau Hippocampes ?

MG J'peux pas dire. On s'est vu ? Y a à peu près 6mois avec les informations… ça fait combien de temps qu'ils sont…?

EG En 2004

MG ah ça fait un moment, J'me souviens plus.

EG Vous vous souvenez avoir signé une convention avec eux ?

MG Je signe pas de convention, j'travaille comme ça. J'aime pas les papiers à signer, les contraintes. (Rires)

EG Vous êtes pas le premier à me dire ça…

MG J'envoie, je téléphone au spécialiste mais …

EG Dans quelle situation est ce que vous avez fait appel a Hippocampes ? Vous vous souvenez d'1ou 2 cas ?

MG Pas récemment en tout cas

[Interruption.]

MG En fait je travaille beaucoup avec les infirmières, voilà. J'ai confiance, Elles sont très sérieuses, très humaines. Et elles sont adorées, il ou elles, On a un infirmier, c'est un pompier volontaire, il est rassurant, c'est un gros nounours (rires). C'est une bonne équipe, hein. C'est pour ça…

EG En dehors, finalement vous n'avez pas besoin, ca fonctionne bien comme c'est pour les personnes âgées à domicile vous avez pas vraiment besoin? Vous vous en sortez bien avec ce binôme médecin-infirmières.

MG Oui

EG Vous n'avez pas de problème non résolu à ce jour, de manque dans la prise en charge des personnes âgées, y a rien que vous identifiez qui vous pose problème ?

MG Non. Après c'est vrai pour les malades d'Alzheimer c'est souvent le coût pour les familles. Nan y a beaucoup de gens qui aimeraient avoir quelqu'un, voilà, pratiquement en permanence. Ce que vous me disiez c'est presque une bonne idée. Une personne qui puisse faire plusieurs familles. Qui tournerait assez bien.

EG Ce serait plus administratif.

MG Si elle peut gérer un peu ?

EG Oui elle ferait le lien entre les familles, intervenants.

MG Le problème c'est qu'il faut des intervenants sérieux. On a des intervenants sérieux. J'ai bien vu, déjà eu des histoires, les aides ménagères y en a qui ne font rien. La fille qui s'occupe de la mère qui a Alzheimer, elle me dit…J'ai eu une antillaise. Y a plein de nounours sous le lit, elle me dit « Oh mais qui c'est cette femme là qui regarde sous le lit ? » l'antillaise qui disait ça, Quelle idée de regarder sous le lit si y a de la poussière…

EG De la part d un réseau vous n'avez pas d'attentes particulières ?

MG Tous les réseaux de soin palliatifs, ça c'est très bien, c'est parfait. Oui quand je peux aller les voir on prend rendez-vous.

MG Le réseau S est parfait, voilà. Apres c'est pour la dépendance, plutôt le personnel, les aides ménagères, la SAAD.

EG Vous vous souvenez avoir fait une évaluation à domicile chez le patient avec le réseau Hippocampes? Je sais qu'ils font des évaluations à domicile mais qu'en général les médecins ont du mal à s'y rendre parce que c'est des horaires...

MG Quand je peux oui. En général je fais toujours entre 2 et 3 heures, c'est le moment où je fais mes visites, c'est le moment que j ai pour manger et faire mes visites. Quand j'ai le temps, je passe, si Hippocampes j'ai déjà fait, pas récemment, plus avec quand même les soins palliatifs, ils nous donnent plus de renseignements.

EG Oui au niveau des traitements c'est pas évident de s'en sortir seul.

MG Soins palliatifs En général je fais toujours.

EG Est-ce que vous pensez que le réseau pourrait apporter quelque chose aux aidants ? A la famille ? Est-ce que vous avez des psychologues pour les gens qui sont… ? y a des un conjoint, ou des familles qui sont demandeurs ou pas ?

MG Au niveau ?

EG Soutien psychologique par exemple

MG Oui ça oui. C'est là où les réseaux peuvent être intéressants. J'ai plus connaissance pour les soins palliatifs, sinon moi j'ai P (association) c'est pas pour les personnes âgées. [Il fouille dans ses dossiers.] Ou est-ce que c'est ? C'est ça. Groupe de communication. Groupe ressources. Groupe de parole vivre ses choix. Evénements traumatiques. Ils s occupent de tout ça. S il y a un deuil. Avec les enfants, les problèmes familiaux…

EG Ah oui; je connaissais pas ça.

MG C'est à (endroit de ville). Association P. Y a deux psychologues, thérapeutes familiaux qui choisissent les thèmes en fonction de … un deuil. Vous savez que pour les événements traumatiques. Donc moi j'les envoie là…
EG Et pour conclure un peu, pour vous ça devrait être quoi la place du médecin dans la prise en charge de la personne âgée ?

MG Ben elle est capitale, je dis elle est capitale. Le généraliste, c'est le confident, c'est le médecin de famille. Ce qui je trouve se perd un peu parce que les jeunes ils sont pas…, enfin vous en faites partie…

EG Vous pouvez dire votre avis…

MG Moi je vois mon remplaçant il est célibataire sans enfants, il me dit vous faites des heures…

Durée 43 minutes

Entretien 13

E.G Alors, est ce que vous pouvez me racontez depuis quand vous êtes installé ?

Dr P. : Alors moi je suis installé depuis 1995, après avoir remplacé pendant 4 ans dans le même cabinet et je me suis installé avec eux dans un cabinet de groupe où aujourd'hui on est 5 généralistes, sur les 5 généralistes, on est 2 gériatres et 2 autres qui sont aussi médecins coordonnateurs ; et on a tous au moins 1 maison de retraite où on est le médecin principal et médecin traitant.

EG : Médecin principal ?

Dr P. : C'est-à-dire médecin coordonnateur et médecin traitant, on cumule les 2 postes. On est 4 à faire ça.

E.G. : Et vous avez une formation gériatrique ?

Dr P. : Voilà, oui.

E.G. : La capacité ?

Dr P. : Oui, la capa.

E.G. : Est-ce que vous avez des secrétaires sur place ?

Dr P : 2 secrétaires sur place à temps plein. Il y a aussi dans le cabinet, un psychologue, une nutritionniste, orthophoniste et 2 infirmiers, 3 kinés et une pédicure ; C'est une maison médicale.

E.G : Est-ce que vous connaissez le % des personnes de + de 70 ans, dans le RIAP (Relevé Individuel d'Activité et de Prescriptions) à peu près? de la sécurité sociale ?

Dr. P. Non

E.G. : A la louche, vous diriez que vous avez combien de patientèle de personnes âgées ?

Dr P. : Je dirais entre 30 et 40 % parce que c'est pas le reflet de la patientèle de ville, c'est plutôt des maisons de retraite. Je suis coordonnateur de 2 maisons de retraite.

E.G. Mais chaque patient a aussi un médecin traitant ou vous cumulez les 2?

Dr. P. Dans une maison de retraite, je cumule les 2 et dans l'autre, je ne soigne aucun patient.

E.G. : Dans la première, vous êtes médecin traitant de tous les patients ?

Dr P. : De la moitié

E.G : Comment ça se passe le contact avec la personne âgée, j'imagine que vous êtes à l'aise ?

Dr P. : Oui. Quand j'ai commencé à remplacer ici, moi au départ, c'était pas du tout mon truc. Je voulais faire de l'esthétique, donc là on en est loin. Et quand j'ai commencé à remplacer ici, à l'époque, c'est à dire en 1991, ils travaillaient déjà en maison de retraite. Donc du coup je me suis retrouvé à travailler en équipe, avec des infirmières, un peu une ambiance mini hospitalière, si je puis dire, enfin plus à l'époque que maintenant, car à l'époque, on pouvait faire plus de choses, on avait plus de possibilités. Maintenant, les groupes cadrent les structures ce qu'on a droit de faire....

EG : Et ce que vous déléguez à l'hôpital…

Dr P. : Quand je me suis installé, on faisait des ponctions pleurales, des ponctions d'ascites

E.G. A oui, donc c'était un mini hôpital…

Dr. P. oui, mais on était corvéable à merci, c'est à dire, que si la nuit il y avait un problème, ils m'appelaient, et j'allais dans la maison de retraite, donc on faisait tous ça au départ quand j'ai commencé, je me suis dit, c'est vachement bien et puis le contact avec la personne âgée, je trouve ça très agréable, très gratifiant, très intéressant, et puis on leur doit bien un petit peu d'humanité quand même hein ?

E.G. : Avec qui vous collaborez pour la prise en charge des personnes âgées dépendantes ?

Dr P. : Aujourd'hui, beaucoup l'hôpital X (hôpital gériatrique). Je travaille beaucoup avec eux, parce que d'abord géographiquement c'est le plus proche, et puis ils ont une équipe pluridisciplinaire qui est assez compétente et assez étoffée.

E.G. : Et en dehors de l'hôpital, en ville ?

Dr P. : Alors en ville, je travaille avec tous les réseaux, les CLICs O et P, qui sont les CLIC du coin. Avec des associations privées, il y en a quelques-unes, bon voilà, et puis les services mobiles de X, P (autre hôpital gériatrique), ils en ont un mais on est pas du tout dans le secteur, R ils en ont un mais on est pas du tout dans le secteur c'est beaucoup plus éloigné. On est très centrés, K (ville proche) aussi, ils ont un service mobile et un service de gériatrie qui est pas mal.

E.G. : Et donc les services mobiles font des évaluations à domiciles ?

Dr P. : Oui

E.G. : Vous avez des infirmières de votre cabinet, c'est elles qui s'occupent de vos patients âgés à domicile ?

Dr P. : Quand ils ont personne, on leur propose des infirmiers du cabinet, voilà, maintenant, mais soit ils ont quelqu'un, soit sortis de l'hôpital, on leur donne quelqu'un, soit ils sortent avec un service de soins à domicile déjà en place, avec un réseau de soins ou un réseau de soins palliatif parce que s'ils ont en même temps une pathologie qui nécessite un soin palliatif, voilà, je travaille aussi pas mal avec le réseau L (soins palliatifs), j'y ai travaillé donc du coup, cela facilite les choses,

E.G. oui vous avez des contacts,

Dr P. voilà, j'ai encore des contacts. Dans le coin, oui le réseau L, pour les personnes âgées en perte d'autonomie, ils interviennent aussi, quand il y a

une prise en charge douloureuse, c'est leur créneau. Ils ont des infirmiers et des assistantes sociales qui connaissent très bien le truc. Le réseau Hippocampe, pour vous dire, j'ai peu de contact avec eux. Sauf par le biais des formations qu'ils organisent mais sinon peu de contacts.

E.G. : Qu'est-ce que vous pensez des réformes au niveau de la politique de santé, récemment pour les personnes âgées, les MAIA, puisque vous êtes dans le domaine, vous avez dû en entendre parler, la plupart des médecins n'en ont pas entendu parler, les gestionnaires de cas, ça vous dit quelque chose ?

Dr P. : Alors, en plus de ça, je suis directeur médical d'un groupe de maison de retraite, j'étais le gestionnaire, le gérant avant pardon, j'ai décidé de laisser la place à mes associés car j'avais plus de temps. On a 10 maisons de retraite, on rachète, on restructure, on modernise, on rénove. Tout ça je connais. Si vous voulez me parler des réformes des pouvoirs publics ça va pas le faire, parce que on est tous, professionnels de santé, très en colère. Les politiques ont de belles paroles, de belles intentions, sauf qu'ils ont des oursins dans les poches ou ils ont pas les moyens de leurs intentions. Donc les MAIA, c'est très bien, les UHR c'était très bien…

EG : Ah, je connais pas,

Dr P. : Les unité d'hébergement renforcé, pour les Alzheimer qui sont en phase agressive, en phase de démence importante, les PASA (pole accueil spécifique Alzheimer) qui sont des accueils de jour au sein des maisons de retraite, c'est très bien, les accueils de jour en ville, c'est très bien, mais tout ça ça ne répond absolument pas à la demande. Juste pour vous donner un ordre d'idée, vous avez dû entendre parler de l'étude PAQUID,

EG : C'est pas sur le diabète, non ?

Dr .P : Non, non c'est une grande étude sur la personne âgée, la dépendance et l'Alzheimer, qui disait que on aurait 1 million 3 ou 1 million 4 en 2020 de patients démence de type Alzheimer ou apparentée. Il semblerait qu'en 2005 on ait atteint ce cap.

E.G. On est en retard …

Dr. P. Très en avance, ça dépend comment, ou très en retard sur la prise en charge, sur l'évolution. Ou alors ils le savaient mais volontairement ils ne l'ont pas dit, parce que toutes ces structures là que ce soit les réseaux de soins, que ce soit les maisons de retraite, que ce soit les structures hospitalières, tout le système de santé fonctionne sous perfusion de l'Etat, même nous, les médecins en ville, le jour où la sécu, dit « on ne rembourse plus rien », vous vous débrouillez vous payez vos charges, vos mutuelles si vous le voulez mais on ne vous oblige plus à rien mais nous on ne fait plus rien, on va avoir notre activité qui va fondre des 2/3,

EG Probablement…

Dr P. : Donc on est dans un système totalement pas archaïque, mais hors du temps, si je puis dire où la plupart des gens sont privés et vivent sur les deniers de l'Etat, si on y réfléchit bien, donc l'idée des MAIAs c'est très bien mais ça ne répondra pas à la demande, parce que le nombre de postes, le nombre de lits qui est autorisé ne suffira pas à répondre à la demande. C'est comme l'accueil de jour, c'est parfait, mais quand on sait que les gens ont droit à 100 jours par an, je crois, alors que la plupart du temps ils sont à leur domicile, aidés par leurs enfants, c'est 7 jours sur 7 qu'il faudrait. Et les accueils de nuit, la nuit c'est plus dur pour trouver du monde, la journée on arrive toujours à trouver, avec les aides ménagères, le machin, la voisine, et la nuit, quand y a personne on peut pas garder les gens à domicile, si on embauche quelqu'un cela revient plus cher qu'une maison de retraite privée donc autant les mettre dans les maisons de retraite, donc on pourrait en parler des heures, les idées sont bonnes, mais comme je dis souvent, ce ne sont que des grandes gueules, ça suit pas derrière, pas d'effets ou très peu, mais les idées sont bonnes, là-dessus il n'y a pas de soucis.

E.G. Qu'est ce qui vous semble difficile dans la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie et dans leur maintien à domicile ?

Dr P. Aujourd'hui ? L'aspect financier. Le reste à charge est encore trop important pour eux, que ce soit en ville ou en maison de retraite. Parce qu'en ville, quand il faut faire des aménagements à leur domicile et qu'ils n'ont pas les moyens, donc quand il faut une prise en charge, infirmiers, kiné, c'est pris en charge par la sécu, l'aide-ménagère c'est pris en charge par l'APA, une fois qu'on a fait ça si on a tous les jours quelqu'un 2 heures, 3 heures, c'est le maximum. Le reste du temps, on fait quoi ? On embauche quelqu'un, c'est à la charge du patient, ou de la famille, donc c'est le reste à charge qui est le vrai problème aujourd'hui.

E.G. C'est intéressant car vous avez des médecins qui se demandent qu'est ce qui est le plus rentable entre institution ou justement la prise en charge à domicile, en effet, quand on dépasse un certain nombre d'heures, ça devient presque plus cher qu'une maison de retraite.

Dr. P. Eh bien c'est simple, aujourd'hui si vous voulez embaucher une personne soignante, 24h / 24h, c'est ce qui a en maison de retraite, il faut compter 7000 euros. Donc une belle maison de retraite, on en est loin. Il faut les congés, les repos compensateurs, il faut équipe et contre équipe pas plus de 35 h par semaine enfin c'est ...

E.G. Est-ce que vous êtes convaincu des vertus du maintien des personnes à domicile ?

Dr. P. : Oui, bien sûr, même en tant qu'opérateur de maisons de retraite, oui, je suis content quand ils y viennent volontairement, et pas quand on les oblige

E.G. : Est-ce que vous avez l'impression que vous pouvez peser sur le cours des choses entre le choix maintien à domicile et l'institutionnalisation, est-ce que vous vous sentez légitime pour le faire ?

Dr P. Alors Oui on peut… peser, oui on doit… peser et oui je me sens légitime pour le faire.
Je dis pas que je le fais tout le temps, parce que y a des fois, on peut passer à côté de trucs, ou se louper sur la démarche, la façon dont on commence les choses avec les familles ou les patients mais voilà, Oui on peut, oui on doit se sentir légitimes, nous, médecins généralistes.

E.G. : En général, qui est ce qui initie la démarche (la famille, vous?)

Dr. P. : Je dirais moit/moit. J'ai pas de pourcentage à vous donner en tête.

E.G. : Ca peut être vous comme ça peut être… En général la famille du patient c'est une aide ou un obstacle?

Dr. P. C'est plus souvent une aide, c'est généralement une aide, voilà généralement une aide, il faut vérifier que cela ne soit pas un obstacle.

EG : C'est plutôt une arrière-pensée…

Dr P. : Toujours avoir en arrière-pensée qu'il peut y avoir, c'est quand même la première cause de maltraitance des personnes âgées. L'entourage familial à domicile. C'est pas les institutions, On en est très loin du pourcentage de maltraitance en institution.
Moi depuis 15 ans, pour avoir soigné des milliers personnes, on a eu qu'une seule plainte pour maltraitance, et encore, la personne a finalement été attaquée par le SAMU, parce que comme elle a nous avait attaqué et qu'elle n'a rien trouvé, puis le conseil général de la DDASS, et finalement tout le monde s'est retournée contre elle, et elle a été accusée de vouloir récupérer de l'argent sur le dos du de la pers…voilà, mais sinon c'est la seule plainte, on en a jamais eu, maltraitance en institution on est très, très, très à cheval.

E.G. C'est vrai qu'on en a beaucoup parlé récemment de ce sujet ; d'accord.

Dr. P. Moi je suis à cheval, j'y suis très sensibilisé, parce que mon associé dans la société où je suis aujourd'hui, c'était le Président de l'association, association R, association pour la prévention contre la maltraitance, il a été président, donc on y est très sensible.

E.G. : Qu'est-ce qui vous semble important dans l'évaluation gériatrique, et si vous utilisez des tests, lesquels utilisez-vous en routine ?

Dr P. La chose primordiale, avant tout c'est garder de l'humanitude, avoir de l'humanitude. Ne pas oublier qu'on est face à une personne âgée, ne pas oublier qu'elle peut avoir certaines pathologies qui peuvent générer des handicaps. Une fois qu'on a ça en tête, bah les tests cliniques, j'vais pas faire le médecin de base, le test MMS, le test de l'horloge, le test des 5 mots, un tinetti, un norton, un mini GDS, mais quand on les connait, on sait s'ils sont déjà dépressifs ou pas, un iadl pour savoir, après, biologiquement, une albuminémie, un iono.

EG : Le norton, je sais plus ce que c'est ?

Dr P : Le norton c'est pour les risques d'escarre, c'est ce qui permet de décider si on va mettre ou non un matelas, alors tout ça ça a un intérêt quand on les refait régulièrement pour savoir si il y a une évolution, si ça s'améliore ou pas, maintenant quand on voit que la personne est limite clinophile on sait qu'il faut mettre un matelas préventif.

EG : Oui mais quand c'est pas tout à fait net ou évident,

Dr. P. Oui et pour savoir si on change une prise en charge et pour savoir si cela a un impact oui là ça vaut le coup de le faire.

E.G. Comment interviennent le temps et l'argent, le paiement à l'acte ?

Dr P. Moi c'est relativement simple, je ne fais pas payer les personnes âgées si elles sont à 100 %. Je leur fait une feuille, je prends la carte vitale, et c'est la sécu qui me règle. J'leur enlève ça, je les met très à l'aise de suite, je leur explique que c'est pas gratuit mais je leur enlève cette contrainte.

E.G. Votre investissement dans ce domaine, ça varie en fonction de quoi, est ce que vous faites une différence entre un patient que vous connaissez de longue date et un patient récent ?

Dr. P. Non parce que les patients qu'on connaît de longue date, le fait de les connaître depuis longtemps dès fois, on peut se dire, ça c'est pas bien gênant, je verrai ça demain et voilà, donc on va peut-être multiplier le nombre d'actes, le nombre de visites, de passages sur la personne qu'on connaît pas, il faut faire un bilan un peu plus grand la première fois. En terme de temps passé et d'investissement passé sur le mois ça doit être à peu près pareil.

E.G. Vous êtes en secteur 1 ?

Dr. P. En secteur 1

E.G. Comment est-ce que vous intervenez dans la mise en place d'un maintien à domicile. qu'est-ce que vous faites, qu'est-ce que vous déléguez ?

Dr. P. La première des choses c'est de savoir quels sont ses besoins, ensuite c'est de savoir quelles sont les possibilités en face pour faire face à ses besoins, et on propose les différentes prescriptions qu'on peut avoir, les différentes aides qu'on peut avoir, et je fais les prescriptions et puis si il faut, je contacte les professionnels pour qu'ils viennent, kiné, infirmières, l'AS du service de soins à domicile, c'est plus en tant que prescripteur évidemment puisque c'est notre rôle et puis au départ, en tant que chef d'orchestre mais rapidement, les différents intervenants ont l'habitude parce que les personnes âgées y a en a de plus en plus, voilà donc ils ont l'habitude, donc c'est plus du partenariat avec les professionnels

E.G. et après, une fois que c'est lancé, ils gèrent, il y a souvent une …

Dr.P. une fois que c'est lancé, évidemment quand je connais les paramédicaux qui interviennent c'est beaucoup plus simple, parce que là on se contacte directement sur portable quand il y a un souci, donc ça ne passe plus par le circuit classique, donc c'est beaucoup plus rapide.

E.G. Au niveau de l'aménagement du logement vous faites appel à des ergothérapeutes ?

Dr. P. Ca serait bien qu'on puisse faire appel à des ergothérapeutes, j'en connais pas
en ville j'en connais pas, enfin, j'en connais pas, peut-être que certains réseaux en ont et qu'on puisse faire appel, mais nous privé, libéral pur, non j'en connais pas

E.G. Eh oui c'est vrai qu'il y en a qu'à l'hôpital je pense, dans les équipes mobiles des hôpitaux, y a pas ?

Dr. P. Si à R (hôpital gériatrique) dans les équipes mobiles, si, il y en a une, elle se déplace à domicile

E.G. Au niveau des aides financières, est-ce que, tout à l'heure, on parlait du CLIC, est-ce que vous les utilisez comme relais/information ou intermédiaire auprès des familles ou est-ce que ?

Dr. P. Oui, et il y a une chose qu'on connait pas du tout, nous, c'est les différentes possibilités des ressources financières, je ne suis pas assistante sociale, donc dans ces réseaux ils ont tout ce qu'il faut pour savoir, si la personne âgée est cadre, est-ce qu'elle a droit à une aide supplémentaire, à la caisse sociale des cadres, et autre, ils sont à même de savoir tout ça et de savoir ce qui peut être récupéré au maximum comme aide

E.G. Les CLICs c'est pas forcément vous qui les contactez, comment vous les utilisez ?

Dr. P. Oh non je ne les contacte pas personnellement sauf si ce sont eux qui m'appellent mais en général je dis aux familles, je leur donne le n° et après ils font la démarche.

E.G. Dans l'ensemble de vos activités autour du maintien à domicile, est-ce qu'il y a des choses que vous pourriez où que vous auriez envie de déléguer à d'autres personnels par rapport à ce que vous faites actuellement ?

Dr. P. Non parce que ce que j'avais déjà pas envie de faire, je l'ai délégué, et puis ce qui ne pouvait pas être délégué parce que c'était médical, ben ça peut pas être forcément délégué à quelqu'un d'autre non plus, donc non

E.G. Est-ce que vous avez en tête 1 ou 2 personnes âgées qui vous posent problème à domicile en ce moment, où vous avez des difficultés ?

Dr . P. Oui, oui

E.G. Vous pouvez me raconter ?

Dr. P. Oui un insuffisant respiratoire, 85 ans, qui a perdu sa femme et qui ne sait rien faire et la première réflexion quand il a perdu sa femme, c'est « comment je vais faire pour manger ? », c'est comme ça hein, on y peut rien,

EG : (rires) C'est pas très romantique,

Dr P. : (rires) Non c'est pas très glamour mais bon et qui est totalement dépressif parce qu'évidemment il était amoureux de sa femme malgré tout, même si heu…

EG Même si elle faisait bien la cuisine, (rires) il était quand même amoureux de sa femme

Dr P : (rires) Et donc voilà donc il est seul à domicile ce qui nécessite passage de l'infirmière régulièrement pour les aérosols, le kiné pour de la respi, pour de la déambulation, parce que c'est un monsieur qui va rester au lit tout le temps mais au moment où il avait une poussée d'insuffisance respiratoire sévère suite à une bronchite je l'ai envoyé dans une maison de retraite pour qu'il soit un peu plus en sécurité parce qu'il était pas bien, bon ça se passe pas bien. C'est la collectivité qui va pas

E.G. Il ne veut pas en entendre parler...

Dr. P. Ca lui convient pas parce qu'il y a des heures pour manger, pour se lever, parce que voilà c'est la collectivité alors forcément, et somme toute, intellectuellement, il en est pas encore au point où, quand il va plutôt bien, il va plutôt bien à domicile, bien qu'il ne sorte plus, ce que je lui reproche, c'est un monsieur qui se renferme dans sa coquille, quoiqu'on fasse, et quoiqu'on lui dise, qu'on prescrive et quelles que soient les stimulations, et puis j'ai une autre petite dame qui doit bien avoir 98 ans, dans ces eaux-là, qui est limite en incurie un

peu, qui ne se lave pas forcément tout le temps, qui s'habille pas forcément bien comme y faut, qui est en fauteuil roulant et qui a par contre plus sa tête, plus que vous et moi réunis et qui soutient mordicus qu'elle restera à domicile alors que moi ça me pose souci parce que voilà il y a souvent des plaies, des mycoses, donc c'est pas génial ; je sais pas si elle mange comme y faut, son fils est plus malade qu'elle et c'est son fils qui l'aide, voilà, c'est pas Zola, mais pas loin. C'est un petit peu difficile et je n'arrête pas de lui dire que ça peut pas durer, ça peut pas durer, ça peut pas durer, ça peut pas durer, que c'est pas confortable pour elle, qu'elle est sur un fauteuil qui est déglingué mais elle ne veut pas en changer parce que c'est son fauteuil, qu'elle ne veut voir personne d'étranger chez elle. Elle a l'infirmier qui vient faire ses pansements, son insuline, prise des constantes, prise de médicaments et encore, préparation c'est elle qui lui dit faut faire ci faut faire ça, il faut mettre ci, mettre ça là. L'infirmier c'est juste les mains ; on arrive à gérer à peu près le truc mais c'est pas confortable, voilà, c'est pas confortable.

E.G. Donc c'est plus souvent un refus de la part des patients quand ils n'acceptent pas ce que vous leur dites qui vous met dans des situations délicates ?

Dr. P. Oui voilà

E.G. Comment décririez-vous vos relations avec l'hôpital, est-ce que vous rencontrez des difficultés quand vous voulez leur adresser quelqu'un ?

Dr P. Aucune

E.G. Aucune ?

Dr P. Aucune.

EG Que ce soit l'hôpital gériatrique ou général ?

Dr. P. L'hôpital général, pour les personnes âgées, l'hôpital général c'est quand même pas ce qui a de mieux, donc quand je pense qu'il faut un avis chirurgical, un avis réa-cardio, ou réa tout court, j'envoie à l'hôpital. C'est l'hôpital de L (général de secteur), ils ont un partenariat avec l'hôpital X (gériatrique), je ne me pose pas de questions, je ne leur fait pas de courrier, juste un coup de téléphone pour leur dire que la personne arrive, c'est pas « est ce que la personne peut venir? » C'est « la personne arrive », c'est pas un souci, la personne arrive aux urgences, Ils font un premier bilan, si c'est de la réa, ils la gardent, si c'est de la médecine pure, ils l'envoient à X (HG). Mais au moins le bilan d'urgence est fait. Donc avec eux, j'ai pas de soucis car je leur impose directement les choses. Parce que si on tombe sur un médecin d'urgence, oh là là c'est une personne âgée, on a pas le temps, Il faut l'emmener aux Magnolias, oui mais non j'me demande si....

EG : C'est pour des pathologies aiguës, décompensées ?

Dr P. : Voilà, Sinon à X (HG), j'ai pas de souci, ils m'ont même pris pour faire un entretien sur le journal Le Quotidien du Médecin pour décrire les rapports que j'avais avec X, c'est eux qui m'ont choisi donc voilà c'est que ça se passe bien.

E.G. Et des hospitalisations programmées, ça vous arrive d'en faire ?

Dr. P. Programmées, en urgence, de la consultation d'urgence, de la visite à domicile, voilà
sur les consultations à domicile, alors sur les visites à domicile ils sont disponibles en fonction des capacités qu'ils ont, intellectuellement ils sont très dispo, ils ont envie d'en faire plus, malheureusement ils n'ont pas assez de temps de médecins et de temps d'infirmières pour... mais bon ils ne refusent rien.

E.G. Est-ce que l'envoi aux urgences pour maintien à domicile impossible hors pathologie aiguë décompensée, c'est une situation que vous avez vécue ?

Dr. P. Ah non. Enfin, vécue, je l'ai jamais fait. Ah Non, non, ben non, parce que j'ai une autre filière.

E.G. Maison de retraite ?

Dr.P. Soit maison de retraite dans les différents établissements du coin, on arrive toujours à trouver une place parce que si c'est pas moi, c'est un copain qui s'en occupe pour qu'on arrive rapidement à leur trouver une place, et soit il n'y en a pas et c'est X (HG) ou c'est A (HGn avec service de gériatrie) en attendant de trouver une place. Donc non, j'ai jamais envoyé dans un hôpital général pour hospitalisation quelqu'un pour maintien à domicile difficile.

E.G. Et X ils peuvent prendre assez rapidement des patients ?

Dr. P. Je dirais que c'est 90 % du temps, le jour même et 100 % dans les 3 jours.

E.G. Ah oui, donc pour des situations comme ça qui sont pas urgentes, Qu'est-ce que vous pensez du concept de réseau, est ce que vous êtes membre de réseau ?

Dr. P. Je suis membre du réseau Hippocampes même si je... voilà, je fais partie du réseau S (soins palliatifs) , les réseaux c'est très bien, ça mange un peu de temps, pour nous, en libéral ça mange pas mal de temps, c'est très chronophage, mais c'est très bien, c'est ce qui permet que malgré tout que cela tienne quand même encore pas mal, que le système de santé soit encore pas mal fait en France.

E.G. Par le biais du dialogue entre professionnels ?

Dr. P. Oui, aussi par les échanges de compétences, par le biais de l'aide en temps et en conseil, parce que on sait pas tout, et des fois quand on le sait on peut oublier c'est bien qu'il y ait quelqu'un des fois qui vous ouvre les yeux.

E.G. Quand est-ce que vous avez entendu parler du réseau Hippocampes ?

Dr. P. Je pense que c'est au sein d'un maison de retraite la première fois que j'en ai entendu parler. Quand ils ont dû faire, pas de la pub mais présentation du réseau, je ne sais pas quel âge il a le réseau ?

E.G. Je crois que c'est 2004

Dr P Oui donc c'est au sein d'une maison de retraite

E.G. Et donc vous avez signé une convention avec le réseau ?

Dr. P. Oui oui on avait signé une convention à M (ville proche), elle est toujours active mais on en a jamais vraiment profité et je ne m'en suis jamais vraiment servi parce que Hippocampes est plus basé sur l'est de l'Essonne, géographiquement, et puis nous ici, c'est vrai que je suis très attaché à X,

EG : Vous avez une bonne filière

Dr P. : Oui, ça répond à mes besoins, je m'organise comme ça et voilà.

E.G. Donc vous n'avez jamais fait appel au réseau pour un patient ?

Dr. P. Moi non, j'ai eu des patients qui l'ont fait. Mais parce qu'il devait sortir d'un service de court séjour et maintien à domicile avec le réseau Hippocampes,

E.G. Donc c'est les services de court séjour qui leur donne le contact et vous avez l'impression que le réseau apporte quelque chose au patient ?

Dr. G. Oh oui certainement c'est indéniable

E.G. Quelles améliorations vous pensez seraient utiles par rapport au réseau pour qu'ils soient plus à la réponse des médecins…

Dr. P. Je ne sais pas quel est leur délai d'intervention, mais ils ne doivent pas être assez rapides,

EG Non, 1 ou 2 mois,

Dr P : Voilà, donc c'est souvent ça le problème, quels que soient les types de réseaux, c'est souvent ça le problème, comme ils ont peu de subventions, de moins en moins donc leur délai d'intervention est de plus en plus long, c'est le problème.

E.G. Quelle carence vous avez expérimenté dans le système actuel concernant l'aide au maintien à domicile des personnes âgées ?

Dr. P. [Silence] Heu, Peut-être un peu trop d'offres de conseils et pas assez d'offres techniques, voilà peut-être ça.

EG : Ou de moyens concrets,

Dr P : Moyens concrets, financiers, des bras, ça revient au même de toute façon, c'est déjà bien hein parce que le conseil ça permet de trouver des aides là où il y en a alors qu'on y avait pas pensé, mais du coup ça fait encore une étape supplémentaire et parfois pour certaines personnes c'est parfois compliqué, long et elles se découragent.
Je me souviens d'une expérience avec le réseau de soins palliatifs, quand on est arrivé, donc c'était un réseau de conseil, pourtant il y avait le médecin qui arrivait, un infirmier qui arrivait, le psychologue qui arrivait, « mais oui mais vous pourriez pas venir me voir quand j'ai besoin ? » « ah bien non, vous pouvez nous appeler, nous on fera le lien », on est limité un peu par ce mode de fonctionnement.

E.G. Est-ce que vous pensez que c'est possible de repérer les personnes âgées fragiles qui pourraient nécessiter une hospitalisation à court terme pour justement anticiper l'hospitalisation en situation de crise ?

Dr. P. Oui moi j'pense, c'est ce qu'on fait quand on est à peu près disponible, ou les infirmiers s'ils sont déjà en place ou quand on a le temps d'ouvrir les yeux et de vraiment aire attention, c'est ce qu'on fait, on peut anticiper, on sait que ça va mal se passer, que la vilaine grippe, ça va les perturber et donc on fait un peu plus attention à ce moment-là. Maintenant, est-ce qu'il existe un outil qui fait que ? Un outil clinique, j'suis pas sûr, un outil qui s'adapte à tout le monde, je ne suis pas sûr. Le feeling ou après il peut y avoir quelque chose comme la télé médecine, ce genre de progrès qui est en train de se mettre en place, cela peut avoir un intérêt, pour la personne âgée, en pleine nuit, si elle ne se sent pas bien, qu'elle puisse appeler, elle a au bout quelqu'un, ou le téléphone 24/24h ou voir même avec webcam, ça se fait, c'est la télé-médecine ça se met déjà en place…En maison de retraite ou en hôpitaux généraux

E.G. C'est pour pouvoir voir la personne âgée et la situation ?

Dr. P. Oui et puis ça permet de guider l'infirmière ou l'aide-soignante pour faire un geste, test

E.G. Oui pour montrer, c'est pas mal.... Et pour conclure, pour vous cela devrait être quoi la place du généraliste dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes

Dr. P. Centrale. Oui parce que moi c'est mon truc, il

y en a qui supportent pas les personnes âgées, il y en a qu'aiment pas, enfin qui supportent pas, il y en a qu'aiment pas.
Enfin moi j'aime bien jouer ce rôle-là, un rôle d'organisateur, de conseil, un rôle de médecin bien évidemment, d'organiser, de coordonner la prise en charge

E.G. Ce que vous disiez tout à l'heure : chef d'orchestre,

Dr. P. Oui c'est un peu ça, c'est le rôle de médecin co quoi, de coordonner la prise en charge,

EG Que ce soit en maison de retraite ou…

Dr P : c'est pareil, Que ce soit en maison de retraite ou en ville, c'est pareil. On le fait, au quotidien, c'est ce que tout médecin généraliste fait ; Après quand les gens ont toute leur tête, ses 2 bras et les 2 jambes ça va bien, il le fait aussi, mais quand la personne est vulnérable car elle a un handicap, on est bien obligé de le faire à sa place

EG : Quand il y a pas de famille

Dr P : Quand il y a pas de famille et on est encore à peu près la seule personne avec l'infirmier, quand même, parce que l'infirmier est présent, on est encore à peu près la seule personne qui arrive à préserver l'intégrité, de la personne physique, morale et financière parce que les voisins, la famille, l'entourage, il ne faut pas compter sur eux. Il faut toujours avoir à l'esprit que ça peut être risqué, voilà.

EG Eh ben je vous remercie, c'était très instructif

Durée : 34 minutes

Entretien 14

Introduction : médecin choisi aléatoirement sans lien avec Hippocampes, va arrêter son activité de médecine générale pour se consacrer seulement à l'expertise.

EG Voila. Donc est ce que vous pouvez m'expliquer pour commencer un peu comment vous travaillez, depuis quand vous êtes installé et comment ça se passe votre activité?

MG c'est-à-dire le côté exercice ? Bah toujours seul. J'étais associé sur deux trois ans dernièrement, pour voir si je pouvais faire les deux activités en même temps, l'expertise et la médecine générale. Et sinon, j'ai exercé tout seul. J'ai créé mon cabinet tout seul, collé ma plaque et j'ai débuté comme ça. C'est toujours sur rendez-vous.

EG d'accord. Et donc ça fait 12 que vous êtes installé ?

MG 12ans? En 2002.

EG d'accord. Et vous aviez remplacé combien de temps ?

MG J'avais remplacé depuis 1997 à 2002 donc 4-5 ans.

EG D'accord

MG Pareil quand j'étais interne. J'avais commencé à remplacer déjà.

EG Et par exemple quand vous travaillez en médecine générale, vous voyez a peu près quelle proportion de gens de plus de 70 ans ?

MG Alors au début quand on est jeune on attire plutôt une clientèle jeune. Moi j'avais très peu de personnes âgées. Honnêtement je sais pas c'est très difficile quand on vous demande un pourcentage. Je sais pas. Personnes âgées c'est à partir de quel âge ?

EG 70 ans.

MG 70 ? Ah c'est une très petite portion. Au début quand j'ai commencé, plus de 70 ans…ça doit même pas faire 5% je dirais, pour finir au bout de 12 ans peut-être à 10%. Je sais pas, je dis ça comme ça.

EG Oui, à peu près à la louche, les pourcentages de la sécurité sociale on les a pas souvent en tête, et euh vous avez une formation en gériatrie ou non ?

MG Non.

EG D'accord. Comment ça se passe le contact avec la personne âgée en général ? Vous êtes a l aise, pas à l'aise ? Vous trouvez ça gratifiant ?

MG Mmh. Non, je vois pas de différence, de nuance en termes de contact. Des fois ça peut être long les consults, le temps de se déshabiller, comme les enfants des fois, quand ils commencent à perdre la tête

EG Oui, les 2 extrêmes…D'accord. Ok. Avec qui est ce que vous collaboriez dans la prise en charge de la personne âgée dépendante ? En ville ou à l'hôpital.

MG Ben souvent je faisais des bilans de neurologie avec l'hôpital d'X (HGn, ville proche). Sinon c'est tout, j'avais jamais fait de bilan de gériatrie, une ou deux fois mais je sais plus qui c'était.

EG D'accord. Et en ville, quand vous aviez une personne âgée qui n'était pas très autonome à domicile, vous faisiez appel à… ?

MG Pour les paramédicales ? C'était surtout les associations d'aide à domicile, surtout les infirmières ou les associations d'aide à domicile.

EG Pour les aide-ménagères, aides à domicile, y en a plusieurs dans le coin ?

MG Ben y a l'association des infirmières de B (ville) surtout.

EG ok. Et donc c'était elles qui faisaient le relais pour mettre en place?

MG Exactement.

EG Euh qu'est-ce que vous pensez des réformes récentes pour la politique des personnes âgées ?

MG Je les connais pas. C'est quoi les réformes récentes ?

EG Ben là tout récemment c'est les MAIA les maisons pour l'autonomie et l'intégration des patients Alzheimer qui voulaient mettre en place le concept de gestionnaire de cas, une personne qui s' occupe d une quarantaine de patients par exemple ; et qui gère le coté maintien à domicile, donc coordonner toutes les aides, voilà mettre en place les aides matérielles, humaines, financières, tout ça. Et puis sinon avant bon y avait les CLICs par exemple aussi. Les centres qui donnent des informations, pour les patients ou les médecins, Ça vous dit quelque chose CLIC ?

MG De nom mais j'vois pas.

EG Vous n'avez pas fait appel, pour votre exercice, par exemple pour des patients qui demandent, àa quelles aides j'ai le droit ou… ?

MG Non, c'est pour les Alzheimer ou toute personne âgée ?

EG Personnes âgées ou toute personne dépendante….oui c'est pas trop votre créneau, qu'est-ce qui vous semble difficile dans la prise en charge de personnes âgées, dans la perte d autonomie ? dans le maintien à domicile ?

MG Qu est ce qui est difficile ? ben comme j en ai pas beaucoup…c'est difficile de dire

EG Vous aviez eu des cas…

MG Compliqués ?

EG Qui vous posaient problème, vous faisiez des visites un peu ?

MG ben c'est surtout par rapport à leur sécurité, le risque de chute je crois que c'est l'angoisse de tous les médecins de laisser une personne à domicile et puis l'entourage familial, parfois c'est difficile pour l'entourage familial de gérer,

EG Au niveau de la charge de travail ?

MG la charge de travail, exactement, d'arriver à les décharger quelque fois c'est pas évident, de trouver des structures de court séjour pour pouvoir les décharger.

EG Oui, de répit, vous vous souvenez d'un cas d'un patient

MG oui, j'avais un patient Alzheimer pour sa femme c'était nouveau, elle avait du mal à gérer, et puis on a mis en place un court séjour à V (ville), a la M (SSR privé) pour qu'elle puisse souffler un petit peu

EG Et ça, ça a été long à obtenir ?

MG Oui c'est pas facile, c'est courrier sur courrier, coup de fil sur coup de fil. C'est pas facile,

EG Au niveau des délais…

MG Oui et il y a aussi des associations y a une association à O (ville) j'ai plus le nom en tête et qui venait chercher la personne âgée et qui faisait des activités de jour.

EG oui, je pense qu'il y a ça dans une maison de retraite et c'est vous qui aviez mis la structure en place ou c'est la famille ?

MG Non c'est la famille qui avait m'avait dit qu'il y avait une structure comme ça

EG Est ce que vous êtes convaincu de l'intérêt, des vertus du maintien à domicile pour la personne âgée ?

MG Oh oui, ah oui, certainement, garder son cadre de vie je crois que c'est très important, alors surtout dans le cadre de l'expertise médicale on est dans un cadre de raisonnement un peu sécuritaire, à vouloir absolument la sécurité des personnes âgées on est sûr qu'on assure leur sécurité alors que justement quelques fois ils sont complètement déboussolés d'être écartés de leur milieu où certain qu'il y a plus de sécurité

EG Dans le cas de l'expertise vous avez accès à… ?

MG Ben je fais beaucoup d'expertises de dépendance de la personne âgée, à savoir si [interruption par le téléphone] Oui donc c'est dans le cadre de la dépendance

EG Qui est ce qui demande ça ?

MG Ah bah c'est la grande mode en ce moment, de souscrire à une assurance dépendance, pour le cas où si la personne âgée devient dépendante et remplit les conditions de ce contrat elle puisse toucher une rente de dépendance pour pouvoir financer toutes les dépenses qui peuvent être liées à cette perte d'autonomie

EG Ah oui donc c'est pour les assurances, et vous rencontrez le patient et la famille?

MG Surtout le patient, l'examiner pour voir si y a une perte d'autonomie par rapport à certains actes de la vie quotidienne et regarder par rapport à la grille AGGIR combien ils sont, qu'est ce qui fait qu'ils sont plus autonomes, depuis quand,

EG D'accord, en général c'est les personnes qui demandent ça pour avoir des ressources en cas de dépendance ?

MG Ca peut être la famille qui souscrit aussi à un contrat pour leurs parents

EG c'est intéressant, et ça vous dites c'est une mode, c'est plutôt récent ?

MG Avec le vieillissement de la population oui c'est un créneau on va dire très intéressant pour les assureurs mais qui peut-être évidemment utile à celui qui souscrit

EG Est ce que vous aviez l'impression que vous pouviez peser sur le cours des choses entre le choix maintien à domicile et institutionnalisation, et est ce que vous vous sentiez légitime pour le faire ?

MG Oh bah j'ai toujours tendance à tout faire pour que la personne âgée reste à son domicile… oui, on essaie d'influencer de les pousser à mettre des choses en place pour des aides à domicile pour qu'ils puissent maintenir la personne âgée à son domicile

EG D'accord

MG Et puis en étant plus présent, en faisant des visites tous les mois au début pour les rassurer

EG Ok ouais, en général la famille c'était plutôt une aide ou un obstacle ?

MG Souvent une aide puisque c'est eux qui doivent gérer en parallèle en plus des aides, quelque fois on a un obstacle, des fois on a l'impression qu'ils veulent placer papa maman, qu'il aille plutôt dans une institution, ils seront soulagés de pas avoir à gérer et il sera en sécurité par manque de temps aussi et puis il y a la famille qui est moins solidaire qu'avant et on sent que quelques fois c'est plutôt une solution de facilité, et puis quelques fois c'est l'institution qui prend en charge le vieillissement quoi, plutôt que la famille

EG Et donc ça, est ce que la famille des patients ils vous parlaient en général de ce genre de problèmes, pour vous demander conseil ?

MG Des fois, mais des fois c'est décide d'avance hein, et on peut pas lutter, mais quelque fois ils posent la question, quelques fois on sent qu'ils hésitent, on essaie de conseiller

EG Au niveau de l'aspect financier, c'est quelque chose qui revenait souvent?

MG Oui, le coût de l'institutionnalisation c'est souvent un frein, ça coûte quand même très cher

EG Qu'est-ce qui vous semble important dans l'évaluation gériatrique, et est-ce que vous utilisez des tests en routine?

MG Les tests non, j'pense qu'on les a un peu en tête, de faire le test de l'horloge, on sait très bien si la personne elle va le faire ou pas, on a tout de suite une idée quoi.

EG Et donc vous évaluiez comment?

MG Ben c'est surtout par rapport aux actes de la vie quotidienne, savoir si il peut s'alimenter tout seul, si il faut lui porter des aliments à la bouche, s'il peut préparer les aliments lui-même, pour la toilette corporelle déjà est ce que la maison est adaptée pour qu'il puisse mécaniquement se laver, après est ce qu'il est capable de se laver, physiquement il peut le faire, est ce que psychologiquement, au niveau psychiatrique il peut le faire, est ce qu'il y a besoin d'une stimulation tout simplement, d'une présence, est ce que ça se fait spontanément, une par une quoi

EG Vous utilisez l'IADL ou l'AGGIR à l'époque ?

MG Non. Non, je les ai en tête faut dire, l'AGGIR c'est surtout administratif, j'dirais que c'est plus des évaluations à terme, soit pour des assurances soit pour les maisons de retraite de coter la dépendance mais sinon nous au quotidien on a pas tellement besoin d'avoir une note quoi, on sait très bien la dépendance de la personne âgée

EG D'accord, et pour les demandes d'APA par exemple?

MG J'en faisais rarement, ça c'est plutôt l'assistante sociale qui vient

EG L'assistante sociale c'est plutôt au niveau du CCAS?

MG La mairie

EG La mairie, vous aviez pas mal de contacts avec a mairie ?

MG Pas spécialement, non.

EG Les gens faisaient appel directement,

MG Oui, oui j'leur disais d'appeler l'assistante sociale de la mairie dès que c'était pas de mon domaine

MG Ok. Est-ce que … Comment intervenaient le temps et l'argent, le paiement à l'acte, est ce que ça vous posait problème, puisque souvent ça prend plus de temps de prendre en charge des personnes âgées

MG Non, je me suis pas posé cette question, des fois y a des consult plus courtes des fois y a des consults plus longues, c'est la médecine générale hein

EG Ca s'équilibre…Et est-ce que votre investissement dans ce domaine ça variait en fonction de par exemple un patient que vous connaissez de longue date, un patient récent?

MG Oh oui certainement, hein, quand on connait … On a plus d'inquiétude pour un patient qu'on ne connait pas, qui est âgé, surtout si il est fragile on sait pas trop depuis quand, quelle est l'évolutivité, c'est sûr, alors qu'on a des personnes très fragiles mais qu'on connaît depuis plus longtemps, en plus on a déjà fait des examens, donc c'est un peu plus facile de les prendre en charge
EG Au niveau des relations avec l'hôpital, est ce que c'était facile d'hospitaliser un patient si vous aviez besoin, est ce que vous rencontriez des difficultés ?

MG Non c'était relativement facile, faut savoir s'y prendre, si on a été médecin aux urgences je crois qu'on sait ouvrir les portes quand il faut, vous avez déjà fait des stages aux urgences ?

EG Oui en tant qu'interne j'en avais fait ; oui tout à fait. Et donc vous avez un cas en tête d'un patient que vous avez adressé que ce soit urgences ou hospitalisation programmée, vous n'aviez pas de difficultés ?

MG Non pas de difficultés non, non.

EG Ca vous arrivait de faire des hospitalisations programmées de répit justement ou des évaluations à froid ?

MG Alors j'en ai pas fait depuis longtemps mais le peu que j'avais fait j'avais eu un médecin de long séjour de l'hôpital d'Y (ville, HGn) et puis elle m'avait rappelé et puis on avait organisé ça sans difficultés

EG L'envoi aux urgences pour maintien à domicile impossible, hors pathologie aiguë décompensée, juste parce que la personne ne pouvait plus rester à la maison ça vous est arrivé ou pas ?

MG Oui, oui oui ça arrive.

EG D'accord, et vous vous souvenez d'un cas ou du contexte dans lequel c'est arrivé ?

MG Non pas précisément, j'ai pas un cas précis en tête, en général je les appelle si j'veux, déjà pour savoir si ils ont une place pour l'accueillir, et puis quelques fois malheureusement on fait le tour de 3 hôpitaux, on a pas le temps de faire le 4ème hôpital et puis on fait un courrier qui explique bien qu'il y a une altération de l'état général qui nécessite une hospitalisation et on pousse les portes.

EG Ca c'était…, enfin c'est pas facile de se souvenir d'un cas précis mais est ce que c'était pour des patients qui refusaient la mise en place d'aides ou ça aurait pu vous arriver chez un patient que vous suiviez au long cours ?

MG J'ai pas compris la question (rires)

EG Est ce que c'est plus le patient qui faisait que … vous en arriviez comme ça aux urgences, est ce qu'il y avait un refus par exemple de mettre en place une aide-ménagère ?

MG Ben là tiens y a un patient compliqué qui me vient en tête, c'était un patient qui était compliqué, que personne ne supportait tout simplement à soigner, et nous on parvient à créer un lien avec ce patient, qui fait qu'on l'aime tel qu'il est, qu'on l'accepte tel qu'il est, et puis il est attaché et puis à chaque fois que je l'hospitalisais pour faire des bilans ça se passait super mal, au bout de 3 jours -il était diabétique- et donc il avait envie de s'en aller, des fois il allait pas à ses consultation, enfin c'était un patient très compliqué, jusqu'à ce qu'il y ait une altération de l'état général, l'évolution de sa maladie et il a fallu l'hospitaliser plusieurs fois en urgence, ça a été un cas très très lourd hein, c'était un patient diabétique, ancien alcoolo-tabagique, et puis c'est allé jusqu'à l'amputation de sa jambe, c'était terrible, pour moi c'était LE cas qui m'a marqué quoi, c'était un cas difficile

EG Oui, du fait du patient aussi qui était pas très compliant…

MG Oui, et puis on s'attache au patient, et c'est jamais agréable de voir un de ses patients amputé, après tout, arriver à le convaincre d'arrêter le tabac, il a arrêté le tabac, d'arrêter l'alcool, il a arrêté l'alcool, mais bon on le connaît pas de puis, ça fait 30 ans qu'il buvait, fumait comme un pompier, après sa maladie évolue hein, il mangeait n'importe comment quand même, donc ça a pas été facile, il se soignait n'importe comment, son hémoglobine glyquée était à 12-13, voilà…

EG Il avait quel âge à peu près?

MG Il avait à peine 60, à peine 60, enfin c'était un cas très particulier, un caractère un peu particulier, un patient très difficile

EG D'accord, comment est ce que vous –je retourne un peu en arrière- comment est ce que vous mettiez en place les aides, est ce que vous vous appeliez pour mettre en place une aide-

ménagère, une auxiliaire de vie ou est ce que vous déléguiez à une autre personne ?

MG J'avais tendance à déléguer, tout ce qui était social j'avais tendance à déléguer soit aux infirmières soit aux assistantes sociales

EG D'accord, et le portage de repas c'était quelque chose que certains de vos patients avaient ?

MG Oui oui,

EG Vous aviez l'impression de pas être assez formés dans la prise en charge des personnes âgées ?

MG Pas forcément non, à partir du moment où je déléguais certaines tâches heu c'est sûr que après…

EG Vous n'aviez pas besoin d'une formation particulière…

MG Non,

EG Qu'est ce que vous pensez du concept de réseau? Est-ce que vous êtes membre de réseaux ?

MG Non

EG Qu'est ce que vous pensez du concept ?

MG Ben c'est certainement utile (rires), notamment pour les personnes âgées enfin, c'est pour les diabétiques pour heu, moi j'en fais pas partie non, par manque de temps déjà , au niveau utilité c'est certainement utile pour pouvoir échanger, prendre en charge certaines pathologies

EG Est-ce que vous avez entendu parler du réseau Hippocampes ?

MG De nom oui,

EG Comment ?

MG Ben j'crois qu'on a reçu des prospectus, je sais plus…

EG Et donc vous n'avez jamais eu à faire appel au réseau ?

MG (Rires), non, c'est utile mais je les ai pas appelés !

EG Et eux vous ont appelé pour des évaluations de patients ?

MG Non, j'ai jamais eu de contacts.

EG Et qu'est-ce que vous pensez qu'ils pourraient apporter aux médecins ou aux familles, le réseau ?

MG ben, j'pense que le médecin généraliste il peut quelque fois être débordé donc c'est plus pour le suppléer, suppléer, si la structure est bien organisée c'est peut-être plus facile à mettre en place pour ce réseau, c'est comme les HAD, c'est sûr que c'est difficile on a pas forcément l'expérience vous parliez de réseaux, y a des réseaux de soins palliatifs qui sont très très bons, typiquement pour soulager les douleurs des personnes âgées à domicile enfin ils ont des habitudes de prescription que nous on a pas

EG Vous avez eu des contacts avec eux ?

MG Oh j'ai eu quelques cas, pareil, j'ai eu quelques cas de soins palliatifs oui.

EG Et vous aviez rencontré les médecins au domicile du patient ?

MG Les médecins non, mais les infirmières oui, j'avais reçu les infirmières, les médecins je les avais eu au téléphone, ils étaient très bien.

EG Hm, est-ce que vous pensez que c'est possible de repérer les patients âgés fragiles à domicile, qui pourraient nécessiter une hospitalisation à court terme, pour essayer d'anticiper, de pas arriver à une situation de …

MG Pourquoi les hospitaliser ?

EG Bah par exemple un couple dont l'un des 2 est malade, et y en a un des 2 qui doit être hospitalisé et l'un est l'aidant de son conjoint, du coup ça fait qu'on se retrouve…

MG Sans aides ?

EG Ce genre de situation, qu'on peut s'en rendre compte ?

MG heu oui, oui oui c'est-à-dire qu'on va, comme vous venez de le dire si il doit être hospitalisé on voit bien que l'autre personne a besoin d'aide et qu'il est assisté par le conjoint qui doit être hospitalisé, effectivement, après ça débouche pas forcément sur une hospitalisation [interruption téléphone] encore une fois j'pense que si on peut éviter une hospitalisation, de mettre une structure en place, comme le portage des repas une infirmière à domicile, ça peut éviter oui l'hospitalisation

EG Et pour conclure un peu, pour vous ça devrait être quoi le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge de la personne âgée dépendant ? Quelle place vous lui accorderiez ?

MG Ben le dépisteur j'dirais, celui qui doit dépister les aides, les besoins et puis après de conseiller où appeler pour avoir ces différentes aides c'est surtout ça

EG Oui donc orienter, ben je vous remercie.

Durée: 23 minutes

Entretien 15

[problème de son, bruit de radio en fond de tout l'entretien]

EG alors pour commencer est ce que vous pouvez m'expliquer un peu comment vous travaillez, depuis quand vous êtes installée ?

MG Je suis installée depuis 1996

EG toujours seule? Pas de secrétaire ?

MG Oui, pas de secrétariat,
EG J'ai eu des problèmes avec les secrétaires c'est à dire par exemple elles n'évaluaient pas bien le degré d'urgence des appels, les secrétaires elles ne savent pas quand moi je prends les appels, je sais quelles sont les priorités et je peux gérer mon emploi du temps, plusieurs fois j'ai eu des situations où le patient a dit « c'est pas urgent » mais l'appréciation de l'urgence il faut pas la laisser au patient,

EG Vous avez beaucoup de patients âgés ?

MG ici j'ai un pourcentage qui est assez important, j'dois avoir au moins 30, 40%, parce que avant ici c'était les champs, et les gens se sont installés il y a 40 ans, donc maintenant ils ont à peu près 60- 70 ans.

EG Est-ce que vous avez eu une formation gériatrique ?

MG J'ai fait un stage de gériatrie en tant qu'interne, c'est le seul stage que j'aie fait

EG Comment ça se passe le contact avec la personne âgée, est ce que vous êtes à l'aise, est ce que vous trouvez ça gratifiant ?

MG Alors dans mon histoire, moi j'ai des parents très âgés, donc je pense que ça a un peu déformé mon regard parce que quand j'étais jeune ça me paraissait opaque, et moi-même avec le temps mes parents ont vieilli, donc en fait j'ai l'impression d'un saut de génération, j'ai l'impression d'être avec des parents, des grands parents donc eux, ils ont l 'impression que c'est leur fille, c'est un contact très chaleureux,

EG Vos parents vous ont eu tardivement?

MG Mon père a 96 ans, ma mère est décédée… J'sais pas comment vous dire, pour moi une personne âgée c'est une bibliothèque, tout une histoire, des richesses, c'est un concentré d'essentiel

EG Avec qui est ce que vous collaborez pour la prise en charge de vos personnes âgées dépendantes à domicile ?

MG En fait la première collaboration c'est avec la famille si y en a, on est très très embêtés si y en a pas, la plupart du temps les gens qui sont sans famille refusent, enfin y en a qui anticipent, qui prennent des mesures, très rares sont ceux qui sont capables de se mettre en maisons de retraite en avance et de vendre leur maison par sagesse parce qu'il n'arrivent plus à faire le ménage et qu'ils se rendent bien compte que c'est trop lourd et que seul c'est pas possible, j'en ai, qui arrivent à faire ça mais c'est rare, la plupart des gens veulent rester chez eux jusqu'au bout et fuient l'hôpital et fuient tout, et attendent d'être au pied du mur pour voir mieux le mur, c'est-à-dire un incident, à ce moment-là c'est l'hôpital qui va prendre le relais. Alors comme y a un problème médical, il va y avoir une prise en charge en général aiguë puis moyen séjour puis plus ou moins rééducation, puis retour au domicile alors, c'est là qu'il y a un couac un premier couac que j'observe c'est que le retour au domicile, heu de manière générale des personnes âgées, se faisait pas comme ça à mon époque, à mon époque tout le monde passait par le crible de l'assistante sociale pour savoir qu'est ce qui s'passe à la maison, qu'est-ce que qu'on doit mettre en place comme aides à la maison, ce questionnement-là n'est pas toujours en place surtout dans les domaines chirurgicaux, ils sont capables de me renvoyer un patient à domicile dans le vide,

EG Quand vous dites à votre époque c'est quand vous étiez interne ?

MG Quand j'étais interne oui, je me souviens à X (hôpital parisien) on se préoccupait du devenir quand le patient était plus devant nos yeux et j'ai l'impression que on ne s'en préoccupe plus, pas toujours, des fois c'est fait, des fois c'est pas fait, c'est-à-dire quand c'est fait, à ce moment-là on voit qu'il y a une mise en place, de repas à domicile quand c'est trop lourd, d'aide-ménagère quand y en avait pas, l'aide-ménagère ça les gens sont capables de la demander avant tout le monde, là où ça devient compliqué c'est quand y a besoin de plus, et quand la famille n'est pas là, quand la famille est là tout roule, la famille gère, ils choisissent le type d'aides, à ce moment-là y a un choix de la part de la personne âgée qui du coup prend les choses en main, décide, ce qui est difficile c'est quand il y a pas de socle familial, et le problème c'est qu'il y a beaucoup, beaucoup, beaucoup de familles désunies, donc des enfants qui viennent plus voir leurs parents, des parents non fiables… comment dire, des enfants non fiables des parents non fiables qui ont fabriqué des enfants non fiables, j'en sais rien enfin comment ça marche mais du coup on se retrouve avec une victime j'ai envie de dire, celui qui va s'occuper de la personne âgée dépendante et qui va avoir toutes les difficultés du monde en général parce que toute la famille va lui en vouloir

parce que ils essaient de se débarrasser de la culpabilité de pas s'occuper du vieux ou de la vieille, je suis désolée, j'suis vulgaire mais c'est un peu ça, c'est l'impression que ça me donne…

EG Donc ils se défoulent sur celui qui endosse…

MG Oui, je vois des choses comme ça, bon après, les gens qui sont malades avec Alzheimer là c'est autre chose parce là y a réellement une panique à bord, et donc les réseaux comme Hippocampes vont alléger considérablement les familles et étrangement ça se passe mieux, c'est-à-dire, du fait que les gens viennent chercher la personne, qu'ils l'amènent, qu'ils la ramènent, y a une sorte d'allègement de la charge qui fait que la famille arrive à gérer, j'en ai une là, enfin j'en ai plusieurs, j'en ai toujours 1 ou 2 d'Alzheimer dans le pool, toujours un ou deux qui sont encore en vie, des nouveaux diagnostiqués, des fois c'est le conjoint qui veut tout tout assumer on voit vraiment de tout hein, et à ce moment-là les gens sont envoyés à l'hôpital quand le conjoint ne peut plus et quand il a pas été mis dans un réseau assez tôt, on peut pas le mettre dans un réseau à la limite, ou c'est trop tard, il peut plus être adapté il est trop dégradé et à ce moment-là c'est un accompagnement

EG Et donc celle dont vous me parliez, vous aviez une patiente Alzheimer ?

MG Oui mais alors elle, son fils est infirmier et sa belle-fille est infirmière donc ça se passe comme un lettre à la poste, ben oui parce qu'ils ont parfaitement conscience des besoins, ils sont à l'écoute, ils supportent, elle est magnifique, elle est magnifique cette dame, elle est très autonome en fait, même si des fois elle fait les choses dans le désordre, des fois elle chante à tue-tête des chansons sans arrêt comme un disque rayé, c'est comme ça, c'est la crise, ça dure un mois, deux mois, trois mois, ils sont capables de supporter ça, une famille non, une famille classique non. Le problème, je trouve majeur (rires), c'est quand y a pas de fille, quand c'est que des fils, un fils, quand y a une histoire familiale, et qu'y en a un qu'est décédé, ou j'sais pas qu'y a une histoire foir … qu'on cache ohlala qu'est-ce que c'est compliqué, les fils c'est la débandade quoi, dans le sens, ils savent pas quoi faire, tout est fait, on voit bien qu'ils voient pas à qui s'adresser, ils s'adressent à moi pour des choses qui les concernent, « non mais ça c'est votre rôle, je peux pas faire à votre place »,

EG Comme quoi par exemple ?

MG Ben remplir des papiers tout simplement (rires), c'est tout juste si ils cherchent pas une, ben oui ils cherchent une assistante sociale, ils cherchent une maman, ils cherchent quelqu'un qui peut remplir, les gens sont dépassés par les papiers, y a beaucoup de paperasse dans la prise en charge, beaucoup de paperasse, alors pour certains qui sont secrétaires, j'sais pas quoi, comptable, des enfants comme ça c'est pas un problème, ils connaissent, les papiers…

EG Oui, mais ceux qui sont pas qualifiés,…

MG Beaucoup de gens disjonctent avec les papiers

EG Et quand y a pas de famille, avec qui est ce que vous travaillez?

MG Ben j'ai qu'un seul cas pour le moment, c'est une dame qui est Alzheimer, qui démarre un Alzheimer mais qui démarre aussi une insuffisance respiratoire avec emphysème donc elle a 74 ans et elle est dans le déni de son trouble, donc c'est vraiment facile (petit rire) elle n'a plus de chien, parce qu'elle avait une dizaine de chiens donc c'est déjà pas mal, son conjoint est décédé il y a 5 ans, donc elle est toute seule, donc elle a vraiment pas de familles, pas d'enfants, donc elle a un cousin qui vient à la rescousse, et qu'est-ce que j'ai mise en place ? Une infirmière pour administrer le traitement, pour qu'il y ait une surveillance, et résultat le fait que l'infirmière la voie tous les jours, eh ben 2 fois il a fallu qu'elle l'hospitalise, 1 fois j'étais en formation à l'étranger donc j'ai pas pu répondre, elle a dû se débrouiller, elle a appelé le 15, et une 2ème fois c'était le week-end, j'étais toujours pas là non plus, mais elle m'a appelé j'ai répondu et je lui ai dit « appelez le 15 , on peut pas la laisser comme ça »

EG Pour une pathologie aiguë, décompensée?

MG Mais oui, elle faisait des décompensations respiratoires, et donc vous imaginez comme c'est compliqué à gérer donc là elle est à B (HGn), et puis je sais qu'après elle doit passer dans un soin de suite on va bien voir comment ça va s'organiser pour la suite mais une fois que la personne est à l'hôpital, nous on compte plus du tout, ça nous échappe complètement,

EG Ils vous contactent?

MG Jamais, on est au courant de rien, on reçoit un courrier, quand on reçoit, le record battu des CR c'est 9 mois, j'ai dû rappeler, harceler, une sortie de réanimation, de hôpital C (général), et démerdez-vous, non non vraiment on a des ratés des fois, des gens qui sortent de chirurgie sans aucun soins à domicile, de P (ville), je me suis disputée avec le chirurgien, quelque chose de bien, c'est remonté jusqu'au directeur, c'est pas possible de laisser sortir des gens comme ça, j'vous parle des incidents hein, c'est de ceux-là qu'on apprend, donc les incidents ils nous apprennent ils nous montrent un peu en fait les points de défaillance, un chirurgien qui fait que son boulot, que son boulot, que son boulot, ben il pense pas à la suite, et il faut que cette personne-là soit entourée, la famille qui n'a aucune idée de ce que c'est que la vieillesse et la dépendance qui est perdue, il faut une aide, il faut

qu'il y ait des gens qui soient capables d'aider à penser les besoins

EG Donc si c'est pas l'infirmière y'a d'autres…

MG Alors moi c'que j'ai fait c'est qu'j'ai mis une infirmière pour administrer le traitement parce que j'étais pas sûre qu'elle le prenne parce que visiblement ses décompensations venaient du fait qu'elle prenait mal ses traitements, aussi. Heu, quand on la voit elle présente très bien hein, faut vraiment se méfier, et j'me suis dit j'vais mettre quelqu'un, on verra ce qu'elle me racontera, ça a pas loupé, bon j'suis pas sûre qu'elle fasse vraiment tout ce qu'il faut, à ce moment-là quelqu'un qui voit quelqu'un tous les jours il peut se rendre compte de ce qui se passe, donc le fait de mettre une infirmière tous les jours c'est surtout une surveillance qu'on met, qu'est ce qui se passe ? Ca c'est une première choses mais j'ai des situations de dépendance, là par exemple j'ai une patiente faut imaginer qu'est-ce qu'on voit, une patiente qui vit sur son fauteuil depuis le 15 août qui refuse d'aller sur son lit, qui a une arthrose très très importante, qui a de très très mauvaises relations familiales, qui supporte pas du tout sa dégradation et qui ne veut aucune aide.

EG Donc elle a personne?

MG Elle a sa fille, sa fille qui est grandement alcoolique, c'est assez folklo, j'ai réussi à la faire hospitaliser là, je pensais qu'elle avait un épanchement pleural , en fait non, on voit des situations d'inadéquation, enfin c'est peut-être aussi parce que je suis à l'écoute des patients que je m'en rends compte, ou peut -être parce que j'ai des patients qui sont peut-être plus difficiles, c'est possible, parce que la plupart du temps les gens qui ont confiance dans le système soignant, sont pas réfractaires à ce point à l'hôpital

EG Alors que vous, chez vos patients il y a une grosse opposition?

MG J'ai eu un patient qui a jamais voulu que je vienne chez lui, il est décédé, jamais il a voulu.

EG Il se déplaçait au cabinet?

MG Ah oui, en rampant mais il venait, il avait plus de 95 ans quand il est mort, c'est son fils qui m'a expliqué ce qui se passait et qui voulait absolument pas me voir et qu'il voulait mourir comme ça,

EG Il refusait les soins?

MG Complètement, et elle a donc une fille médecin,

EG La dame…

MG Qui est sur un fauteuil, qui est rigide comme tout

EG Et la fille alcoolique

MG Une est médecin et l'autre alcoolique, c'est hyper simple, non les situations y en a pas une qui se ressemble, faut inventer à chaque fois, alors c'est génial quand on a quelqu'un qui accepte un bilan à X (HG), on fait une évaluation gériatrique la personne fait des test pendant toute une demi-journée voire une journée, comme ça on sait ce qu'elle a on peut mettre au point son degré de dépendance, agencer son appartement, mettre en place les aides, revoir un peu la situation plus tard, mais c'est très lourd, mais c'est génial, mais qui va accepter de le faire ?

EG Les candidats sont rares…

MG C'est à dire que concrètement les gens veulent être autonomes moi ici j'suis dans un endroit où les gens ont leur pavillon, c'est pas des locataires, c'est des gens propriétaires, donc ils ont besoin de maîtriser, j'ai une population de gens qui sont la plupart du temps des chefs, des patrons, des profs, des gens qui … des dominants, j'ai beaucoup de gens qui sont comme ça dans ma patientèle, qui ont l'habitude de maîtriser tout, ils croient qu'ils peuvent pas déléguer, ceux qui sont souples ça pose pas de problème on peut leur donner toutes les aides, terminé. Depuis les repas à domicile en passant par l'aide-ménagère, en passant par, parce qu'il faut pouvoir, y a aussi un autre problème, faire des courses, acheter, est-ce que la personne va acheter ce qu'on veut, est ce qu'on peut, c'est un problème de relation aux autres, est ce qu'on est capable de donner de l'arg… de faire confiance à quelqu'un pour faire des courses, parce qu'on peut pas le faire tout seul, après y a toutes les relations persécutées que beaucoup de gens veulent pas que quelqu'un rentre chez eux, j'vous assure, je ne savais pas !?

EG Si si, si si…

MG Je savais pas moi, oui, ils se sentent agressés par le fait que quelqu'un vienne, y en a qui au contraire ils sont heureux, « enfin j'ai un peu de vie tous les jours, j'suis très content », mais y en a d'autres…

EG Faut s'adapter… Est-ce que vous êtes convaincue vous de l'intérêt, de vertus du maintien à domicile ?

MG Je pense, c'est la seule chose que les gens veulent, être chez eux. Ils sont bien que chez eux, c'est là qu'ils ont leur souvenirs, surtout quand y a des décès, quand on vieillit c'est qu'en général y a un conjoint qui est plus là, donc ils sont seuls, y a ceux qui veulent quitter l'endroit parce que ça peut devenir douloureux y a ceux qui au contraire ont bien vécu la chose, et ils sont en train de leur parler au conjoint, si vous les déracinez, vous les tuez. J'ai envie de dire que c'est au cas par cas là aussi mais

dans l'ensemble j'ai jamais vu, enfin j'ai que 2 patientes qui ont, 1, 2,3, j'ai 3 patients qui ont anticipé la maison.

EG En disant ça va être trop compliqué, qui s'y sont pris en avance…

MG Dont un qui vient de décéder, ça devenait vraiment trop lourd hein, diabétique, dialyse, amputation de pied…

EG Hm, vous avez continué à les suivre?

MG Bien sûr! Ca c'était très important pour eux, d'avoir toujours leur médecin, d'avoir leurs mêmes repères, leur même mobilier, c'était leur mobilier chez eux, très important ça aussi ! Qu'ils soient chez eux, et ils ont tous été ravis de ça. Tous ceux qui ont choisi cette solution, même 4, j'en ai une 4ème aussi, enfin elle être décédée, elle doit être plus de centenaire maintenant, depuis le temps faut que je remonte dans ma mémoire, 5 ! J'en ai eu 5.

EG Ah oui, et c'est eux qui avaient initié la réflexion tous seuls ou est-ce que vous aviez parlé avec eux de ça?

MG Alors y en a une, j'ai dû en parler, avec son fils elle était pas capable d'y penser toute seule, l'autre ça c'est passé dans la famille les 3 autres ils ont anticipé tous seuls

EG D'accord, donc ils ont fait

MG Ils m'ont demandé conseil, "qu'est-ce que vous en pensez?" ils m'ont demandé conseil parce qu'ils avaient besoin de savoir si j'allais continuer à les voir, et puis j'ai une autre dame qui a choisi une autre solution, elle a pris un appartement dans le centre d'R (ville d'exercice) , elle a voulu continuer à garder son autonomie mais dans une maison de plain-pied, proche et j'continue à la voir, c'est-à-dire que c'était sa solution, mais elle a pas été jusqu'à penser à la maison de retraite, elle a pensé juste à continuer à faire son marché parce que ça maison était très très difficile d'accès.

EG D'accord, qu'est-ce qui vous semble difficile dans la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie

MG [silence, réflexion] qu'est-ce qui me semble difficile, quand la famille n'est pas là, que la parole n'est pas facile, qu'on puisse, en fait tout le problème c'est quand la parole circule pas quoi, c'est à dire quand les besoins sont pas exprimés, y a différentes choses, y a ceux qui sont capables de dire leurs besoins, mais la plupart du temps, ce que moi j'observe, c'est que les besoins, reconnaître qu'on a besoin ça fait partie des choses, j'crois qu'il y a 2 choses très très dures dans la vie c'est dire « j'ai eu tort » et « j'ai besoin », dire j'ai besoin c'est insoutenable pour beaucoup beaucoup de gens, c'est rare, d'ailleurs les gens qui le supportent le moins de demander sont ceux qui anticipent et prennent les devants, ceux qui supportent le moins de reconnaître qu'ils ont besoin sont ceux qui vont veiller à leurs besoins, de manière générale dire « j'ai besoin », les gens ne pensent pas à leurs besoins, c'est très surprenant, ils n'imaginent pas qu'ils ont besoin, la seule chose qu'ils sont capables de reconnaitre c'est, bon le ménage, ils se rendent compte que c'est une tâche qui les embête, faire la cuisine, bon c'est dur de passer le relais parce qu'on aime bien, on est attaché à sa nourriture, la toilette c'est humiliant, y a des franchissements difficiles, voilà, l'autonomie n'est pas quelque chose de pensé à l'avance donc faut pouvoir, plus on arrive à être proche des gens et à les faire à avancer par petites touches en disant « est ce que vous avez pensé que vous avez besoin de quelqu'un qui vous aide, est ce qu'on vous aide pour le ménage, pour manger, qui c'est qui vous fait des courses, est ce que votre frigidaire est plein, est ce qu'il est vide ? », ces questions là, ça vient au fil, quand ça vient tout massivement, moi j'peux pas parce que je peux pas faire ça avec tout le monde, c'est très intrusif donc faut y aller très doucement...qu'est ce qui est dur…

EG C'est plutôt de leur côté alors ? pour les patients d'exprimer… vous vous n'avez pas de difficultés à proprement parler dans la prise en charge médicale ou sociale?

MG Ah bon?

EG Non, c'est une question …

MG Ben ,je ne raisonne pas comme ça, je raisonne au fur et à mesure, je vois les situations, comme y a pas une situation standard, je sais pas me préparer à l'avance , moi j'ai reçu une formation à l'hôpital qui était idéale, avec l'assistante sociale, avec tous les services, y a qu'à cocher la case de c'qu' on' veut y a qu'à téléphoner et tout marche bien, mais en réalité tout ça a un coût et est ce que les patients le veulent ? est-ce que en réalité y a heu… Si on, moi j'essaie de faire du sur mesure, j'essaie de pas les agresser, déjà c'est dur de vieillir, déjà c'est dur, c'est difficile, alors j'essaie d'être à leur écoute, maintenant est ce que c'est difficile, c'que j'ai… j'ai l'impression que ce qui est difficile c'est de vieillir! Heu, quand les gens vieillissent avec des cumuls de problèmes de dépression et de conflits familiaux là, ça devient très compliqué donc il reste plus que l'hôpital, quoi voilà. Moi très simplement, soit j'arrive à gérer soit j'arrive pas à gérer, si j'arrive pas à gérer, au premier clash, j'envoie à l'hôpital, mais le problème c'est que l'hôpital ne gère pas ! c'est pas parce qu'on envoie à l'hôpital qu'ils vont gérer le problème social, ils sont capables de nous renvoyer le bébé jusqu'au prochain problème ! Donc heu, y a moi j'suis prête à faire le maximum mais à un moment moi j'suis au bout du bout du bout et faudrait que ce soit fait de l'autre côté, et c'est pas toujours fait, je dirais même pas souvent,

EG Vous avez un relais d'assistante sociale en ville?

MG J'suis obligée d'aller les chercher à l'hôpital ! Non, le relais, écoutez, tous les essais d'assistante sociale que j'ai fait c'est un parcours du combattant, on ne sait pas, je pense que aucune assistante sociale ne vient nous appeler, on ne nous prévient pas quand on s'installe, quelle est l'assistante sociale du coin, on ne nous prévient pas qui il faut appeler, y a un service d'assistante sociale de ville et un service d'assistante sociale de l'hôpital, concrètement en ville, pour tomber dessus, y a des permanences de telle heure à telle heure, faut tomber sur le bon territoire où elle habite, comme si on savait nous les sectorisations ! Donc c'est un véritable parcours du combattant parce qu'elles sont elles-mêmes mobiles, elles vont à droite à gauche et on nous donne un téléphone fixe, donc excusez-moi, on ne tombe quasiment jamais dessus ! Bon, ça c'est une première chose, bon des fois on tombe dessus on a de la chance mais ça va pas être la bonne personne, « ah bah elle est pas là ! », c'est « de quoi vous.. ? », moi j'pense que ça m'a dégoûtée d'appeler les assistantes sociales de ville, j'vous préviens, je les appelle pas.

EG La mairie a pas de service, heu ?

MG Je demande aux familles d'appeler la mairie et de voir avec eux, je demande les télés-alarmes ça neutralise on va dire, certaines angoisses liées au manque d'entourage qu'il y a, à l'hôpital j'ai Mme T, qui est une assistante sociale de l'hôpital d'X (HGN le plus proche) qui par bonté d'âme répond à mes questions mais c'est vraiment une question de relation, on va dire par sympathie, qui me débrouille le problème, nous manquons, très clairement d'interlocuteur social ! Y a pas de pivot ! Y a un problème social, ou quoi faire, comment régler le problème, il faut que quelqu'un se penche sur chaque cas, et on fait souvent nous-mêmes du bidouillage, et on perd du temps, en définitive, et c'est pas notre rôle, très concrètement, y a un problème majeur, on essaie de mettre un voile pudique sur le social et qu'ça va s'régler tout seul …

EG Vous avez déjà fait appel à un CLIC dans la région ?

MG Alors voilà un truc que j'ai jamais compris, à un moment donné on en avait parlé et ce que j'ai découvert que le CLIC ne correspondait pas au secteur ou j'sais plus quoi, enfin bref, là aussi y a des sectorisations, des secteurs …

EG Oui c'est pas facile d'accès…

MG J'sais même plus ce que c'est, vous voyez, j'ai encore oublié ce que c'est

EG Je sais que dans une autre ville on m'avait sorti un classeur d'un CLIC de la région…

MG J'ai téléphoné ! Non, mais J'ai téléphoné ! Et on m'a dit, « ah vous êtes hors réseau », voilà, démerdez-vous…

EG On vous donne pas de relais…

MG Chacun sa merde et Dieu pour tous !

EG (rires) En général la famille du patient c'est une aide ou un obstacle ?

MG Toujours une aide, je veille à ce que ce soit une aide, même quand ça paraît un obstacle, je décide que c'est une aide !

EG Vous faites la médiation…

MG J'ai décidé que c'était une aide, c'est tout ! (rires)

EG Vous en bavez en plus !

MG Eh oui ! Mais j'vais tout faire pour lui adoucir les mœurs, la détendre, l'apaiser, pour qu'elle puisse être capable de faire ce qu'elle veut faire, dédramatiser…

EG Est-ce que vous utilisez des tests en routine pour l'évaluation gériatrique et qu'est-ce qui vous semble important dans l'évaluation gériatrique ?

MG Le MMS là ? Concrètement je ne le fais pas, je pose la question à l'entourage « Comment vous le sentez, qu'est ce qui se passe ? », je pose des questions très simples hein, la date , qui c'est qu'est président, dans quelle ville on est, j'pose des questions mais je creuse jamais jusqu'au bout parce que quand ça déraille ça me suffit pour voir qu'il faut faire un bilan mémoire donc je l'adresse chez le neurologue, et ensuite c'est tellement douloureux pour la personne quand elle voit qu'elle est défaillante, que, moi j'suis dans une relation de confiance, j'suis dans une relation d'aide, j'suis pas dans une relation de diagnostic intrusif, je veux préserver la relation que j'ai avec eux de confiance donc je veux pas faire mal, voilà. Ensuite, j'ai une patient là j'suis quasiment certaine qu'elle est Alzheimer mais son mari est autour, elle est pas encore dans une situation catastrophique, elle est dans un déni, sa petite fille m'a dit ,elle doit perdre la tête mais elle refuse catégoriquement de voir un médecin, elle a cessé de me voir pendant 2 ans, elle voulait pas me voir, donc j'pouvais rien faire donc là elle a accepté de me voir,

EG Vous continuiez à suivre le mari dans l'intervalle ?

MG Bien sûr, et avoir des informations par la petite fille, donc en fait ça me permettait de voir, j'posais la question « quand est ce qu'elle veut me voir ? » et elle était d'accord, elle a accepté enfin d'avoir un bénéfice de me voir, mais les gens ils ont des étapes

à franchir, voilà, ça se fait par paliers, soit en douceur, soit en violence.

EG Vous avez l'impression que vous pouvez peser sur le cours des choses entre le choix soit maintien à domicile, soit institutionnalisation ? Est-ce que vous vous sentez légitimes pour le faire ?

MG (silence) Alors peser qu'est-ce que ça veut dire …? Moi j'ai essayé plusieurs fois de suggérer, jamais ça a fonctionné, toujours les gens se sont cramponnés, je dirais même que plus je parlais d'institution, et plus ils voulaient rester à domicile, donc j'ai arrêté d'en parler.

EG Vous laissez ceux qui envisagent de vivre seul…

MG C'est-à-dire que si ils m'en parlent, j'attends qu'ils abordent la question, et j'essaie moi-même de poser la question, je sens « Comment vous voyez la suite ? Est ce que vous êtes bien chez vous, est ce que vous pouvez imaginer être plus confortable avec un entourage auprès de vous, avec un personnel permanent, est ce que ça vous angoisse d'être seul ? ». Enfin je pose des questions, « est ce que la télé-alarme, est ce que vous l'avez ? » Comme j'ai des gens j'vous dis en zone pavillonnaire ils se mettent la télé-alarme et ça leur vaut maison de retraite, pas mal. (Rires)

EG Ils sont rassurés…

MG Oui oui, c'est ça, parce qu'en fait qu'est-ce qui fait qu'on va en maison de retraite? C'est parce qu'on se rend compte que c'est trop dur, mais y a beaucoup de gens qui préfèrent changer le monde plutôt que se changer… veulent pas s'adapter, adapter les autres, donc c'est les autres qui doivent s'adapter à couvrir un manque.
EG Comment interviennent le temps et l'argent, puisque c'est une prise en charge qui prend souvent du temps, est ce que ça vous pose problème?

MG Alors, hmhm, moi j'ai pas d'enfant, donc j'ai plein d'impôts quand je gagne plein d'argent, donc j'ai décidé que j'arrêterais de travailler comme une tarée et que je ferai mon travail comme je peux et puis c'est tout. Voilà, c'est vrai que c'est TRES chronophage et que c'est pas reconnu, j'pense que des patients qui écoutent leur, des médecins qui écoutent leurs patients comme je les écoute, bon y a ceux qui râlent parce que ça met du temps, et puis y a ceux qui apprécient, c'est un choix de vie ; Mais j'suis sûre qu'il y a des tas de médecins qui s'embarrassent pas, qui règlent même pas le problème, hôpital, démerdez-vous, consultation minimaliste.

EG Comment vous intervenez concrètement dans la mise en place des aides, qu'est-ce que vous faites, qu'est ce que vous déléguez?

MG Ben j'fais les ordonnances, j'leur dis où aller, donc les aide-ménagères c'est eux qui font, l'aide-soignante, j'leur demande, j'sais pas où on peut avoir une aide-soignante mais y a un système de Croix-Rouge à M (ville proche), souvent les gens se débrouillent eux-mêmes pour voir j'leur demande d'aller à la mairie pour connaître tous les organismes d'aide à la personne parce que j'peux pas tout faire…

EG Non non bien sûr…Au niveau de l'aménagement du logement…

MG J'ai beaucoup d'enfants sinon…J'deviens la mère quoi…

EG (Rires) C'est ça, Ca vous en fait pas mal ouais… Au niveau de l'aménagement du logement, vous avez un ergothérapeute ?

MG Non j'en ai pas, bon les enfants prennent en charge ce genre de choses, des fois ils sont à côté de la plaque ils ont besoin d'installer un fauteuil monte-escalier, ça calme, c'est des anxiolytiques.

EG (Rires) Vous avez l'impression d'être assez bien formée dans ce domaine, des aides techniques ?

MG (Silence) J'suis sûre qu'on est insuffisamment formés parce que les choses évoluent… qu'est ce qui existe à part les déambulateurs, les rampes, les aides pour les fauteuils et ce qui suit pour se laver, enfin bon, moi j'les envoie dans une boutique à T (ville proche) chez Mme U j'leur dis « voilà, ils vendent du matériel pour vous aider au quotidien, posez leur toutes les questions » , y a une boutique à (zone commerciale proche) allez voir ce qui se passe, je sais qu'il y a plein plein de choses qu'on fait pour aider dans tous les cas, jusqu'aux gens qui ont des problèmes de vues, faut faut questionner, voilà, j'les invite à être actifs mais j'leur donne la paire d'oreilles où ils peuvent aller !

EG Ok, est ce que vous avez en tête un ou 2 patients que vous suivez actuellement au domicile, qui vous posent problème ou pour lesquels vous avez l'impression que le maintien à domicile est un peu précaire ?

MG Bah y a cette dame là avec son mari, j'sais pas c'qui va s'passer, j'ai un autre monsieur avec sa femme bon pour l'instant ça tient, à chaque fois ça tient sur le conjoint quoi, quand le conjoint est âgé c'est compliqué, j'vous ai dit la dame avec sa fille alcoolique, j'attends de la faire hospitaliser, bon celle-là j'attendais l'incident pour l'hospitaliser et puis voilà.

EG Oui, chez les gens qui refusent vous n'avez pas d'autres choix que d'attendre un problème médical

MG A ce moment-là j'acquière une autorité de fait puisqu'ils sont au bout du rouleau, ils étouffent, ils

ont un problème, ils ressentent dans leur corps qu'il y a un problème, là ils acceptent, c'est au pied du mur qu'on voit mieux le mur ! (Rires)

EG Est ce que l'envoi aux urgences pour maintien à domicile impossible, hors pathologie aiguë décompensée, pour un problème social unique c'est une situation que vous avez rencontrée ?

MG En tant qu'interne oui, aux urgences, quand j'étais de garde à Y (hôpital parisien), j'me suis faite engueuler comme un chien pourri parce que j'avais hospitalisé la patient, c'est une dame qui partait en vacances, qui pouvait plus s'occuper de sa mère, c'est horrible, c'est épouvantable, c'est vraiment l'abandon du chien…et je me suis dit, je peux pas dire non, et je l'ai prise, et c'est moi qui ai pris les coups hein, mon chef il ma trucidée, « on est pas là pour ça, on est un service d'aigu ! »

EG Et par contre en médecine générale c'est pas une situation que vous avez vécue, envoyer aux urgences…

MG Pour un problème social?

EG Oui par exemple hospitalisation du conjoint ou le kiné qui part en vacances, un médecin qui l'a dit, un kiné qui partait en vacances, qui faisait un drainage lymphatique à une dame, du coup…

MG Non, une fois il m'est arrivé j'avais 2 patients Alzheimer, j'les ai perdus de vue depuis d'ailleurs comme patients suite à ça, et les enfants partaient en vacances et y avait plus personne pour s'occuper d'eux et moi j'partais en vacances, et l'infirmière partait en vacances, y avait plus du tout de repère stable, on se retrouvait dans un vide, 2 Alzheimer ensemble ! J'ai alerté une association de maltraitance parce que j'ai vu le coup venir, parce que l'autre fille qui était à 3000 km, et la famille qui était à côté et qui n'arrive pas à venir à moi et qui me parle pas, et, alors c'était un problème culturel aussi parce que le monsieur était hindou, la mère était française, y a des choses qui rentrent en ligne de compte et qui font que c'est parfois un peu plus compliqué, j'leur ai demandé, avant de signaler ce qui se passe , j'ai eu le droit à une engueulade avec la famille comme quoi ils partaient pas en abandonnant leurs parents comme un chien dans la forêt, qu'ils faisaient pas ça mais c'est ce qu'ils faisaient pas ça(rires) mais c'est ce qu'il faisaient! Ils disaient qu'ils le faisaient pas, ils m'ont agressé, et j'ai dû avertir, j'ai cherché une association, c'que je pouvais faire

EG Les patients ne s'alimentaient pas seuls

MG Ah non, là c'était plus possible! Fallait qu'il y ait des gens qui mettent à manger dans le frigidaire, qu'il y ait un minimum de suivi, de la visite régulière, parce que ils étaient réglés mais c'était château branlant, quoi ! Elle était encore capable de faire son repassage mais s'il se passait n'importe quoi, c'était une catastrophe, donc fallait simplement une surveillance qui puisse apporter une aide en cas de besoin.

EG Et donc les enfants ont mal pris…

MG Oui, le gendre a très mal pris donc du coup j'ai été alerté, du fait de sa réaction, c'est-à-dire que du fait que j'ai vu qu'il faisait toujours rien (rires) j'sais pas ce que ça a donné, ça a surtout donné que moi ils m'ont plus voulu comme médecin traitant donc ça a été un très grand soulagement, et peut être que ensuite ils ont été plus vigilants j'me suis dit, pour le suivant ce sera mieux, c'est-à-dire le suivant il leur aura pas fait subir ça mais ils sauront qu'un médecin peut se mêler à ce point-là, donc je suis forcément la méchante mais j'm'en fous, du coup je sais par la suite parce que j' ai appris par des distributions de plateau repas parce que j'sais où ils habitent donc en fait l'association m'a dit qu'ils leur donnaient des repas à domicile.

EG L'association de maltraitance?

MG Non Non, non, non, eux ils ont jamais été efficaces, ils ont jamais pu rien faire (s'esclaffe), ça a servi à rien du tout, ça a servi juste à mettre du feu dans la famille, c'est tout, j'sais même pas si ils ont été appeler la famille, eux ils donnaient que des conseils c'est tout, j'crois qu'ils se sont même pas mêlés, ils ont rien fait du tout, ils voulaient savoir où ça en était, c'est tout, mais ce que je sais c'est que par la suite y a eu une installation de plateau repas à domicile donc je sais qu'ils ont été pris en charge, qu'ils ont fait quelque chose, donc ça a abouti !Mais j'ai perdu mes patients mais au moins les patients on s'en est un peu occupés, parce que moi je disais, « mais où est le problème, des plateaux repas à domicile, c'est pas possible de faire ça ? » C'était vraiment, « mais j'ai apporté, le frigidaire est plein, y a tout ce qu'il faut ! » j'ai dit « Mais est-ce que vous savez comment ils peuvent cuisiner, ou est-ce que vous vous rendez compte de leur capacités ? », « non mais vous croyez que je connais pas mes parents ? » c'était vraiment très…

EG Oui y avait une agressivité qui s'était mise en place…

MG Oui, ils essayaient de se débarrasser de la culpabilité ils savaient très bien qu'ils se comportaient comme ils faisaient et que j'appuyais là où ça faisait mal, mais il fallait surtout pas reconnaître que c'était vrai, donc l'intérêt c'est que ça a crevé l'abcès donc les parents ont eu une réponse, mais moi j'étais le bourreau, quand on est le sauveur on est le bourreau, ça va avec…c'est le même tarif, ça s'appelle de la reconnaissance ! (Rires)

EG (Rires) Ah oui, reconnaissance ingrate…

MG Non mais quand les gens sont, les gens sont capables de voir les problèmes en fonction de leurs capacités à eux…

EG Alors, comment est-ce que vous décririez vos relations avec l'hôpital, quand vous avez besoin de d'hospitaliser quelqu'un est ce que vous rencontrez des difficultés ?

MG Non. Soit j'adresse à quelqu'un en particulier, j'demande à lui parler, j'lui demande conseil, « qu'est-ce qu'on fait ? » et il me dit quoi faire, soit j'adresse aux urgences.

EG Vous faites quelques fois des hospitalisations programmées?

MG Oui j'fais que ça, mais quand c'est urgent, j'appelle quand… Moi j'appelle, comment je fais pour hospitaliser : j'appelle mon confrère, je lui demande son avis, est-ce que pour lui c'est quelque chose qui nécessite une hospitalisation ? Si j'l'appelle c'est qu'en général ça nécessite ou alors il'm'dit faites ceci, faites cela et on appellera le patient, on fera une hospitalisation programmée avec les résultats, ou alors « j'le verrai en consultation », donc ça c'est lui qui va décider si, il va le voir en consultation si j'appelle tout de suite, si le patient est avec moi, par exemple quelqu'un qui a une anémie à 7g ou 8g ou je sais pas quoi, c'est pas à la minute, il va bien, mais faut faire quelque chose quoi, donc après c'est eux, l'hôpital qui appelle le patient, qui les convoque, mais ça c'est parce que moi j'ai décidé de faire comme ça et de plus passer par les urgences. Les urgences c'est un cauchemar, j'y suis allée avec ma mère, on est restées 8h, elle a failli mourir ave ces conneries… c'était pas ici c'était dans le 78, c'était un cauchemar, les pompiers qui déversaient toutes les 5 min des patients sans arrêt, ils avaient fermé l'hôpital de G ou j'sais plus quoi à côté, c'était horrible. Donc moi je shunte les problèmes comme ça, c'est ma sauce…

EG Très bien, et au niveau donc gériatrie vous avez un hôpital privilégié ?

MG Oui X mais j'en ai très peu, c'est vrai qu'ils peuvent par exemple soulager une famille qui essaie de gérer quelque chose, ils peuvent faire ça

EG Pour les hospitalisations de répit c'est quelque chose que vous faites?

MG Oui, quand ils en peuvent plus oui, mais c'est des familles déjà très construites qui sont capables d'organiser ça, c'est des familles qui répondent aux besoins, qui gardent leurs malades, leurs patients, leurs parents, leurs vieux avec chez eux, à ce moment-là on arrive à sculpter des choses à faire une organisation formidable.

EG Parfois en maison de retraite aussi ?

MG Non, l'HG, parce que non j'ai jamais pensé à faire ça en maison de retraite, j'ai jamais fait ça, parce qu'en général ça a l'air assez compliqué, faut payer, faut réserver, y a une liste d'attente, enfin c'est…ils proposent pas non plus, ils font pas hôtellerie, et les gens qui ont besoin d'un hôpital c'est qu'ils ont vraiment besoin d'un minimum de présence, la présence de la famille en réalité c'est une présence d'infirmière, d'aide-soignante, il faut une toilette, il faut plein de choses, en réalité c'est des soins que seul l'hôpital peut fournir. Maison de retraite les gens sont comme chez eux hein, la rue c'est le couloir.

EG Et médicalisée…

MG Oui alors peut-être maison de retraite médicalisée peut-être mais ça j'connais pas, j'connais qu'une seule, c'est dans les bâtiments et travaux publics, y avait un étage qu'était médicalisé là-bas, j'faisais des gardes, y avait les étages du haut c'était du long séjour, maison de retraite y avait un étage d'aigu pour gérer un peu les problèmes intermédiaires avant l'hôpital quoi, jamais vu ça, maison de retraite médicalisée j'ai jamais vu ça…

EG Hm, Qu'est-ce que vous pensez du concept de réseau, est ce que vous êtes membres de réseaux ?

MG Non, j'crois pas être membre, si je l'suis c'est involontaire, peut être X, réseau soins palliatifs, les réseaux que j'apprécie donc X et Hippocampes, ça c'est des super réseaux, j'sais qu'il y a un réseau diabète, j'ai jamais compris comment ça marchait, parce que mes patients ils sont bien équilibrés, donc j'ai pas de problème, faut dire que j'suis nutritionniste aussi donc ça peut aider, les gens m'ont vu maigrir beaucoup, enfin comme vous me voyez j'ai une vingtaine de kilos de moins qu'avant, j'suis pas mince… mais je viens de loin ! Vous savez que quand heu vous avez pris 45 kilos en 1 an et demi suite à un décès, de mon frère, j'avais 23 ans, j'savais pas gérer enfin j'ai déprimé comme ça quoi et heu

EG Donc les patients ont vu l'efficacité sur vous et savent que vous êtes capables de …

MG Ben non, c'est qu'ils m'ont fait chier, pardon, «comment vous faites Docteur, allez dites-le nous, vous êtes amoureuse, allez»…Donc moi j'ai fait une psychanalyse, c'est autre chose, c'est pas transmissible donc je m'suis dit qu'est-ce qu'ils m'embêtent tout le temps à vouloir maigrir donc j'ai fait un diplôme de nutrition pour être capable de répondre un peu à quelques demandes, ça m'a aidé à soigner les diabètes, et le cholestérol.

EG Comment est-ce que vous avez entendu parler d'Hippocampes?

MG Par l'hôpital, neurologue, Dr C à l'époque, à l'hôpital de secteur, qui était une super neurologue,

j'ai plus eu de relations du tout avec les suivants, Dr x, x et x, j'ai plus de relations

EG Et donc vous vous souvenez pas avoir signé de convention avec Hippocampes… ?

MG Peut-être, j'en sais rien…

EG Dans quelles situations est ce que vous avez fait appel à eux?

MG J'ai pas fait appel à eux, ça marche de l'hôpital, c'est la neurologue qui déclenche

EG Et vous avez déjà rencontré des médecins au domicile pour évaluation?

MG Non uniquement des évaluations de douleur, pour soins palliatifs

EG D'accord, et vous n'avez jamais eu de contact direct avec Hippocampes ?

MG Non, on me raconte, mais les gens sont contents et j'vois que ça marche, que c'est efficace

EG Au niveau des familles ? Dans quelle dimension vous avez l'impression que c'est utile?

MG Ben là j'vois qu'il arrive à être maintenu dans la famille, c'est à dire que le poids du patient n'est pas trop lourd, les personnes ne s'écroulent pas, quand vous gérez une personne dépendante, vous fabriquez une dépression inévitablement, là les gens tiennent le coup…

EG Vous savez s'il y en a certains qui bénéficient d'un soutien psychologique?

MG Non, je ne sais pas, juste pour information, quand j'ai fait mon mémoire de nutrition, moi j'ai étudié le tryptophane, et les troubles du comportement alimentaire, donc mon mémoire il traitait là-dessus et sur quoi je suis tombée, les gens qui ont un comportement d'obésité, avec du sucre, du diabète, heu, ont un déficit de sérotonine intra-cérébral, ainsi que des gens impulsifs multi-récidivistes, ainsi que les gens suicidaires, ainsi que les gens qui s'occupent de personnes dépendantes au long cours, c'est-à-dire qu'est ce que… cette chute de sérotonine, fabrique quelque chose qui s'appelle la dépression avec quand on en manque, on devient impulsif, donc l'impulsivité elle va se traduire par le suicide, les rixes, la castagne, le sucre…manger le sucre, et cette impulsivité, en fait quand on traite par la sérotonine quand on arrive à traiter ben les gens redeviennent plus sereins, mais chez les gens qui s'occupent de quelqu'un de dépendant au long cours, y a effondrement de leur taux de sérotonine au long cours, ils s'effondrent, ils deviennent dépressifs, ça bouffe, ça bouffe une énergie colossale, de s'occuper de quelqu'un

EG Ah oui je savais pas, qu'il y avait des études…

MG ben ça a rien à voir, moi j'suis tombée dessus par hasard

EG C'est intéressant, on en apprend des choses, Dans quelle situation vous vous sentez parfois seule avec des patients et vous avez pas de porte où frapper,

MG Juste pour information, j'ai mon patient de midi qui est arrivé, et j'sais pas si…

EG Si si dans 5 minutes c'est fini

MG Ouais, on va essayer d'être rapide parce que je parle beaucoup pardon

EG Il reste que 2 questions…

MG Allez y

EG Est-ce qu'il y a des situations où vous vous êtes sentie seule, où vous n'avez pas l'aide que vous souhaitez de la part du réseau, ou de correspondants,

MG Ca c'est forcément arrivé mais je m'arrête jamais à ça, je trouve forcément une aide, ça c'est mon tempérament, c'est à dire que quand il y a un obstacle, je vais chercher une autre porte, et je vais frapper à toutes les portes jusqu'à ce qu'il y en ait une qui s'ouvre, mais ça c'est ma méthode, c'est mon caractère, donc je ne baisse pas les bras mais faut de la rage quoi

EG Dans le système actuel, vous avez l'impression qu'il y a des carences dans l'aide aux personnes âgées à domicile, leur maintien à domicile ?

MG Pour moi les carences pour l'instant, elles sont surtout familiales, l'inadéquation elle est là, et dans les personnalités pathologiques qui empêchent la réponse adéquate, j'suis sûre qu'il y a des réponses mais on peut pas y répondre, parce qu'il y a un empêchement qui est pas au niveau de la structure environnante, et je pense que ça vient de ce que y a beaucoup d'imaginaire et y a une méconnaissance de ce type d'organisme, et que peut-être que nous même on sait pas trop où adresser les gens, je sens que les patients sont prêts à accepter si nous on leur dit « vous pouvez aller là », par confiance, ils sont capables d'apprécier, si moi j'leur dis « allez –là », ils vont y aller, bon là j'ai donné le nom d'une personne qui s'occupe de personnes âgées à domicile, qui est privé, elle a pas appelé, j'ai donné le nom d'une femme de ménage, elle a pas appelé, donc ça suffit pas, même si je fais, même si j'avance, ça va pas faire mais ça a peut-être fait qu'elle a accepté l'hospitalisation, voilà, mais je pense que si les médecins pouvaient avoir une grille, un petite carton très simple en disant, voilà si vous avez un problème social, appelez à tel endroit, problème d'aide à la toilette, appelez à tel endroit, problème de… , parce que tout ce qui est médical

on sait, mais y a toute la partie justement sociale, on sait pas, chacun s'démer… excusez-moi mais c'est chacun pour soi, alors faudrait qu'on puisse avoir, si on peut organiser un système, peut être que c'est trop lourd, peut être que c'est mieux de passer de grille à grille, de personne à personne j'leur dis aux gens si vous avez de l'argent ben prenez des chèques emploi service

EG D'ailleurs en parlant d'argent vous remplissez parfois des grilles AGGIR pour l'APA?

MG Oui ça arrive

EG D'accord et pour conclure, pour vous ça devrait être quoi le rôle du généraliste dans la prise en charge de la personne âgée dépendante

MG Ben c'est le pilier, c'est de fait, avec la famille, c'est pas que c'est le pilier, non c'est un garde-fou, j'appelle ça, j'sais pas comment vous dire, nous on doit être là pour veiller à ce que ce soit fait, parce que c'est pas à nous de faire mais nous on doit être là pour vérifier si c'est fait ou pas.

EG Belle image…

MG Oui c'est une image mais J'dis un pilier parce que si y a pas de garde-fou c'est une catastrophe, mais le problème c'est que ça prend un temps fou pour fouiner pour savoir et que c'est pas reconnu, nous n'avons pas un travail reconnu, donc il est bâclé, vous pouvez être sûre que c'est bâclé, parce que quand j'vois ce que ça fait, moi je supporte pas de bâcler un travail, j'ai trop bâclé quand j'étais gosse pour me faire disputer pour voir que maintenant j'ai plus envie de bâcler et puis j'vois surtout le bien que ça peut faire quand c'est bien réussi, et je vois le temps que ça me prend et je me dis « j'ai pas d'enfants » et je me dis « les autres le font pas », c'est impossible, parce que faut le faire avec coeur, faut le faire avec disponibilité, et le temps c'est de l'argent de nos jours, donc voilà, je pense qu'il y a une non reconnaissance de ce travail c'est manifeste.

EG Ben j'vous remercie pour votre temps.

54 minutes

Entretien 16

EG Alors pour commencer est ce que vous pouvez m'expliquez un peu depuis quand vous êtes installé ? Comment vous travaillez ?

MG Installé, ça fait à peu près 33 ans. Je travaille seul et puis là maintenant je suis maitre de stage de avec des internes niveau 1 et des SASPAS.

EG d'accord. Vous avez toujours eu une secrétaire sur place?

MG non. J'ai une secrétaire depuis euh…ça doit faire euh…9 ans à peu près. Parce qu'on est débordés par le travail administratif et puis avec les internes, j'peux plus, faut quand même qu'il y ait quelqu'un qui m'aide. …travail administratif, j'peux pas tout faire, et puis vous avez vu qu'on est quand même y a pas mal de travail, une grosse organisation quand on est pas là, avec toute la partie courrier, ménage, entretien, préparation des locaux pour les internes.

EG ah oui.

MG ah oui. Moi tout a l heure j'ai un interne de SASPAS qui arrive pour deux heures et demi, je suis pas là moi.

EG Ils ont leur cabinet de consultation ?

MG Ils ont leur cabinet, ils sont en autonomie. On a un réseau informatique. D'année en année on essaie d'améliorer pour vous mais c'est beaucoup de travail et une organisation qui est un petit peu difficile.

EG De manière générale, ça se passe comment le contact avec la personne âgée ? est-ce que vous aimez ça est ce que vous trouvez que c 'est gratifiant ?

MG oui. Bon j ai pas de soucis avec les personnes âgées en général. Quelques cas difficiles parfois mais c'est rare. J'ai pas de difficultés particulières.
EG Vous avez une formation en gériatrie ?

MG non pas spécialement non. J'ai été formé à C (fac d'origine), J'ai fait plusieurs maisons de retraite, j 'ai changé de maison de retraite.

EG Comme coordinateur ou Comme médecin traitant.

MG Non comme médecin traitant, j'ai fait plusieurs maisons de retraite parce que je suis installé depuis longtemps, En général c'est au gré des directeurs. Moi j'ai besoin de bien m'entendre avec les gens, je fais confiance aux gens, c'est vrai qu'un directeur qui a un contact particulier ou qui va avoir des instructions sur mon travail de médecin j'aime pas trop. Bon, j'pense que hein c'est tout, j'pense que, Je pars mais je fais toujours ca gentiment. La je travaille dans plusieurs maisons de retraite X Y Z mais bon j'suis pas affilié à une maison de retraite en particulier.

EG Et dans votre cabinet, la proportion de personnes âgées de plus de 70 ans c'est à peu près….?

MG très difficile. Entre 5 et 10%. Y en a beaucoup, y en a pas mal. Que je suis depuis très longtemps. La j'suis la depuis plus de 30 ans, ça va faire 33 ans donc c est vrai que…en fait ils viennent toujours voir le médecin généraliste avant de voir le

spécialiste et quand ils vont voir le spécialiste, ils reviennent voir le généraliste pour voir si le spécialiste a raison.

EG Oui, y a un lien fort

MG Il y a un lien très particulier. C'qui d'ailleurs est extrêmement difficile pour nous, ça nous donne une certaine responsabilité c'est quand ils sont plus âgés faut se déplacer en visite et vous savez le mal qu'on à faire les visites maintenant parce qu'il faut à peu près une heure pour un patient donc c'est pas toujours très facile.

EG Hm, les visites on y reviendra après…Est ce que vous avez un avis sur les reformes qui ont été menées au niveau de la politique de santé récemment pour la personne âgée? Est-ce que vous avez entendu parlé, utilisé les CLICs ?

MG Non, j'utilise mes moyens à moi depuis plus de 30 ans. Ca marche très bien. Et puis la difficulté c'que vous parlez des personnes âgées on a du mal à les faire bouger à ce niveau-là, personnes âgées de plus de 70 ans, les jeunes retraités ça va, les anciens on a du mal, même avec l'aide de personnel infirmier ou kiné.

EG Faire bouger vous voulez dire heu…

MG Changer leurs habitudes. Le médecin c'est tel jour, on change de jour c'est pas facile, Ils ont leur petites habitudes, et bon l'utilisation des CLICS j'ai vu que c'est pas toujours adapté pour des patients très âgés.

EG Ok, est ce que c'est un contact que vous donnez aux familles des patients quand ils ont besoin d'information ?

MG Non mais les familles des patients ils savent comment on peut travailler, les familles des patients en général on se rencontre en général une fois par an. Moi j'travaille on a un Carnet de liaison hein, c'est assez facile, y a le Dossier informatique quand ils sont là, le carnet de liaison, une infirmière, kiné. Le réseau, bon, quand y a besoin, parce que le réseau Hippocampes très honnêtement j'en ai eu besoin qu'une fois. J'travaille, j'aime bien les réseaux mais la difficulté c'est que dans l'organisation moi je sais que ça roule, donc quand j'ai besoin du réseau, c'est arrivé une fois à la demande des parents, je l'ai fait. J arrive à bien me débrouiller. Et puis mon organisation me permet à moi d'avoir des gens en qui j'ai une entière confiance. Les infirmières c'est très important.

EG Y a un cabinet en particulier avec qui vous travaillez ?

MG Non, y a un certain nombre d'infirmières y en a en qui j'ai une confiance aveugle c'est-à-dire que je leur confie quelque chose, je sais que s'il y a un problème, elles m'appellent. Si je suis pas là, j'ai un message SMS, le remplaçant est prévenu ou l'interne, ça roule. Y a d autres infirmières qui de temps en temps modifient un peu mes prescriptions, elles en font un peu à leur gré, j'aime moins. Mais j'suis très cool, plus j'avance en âge plus j'suis cool. Mais c'est vrai pour moi c'est extrêmement important Pareil pour les kinés, J'ai besoin de connaitre le personnel. Donc dans les réseaux je connais pas toujours les gens qui interviennent, c'qui est la difficulté puis c'est vrai que j'suis très pris, maintenant j'ai la fac et quand j'suis pas là j'ai des journées j'suis à la faculté en train de préparer des cours donc c'est…

EG Chronophage.

MG C'est un peu chronophage mais c'est pour vous, il me reste 2 ans je vais essayer de les faire avec mon professionnalisme habituel quoi.

EG Dans 2 ans la retraite ?

MG Ben j'ai 62 ans. 64 j ai promis a ma femme de m'arrêter. Au départ c'était 63 et j'ai réussi à reporter à 64, et puis après je m'occuperai des étudiants, un petit peu, plein temps quoi.

EG Donc vous m'avez déjà dit un petit peu mais avec qui est ce que vous travaillez dans la prise en charge de vos personnes âgées à domicile, hormis infirmière kiné, est ce qu'en en libéral ou à l'hôpital y a d'autres correspondants ?

MG Ben en fonction de la pathologie. S'il y a besoin d'un cardio il voit un cardio, s'il y a besoin d'un nutritionniste, il voit un nutritionniste, La diète, j'suis pas trop mauvais. Je fais beaucoup de diète tout seul parce que j'aime bien, Quand j'suis embêté, que j'sens qu'ils comprennent rien, j'fais passer une diète, C'est là que les réseaux peuvent nous aider parfois quand on a du mal. Moi j'fais partie du pôle santé Essonne, donc j'dispose de, suffit que j'appelle, c'est une association de médecins, un pôle santé dans lequel on fait un tas de choses, surveillance de certaines pathologies avec un carnet d'adresses assez important de paramédicaux. Donc on a un circuit, un réseau qui s'étend, c'est-à-dire qu'un confrère a eu besoin de tel personnel on sait qu'elle est bien, elle rentre dans le, elle a tout compris, on appelle la secrétaire et c'est elle qui gère, moi j'ai un problème de temps. C'est vrai qu'on est un peu fermé, pas fermés sur nous-mêmes. Mais, les réseaux c'est très très bien, on en a besoin. La difficulté c'est qu'on est pas toujours au courant de ce qu'il se passe entre la famille, le réseau. Moi je défends toujours les réseaux parce que c'est fait par des médecins pour des patients. C'est vrai que parfois y a une synchronisation ou alors j'ai pas toujours de cahier Ou alors ils changent mes habitudes de travail bon, même si j'suis assez ouvert, c'est assez difficile quand vous avez une organisation qui marche depuis plus de 10 ans, mais j'suis pas contre, je suis au contraire vachement ouvert, hein.

EG Qu'est-ce que vous trouvez difficile dans la prise en charge de la personne âgée à domicile ?

MG Chronophage, c'est tout, faut se lever très tôt, mais sinon non j'adore. Mais c'est très chronophage. Faut avoir une bonne organisation pour bien vérifier que les examens soient faits. Temps en temps contrôler les médicaments, faire très attention qu'ils prennent pas 2 fois les mêmes médicaments avec les génériques, d'où l'importance de la surveillance de la boîte de traitements et des infirmières c'est là qu'le rôle de l'infirmière est capital. Moi je préfère une bonne infirmière que…j'allais dire qu'un fantastique remplaçant quand j'suis pas là. L'infirmière est vraiment, et ma secrétaire qui est mon organisation, mon deuxième poumon, sans elle j'suis perdu. Les internes m'aident beaucoup, sont vraiment très très importants pour moi, j'fais une confiance, je les forme bon j'éspère que la confiance est réciproque. Mais comme je forme des internes de la faculté de Cochin, je connais leur formation donc j'essaie de leur inculquer les bonnes méthodes de travail, j'utilise beaucoup l'informatique sauf au domicile parce que c'est très difficile mais j'ai mon cahier de liaison et ça marche bien, bon Ça fait un peu vieux schnok auprès des infirmières mais ca les fait marrer maintenant. « Ah, c'est Dr un tel » Ben oui, mais y a une trace. Quand on fait une connerie bon ça arrive, j'suis pas Dieu le père, ben y a une trace, les spécialistes ils aiment bien. Ils aiment bien regarder le carnet que ce soit les cardio, rhumato, d'ailleurs a tel point que quand ils sont hospitalisés qu'j'suis pas là ils partent avec le cahier. Ils savent. Et puis bon, vous verrez, les hospitaliers vous connaissent parfaitement. Ils savent très bien qui vous êtes, quand vous êtes installé depuis 30 ans, les internes ils vous connaissent pas, les chefs de service ils vous connaissent très très bien. Ils vous ont connu comme externe, J (ville proche), moi j'ai été externe à J, ils vous connaissent très bien. Puis moi j'pars plus en vacances qu'avant parce que j'en ai besoin, toutes les 6 semaines à 2 mois j'prends une semaine, ça roule.

EG D'accord, vous disiez que c'est très chronophage. Est ce que ça vous pose problème au niveau de la rémunération, le paiement à l'acte ?

MG Non, parce que c'est pas un problème de rémunération, je pense que les actes médicaux sont sous-payés mais heu bon c'est pas sous ma responsabilité, bon ça l'est, je m'suis beaucoup investi, j'ai été syndiqué, j'avoue que j'ai levé le pied sur ce plan-là, on obtiendra à mon avis pas grand-chose, on s'défend pour les jeunes confrères, pour vous, mais c'est vrai que c'est chronophage, quand vous passez une heure avec une personne âgée que vous êtes payé 33 euros avec un déplacement de 10 euros qui couvre même pas les charges, pour les jeunes ça va être surprenant c'est tout ce que j'ai à dire.

EG Est-ce que vous êtes convaincu des vertus, de l'intérêt du maintien à domicile ?

MG ça dépend des personnes âgées, ça dépend comment est le logement, ça dépend de la famille, ça dépend de facteurs multiples. Plus on peut le faire, meilleur c'est, à condition qu'on puisse se déplacer et qu'on favorise le déplacement et l'organisation des circuits courts en santé

EG D'accord, En général qui initie la réflexion entre maintien à domicile ou institutionnalisation ?

MG Ben c'est moi avec la famille. Normalement, la plupart du temps. Moi, j'suis très ouvert. Je discute. Quand les parents sont à distance ils m'appellent, y a aucun problème, Je peux même parfois les orienter, ou leur dire que je suis d'accord, j'suis pas d'accord, mais la décision leur appartient, J'donne mon avis de médecin hein.

EG Vous vous sentez légitime pour le faire ?

MG Non, c'est pas une question d'être légitime, c'est que la plupart du temps quand on suit des personnes âgée depuis longtemps, La plupart du temps les enfants vous appellent parce que vous êtes le docteur, j'donne mon opinion mais ce n'est qu'une opinion, j'leur dis que la décision appartient aux enfants à la famille. J'oriente, c'est tout, je n'ai pas à intervenir ou à choisir la maison de retraite, Y a des endroits que je préfère, y a des endroits que j'aime moins, y a des endroits où je peux aller facilement, y a des endroits où je peux pas aller, après Ils choisissent, j'suis ouvert, hein. C'est vrai que je préfère connaître, quand je connais le confrère qui est sur place ou qui peux prendre en charge, c'est comme dans tout service médical, y a des maisons de retraite qui sont extra ordinaires, y en a d'autres qui sont moins bien, y en a d'autres où c'est franchement pas extraordinaire. C'est pas moi qui décide.

EG Donc vous n'avez pas l'impression que vous pesez sur le cours des choses ?

MG Non, Je donne mon avis et les gens choisissent, après ils sont libres.
EG En général la famille c'est une aide ou un obstacle ?

MG Non c'est une aide. J'ai jamais eu d'obstacle avec des familles je trouve que c'est pas le rôle du médecin d'en faire un obstacle, on est pas là pour ça, moi je me suis occupé beaucoup de mes grands parents, Je vois pas comment un médecin peut-être un obstacle à une décision familiale, on est là pour orienter, on a pas à être en conflit avec une famille.

EG Ca ne vous arrive pas des familles avec qui vous êtes en désaccord, qui par exemple

MG J'peux ne pas être d'accord, mais je reste persuadé que notre travail de médecin ne doit pas

être conflictuel doit être calme, doux, tranquille, et plus j'avance en âge plus ma réflexion est posée et les gens prennent leur décision. J'suis pas d'accord, j'suis pas d'accord, point. Par contre une fois qu'ils ont pris leur décision, s'ils me reprochent leur décision, j'leur dis non mais attendez parce que moi je note sur les dossiers, je note tout. J'dis mais « souvenez-vous quand on avait eu l'entretien téléphonique tel jour à telle heure je vous avais pas conseillé d'aller à cet endroit-là » parce qu'après y a des difficultés, je note, c'est tout. Mais c'est arrivé une fois. J'ai vu débarquer un monsieur qui m'a dit que j'avais pas pris la bonne décision. J'lui ai dit c'est pas moi qui ai pris la décision, il était pas content de la maison de retraite, Le problème des maisons de retraite c'est le coût, j'lui ai dit c'est pas moi qui ai pris la décision, j'vous ai transmis l'information à telle date, il est devenu plus tranquille, après il s'est rendu compte que c'était pas à mon niveau que ça se jouait, quoi…

EG Vous notez plus par souci médico-légal ou pour vous?

MG Les deux, médico-légal vous verrez dans votre carrière de médecin, y a parfois des gens qui sont un peu difficile, il suffit que y ait un problème et qu'ils se plaignent auprès d'une institution, Si vous avez pas de quoi vous défendre auprès de nos confrères, ben, vous êtes mal. Et l'ordre ne peut vous défendre que si vous avez les moyens de répondre à ce qu'ils vous disent, si vous avez pas les moyens, vous vous faites allumer ... C'est mon avis.

EG Dans l'évaluation gériatrique, qu'est-ce qui vous semble important et qu'est-ce que vous utilisez en routine, si vous en utilisez ?

MG Au domicile pas grand-chose parce que c'est pas très simple. En dehors du MMS, des Tests de mémoire, de calcul, bon des petits tests rapides, bon j'peux faire rapidos le test de l'horloge, c'est vrai que j'aime pas trop le faire au domicile, c'est pas facile, ici j'ai à disposition tous les tests sur informatique donc là je m'amuse, voilà c'est tout. Bon j'utilise pas trop les trucs des maisons de retraite, sur lesquels j'ai travaillé, j'trouve pas ça exceptionnel, j'ai mes petites habitudes à moi, un carnet de bord sur lequel je surveille les personnes âgées qui est beaucoup plus efficace à mon avis parce que j'vois tout à fait quand il y a un problème, une aggravation. J'ai eu l'expérience hier soir d'un patient qui s'est dégradé en 4 jours. Par exemple heu, bon bein, qu'est-ce que j'ai fait j'ai imprimé le carnet de bord j'ai fait une lettre et j'ai filé tout ça à mes collègues hospitaliers, donc ils avaient toutes les bio et l'histoire depuis un an. J'pense qu'il a fait une poussée d'insuffisance rénale, amaigrissement, donc j'pense qu'on va trouver une lésion primitive abdominale, j'espère pour lui que c'est pas un cancer du pancréas parce qu'il a un ictère. Il s'est dégradé en 4 jours.

EG 4 jours, avant ça y avait vous le voyiez pour d'autres problèmes ?

MG Ben, j'voyais qu'il y avait des soucis, il était sous surveillance, il était en plein bilan, on devait prendre un avis uro, cardio, tout ça était programmé, j'ai pas eu le temps, mais ça permets

EG D'accord, du coup il est passé par les urgences...

MG Ah bah là il est pas bien, là il est en poussée d'insuffisance rénale sévère, j'vais pas le garder, il mange plus. Y a un problème. Mais c'est quand même très pratique d'avoir ça, même si j'ai mal fait, si ça trouve y a des choses que j'ai pas bien faits. Mais quand vous allez voir un patient à 22h30 plutôt que d'écrire sur un bout de crayon, j'ai imprimé ça, j'ai une lettre type, puis le motif je laisse ça en blanc, ça leur permet d'avoir les antécédents, le traitement en clair, pourquoi comment etc, après, moi j'travaille comme ça, quand j'peux pas le faire, c'est vrai que j'écris très mal ils ont du mal mes collègues, mais ils m'appellent. Deuxième chose, les tests c'est vachement bien mais qu'est-ce que c'est chronophage aussi (rires) ! Test mémoire j'ai eu une formation avec le pôle santé Essonne, c'est vachement bien mais c'est vachement chronophage le MMS bien fait on le fait pas en 5 minutes. C'est pas très facile. Maintenant, bon quand on a des consultations plus courtes qu'on est en rendez-vous On prend trente minutes, on peut le caser, c'qui est bien c'est quand quelqu'un de la famille peut être la. La difficulté des personnes âgées, c'est souvent ils ont oublié de noter, et à la fin de la conversation ils reprennent l'histoire depuis le départ, mais bon ils sont tellement sympas que.
EG D'accord, Est ce que vous faites la différence entre un patient que vous connaissez de longue date et un patient récent ?

MG Non pas de différence… c'est des patients, Pour moi c'est plus facile pour un patient que je connais de longue date mais j'fais pas de différence.

EG Dans la mise en place d'un maintien à domicile concrètement qu'est ce que vous faites et qu'est ce que vous déléguez ? Pour mettre en place une auxiliaire de vie…

MG Ben moi j'organise, après je délègue toute le reste. Je me mets d accord avec la famille, je les oriente, j'leur dis qui, mais c'est eux qui choisissent leur auxiliaire. Leur infirmière, je leur conseille fortement de prendre les infirmières que j'aime bien et avec lesquelles je travaille, mais c'est la famille qui décide. L'organisation médicale de surveillance c'est moi qui l'impose. Parce que bon c'est un peu plus facile pour moi, bon de temps en temps y a une infirmière qui a des habitudes différentes ou qui veut fait différemment, j'essaie de faire comprendre à la famille qu'il faut qu'il y ait quelqu'un qui soit

le chef d'orchestre et si c'est l'infirmière c'est plus difficile. Je tranche, si je sens que c'est difficile je me retire. Je n'aime pas être en conflit avec des gens, Ça m'est arrivé de pas du tout apprécier l'infirmière, j'me suis retiré.

EG Donc, un patient que vous connaissiez depuis longtemps ?

MG Je me suis retiré, mais un mois après ils m'ont rappelé. Je me suis retiré, je peux pas travailler si j'ai pas la confiance des gens, est ce que c'est lié à mon âge peut-être, peut-être que, j'suis pas intransigeant, j'peux pas. J'peux pas ne pas avoir confiance, j'veux dire y a des traitements anti coagulants, les infirmières formées je leur fais confiance, mes diabétiques âgés, j'fais confiance aux infirmières, j'ai simplement un petit mail, un SMS mais j'ai besoin d'avoir du personnel en qui j'ai confiance. Alors par contre elles sont formées au pôle santé, c'est des gens formés.

EG C'est ça votre critère de sélection…

MG Ouais, elles sont formées, si elles veulent pas se former c'est niet. Elles sont formées au pôle santé et payées par le pôle. Elles touchent des rémunérations supplémentaires, pour le travail qu'elles font.

EG Pour les anticoagulants ?

MG Oui elles ont un travail, elles sont formées, elles ont un travail, j'vais pas raconter toute l'histoire mais, On crée un système de surveillance normalement avec le pharmacien de secteur, deux infirmières et un kiné et ils sont rémunérés, et on considère l'infirmière au même niveau que le médecin, on fait pas de différence, ils ont les mêmes rémunérations que moi, bon je le fais pas pour l'argent.

EG C'est récent comme organisation?

MG Oui c'est récent. C'est fait au niveau de l'Essonne.

EG Ca vous permet d'espacer vos visites ?

MG Alors moi le problème c'est que plus ça va plus j'ai… On a une plus grande demande de travail probablement liée à l'organisation et on peut pas faire face, donc c'est vrai qu'on les voit moins mais on a pas besoin.

EG Si quelqu'un prend le relais…

MG on les voit que pour les problèmes médicaux qui nécessitent la présence du médecin, la bobologie c'est l'infirmière qui gère. De temps en temps elles me demandent mon accord. Pour les plaies elles savent que j'aime bien savoir ce qu'elle ont fait, quoi, comment. Quand ça merdouille ils me rappellent parce qu'ils savent que moi j'aime bien la petite chirurgie, j'nettoie j'aime pas que ça traine, le truc qui traîne 3 mois j'nettoie j'fais un parage au cabinet. Je suis assez directif. Si elles veulent le faire mais en général non, elles hésitent, c'est marrant c'est un truc que j'ai remarqué, mais ça se passe bien, j'ai pas de...

EG Au niveau de l'aménagement du logement, des finances, des aides techniques qu'est ce que…?

MG Aides techniques on est pas beaucoup aidé, logement on est pas beaucoup aidé. Vous voyez, là j'aide une personne âgée qu'est mise en autonomie par la mairie, c'est l'enfer quoi. Ca fait 2 fois que j'y vais, que le papi n'est pas réveillé, enfin c'est très difficile, je dis rien mais c'est très difficile. Perte de temps énorme, pfffff.

EG Qu'est ce qu'elle a fait la mairie en fait pour lui?

MG Rien. Elle l'a mis dans un truc, c'est tout hein. Dans son logement, elle l'aide un peu, ils l'ont un peu aménagé mais le coté difficile, c'est que c'est au médecin et puis aux infirmiers de traiter mais faut se mettre un petit peu à notre place, Moi j'peux pas tout faire, j'peux pas aller ouvrir la porte le matin, Quand j'me pointe a 8 heures et encore j'suis gentil j'me pointe a 8 heures, parce que les malades je les vois à 7 heures, lui j'veux bien décaler à 8 heures mais après. Non c'est pas facile, et puis on peut pas dire que, Y a une dame qui s'occupe de réseau social qui est sympa mais les autres sont un peu directifs, voyez là ils m'ont demandé un dossier ouvert avec les problèmes de santé moi j'ai refusé de mettre les diagnostics dans un dossier ouvert moi j'leur dis non, tout ce qui est médical, c'est fermé, scellé, vous n'avez pas accès aux données. Le jour où vous avez un problème…Alors ça ça peut-être un peu difficile, je transige pas. De toute façon ils le savent, Ils se méfient un peu même.

EG Quand c'est compliqué au niveau social vous avez des assistantes sociale ou le CCAS?

MG Ben j'appelle l'assistante sociale…

EG De la mairie ?

MG De la mairie. Si ça va pas, j'appelle le département, si ça va pas, alors c'est E (secrétaire) qui s'en occupe, moi je donne les informations médicales et E rappelle 10 fois 15 fois, elle est chiante E, elle lâche pas hein, c'est pareil quand ils ont besoin d'aide pour une maison de retraite. Mais c'est pas moi qui m'en occupe...moi j'fais les dossiers médicaux, j'donne les informations médicales qu'elle a et puis elle transmet, Ca c'est une grosse aide. Ah oui, elle lâche pas, elle lâche pas.

EG Elle est là depuis 9 ans c'est ça ?

MG Elle est là depuis 9 ans, et puis les malades la connaissent bien, mes correspondants médicaux la connaissent bien. J'ai un problème médical, avec tous les patients SAS, apnées du sommeil, le correspondant on sait pas c'qu'il est devenu, tous les patients appareillés j'sais plus quoi en faire, donc elle a appelé G (hôpital général proche) pour voir avec eux, ils me connaissent bien, G, ils ont dit « M on va prendre ton relais ». C'est pas sympa c'qu'il a fait. Voyez l'organisation ! Donc là j'suis coincé, va falloir qu'on alors ça va qu'on les trie, on est organisé, tout est dans les dossiers. Va falloir qu'on fasse une copie de l'ensemble des dossiers, qu'on demande leur avis, c'est dommage mais bon.

EG Ca vous arrive d'organiser des hospitalisations programmées pour les patients ?

MG Quand j'ai besoin oui, hospitalisation de 2-3 jours.

EG A ce moment là c'est aussi la secrétaire qui contacte ?

MG Non c'est moi. C'est elle qui appelle, enfin, ça dépend comment ça se passe et ça dépend des services. Quand c'est des médecins que je connais bon j'appelle le secrétariat, le médecin me rappelle, On se contacte sur le portable, quand c'est des médecins avec lesquelles j'ai moins d'accointances, c'est E. parce qu'ils me prennent de haut quoi, le médecin généraliste c'est la troisième roue du carrosse ; bon là à mon âge maintenant j'vais pas dire que j'suis pas tolérant mais j'aime bien quand même qu'il y ait un minimum de respect, les grands patrons dans les grands services, ca se passe hyper bien, j'ai plus de mal avec certains jeunes chefs, mais bon, C'est pas les meilleurs, les meilleurs ils sont très gentils, toujours (rires). En général ceux-là, on propose et puis quand on est pas d'accord on change de service. Généralement ca se passe bien.

EG Vous avez plutôt de bonnes relations avec l'hôpital ?

MG Ça sert à rien d'avoir de mauvaises relations. J'vous ai répondu par…Non ça m'intéresse pas, j'préfère, enfin je sais pas ce qu'on pense de nous, j'espère qu'on en pense pas du mal, On fait beaucoup d'efforts pour que les dossiers de nos collègues soient bien faits, on a pas beaucoup de retour, y a des services on a un retour immédiat, les services qui m'ont connu comme externe c'est extraordinaire mais dans certains jeunes services, Le problème c'est qu'ils se présentent pas, on les connait pas, y a plus de règles hein. Et de temps en temps je remets en cause leur diagnostic. Ca ils aiment pas, surtout quand j'ai raison.

EG Ca c'est toujours difficile

MG J'ai un cas avec un chef de Y qui est adorable mais enfin ça fait 2 conneries, où il me dit faut pas faire ça. Référence médecine interne R (hôpital parisien) il est mal quoi. Deux lymphomes et il m'a dit « non non on fait pas de ponction, M », à R ils l'ont fait immédiatement. On est quand même pas trop mal formés à C (fac d'origine). Et c'est un peu pénible quand le chef il décide que j'suis pas hospitalier et visiblement j'ai pas le droit de faire. Je suis très diplomatique maintenant, j'saute pas le mur, j'fais le tour.

EG Tant que le patient est bien soigné, c'est le plus important. Hm, est ce que vous travaillez avec un hôpital gériatrique dans le coin?

MG Qu'est ce que vous appelez un hôpital gériatrique, j'aimerais bien avoir cette réponse.

EG (cite les 3 du département)

MG X c'est plutôt à éviter, plutôt à éviter parce que c'est plutôt un mouroir. D j'ai quelques patients qui sont allés, c'est assez moyen. Le problème de U, c'est assez particulier, ils ont une politique un peu particulière, les comptes-rendus sont faits mais les relations sont pas exceptionnelles avec ce service, quand on appelle ils ont pas forcément la place. Et puis j'ai beaucoup travaillé avec eux quand je me suis installé, et je prends de plus en plus de distance, non pas que je les aime pas mais ils avaient à un moment décidé que U c'était eux qu'étaient la référence en matière de gériatrie etc etc etc, et très honnêtement j'ai pas été satisfait des investigations faites, voilà. Si je dois prendre un avis neuro sur un Alzheimer et qu'on me dit tu l'envoies à U c'est non, neuro que j'connais.

EG Spécialiste

MG Non, c'est pas spécialiste, parce qu'à U ils vont avoir quatre consultations ils vont voir quatre médecins différents. Donc ils auront 4 diagnostics différents et 4 avis différents sur la conduite à tenir. Pour moi c'est impossible. J'ai pas de méfiance, c'est l'expérience qui m'a prouvé ça, c'était pas comme ça avant, C'est une grosse usine. Bon, c'est vrai qu'on a franchement l'impression qu'on est là, ils nous font la lettre parce qu'ils peuvent pas faire autrement mais en général ils s'en occupent pas, ils nous balancent la lettre, on s'occupera de s'occuper de tout ce qu'on peut pas faire, d'aller voir la personne, ci et ça. J'aime pas trop, mais ça c'est récent, c'était pas comme ça avant. Ils ont eu le pôle de personnes âgées dans le secteur, parce que c'est vraiment énorme, U. X peut mieux faire, peut faire beaucoup mieux. Non, moi j'travaille beaucoup avec des gens de Y, gériatre, de temps en temps certains chefs de médecine. J'ai besoin de connaître les gens.

EG Vous les avez rencontrés ?

MG Non, mais Je connais. J'étais externe. On s'connaît, on s'appelle facilement, c'est un type d'un certain âge qui a beaucoup de respect pour la médecine générale. Moi j'ai besoin d'avoir ce

feeling, Quand c'est quelqu'un « ouais ce que t'as fait c'est moche, c'est pas bien ». Bon, ok. Ben on a du mal.

EG Y a une question qui m'échappe… Ah oui pour les hospitalisations de répit pour les aidants ça vous arrive?

MG Pour les aidants c'est U on a pas le choix. J'dis pas que c'est bien mais on a pas le choix, temps ne temps Y mais U ce qui les intéresse c'est ça, l'argent, ce qui me gêne un peu.
On va se presser un peu parce qu'il faut que je mange quand même … Si vous pouviez…

EG C'est presque fini. Vous avez juste un cas concret de patient qui pose problème en ce moment à domicile ?
MG Non y a ce monsieur X typiquement, adénocarcinome de la prostate, Hypertendu qu'est bien que j'vois tous les 3 mois qui est suivi par une infirmière, un infirmier et voyez je fais l'ordonnance pour l'infirmier, ça va pas pour l'infirmière, je fais l'ordonnance pour l'infirmière, ça va pas pour l'infirmier non plus enfin c'est chiant.

EG C'est lui qui n'ouvre pas le matin non plus ?

MG C'est lui, donc c'est difficile c'est tout, dans l'organisation, le patient, bon lui il est dans son truc tranquille, se lever à 8 heures ça l'emmerde, moi j'peux difficilement faire autrement, passer à l'heure du repas c'est non, j'estime que j'ai le droit de manger.

EG Qu'est ce que vous pensez du concept de réseau en général ? est ce que vous êtes membres de réseaux ? (téléphone sonne : « ça c'est ma femme, si si j'arrive tout de suite»)

MG Je vais y aller… Ma femme est très, j'ai fait plusieurs malaises hypos ici donc c'est fini, j'ai plus le droit de pas manger. Les réseaux oui, à condition que je connaisse les gens du réseau et leur efficacité, comment ils travaillent les réseaux y en a beaucoup

EG Vous êtes membre de certains ?

MG Je suis membre de beaucoup parce que le pôle santé c'est un regroupement de réseaux. Essentiellement diabète. Personnes âgées, cancer tout ça, non j'ai autre chose à faire et je...

EG Dans quel cas est ce que vous avez fait appel à Hippocampes, vous m'avez dit une fois ?

MG Oui une fois c'était avec la famille d'un patient difficile j'avais besoin de leur aide, d'abord parce que c'était une période où je faisais beaucoup de bateau, Je suis skipper donc je naviguais, il fallait qu'ils... parce que les remplaçants parfois je les sentais pas forcément, donc ils faisaient les les ordonnances et puis le réseau m'aidait, et lorsqu'il y a des familles très difficiles parce que je peux pas toujours répondre

EG Donc pour le soutien psychologique…

MG Soutien psychologique et puis les décisions quand il y a des problèmes la nuit etc Ca m'est arrivé une fois. Par contre pour le réseau diabète, je dois avoir ici, 120 patients diabétiques de type 2 et y en a les ¾ qui sont en réseau donc c'est énorme.

EG Et pour conclure, quelle est pour vous la place du médecin généraliste dans la prise en charge de la personne âgée dépendante ?

MG Ben c'est le pilier hein, j'pense que sans lui on y arrivera pas mais que rien n'est fait pour les médecins généralistes actuellement, je parle pour les jeunes médecins, pour vous, nous on est des vieux schnoks en fin de carrière on a notre expérience, on est organisés, dans les villes et dans les banlieues on a de plus en plus de mal pour se déplacer il faut qu'ils trouvent des moyens pour qu'on puisse voir les patients, c'est tout. C'est extrêmement difficile de faire notre travail correctement, faudrait peut-être que nos politiques s'en rendent compte, j'crois qu'ils s'en rendent pas compte.

EG Je vous remercie

Durée 32 minutes

Entretien 17

EG Alors, comment ça se passe le contact avec les personnes âgées ? Est-ce que vous trouvez ça gratifiant ? Est-ce que vous êtes à l'aise ?

MG Ah oui, j'aime bien les personnes âgées (Rires). Non, non, j'ai pas de soucis particuliers.

EG D'accord. Vous avez beaucoup de patients âgés? Un pourcentage, un ordre d'idée?

MG Je fais beaucoup de pédiatrie, (cherche dans les papiers) mais je ne sais pas pour les personnes âgées, je ne sais plus peut-être 20%.

EG Ah oui, c'est pas mal.

MG Je dirais comme ça,

EG de plus de 70 ans, d'accord, oh c'est pas grave le chiffre exact

MG Ca c'était quand ça ? ce sont les chiffres de 2010, ça a peut-être changé un peu. 60 ans et plus 23%.

EG D'accord.

MG Bon après, âgés c'est 80. C'est vrai que j'en ai quand même pas mal. Bon 20%, c'est peut-être beaucoup, disons plutôt 15 %.

EG D'accord. Avec qui est-ce que vous collaborez pour la prise en charge de vos personnes âgées dépendantes et à domicile, que ce soit en ville ou à l'hôpital ?

MG Alors, avec qui on collabore ? Avec les infirmières, de prime abord, avec les auxiliaires de vie qui interviennent à domicile éventuellement, avec la famille (rires), beaucoup, on essaie en tout cas, sinon après avec les spécialistes qui s'occupent aussi de nos personnes âgées, enfin voilà, on essaie en tous cas et puis ça dépend si elles sont pris en, enfin la pathologie pour laquelle elles sont suivies, Si c'est des troubles de mémoires effectivement, si ce sont des pathologies cardiaques, c'est pas tout à fait les mêmes interlocuteurs ni la même façon de gérer.

EG Donc les infirmières c'est celles de votre cabinet c'est ça ?

MG Alors nous on a plein d'infirmières dans le coin, donc il y a pas que les infirmières du cabinet avec lesquelles on travaille. Y a un cabinet de 2, un autre cabinet de 2 et un cabinet de 3 donc elles sont 8 infirmières sur I (ville), ici elles sont 2, mais elles travaillent aussi avec des patients sur I, F (ville d'exercice), nous on travaille un peu sur S aussi, parce qu'il n'y a plus de médecin généraliste sur S Bourg donc on a récupéré des patients mais c'est d'abord famille et infirmières. Ce sont les deux pools avec lesquels on travaille le plus.

EG Dès qu'il y a un problème social, vous avez une assistante sociale en particulier ?

MG Alors on est sectorisés. Nous on dépend de celles de W et puis il y a éventuellement aussi les associations style Hippocampes pour les personnes atteintes de démence ou d'Alzheimer, qui aident un peu la famille à faire des démarches ou des choses comme ça.

EG Ouais, qu'est-ce que vous pensez des réformes au niveau de la politique de santé ? Est-ce que les CLICs, c'est quelque chose que vous avez utilisé ?

MG Non, pas du tout. Non, après nous on a nos habitudes, des choses comme ça. Quand tout le monde met du sien ben ça marche bien, quand il y a un intervenant dans le cercle qui ne fait pas ce qu'il faut, bon tout de suite ça complique les choses, quoi. Donc, après je trouve que les assistantes sociales sont un peu débordées. Moi, je ne trouve pas qu'elles aident énormément au suivi et au maintien. C'est plutôt les familles si elles sont présentes qui gèrent beaucoup de choses et si y a pas de famille c'est très compliqué parce que nous médecins on ne peut pas tout faire, enfin s'occuper du médical et s'occuper du social. On essaie de mettre en place des choses, les infirmières aussi un petit peu après si ça ne bouge pas de l'autre côté, voilà, Et puis souvent les personnes âgées elles n'ont pas envie de s'occuper de la paperasse, elles n'ont plus envie de s'occuper des choses, donc si, quand elles sont d'accord parce que après y en a certaines qui sont pas d'accord, ça complique encore un peu les choses. Donc voilà quoi.

EG Justement, qu'est-ce qui vous semble difficile dans la prise en charge des personnes âgées et dépendantes à domicile ?

MG Ah ben certaines familles, qui effectivement pensent que bah elles n'ont rien à faire et que tout doit être fait par les autres. Euh (rires) donc ça, ça c'est très compliqué, autant quand les familles s'investissent, on leur donne des adresses d'associations, on leur donne des choses et Tac tac tac, en 3 semaines, tout est organisé, tout est bien, ben c'est parfait. Et puis il y a des familles qu'on est obligés de relancer 4 fois par an, 5 fois par an en disant on pense que l'état de votre papa ou de votre maman nécessite vraiment quelqu'un à domicile, « oui oui on va s'en occuper mais vous comprenez on n'a pas que ça à faire », 1 fois, 2 fois, 3 fois, 4 fois et après ils nous appellent en catastrophe, vous comprenez, c'est pas possible, dans ces conditions - là nous on avait tiré la sonnette d'alarme depuis un petit moment et puis pas de répondant et après il faut tout faire en catastrophe, …donc heu…

EG Vous avez un cas en tête ?

MG Ah plusieurs ou effectivement « c'est pas possible il faut l'hospitaliser parce que j'peux pas m'en occuper », ah oui plusieurs,

EG A chaque fois vous aviez tiré la sonnette d'alarme …

MG A chaque fois on avait téléphoné, on avait prévenu, on avait dit quand de temps en temps on voit les enfants avec leurs parents on leur a dit « écoutez il faut faire quelque chose », les infirmières de leur côté aussi avaient relancé les familles et après une fois de nous recevoir, c'est vrai que chercher une maison de retraite éventuellement c'est pas à nous de le faire, mettre en place des associations, ben on peut conseiller mais comme c'est eux qui vont payer, euh voilà, enfin bon après je pense que c'est vraiment le côté pécunier, hein qui freine certains et certains ont pas le temps et pensent que c'est pas leur rôle et d'autres effectivement je pense que c'est vraiment le côté pécunier de la chose, d'autres tant qu'ils sont à domicile ils coûtent pas trop cher et donc voilà quoi

EG Ils essaient de retarder le moment…

MG Et quand on leur annonce que l'auxiliaire n'est pas prise en charge par la sécurité sociale, alors là… « Ah bon ? », « ah ben non », « ah… » ?

EG C'est comme votre femme de ménage …

MG Ah ouais, ah bon d'accord. Non ça c'est plus du médical, Après les Piqûres, les médicaments, oui mais pas vous repasser le linge, vous préparer à faire à manger, vous faire des petites courses, ça c'est autre chose…
EG D'accord. Vous êtes convaincue de l'intérêt du maintien à domicile des patients ?

MG Ah ouais j'pense que moralement euh… Enfin un bon maintien à domicile oui, ce sont des patients qui sont entourés, qui sont vus tous les jours par différents intervenants euh, et c'est vrai que moralement de les maintenir dans la mesure où eux sont d'accord, c'est-à-dire si c'est vraiment une demande de leur part et s'ils ne souffrent pas de solitude ou de choses comme ça, mais oui on en a maintenu à domicile dans de très bonnes conditions et c'est vrai qu'ils étaient très contents

EG Vous avez l'impression que vous pouvez peser sur le cours des choses dans la décision entre l'institutionnalisation et le maintien à domicile ?

MG Peser ? Si les enfants veulent placer en maison de retraite on ne peut pas non plus heu…voilà 'fin, après on se range à l'avis familial etc… après des fois ils nous sollicitent pour savoir si c'est tout de suite le moment quoi, voilà mais là on peut dire que en mettant en place certaines aides on peut peut-être encore surseoir un petit peu mais on leur conseille à un certain stade de monter le dossier de maison de retraite quitte à pas les utiliser immédiatement, mais en tout cas de faire un peu le côté paperasse et administratif de manière à ce que le jour J ben y ait plus qu'à faire remonter le dossier sur la pile, ça se fasse plus vite, étant donné qu'effectivement c'est difficile mais dans l'urgence on n'y arrive jamais

EG D'accord. En général la famille des patients c'est une aide ou un obstacle ?

MG (Rires) Ca dépend des familles. C'est très aléatoire. Ca dépend des familles. Ca peut être un obstacle, euh parce que s'il n'y a pas de famille présente tout devient très compliqué quoi; Même si la personne perd pas la tête ou choses comme ça, c'est quand même très compliqué parce qu'ils n'ont plus envie de s'embêter avec certaines choses notamment le côté paperasse, d'aller faire les dossiers dans les associations, enfin voilà, et puis ça peut être une aide parce que on dit quelque chose et trois jours après c'est fait, c'est organisé,

EG Oui, ça dépend vraiment

MG Oui c'est très variable

EG Qu'est-ce qui vous semble important dans l'évaluation gériatrique et est-ce que vous utilisez des tests en routine?

MG Alors j'utilise pas de tests, particulièrement, pas de grilles, ben ce qui est important c'est le côté nutritif qu'ils mangent bien qu'ils pensent à bien s'hydrater etc, essayer de les faire bouger aussi un petit peu, éventuellement essayer de les faire sortir avec leur aide-ménagère faire 3 petites courses, voilà qu'ils puissent aussi rencontrer des gens enfin pas rester complètement avec leurs intervenants, tout seul à la maison, ben le côté moral, ça je pense que c'est très important effectivement chez les personnes âgées et puis après surveiller les pathologies chroniques et leur évolutivité quoi, mais bon le moral et l'alimentation est important parce que souvent ils se dénutrissent assez facilement soit parce qu'ils sont malades, soit parce qu'ils ont pas envie de manger, soit parce qu'ils ont pas le moral, ils ne peuvent pas sortir chercher un petit peu de frais, enfin Ben voilà ça peut aller très vite.

EG Et donc pour ça vous l'évaluez plutôt à la louche, vous n'avez pas besoin de tests?

MG Le poids, je dose l'albumine, de temps en temps, je leur demande ce qu'ils mangent et je leur donne des petits conseils pour enrichir leur soupe éventuellement, souvent ils n'ont plus beaucoup d'appétit pour faire de la grande cuisine ou des choses très compliquées alors il faut faire au plus simple

EG Comment interviennent le temps et l'argent, est-ce que le paiement à l'acte ça vous pose problème vu que ça prend souvent du temps ?

MG Héhé, Alors paiement ça me pose pas problème, c'est vrai que le temps investi sur certaines consultations n'est peut-être pas à la hauteur de l'argent qu'on récupère, ça c'est clair. Alors le fait effectivement d'avoir une petite augmentation par cette aide forfaitaire pour les plus de 85 ans c'est intéressant, parce que bon parfois on va y passer les 20 minutes classiques, d'autres fois on va y passer une heure, une heure et quart, parce que voilà faut passer 3 coups de fils, faut vérifier des choses, donc c'est un peu chronophage, voilà
EG Et votre investissement dans ce domaine il varie en fonction de si vous connaissez le patient de longue date ou si c'est un patient récent ?

MG Ouais, soyons clairs. C'est vrai quelqu'un que je connais depuis plus de 20 ans, voilà moi je suis médecin généraliste pour suivre les gens heu voilà, le plus longtemps possible dans les meilleures conditions possibles donc je me sens un certain devoir à bien le faire après les gens que je connais depuis 2 mois qui me sont parachutés, j'dis pas que je les néglige, j'dis pas ça, mais je vais pas avoir le même investissement alors qu'il y a une relation de 20 ans qui s'est créée avec les autres, c'est pas tout à fait la même chose.

EG Oui, concrètement comment est-ce que vous intervenez, dans la mise en place d'un maintien à

domicile, qu'est-ce que vous faites, vous, qu'est-ce que vous déléguez ?

MG Alors qu'est-ce que je fais, moi? Je donne des listes qui sont dans mon ordinateur justement par rapport aux aides qui interviennent à domicile, toutes les associations de secteur, voilà toutes celles qui, avec le numéro de téléphone des responsables, en expliquant au patient s'il est apte à recevoir l'information, soit éventuellement à la famille, de se mettre en contact et puis après de voir la nécessité, et puis je dis, bon j'aimerais bien qu'il y ait un intervenant tous les jours quelques heures ou 2-3 fois dans la semaine, j'oriente un petit peu, heu, pareil, j'aide pour les gens dénutris qui ont du mal à faire des courses même si ils ont des associations des choses comme ça, soit j'appelle la famille pour dire ce serait bien de mettre en place la livraison des repas à domicile, par exemple, ou si vraiment y a pas de famille derrière ben j'appelle la mairie pour le mettre en place, j'oriente aussi sur les associations style Hippocampes pour que les familles ou les patients, enfin famille surtout parce qu'Hippocampes c'est pour Alzheimer, aient le maximum de renseignements sur toutes les aides auxquelles ils ont droit, j'leur dis, à partir du moment où y a une certaine dépendance que ce serait bien de remplir le dossier APA donc qu'ils aillent chercher le dossier en mairie, moi je remplis le dossier administratif enfin médical et qu'après ils l'envoient, j'explique qu'après il y aura une assistante sociale qui viendra sur place évaluer la dépendance et octroyer une aide euh, (Silence réflexif)

EG Ca fait déjà beaucoup de choses…

MG Ouais voilà, alors après certains voudraient bien que je téléphone aux associations, là je mets le hola (Rires) ou que je recherche une maison de retraite alors là c'est plus le maintien mais quand effectivement le maintien devient difficile, moi j'dis écoutez « vous avez au conseil général un guide pour l'Essonne vous avez des adresses, internet, j'ai des choses à leur donner, j'dis moi mon rôle médical s'arrête là, après c'est à vous de visiter les établissements, à faire les recherches, et voilà ou vous tourner vers un service social éventuellement si vous n'arrivez pas à faire les démarches » mais voilà mon rôle médical s'arrête là parce que sinon on ferait tout, j'pense qu'avec certains j'm'occuperais de tout…

EG Et la liste dont vous parliez, c'est vous qui l'avez faite ou est-ce que … ?

MG Non c'est moi qui l'ai faite avec toutes les associations, qui effectivement travaillent, qui sont dans le coin, notamment l'A (association d'aide à domicile) sur T (ville proche), qui est la grande grande association qui a le maximum de salariés et qui intervient au maximum, mais il y a aussi l'intercommunalité à F (ville d'exercice) enfin bon on a différentes, plusieurs…

EG Services de soins infirmiers à domicile ou auxiliaires de vie ?

MG Ben soins infirmiers à domicile on a toutes nos infirmières donc là j'décroche en fonction d'où le patient habite, s'il a déjà une infirmière j'appelle l'infirmier en question en disant, « bon faut que t'ailles donner les médicaments », j'l'appelle en direct l'infirmière, ou l'infirmier parce que on a des infirmiers (rires) heu, donc ça ça se passe vraiment en direct, s'il n'y a pas d'infirmier spécifique, si les gens n'ont pas eu l'occasion de faire des prises de sang avec quelqu'un, c'est vrai que pour des questions de facilité, ben je propose les miennes, parce que voilà on se voit tous les midis si on a des informations à se donner, on peut se faire passer des ordonnances, enfin voilà, au niveau de l'org, c'est un petit peu plus simple, mais bon voilà si les gens ont leurs infirmières, je travaille avec tous les cabinets du coin, ils sont adorables tous donc il n'y a pas de souci

EG Au niveau de l'aménagement du logement, des aides techniques, est-ce que ?

MG Oui par rapport à l'aménagement au niveau des waters notamment, les rehausseurs, les barres, des barres aussi dans les couloirs ou des choses comme ça, euh, et puis pour les baignoires ou des choses comme ça. Alors j'ai eu à intervenir avec l'office du HLM là qui me faisait faire des certificats pour remplacer les baignoires par des douches adaptées puisqu'ils étaient en train de refaire toutes les salles de bains donc j'ai fait des certificats mais ça c'est plutôt, les gens étaient assez bien informés, il n'y en a qu'une à qui j'ai dit : « Ben vous n'avez pas demandé la douche ? Ben pourquoi ? Parce que ils sont en train de les refaire et j'ai fait des certificats pour d'autres patients » et elle me dit : « Ah ben vous faites bien de me le dire », mais c'est plutôt les patients qui initialement me l'avaient dit, voilà et puis oui, on propose pareil, on propose pour certains en disant ce serait bien d'avoir une douche avec un accès plus facile que d'avoir une baignoire, après si la famille ne veut pas bouger c'est là toute la problématique, hein, voilà l'aménagement surtout de la salle de bains parce que c'est surtout ça qui nous intéresse, voilà, et puis de pouvoir prévoir quelque chose au rez-de-chaussée c'est-à-dire tout de plain-pied en tous cas, arrivé à un certain moment on aménage un plain-pied avec une chambre qui n'était peut-être pas initialement une chambre mais qui le devient au même étage que effectivement la cuisine et la salle de bains si c'est possible parce que c'est pas toujours évident évident.

EG Est-ce que vous avez l'impression d'être assez formée dans le domaine ?

MG Pas du tout. Enfin en formation ça fait longtemps maintenant. (Rires) Non, après c'est un peu notre expérience, notre tâtonnement, nos

réflexions avec les infirmières, pff ouais, il n'y a pas de marche à suivre, c'est un peu empirique, et chacun dépatouille et tout et en plus avec la famille qu'on a en face, c'est aussi ça. Voilà, mais y a des fois c'est hyper facile et on se dit voilà c'est merveilleux et d'autres fois on se dit : « C'est pas vrai ils n'entendent pas le message » et on court à la catastrophe, quoi, donc euh, enfin pour nous la catastrophe c'est l'hospitalisation en urgence euh suite à une chute ou je ne sais pas quoi alors que ça fait 10 fois que le patient chute et qu' on commence à dire à la famille, voilà il faut mettre en place quelque chose, il faut mettre de la surveillance, il faut mettre la télé alarme enfin, voilà, voilà, et il ne se passe rien.

EG Vous avez un cas en tête récent que vous pouvez me raconter, ce qui s'était passé, pourquoi ça avait abouti à une hospitalisation?

MG Ben là, elle n'est pas encore hospitalisée mais j'attends. (Rires) Non, c'est une patiente qui perd un petit peu la tête, bon qui a une démence vasculaire, euh voilà euh et euh le fils est directeur de je ne sais plus quoi à Paris, donc il a pas le temps, son petit-fils s'occupe tant bien que mal d'elle, alors à un moment il habitait avec elle et puis maintenant il n'y habite plus, euh, mais bon voilà on a essayé de faire intervenir des aides ménagères parce qu'elle a un grand pavillon, elle a 85 ans, elle commence à fatiguer un petit peu, donc, euh, on a mis en route les aides ménagères et puis au bout de 15 jours elle les a renvoyées en disant : « Ben non, j'en ai pas besoin, tout se passe bien ». Et les enfants : « Ben elle n'en veut pas, donc on ne va pas le lui imposer », fin voilà, sauf que, ben petit à petit son état se dégrade doucement, ce n'est pas non plus la catastrophe, mais euh, mais on sent que ça va être compliqué arrivé à un certain moment, quoi.

EG Elle ne s'en rend peut-être pas trop compte, elle a déjà chuté, ou ?

MG Pas encore, elle, mais on elle ne se sent pas en sécurité. C'est à dire comme elle n'était pas très observante au niveau du traitement on s'est dit, allez hop on fait venir les infirmières, comme elles passent déjà ça deux fois par jour, elles ont leur petit œil elles nous tiennent au courant en nous disant « ben là ça va », « ben elle a une bronchite, viens, elle va pas bien » alors qu'elle n'aurait pas appelé spontanément, ce qui permet d'avoir une certaine sécurité, euh, ouais c'est pas évident et puis alors ceux qui n'arrêtent pas de chuter, même avec les enfants présents. J'ai effectivement une autre patiente qui a un Alzheimer un petit peu avancé, bon pas encore catastrophique mais qui n'arrête pas de tomber les bilans sont négatifs ; et là c'est compliqué

EG Elle a fait un séjour à l'hôpital ?

MG Elle a fait plusieurs séjours à l'hôpital pour bilan, rien de particulier, elle est suivie à G (HG) pour son problème de mémoire, ben voilà, elle est bien entourée, son fils vient la voir plusieurs fois par semaine, voire éventuellement tous les jours, il dit eh bien elle tombe, elle a la diarrhée assez souvent, elle se retrouve vite débordée par hum voilà. Ben c'est vrai que ce n'est pas forcément évident évident au niveau du quotidien. Et par ailleurs, bon, le fils est quand même enfant unique il a des des problèmes financiers et puis des problèmes avec ses enfants par ailleurs, donc ben je pense que lui il voudrait un peu freiner sur la maison avant l'institution trop rapide, ce qu'on essaie de faire au maximum, hein, mais comme elle est dans une résidence pour personnes âgées, la résidence commence à dire qu'avec ses troubles de mémoire, ce serait bien de…

EG Ah ! C'est pas une résidence médicalisée ?

MG Non, c'est-à-dire que nous on intervient on continue à suivre nos patients sur place, mais les infirmières viennent de l'extérieur, mais sur place il n'y a personne, donc normalement ce sont des personnes autonomes, donc c'est toute la problématique de rentrer dans ce genre d'établissement en étant autonome et puis petit à petit au bout de 10 ans, de commencer à se dégrader et puis eux ils poussent parce qu'ils n'ont pas, le, je dirais le personnel suffisant pour bien assurer la surveillance, et euh ...

EG Et du coup ils vous sollicitent beaucoup, ou le fils, ou enfin ?

MG Oui, oui, oui, je suis pas mal sollicitée mais bon, gentiment, ouais et puis voilà, et ça ne me pose pas trop de soucis et puis la patiente est plutôt pas opposante, voilà, parce que le problème d'un patient opposant c'est, tout ce qu'on met en place de le détruire… Ca c'est chaud. Ca c'est aussi le problème. Les gens disent « J'ai besoin de personne, je me débrouille toute seule » alors que concrètement ce n'est pas le cas, un pas en avant deux pas en arrière, ça c'est épuisant.

EG Oui, d'accord. Comment vous décririez vos relations avec l'hôpital. Quand vous voulez hospitaliser quelqu'un est-ce que vous avez des difficultés?

MG Ca dépend avec qui. On a la chance d'avoir G (HG), enfin moi je considère vraiment ça comme une chance puisque quand on les appelle, on leur explique soit bilan chute, soit hospitalisation de répit, ben ils sont à l'écoute, et ils sont là, et souvent dans les 3 jours on a la réponse, enfin on a une prise en charge adéquate. Donc euh, après on a aussi les hôpitaux de secteur aussi Y, V, euh voilà, mais bon des fois et puis ce n'est pas une pathologie très aigue, mais le maintien à domicile pendant …est plus, voilà, donc le côté gériatrie de G est très intéressant pour nous, il y a la u (SSR,

long séjour) aussi à P qui nous fait aussi ce genre d'accueil, euh ou T qui est une maison de convalescence mais de temps en temps aussi ils nous prennent mais comme on vient du domicile c'est un peu plus compliqué, eux ils prennent plutôt l'hôpital mais G sont quand même notre grand sauveur, on les aurait pas je n'ose imaginer comment on ferait.

EG D'accord, ok, est-ce que l'envoi aux urgences pour maintien à domicile impossible, hors pathologie aigue qui justifie une hospitalisation, est-ce que c'est une situation que vous avez vécue ou pas ?

MG Oui oui oui, les chutes à répétition, enfin c'est de l'aigu sans être de l'aigu, après ça dépend de la cause y a toujours la chute avec l'hématome sous-dural aigu, ou les hospitalisations de répit pour les Alzheimer ça on en a de plus en plus, ça on en a de plus en plus quoi…

EG D'accord, et en passant par les urgences, parce que y a pas de, à défaut d'avoir une place plus…

MG Ah le problème c'est ça. Si effectivement on n'a pas de place à G. A un moment l'aidant ou le conjoint dit « moi j'en peux plus je n'y arrive plus » et lui il veut que ça se passe tout de suite et là quand on n'a pas le temps d'organiser tranquillement quelque chose ben on a pas d'autre solution que les urgences envoyer une personne âgée en urgence moi j'aime pas parce que les délais c'est 4, 5, 6 heures avant une prise en charge, laissé dans un couloir sur un brancard c'est pas de la faute des urgentistes, hein, mais j'essaie au maximum de leur éviter ça mais, quand voilà il faut aussi les faire hospitaliser pour autre chose et qu'on veut court-circuiter les urgences, ça veut dire 15 coups de fil, on y passe une heure pour avoir le médecin à qui on va adresser qui nous dit OK je la prends dans 4 jours, rappelez le patient, voilà alors il y a des jours où on le fait parce que voilà on a un créneau et puis il y a d'autres jours où on est surbookés et ça on va pas pouvoir le faire.

EG Vous vous souvenez d'un patient récemment que vous auriez adressé ?

MG Où j'aurais aimé effectivement comme ça appeler un médecin et lui demander « Qu'est-ce que tu en penses, tu me la prends quand, voilà on fait tels examens », et rappeler la patiente en disant voilà dans 2 jours vous y êtes et puis j'ai pas eu le temps et puis le patient me disait « je peux plus, je peux plus », et je leur disais « et bien écoutez si vous n'en pouvez plus et bien c'est les urgences, je vous prépare un courrier et c'est tout ce que je peux faire » ce côté attente pour la personne âgée qui a quelque chose pas d'aigu, soit de spécifique qui a besoin par exemple une anémie récente, j'ai vu 3 ou 4 fois le cas une anémie récente où j'avais besoin d'une colo d'une fibro pour vérifier qu'il y avait pas un ulcère ou quelque chose comme ça, euh, ben, il faut joindre le gastro, il faut qu'il organise, qu'il rappelle tout ça prend du temps et si je n'ai pas le temps ben c'est « je vous adresse pour une anémie, merci de faire le bilan, au revoir », voilà quoi…

EG Parfois c'est obligé, oui

MG Ben oui et on aimerait court-circuiter ce côté urgence, parce que le diagnostic entre guillemets on l'a, on a une anémie, on sait qu'il faut faire en première intention un bilan digestif et quand ça se passe comme ça, ça se passe bien j'ai eu le cas où effectivement gastro il m'a dit « OK j'l'organise, dans 4 jours je te fais sa colo sa fibro » et puis à ce moment-là on prévoit un truc en médecine interne, mais voilà au moins et puis les gens ils passent pas par les urgences, c'est surtout ça court-circuiter les urgences pour les personnes âges dans certains cas ce serait intéressant, mais ça prend du temps, les coups de fils même si on connaît bien les intervenants, même s'il faut passer du temps et de temps en temps on l'a pas quoi

EG A G (HG), ils font les bilans endoscopiques comme ça ou ils en font pas sur place?

MG Euh, Magnolias je pense qu'ils en font, parce qu'ils doivent avoir des intervenants qui viennent de temps en temps certains jours fixes de la semaine eux G, ils font plutôt les bilans de mémoire, de chutes, de dénutrition en hôpital de jour et alors pour ça on a un imprimé spécifique qu'on remplit, on leur faxe ça passe au comité médical et ils nous disent « il a rendez-vous là, tel jour » donc quand on n'est pas dans un cas hyper urgent on le fait par le formulaire, dans un cas urgent on décroche.

EG Et des accueils de jour, pour les patients déjà suivis diagnostiqués Alzheimer il y en a ?

MG Ouais G aussi, ils font des accueils de jour, on a aussi à M (ville proche) qui fait aussi des accueils de jour, Donc on en a 2 dans la région et 1 à O pour les patients limitrophes, y a un accueil de jour à O aussi (ville proche) donc on a 3 accueils de jour dans la région, donc ça on est je pense très riches. Alors ça c'est plutôt très sympa.

EG D'accord qu'est-ce que vous pensez du concept de réseau, est-ce que vous êtes membre du réseau ?

MG Je ne suis pas membre de réseau. Euh, je trouve ça intéressant au point de vue théorique, par contre un peu chronophage pour avoir utilisé N (soins palliatifs), ou Hippocampes, des choses comme ça, la réunionite aigue …

EG Des évaluations à domicile

MG Ouais c'est ça moi j'avais fait un truc sur N, j'étais restée 2 heures tout ça pour quelque chose d'intéressant pour moi sur 20 minutes

EG C'était une formation ?

MG Non c'était une évaluation d'un patient à domicile, donc j'avais fait la première fois comme ça, pour un autre patient j'avais dit « écoutez, nous on se voit une demi-heure, tout l'interrogatoire vous le faites avant avec le patient » donc ils avaient pris rdv avec le patient avant et moi j'étais arrivée une heure après ou quelque chose comme ça parce que effectivement pour parler concrètement du traitement et de l'évolutivité du traitement tout l'avant, après s'ils avaient des questions moi j'ai répondu aux questions auxquels les patients n'avaient pas pu répondre mais bon nous on a pas le temps, et puis ils ne sont pas stressés les médecins des réseaux, ils sont cool hein. Nous on est un peu gnnn à chercher du temps partout, eux ils avaient le temps. Voilà (Rires)

EG Est-ce que vous avez signé une convention avec le réseau Hippocampes ?

MG Heu Ouais. Avec Hippocampes ouais.

EG Et vous souvenez comment vous en avez entendu parler ?

MG Je crois qu'ils nous avaient envoyé des plaquettes, il m'semble. Oui, Par courrier.

EG Ok, Dans quelles situations avez-vous fait appel à eux ? Vous vous souvenez d'un ou deux cas ?
MG Pour aider la famille à mettre en place des choses, quels étaient leurs droits, plus pour les orienter dans le côté administratif de la chose, toutes les aides auxquelles ils pouvaient avoir droit, etc, donc c'est plus pour ça, moi je dis aux familles « écoutez, y a le réseau ils vont vous aider, 'fin ils vont vous informer dans toutes les dém... » après moi à un moment pour une hospitalisation de répit pour Hippocampes où ils évaluaient le patient au moins tous les 4 mois j'recevais des lettres en disant voilà, le conjoint fatigue, le conjoint fatigue, j'dis ok… et puis un jour j'ai du mal et j'dis « on va organiser une hospitalisation » et j'appelle Hippocampes et je leur dis « vous pouvez m'aider pour organiser les choses pour appeler les services etc », « ah non c'est pas notre rôle », « Bon, ok, d'accord merci »....

EG Ah bon c'est plus pour l'évaluation initiale

MG Non concret quand à un moment il faut donner un coup de main passer un coup de fil ils sont pas là, quoi…

EG Et vous avez l'impression qu'ils avaient répondu aux attentes de la famille ?

MG Par contre au niveau de la famille ils avaient un soutien psychologique, ils les informaient pas mal, et pis nous, enfin de toute manière après c'est pas mon rôle, au moins ça ne laissait pas la famille dans le flou, ils se sentaient un petit peu entre G plus Hippocampes ils se sentaient un peu encadrés

EG Il y a d'autres situations où vous avez attendu de la part du réseau, où vous auriez aimé avoir une aide, que vous avez pas pu avoir ? Ou des améliorations que vous penseriez utiles ?

MG Soins palliatifs, le truc sur la cancéro, j'ai du mal effectivement à me faire une idée, non, je ne vois pas bien effectivement où se situe leur rôle, parce que bon après souvent en fin de vie les gens qui veulent rester à domicile ils sont pris en charge par S (service privé de soins médicaux à domicile), ils ont des médecins référents auxquels j'ai fait appel pour l'utilisation de certains produits, maniement de certains produits, des sondes, c'est vrai que tout ce qui est pas réanimation mais des patients lourds avec des sondes gastriques, des injectables à fond à fond,

EG C'est pas notre quotidien…

MG C'est vrai qu'à un moment bon on est un peu perdus dans les dosages dans les trucs, et le médecin de S qui avait fait du soin palliatif il était vraiment là pour m'aide à gérer complètement les choses, et en même temps bon la famille était suivie par N, mais en l'occurrence voilà ça faisait double emploi et j'voyais pas bien où était l'intérêt de N par rapport à S qui elle assure tout à domicile, et N n'est quasiment qu'au téléphone. Voilà, j'suis un peu déçue par l'aide que peuvent apporter certains réseaux.

EG Et quelles carences est-ce que vous avez expérimenté dans le système actuel concernant l'aide aux personnes âgées ?

MG Peu d'assistantes sociales quoi clairement; si y a pas de famille clairement pour enfoncer les portes, les personnes âgées un peu esseulées, comment on fait quoi ? Comment on fait pour assurer les bonnes choses, ne serait-ce que fin bon l'APA j'l'ai téléchargé donc j'leur fait mais voilà quoi, ce serait bien qu'il y ait une assistante sociale qui vienne faire une évaluation et qui dise vous avez besoin de ça ça ça, j'trouve qu'entre le moment où on appelle et le moment où ils viennent faire leur trucs, les gens ils ont le temps de …

EG D'accord, oui oui. Est-ce que vous avez entendu parler du concept de gestionnaire de cas ou pas ?

MG Non,

EG C'est dans les dernières réformes sur les MAIAs ce serait une personne référente qui gérerait

toute la coordination des aides, qu'est-ce que vous en pensez ?

MG Ben moi c'que j'attends c'est la personne qui va dire ben voilà, il faut une téléalarme, il faut un portage de repas enfin tout ce que nous on fait et voilà qui n'est pas reconnu en tant que tel, s'il y avait quelqu'un qui pouvait nous décharger de ça, heu et puis avoir quelque chose d'homogène et bien ficelé, ouais, ouais, ouais, mais bon…

EG Et pour conclure, pour vous ce devrait être quoi le rôle du généraliste dans la prise en charge de la personne âgée dépendante?

MG Ben plus un rôle médical que social et là on a l'impression que c'est 80% de social pour 20% de médical.

EG Ouais, ok.

MG Voilà, nous ça commence à peser lourd parce que les personnes âgées, elle vivent plus vieux, et qu'on a des pathologies plus lourdes déjà, mais si effectivement à ces pathologies s'associe un cadre social difficile, ben c'est vrai que pour nous ça devient compliqué si y a pas de famille derrière pour nous aider à soutenir un petit peu les choses, et des fois on se sent vraiment seul, quoi, on se sent seul et souvent les familles comprennent pas, « Ah bah j'ai la voisine, elle s'occupe d'elle, elle va lui faire ça », j'dis « mais c'est pas le rôle de la voisine, qu'elle aille lui faire une course de temps en temps ok, mais c'est pas à la voisine de faire, on a l'impression que certains enfants déchargent sur les voisins, les infirmières, les médecins tout leur rôle et ça c'est difficile, quoi, c'est clairement pas notre rôle, parce que ça nous pompe de l'énergie, du temps, oui j'pense que sentimentalement c'est pas notre rôle non plus, de voir des gens comme ça un peu esseulés, des gens qu'on connaît bien.

EG C'est pas agréable pour vous de voir…

MG Ben non parce qu'on aimerait bien faire les choses mais on peut pas tout faire, donc voilà.

EG Et bien je vous remercie.

Durée 39 minutes

Entretien 18

EG oui, c'est vrai…alors pour commencer est ce que vous pouvez m'expliquer un peu comment vous travaillez, depuis quand vous êtes installé ?

MG Oh, moi j'ai un parcours très très particulier. Ça doit se voir aussi. Je suis un ancien médecin de marine, donc euh (rires) voilà. Donc malgré mon grand âge je ne suis dans le système libéral que depuis 1998… attendez 18 non 18 je suis arrivé ici, ….1994. Quand j'ai quitté la marine, je pouvais pas quitter la mer tout de suite donc j'ai fonctionné pendant 2 ou 3 ans, 3 ans je crois, comme médecin d'un centre de thalassothérapie sur la côte basque.

EG Vous êtes revenu progressivement sur la terre ferme. Vous étiez dans l'armée vous avez fait heu ?

MG Voilà ! ouais j'étais marin, hélas, ouais, j'étais.
EG Vous avez arrêté par choix ?

MG J'ai arrêté parce qu'au bout d'un certain temps, on nous fait quitter la fonction soignante pour prendre des responsabilités administratives et que moi l'administration… ! ouais !

EG Et vous avez fait votre fac aussi militaire ?

MG Oui bien, sûr oui, la santé navale à Bordeaux, où on faisait nos études avec les confrères civils en fac de médecine mais si vous voulez c'était une sorte d'internat militaire. Les études c'était les études de la faculté de médecine de Bordeaux.

EG Et après vous avez fait médecine générale ?

MG Et après, oh j'ai encore un parcours très particulier, j'ai passé l'assistanat de chirurgie, j'étais assistant de chirurgie, des hôpitaux des armées, et j'ai eu une grosse engueulade avec mon titulaire de chaire ce qui fait que ça s'est arrêté là.

EG Pas trop frustré d'avoir quitté la chirurgie ?

MG Non pas du tout. Non, non pas du tout, pas du tout… J'pense que…j'ai la chance d avoir pratiqué la chirurgie pendant 17 ans et de faire de la médecine maintenant, j'ai beaucoup évolué. Moi je faisais la chirurgie viscérale, ça m'a amené à la gynéco, la gynéco m'a ouvert à la psychologie et puis donc tout ça m'a préparé à une reconversion dans la médecine générale et en médecine générale je fais aussi de l'hypnose médicale. Donc c'est atypique. Bon et il se trouve que ici j'ai une patientièle –que j'ai souhaité comme ça d'ailleurs, à grosse dominante gériatrique.

EG Ah eh bien ça tombe bien parce que c'est justement le sujet, vous diriez à peu près quelle proportion de plus de 70 ans?

MG J'ai plus les chiffres en tête mais je dirais que plus de 45%.

EG Et vous avez une formation gériatrique ?

MG Non, non non non non. Je me suis formé sur le tas. J'ai pas fait de DU.

EG Comment se passe le contact avec les personnes âgées vous aimez bien ça, vous trouvez ça gratifiant?

MG Oui tout à fait, tout à fait. Alors par contre moi je refuse la pédiatrie, ma collègue en fait, moi je

fais pas de pédiatrie, je prends pas d'enfants avant 12 ans. D'une part parce que je n'y ai pas été spécialement formé et puis deuxièmement je trouve que les gosses sont de plus en plus mal élevés, je n'ai pas envie de me faire chier très clairement, avec des enfants mal élevés, courir après pour les vacciner, non non ça va pas et je trouve qu'en plus les personnes âgées sont une population tout à fait intéressante ; dans la mesure où c'est des gens qui ont une histoire de vie, et parfois chez des gens qui pariassent comme ça tout à fait modeste, on trouve des gens qui ont des histoires de vie extraordinaires donc voilà. Et puis c'est des gens qui sont encore civilisés (Rires).

EG Oui, ils sont d'une autre civilisation (Rires) Avec qui est ce que vous collaborez pour la prise en charge de la personne âgée dépendante?

MG Alors j'ai plusieurs points. Ici je fonctionne beaucoup avec Y (HG), je fonctionne beaucoup avec Y et je fonctionne aussi beaucoup sur les réseaux par exemple type Hippocampes. Et puis ou aussi tiens c'est vrai, J'ai fait partie aussi, maintenant j'ai un peu lâché parce que ça devenait pour ma part trop administratif… J'ai fait partie, j'étais membre fondateur du réseau de soins palliatifs X, donc j'ai l'habitude de fonctionner avec les réseaux, c'est un mode de fonctionnement qui me plaît bien.

EG En dehors des hôpitaux, réseaux, en ville est ce que vous avez des infirmiers, assistantes sociales ?

MG Ah oui, oui, bien sûr, ben oui, les infirmières de T et R (ville d'exercice et proche).

EG Qu'est-ce que vous pensez des réformes au niveau de la politique de santé? Est ce que les CLICs ça vous dit quelque chose ?

MG Ah oui bien sûr. Bien sur. Bien sûr. C est….j envoie souvent les patients, les familles prendre des informations chez des CLICS. En particulier le CLIC P qui administrativement est dans les murs d'Y (HG)…

EG Est ce que vous avez entendu parler des MAIAs et gestionnaires de cas ?

MG Ah non, suis pas au courant.

EG C'est plus récent et c'est pas encore très…

MG Enfin, on nous en parlé y a eu une réunion à laquelle je suis allé à Y (HG) où on nous a évoqué ça, j'ai pas très bien compris comment ça allait fonctionner ce truc.

EG C'est censé être des référents qui prennent en charge par exemple une 40aine de personnes âgées et qui gèrent la coordination, la mise en place des aides, ce genre de choses….

MG Ça m'a paru un peu fumeux, peut être justement parce que j'ai pas bien compris mais je me suis dit : «Tiens, ça je ne vois pas très bien la finalité ; je vois pas comment ça fonctionne ».

EG…qu'est-ce qui vous semble difficile dans la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie ?

MG Oh…Y a beaucoup de choses qui sont difficiles [rires]. Euh…mmhh…oui…euh…alors… Y a des choses qui tiennent à la personne âgée elle même. Y a des personnes âgées qui ne mesurent pas assez ou sont dans le déni de leur perte d'autonomie, et ça c'est pas toujours facile à gérer non plus. Euh….y a le fait que beaucoup de personnes âgées sont finalement même en milieu citadin, comme chez nous, peut-être même plus en ville qu'en campagne, très isolées affectivement, socialement, parce que les enfants sont partis ailleurs…voilà, donc on va manquer d'aidants pour les prendre en charge, je dirais d'aidants naturels, familiaux. Après au niveau du domaine médical technique, là, ça se passe pas si mal à condition qu'on veuille bien justement passer par les services spécialisés, j'vois moi j'ai, c'est pour ça que j'ai très souvent recours à Y. Parce que …l'arrivée, la gestion d'une personne âgée dans un hôpital public général : un peu plus compliqué, hein, un peu plus compliqué. En ce qui concerne les références sociales avec les assistantes sociales, là c'est pas non plus toujours très facile, euh, les assistantes sociales sont souvent très prises par des problème, de chômage, de famille plus jeunes et sont pas souvent très performantes avec les personnes âgées, moi c'est mon sentiment, y compris celles des hôpitaux d'ailleurs, y compris celles des hôpitaux.

EG Ils n'ont pas d'assistante sociale dédiée à Y(HG)

MG Voilà, là c'est différent. Dès qu'on est dans un circuit spécifiquement dévolu à la gériatrie, oui, là ça se passe beaucoup mieux, bien évidemment. Ouais, ça pose problème. Alors autre problème que ça pose en médecine générale de ville, c'est que la gériatrie c'est énormément consommateur de temps : de temps de consultation, de temps de déplacement. Les visites je commence un peu à en avoir marre. Si on veut être bassement terre à terre, aussi, c'est pas du tout rentable (rires). Et puis d'ailleurs, moi je ne comprends pas, je jalouse pas ma collègue avec qui je m'entends très bien, bon ma collègue a une dominante pédiatrie, moi gériatrie. Les consultations de médecine générale-pédiatrie ont été revalorisées, pas celles de gériatrie, et je vous assure que je passe beaucoup plus de temps avec un vieillard qu'elle ne passe de temps avec un bébé, bon (Rires) et puis y a aussi euh. Outre le temps qu'on passe, que je regrette pas d'ailleurs, mais le temps qu'on passe à la consultation d'un vieillard parce que c'est par définition une poly-pathologie, outre le temps de consultation proprement dit, le temps de

déplacement lorsqu'on a va en visite, et puis y a un temps administratif qui est pfff…Les dossiers, bon les dossiers d'hospitalisation, les dossiers d'APA quoi que maintenant on n'a plus besoin de faire des dossiers APA. Depuis deux ans maintenant à peu près, y a un BO qui est sorti, ça faisait partie des mesures d'allègement administratif pour les médecins, le dossier APA n'a plus à être rempli par le médecin traitant, c'est l'équipe sociale du conseil général qui se rend au domicile et qui fait l'évaluation de la perte de handicap. Mais les municipalités continuent à nous envoyer le truc à remplir. Moi maintenant, je leur remplis, je leur imprime la référence du BO qui dit qu'on a plus à le faire. Moi, je suis intraitable, je ne le fait plus. Mais les dossiers d'entrée en maison de retraite c'est pareil, et Il est logique que les familles prennent plusieurs points de référence et pas une seule maison de retraite. Donc on est obligé de faire plusieurs fois, parce que même si maintenant y a un standard de dossier d'hospitalisation, ils l'ont donné à un établissement, ils ne l'ont pas photocopié (rires), donc maintenant je les photocopie tous et je refais une photocopie parce que y en a marre de faire 3 fois 4 fois le même, hein !… donc euh, y a un temps de….Ma collègue me dit : « t'es encore dans tes papiers ? » ben oui j'ai encore des papiers parce que… des papiers, en gériatrie y en a énormément à faire. Donc ça fait partie des difficultés.

EG au niveau de la rémunération vous trouvez que ce n'est pas adapté ?

MG Eu égard au temps qu'on y passe, non. Eu égard au temps qu'on y passe honnêtement non. Euh bah alors si on prends les spécialités longues qui demandent aussi de la consultation longue comme en psychiatrie, on est en dessous, quand on est en médecine générale par rapport à la pédiatrie , moi j'trouve que la pédiatrie c'est quand même plus souvent vite expédié, enfin vite expédié, non c'est pas ce que je veux dire mais ça ne demande pas beaucoup plus de temps , la consultation d'un enfant que la consultation d'un adulte, y a pas de papiers à faire pour les entrées en crèche ou les conneries comme ça, vous voyez ce que je veux dire ? Y a pas de dossier social important. Voilà. J'trouve qu'effectivement, mais de toute façons moi ça me fait pas reculer, j'ai pas pris cette orientation pour gagner de l'argent, j'm'en fous ! Mais je ressens une certaine injustice quand même.

EG Ouais. Est-ce que vous êtes convaincu de l'intérêt du maintien de la personne âgée à domicile ?

MG Oui, ben oui, je suis convaincu avec quand même un certain nombre de difficultés que je connais aussi à travers d'autres populations ce sont les personnes qui sont en soins palliatifs. Le maintien à domicile ça dépend aussi beaucoup de l'entourage et là, euh l'entourage il est pas toujours très performant, ça dépend aussi des conditions d'habitat, ça dépend des conditions d'habitat et ça dépend beaucoup de l'entourage familial ou de voisinage qui est souvent très défaillant, y a un manque de solidarité sociale, c'est sûr, pas uniquement au niveau des structures publiques d'état ou communales ou conseil général et tout ça, mais on est dans une société ou quand même on manque de solidarité naturelle, spontanée, en tous cas je le ressens comme ça. Bon moi j'ai un de mes meilleurs copains d'études, marin comme moi, mais qui a quitté la marine beaucoup plus tôt, qui est en campagne dans l'Aveyron et euh bon ben quand j'ai l'occasion d'aller chez lui, même de faire les visites avec lui dans les fermes, y a encore en milieu campagne, y a encore une solidarité présente familiale beaucoup plus importante, le grand-père, la grand-mère il est là il est avec nous, on s'en occupe, on lui parle, on l' fait bouffer, on l'aide à se déplacer si y a besoin et tout ça. Euh… En milieu citadin, ça repose tout sur les aides publiques, et les aides publiques ben voilà ça demande beaucoup d'administration et puis elles sont insuffisantes en quantité par rapport aux besoins.

EG Dans votre expérience la famille, l'entourage c'est plutôt une aide ou un obstacle ?

MG Ah vous avez raison, ça dépend des fois. Orff, En général c'est quand même plutôt une aide ou une absence. Un obstacle j'ai pas souvent rencontré d'obstacle, j'ai rencontré oui plutôt une aide qu'est plus ou moins adaptée, mais plutôt une aide ou alors rien du tout. Un obstacle, j'ai pas souvenir d'avoir eu de, non non non...

EG Est ce que vous avez l'impression que vous pouvez peser sur le cours des choses entre le choix maintien à domicile ou institutionnalisation? Est ce que vous vous sentez légitime pour le faire ?

MG Alors. J'essaie de peser sans imposer c'est à dire que euh je … exemple très récent, même je baigne en plein dedans, hier je suis retourné voir une de mes patientes qui était absente pendant cinq moins parce qu'elle a été hospitalisée pendant cinq moins, c'est une dame qui a fait une tentative, c'est une dame qui avait déjà des séquelles d'hémiplégie droite importantes donc avait déjà des difficultés a se déplacer toute seule chez elle parce que son mari était décédé deux ou trois ans avant. Mais enfin elle était quand même encore relativement enfin assez autonome dans son domicile, elle se débrouillait bien. Et cette dame a fait une tentative de suicide à la suite du suicide de son petit-fils qu'elle n'a pas supporté. Donc elle-même a fait une tentative de suicide par phlébotomie, au cours de cette tentative de suicide elle s'est cassé la gueule de son lit, elle s'est fait une fracture supra-condylienne, donc là elle vient de passer 5 mois d'hospitalisation d'abord à J (ville proche) puis en gérontopsychiatrie, elle est rentrée hier. Une famille, une fille en particulier qui s'en occupe bien et qui maintenant m a demandé de retourner voir sa mère. Effectivement, y a eu mise en place, y a le kiné qui vient la voir, y

a l'infirmière qui passe matin et soir, la fille a trouvé quelqu'un qui l'aide à faire la toilette de sa maman, donc si vous voulez y a toutes les principales aides qui sont à domicile. Mais il n'empêche que cette vieille dame hier je l'ai trouvée quand même pas déprimée mais apathique en fait, y a plus rien qui l'intéresse en fait elle s'intéresse à plus rien. Elle lit plus, elle regarde plus la télé, elle fait rien. Elle vit dans son fauteuil roulant parce qu'avec sa fracture supra-condylienne qui s'est ajoutée à sa séquelle d'hémiplégie elle peut se déplacer qu'en fauteuil roulant. Donc y a une très grosse perte d'autonomie et là je pense que le maintien à domicile malgré les aides, qui ont été mises, est un petit peu difficile, moi hier en plus, cette dame apathique je l'ai vue elle était avec son fauteuil roulant dans sa cuisine, dans sa cuisine y a une cuisinière à gaz. J'ai expliqué à la fille, qua ça me paraissait dangereux, à la fois qu'elle se prépare elle-même ses plats, parce que de son fauteuil roulant, pour manier une casserole sur une cuisinière à gaz, à mon avis elle risque de se le renverser et puis que vu son état d'apathie, d'aboulie actuelle, je crains un petit peu que dans un raptus anxieux, un truc comme ça, elle ouvre le gaz pour faire autre chose que de la cuisine…

EG Elle a pas de troubles cognitifs ?

MG Elle a pas de troubles cognitifs. Donc heu j'ai alerté la fille là-dessus, en disant il faut impérativement lui couper l'arrivée du gaz, parce que y a une personne qui vient lui faire le repas de midi, mais il faut que cette personne-là coupe le gaz à l'origine puis faire en sorte que la mamie elle puisse se servir que du micro-ondes et dans ces circonstances moi je pense que quand même son maintien à domicile pour cette dame me semble un peu difficile donc je l'ai exprimé à la fille, après ils vont faire ce qu'ils veulent, je veux pas leur imposer de mettre leur grand-mère et leur mère en EHPAD. Mais là, je pense quand même qu'on est dans des conditions de sécurité un petit peu limite pour cette dame. Donc oui, moi, je, je dis mon sentiment mais bien qu'ancien militaire je n'impose rien (Rires), peut-être parce que j'ai été marin, nous on flotte...

EG (Rires), D'accord. Qu'est-ce qui vous semble important dans l'évaluation gériatrique et est-ce que vous utilisez des tests en routine ?

MG Non j'utilise pas beaucoup les tests, enfin si les test Alzheimer ça oui d'accord, mais euh les tests à valeur, pour la dépression ça rarement parce que je trouve qu'on a pas besoin tellement de test pour le quantifier, ça se perçoit quoi, comme ça, non en dehors des tests classiques du MMS et puis euh, récemment j'ai pris connaissance du TIM test,

EG Ah je ne connais pas non plus, TIM test ?

MG (cherche dans ses papiers) Tim test c'est pareil c'est une nouvelle évaluation de la mémoire,

EG (lit) « Les bons citoyens portent toujours de solides chaussures » (rires partagés), c'est une phrase digne de l'armée ça !

MG Donc alors je l'utilise souvent en deuxième évaluation, quand j'ai déjà vu les gens avec un MMS qui reste encore potable et que 18 mois ou 2 ans après je les revois et qu'ils me paraissent faseillés, à ce moment-là j'utilise celui-ci pour pas reprendre l'ancien en me disant si jamais il leur reste un petit peu de mémoire…

EG Eh oui, les petits malins…Ah oui je ne connaissais pas du tout. Où est-ce que vous avez trouvé ça ? Quelqu'un vous en a parlé ?

MG Oh, j'ai bien dû voir ça, Si ! je sais : il y a une excellente revue mais qui est pratiquement une revue de vulgarisation qui est pas professionnelle qu'on trouve en kiosque et qui s'appelle psycho et qui est très très bien et y a eu un numéro spécial ils ont fait un numéro spécial sur la mémoire, à chaque fois ils prennent j'dirais des référents sérieux la plupart des hospitalo-universitaires internationaux et c'est là-dedans que j'ai entendu parler de ce test alors après je suis allé le chercher sur internet, et voilà c'est tout, il vous intéresse vous voulez que je vous l'photocopie ?

EG Alors votre investissement dans le domaine du maintien à domicile est-ce qu'il varie en fonction d'un patient que vous connaissez de longue date par rapport à un patient récent?

MG Ah bah oui bien, bien sûr, les patients récents…Alors c'est pareil, comme moi aussi je vieillis, il faut bien que je me réserve une place quelque part aussi tant qu'il en reste, avant qu'il y en ait plus (Rires); heu, c'est vrai que maintenant je voudrais limiter mes visites à domicile donc les patients anciens que j'ai, que ce soient ceux qui sont déjà en dépendance ou ceux qui sont en train de le devenir, bien entendu j'y vais, mais je dis expressément aux patients nouveaux âgés que je vois ou que leurs familles me confient je leur dis : « attention je veux bien être médecin traitant mais je vous préviens j'irai pas à domicile », donc si vous voulez, voilà je suis en train de reculer, effectivement je fais une différence entre ceux que je connais depuis longtemps et puis les nouveaux j'prends pas de nouveaux.

EG D'accord. Et comment est-ce que vous intervenez concrètement dans la mise en place d'un maintien à domicile qu'est-ce que vous faites vous et qu'est-ce que vous déléguez ?

MG Qu'est-ce que je fais moi et qu'est-ce que je délègue ? Bah, j'dirais que je délègue tout ce qui est soins, délivrance de médicaments et tout ça aux infirmières. Les toilettes, je les délègue aux aides soignantes, je les fais pas moi-même

EG Non, non, et c'est vous qui appelez pour mettre en place par exemple une auxiliaire de vie ou un portage des repas

MG Ah éventuellement oui, là aussi ça dépend du contexte familial. Si la famille est suffisamment autonome pour se débrouiller je les laisse se débrouiller, quand c'est une personne sans famille ou avec une personne déficiente, ben oui, à ce moment -là oui, oui je contacte des infirmières, je contacte les SIAD, les choses comme ça, oui bien sûr.

EG Et au niveau de l'aménagement du logement est-ce que vous avez accès à un ergothérapeute ou quelque chose comme ça ?

MG Ben, à travers les réseaux, autrement moi je ne connais pas d'ergothérapeute en ville, ça je ne connais pas,

EG Non, il y en a pas…

MG Là je m'appuie effectivement sur les réseaux ou sur Y (HG)

EG Vous avez l'impression d'être assez formé dans ce domaine ?

MG De l'ergothérapie ?

EG Non de tout, du maintien à domicile, de l'aide technique, financière, matérielle

MG Oh, non ! Non on n'est jamais assez formé donc toute information que j'peux avoir est bonne, oui bien sûr, comme je vous ai dit tout à l'heure j'ai pas fait une formation, j'ai pas fait de spécialité en géronto, j'interviens aussi en EHPAD d'ailleurs j'y vais tout à l'heure, comme médecin extérieur j'ai pas pris de poste de médecin coordinateur ben tout simplement parce qu'il fallait faire le DU et que maintenant mon âge ça va bien. Donc voilà

EG Et actuellement est-ce qu'il y a des choses que vous aimeriez déléguer ou bien est-ce que l'organisation que vous avez fonctionne bien ?

MG La paperasse oui, mais pour le reste qu'est-ce que je pourrais déléguer, j'vois pas très bien, si c'qui serait intéressant ce serait de pouvoir s'appuyer un peu plus sur les assistantes sociales de ville, mais celles de villes elles sont pas très performantes pour les personnes âgées, alors pour les gens handicapés, âgés ou moins âgés, je trouve qu'on a plus d'efficacité avec les assistantes sociales de la CRAMIF directement, là ce sont celles qui connaissent le mieux le problème du handicap qu'il soit gériatrique ou pas.

EG Et vous y avez accès sans… ?

MG Ben je leur téléphone, pour leur signaler des situations…

EG Parce qu'on me parle souvent de sectorisation d'assistantes sociales, pour le coup elles peuvent gérer des patients…

MG Ah ben elles sont sectorisées sur G et T elles se trouvent à S (ville), enfin j'ai leur numéro de téléphone, quand c'est nécessaire oui j'les appelle ; ce sont celles qui sont oui, le mieux formées, le mieux informées et performantes vis à vis de la prise en charge du handicap à domicile gériatrique ou non gériatrique, donc oui éventuellement, autrement les assistantes sociales de ville, pour les personnes âgées je les trouve pas très, pas très très efficaces…

EG Tout à l'heure vous m'avez parlé d'une personne à domicile, est-ce que vous avez d'autres cas concrets de personnes âgées que vous suivez et qui posent un peu problème ou que vous ne sentez pas en sécurité ?

MG Ouais il y en a d'autres, bien sûr, oui, y en a plusieurs, c'est pareil comme j'ai un peu des troubles mnésiques moi-même, je vais vous parler des cas les plus récents. J'ai une petite mamie elle a pas encore tout à fait quatre-vingts ans celle-là, si elle vient de les avoir, qui est une vieille dame portugaise, diabétique, hypertendue, insuffisante cardiaque, cancer du colon opéré il y a 4 ou 5 ans, qui vit pas loin d'ici dans une petite masure au fond d'un jardin au milieu des lapins, des chats, des machins, des rats aussi au passage, dans des conditions d'hygiène et de… tout à fait discutables actuellement où il fait plus froid son chauffage il est pas efficace, voilà, avec elle aussi beaucoup de difficultés à se déplacer, bon, sur le plan familial, un fils qui est gentil, qui est lui-même diabétique, qui est gentil, qui essaie de faire ce qu'il peut pour sa mère, mais c'est un intermittent du spectacle, donc c'est un monsieur qui n'a pas la possibilité d'être aussi présent auprès de sa mère que quelqu'un qui serait, j'sais pas moi, qui travaillerait à la BNP quoi, donc euh, quand il a des contrats, il en a pas toujours, quand il a des contrats, il travaille la nuit, ou il dort le jour et il est pas très performant, ou il est en tournée en province, donc cet homme fait ce qu'il peut pour sa mère mais c'est vrai qu'il n'est pas en possibilité de l'aider beaucoup, alors moi j'ai déjà insisté auprès de lui et auprès de cette dame, qui est depuis très longtemps en France mais elle parle très mal français donc c'est très difficile, pour qu'elle rentre en maison de retraite parce qu'elle sera mieux coconnée même si c'est pas un EHPAD, elle serait quand même mieux coconnée dans une maison de retraite que dans son truc pourri ici et tout mais …

EG Elle a une femme de ménage qui passe ?

MG Non d'abord le ménage euh,

EG Parce que vous dites, que c'est un peu insalubre…

MG Oui bon c'est pas génial, elle était elle-même femme de ménage avant, euh

EG Et elle refuse les aides ?

MG Oui elle refuse les aides, alors à domicile elle veut voir personne, et puis la maison de retraite elle refuse parce qu'elle veut pas que des services publiques mettent le nez dans ses ressources financières qui ne sont pas, enfin, je ne les connais pas mais visiblement elles sont pas énormes dans la mesure où elle a certainement une très petite retraite de femme de ménage et où elle est obligée de faire le complément en louant, alors au fond de son jardin il y a aussi une autre espèce de cabane enfin de logement dans laquelle je suis jamais rentré mais qui ne doit pas être beaucoup mieux que le logement qu'elle occupe, qu'elle loue sous le manteau à d'autres Portugais, donc elle veut pas que …

EG Donc elle ne veut pas que ça se sache

MG Voilà

EG Et elle n'a pas d'infirmières, elle a pas besoin?

MG Si si elle a des infirmières passent, mais c'est tout.

EG En général les gens qui posent problème, c'est plutôt parce qu'ils refusent ou qu'ils … ?

MG Ah il y en a qui refusent. J'ai eu aussi une autre patiente elle est décédée depuis, j'avais mis le service social de la mairie mais elle les a virés. C'était une dame qui avait alors, elle était d'un meilleur niveau social, je crois que c'était une secrétaire de direction ou quelque chose comme ça, veuve aussi, qui habitait une grande maison qui avait dû être bien au départ mais qui était veuve depuis de nombreuses années, moi j'ai jamais connu son mari, alors elle aussi elle vivait au milieu de ses chats, elle avait j'sais pas combien de chats, donc à chaque fois que j'ai dû la faire hospitaliser c'a été avec d'énormes difficultés parce que, « qu'est-ce qui allait s'occuper des chats ? », et puis c'était une dame qui avait énormément de fierté, je ne sais pas ce que faisait son mari je pense que c'était des gens qui devaient avoir eu une position sociale tout à fait correcte et donc une dame qu'avait une grande fierté et qui refusait toute aide. Oui on voit ça aussi.

EG D'accord, en parlant d'hôpital, en général est-ce que vous avez de bonnes relations avec l'hôpital ou est-ce que vous rencontrez des difficultés quand vous voulez hospitaliser quelqu'un ?

MG Je n'aime pas beaucoup l'hôpital de U (hôpital général de secteur)

EG De mauvaises expériences ?

MG Oui, beaucoup de mauvaises expériences, et de mauvaises relations humaines, soit avec les patients, soit entre nous les médecins de ville et les confrères de cet hôpital, non j'ai pas, pour moi cet hôpital c'est pour quand je peux pas faire autrement ou quand mes patients sont ramassés en urgence par les pompiers, voilà, mais autrement non, je fonctionne peu avec l'hôpital de U, très peu.

EG Et avec Y (HG) est-ce que vous avez ?

MG Avec Y, impeccable, là je n'ai aucun souci, non, que ce soit pour des problèmes d'urgence, d'ailleurs je dois les appeler aujourd'hui parce que j'ai le mari d'une patiente qui m'a appelé hier soir, c'est une dame qui est dans un Alzheimer très évolué, qui est à domicile, qui est déjà connue d'Y, où elle a déjà fait plusieurs séjours, qui rentre dans des problèmes sur le plan de la marche donc il faut que je la fasse réévaluer sur le plan neurologique, pour parenthèse, ce Monsieur a en charge donc sa femme, lui il a un cancer de la prostate dont il se tire pas mal actuellement, il prend très très bien en charge son épouse donc Alzheimer avancé et ils ont une fille qui est trisomique. Ca fait un beau paquet pour le Monsieur, quoi.

EG Oui c'est sûr, pas évident. Et de temps en temps par exemple pour des patients comme ça vous arrivez à organiser une hospitalisation de répit avec quelles structures ?

MG Oui, oui, avec Y. C'est mon gros point de référence, je suis vachement heureux de les avoir.

EG Est-ce que l'envoi aux urgences pour maintien à domicile impossible en dehors d'une pathologie aiguë, c'est une situation que vous avez déjà rencontrée ?

MG Non, non, je le fais pas, je passe par Y. Non U impossible. Alors, dernier exemple la petite mamie dont je vous parlais, portugaise là, je l'ai vue vendredi dernier, elle n'était pas si mal, et puis hier matin, l'infirmière me téléphone en me disant : « il faudrait que vous passiez, j'ai vu Madame E et ça ne va pas, son ventre a énormément augmenté de volume, elle a une grosse jambe, est-ce que vous pouvez passer la voir ? », et puis hier je ne pouvais pas, donc j'lui dis « ben non » -c'était pas hier c'était avant-hier - « si le fils peut me l'amener au cabinet ce serait bien quand même». Alors le fils me l'a amenée, lundi soir c'était aux alentours de 19h00 et Rosa elle avait un bide comme ça, alors en plus, coup de chance, je n'ai plus de table d'examen depuis samedi, où une personne un peu forte en se levant me l'a cassée donc j'attends la livraison d'une autre table d'examen, donc pour examiner une vieille dame avec une suspicion d'ascite, je ne peux quand même pas la mettre par terre, c'est un petit peu juste, (Rires) donc je l'ai examinée sur la chaise avec un examen d'une fiabilité… mais enfin je pense qu'elle a une ascite, donc elle, je l'ai

hospitalisée le soir même à U en passant par les urgences parce que ça m'a paru une situation d'urgence compte tenu de son habitat, compte tenu de cette ascite qui me paraissait flamber très rapidement parce que je l'avais vue le vendredi il n'y en avait pas avec un retentissement respiratoire, dyspnée et tout ça, et hier après-midi je revois un coup de fil de Madame F chef de service de diabéto, furieuse, en disant : « Oui vous me l'avez envoyée, cette dame dans mon service elle n'a rien à y faire, en plus hier soir aux urgences ils n'ont rien fait, ils ont pas fait de radio de l'abdomen, pas de pas de radio pulmonaire, pas d'électro cardiogramme », Je lui ai dit « ben écoutez Madame s'ils n'ont rien fait aux urgences c'est à vous de régler le problème, hein, c'est un problème intra hospitalier donc euh voyez ça avec eux », « oui parce que aux urgences de toute façon ils travaillent très mal, ils mettent où ils peuvent s'il y avait eu un lit en pédiatrie ils me l'auraient mise en pédiatrie », je lui ai dit « écoutez, ça c'est votre problème », après elle me dit « est-ce que vous avez eu le résultat je sais qu'il y a eu une vidéo capsule qui a été faite à J, je lui dis écoutez la vidéo capsule a été demandée par vos services, par le Docteur X qui est à l'hôpital de U, donc c'est lui qui a reçu les résultats, donc vous voyez, donc vous voyez le type de relations qu'on peut avoir en urgence avec l'hôpital de U,

EG Oui, en tout cas ils l'ont gardée ?

MG Madame P s'est fait renvoyée dans ses buts, parce que ça c'est un problème de …« oui mais le dossier il est aux puces donc je ne suis pas prête de l'avoir », « mais écoutez ça c'est un problème intra-hospitalier, débrouillez-vous.

EG Et qu'est-ce que vous pensez du concept de réseau?

MG Ben moi le réseau je suis pour

EG Et donc vous êtes actuellement membre d'autres réseaux que Hippocampes ?
MG Ben, je suis toujours membre de W (réseau de soins palliatifs) d'abord parce que W j'ai même été président, donc je peux difficilement m'en détacher, Hippocampes et puis alors je suis membre mais j'avoue que je ne m'en occupe pas beaucoup, je suis membre de I qui s'occupe des troubles du sommeil.

EG D'accord.

MG Mais j'avoue que là, j'ai eu un peu de difficultés d'ailleurs pour faire passer des consultations en consultation sommeil, et tout ça, donc j'ai un peu laissé tomber.

EG D'accord. Et comment vous avez entendu parler d'Hippocampe ?

MG Comment j'ai entendu parler d'Hippocampes ? Bonne question, je ne sais plus, vous voyez troubles de la mémoire, il faut que je m'y inscrive (Rires partagés) Hippocampes comment j'en ai entendu parler ? (Silence) Si si maintenant ça me revient, je suis allé à des journées de gériatrie centrées sur Alzheimer, à F (HG). Voilà.

EG Ok ouais, très bien, Et donc dans quelles situations est-ce que vous avez fait appel au réseau ?

MG Ben je le fais, je donne l'information de façon assez systématique à toutes les familles qui ont un patient Alzheimer à domicile. Je leur explique en quoi ça consiste, J'leur explique comment les contacter, et je le fais pour tous les patients Alzheimer que j'ai à domicile une fois qu'ils sont détectés, qu'on les a catégorisés, j'informe la famille des difficultés qu'il va y avoir avec le maintien à domicile, de la nécessité de se faire aider, et justement du soutien qu'ils peuvent obtenir d'un réseau qui est une, un soutien sans astreinte de enfin sans contraintes à leur égard contraintes financières ou autres. Donc j'leur fais voir tout ce qu'ils peuvent en tirer, en leur disant tout de même qu'il ne faut pas, comme pour l'hospitalisation à domicile qu'ils ne peuvent pas tout attendre, qu'une grande part va quand même encore rester sur eux.

EG Oui, et qu'est-ce que vous leur dites qu'ils peuvent en attendre ?

MG Ben justement l'ergothérapie par exemple hein, le soutien psychologique pour eux parce que c'est vrai que la maladie d'Alzheimer fait plus souffrir l'entourage que le patient, donc ils ont bien besoin d'être aidés, et puis toutes les informations sur le plan des aides sur le plan administratif et tout ça.

EG D'accord. Et vous avez l'impression que ça leur apporte quelque chose ?

MG Ah oui, ouioui, ouioui. Par exemple, le Monsieur dont je vous ai parlé effectivement oui oui il en a été très satisfait.

EG Le Monsieur …

MG Le Monsieur qui prend en charge sa femme qui est dans un Alzheimer connu maintenant depuis 3 ou 4 ans mais qui est en train de se dégrader très vite actuellement et qui en plus lui a sa fille trisomique ; alors la fille trisomique en fait elle est, dans la semaine, elle est prise en charge par la fondation D qui est dans le sud de l'Essonne, donc la fille trisomique il y a un mini bus qui vient la chercher le matin, la conduit à la fondation et la ramène le soir, et dans la journée…sauf pendant les week-end et tout ça, mais le décharge quand même pas mal.

EG Et quels services du réseau fonctionnent un peu moins bien et certaines choses qui seraient à améliorer d'après vous ?

MG Moi la seule amélioration que je souhaiterais pour Hippocampes, c'est que en fait ils aient plus de personnel, ils aient plus d'équipes mobiles parce que Hippocampes prend en charge toute l'Essonne, c'est le seul réseau de l'Essonne donc une fois qu'on a signalé la situation à Hippocampes, les délais d'attente d'intervention de l'équipe mobile sont assez longs mais je ne le leur reproche pas parce qu'ils ne peuvent pas faire autrement. Ils sont pas assez nombreux pour prendre tout en charge. Autrement intrinsèquement, moi j'ai aucun reproche vers Hippocampes bien au contraire mais ils ont besoin d'être aidés il faudrait qu'ils soient plus.

EG D'accord. Quelles carences est-ce que vous avez expérimentées, vous, dans le système actuel concernant le maintien à domicile des personnes âgées ?

MG Alors des carences de transport par exemple, alors soit transport ben effectivement si, au lieu d'aller en visite les patients m'étaient amenés au cabinet ce serait mieux aussi pour moi, mais j'entends transport aussi dans la gestion… alors pour des gens qui n'ont pas encore une grosse perte d'autonomie mais qui quand même sont déjà dépendants tout bêtement pour faire leurs courses. Ca c'est un peu difficile ; alors il y a des gens aussi qui, soit à cause de troubles amnésiques soit parce qu'ils ont des problèmes cardiaques ou autres que j'essaie de dissuader de conduire eux-mêmes leur voiture parce que il faut bien reconnaître que s'ils prennent pas la voiture comment ils font les courses ? Alors de temps en temps ça revient sur le chapitre la discussion de faut-il faire passer un examen, refaire passer un permis de conduire aux personnes âgées et tout ça, ou faire un certificat médical pour interdire la conduite à certaines personnes. Ben moi je ne suis pas forcément contre mais il faut qu'on associe ça à l'alternative, c'est heu, leur donner des moyens de transport en particulier pour leurs courses, soit les faire livrer, soit leur permettre de venir choisir eux-mêmes dans les magasins, mais sans avoir non plus à porter les trucs après et tout

EG Y a pas forcément d'auxiliaires de vie qui puissent faire ça

MG Oui, parce que les auxiliaires de vie, je dirais elles sont souvent, en particulier celles qui sont indépendantes, parce que là c'est pareil j'ai un avis très différent, en particulier celles qui sont au sein de petites structures de petites entreprises tout ça, et puis les indépendantes, les indépendantes sont souvent des femmes extrêmement motivées, heu, ouais, plus que motivées elles prennent vraiment en compte, elles s'attachent énormément et elles sont extrêmement dévouées. Celles qui sont dans les structures, type celle qui est un petit peu plus loin, je trouve que c'est souvent déficient, je pense que ce sont des femmes employées qui sont certainement sous payées, à qui on ne demande non seulement aucune qualification mais aucune motivation, et alors là c'est un peu n'importe quoi. Là j'avoue que j'ai pas beaucoup de confiance dans ces entreprises qu'on voit se multiplier un peu, ce qui dans l'absolu serait bien, mais à condition qu'on y mette une évaluation de qualité qui n'existe pas actuellement. Alors ne parlons pas des rares cas où j'ai connu une dame, c'est pareil une vieille dame qui est décédée il y a quelques années et qui vivait seule dans un pavillon et qui euh, sa fille vivait et travaillait dans les Yvelines, au fin fond des Yvelines je sais pas trop où donc elle ne pouvait pas s'occuper de sa mère mais avait mis en place par une organisation, des auxiliaires de vie à plein temps 24 heures sur 24 il y avait quelqu'un qui dormait à la maison. Ben celle qui dormait à la maison, celle qui venait dormir pendant la nuit, avec la vieille, je dirais que la vieille dame elle était en roue libre. L'auxiliaire de vie la nuit, nulle, elle servait à rien. La dame payait pour sa mère un service totalement inefficace. Si la mamie elle avait envie d'aller pisser ben elle se pissait dessus parce que l'autre elle était pas réveillée quoi. Donc, Oui, je n'ai aucune confiance dans ce type d'entreprise parce que je trouve qu'ils engagent des gens qui sont pas faits pour ça, qui font ça parce qu'ils n'ont rien d'autre à faire, qui font ça parce qu'ils leur faut du fric, donc ben oui on va faire ça…

EG Oui, pour conclure, quel devrait être la place du médecin généraliste dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes ?

MG Ben c'est ça c'est la coordination, c'est le pivot oui bien sûr. Oui je ne vois pas d'autre, j'vois pas d'autre possibilité, à notre place on ne peut pas tout faire, donc je dirais qu'il faut avoir la lucidité, la modestie de ce qu'on n'est pas capable de faire et donc une fois qu'on a reconnu ça, être capable d'alerter et de faire prendre en charge la personne par les personnels ou le structures compétentes quoi, voilà. C'est un peu chef d'orchestre.

EG Oui c'est une image qui revient souvent. Ok, ben je vous remercie pour votre temps.

Durée 53 minutes

Entretien 19

(Problème d'enregistrement, dans les 7 1ères minutes de l'entretien, vrombissement en bruit de fond)

EG Comment ça se passe le contact avec la personne âgée, est ce que vous êtes à l'aise, vous trouvez ça gratifiant ?

MG Ah oui moi j'trouve ça gratifiant voilà de leur avoir apporté, aussi bien que ce soit à domicile ou ici au cabinet, un moment ouvert agréable où ils ont pu parler être écoutés, et heu non ça se passe bien sur le plan relationnel, après je dis pas que je suis toujours super à l'aise sur le plan thérapeutique, mais sur le plan relationnel

EG Avec qui est ce que vous collaborez dans la prise en charge de vos personnes âgées ?

MG […]

EG Qu'est-ce qui vous semble difficile dans la prise en charge des personnes âgées à domicile ?

MG Ben justement de mettre en place tout un réseau d'aides c'est plus ça qui me semble difficile, je m'sens pas suffisamment formée ou j'ai pas les bons contacts avec les bonnes personnes pour pouvoir dire « bon ben là c'est facile, telle ou telle personne peut faire ça », voilà c'est ça qui me semble difficile

EG Est-ce que vous êtes convaincue de l'intérêt, des vertus du maintien à domicile ?

MG Oh oui ! J'trouve ça nettement moins déstabilisant, ouais, si la famille suit aussi et est derrière

EG Au niveau de la décision maintien à domicile ou institutionnalisation qui est-ce qui initie la réflexion ?

MG La famille

EG Et ils vous sollicitent ?

MG Pas beaucoup, non

EG Est-ce qu'ils le font vous vous sentez légitime pour peser sur la décision ?

MG Un petit peu mais je pense que c'est vraiment une réflexion familiale à avoir

EG En général la famille est ce que c'est une aide ou un obstacle ?

MG Oh non c'est une aide, en tout cas c'est pas un obstacle, une aide, oui si, quand même, pas majeure mais si dans mon expérience ça a pas été un obstacle

EG heu, qu'est-ce qui vous semble important dans l'évaluation gériatrique et est-ce que vous utilisez des tests en routine ?

MG Non j'utilise pas de tests, non j'suis vraiment pas bien formée en gériatrie donc heu…

EG Ah mais y a beaucoup de généralistes qui évaluent plus subjectivement en fait

MG Oui, non ça j'utilise pas de tests et d'ailleurs je me rends compte qu'effectivement quand j'envoie en gériatrie, où eux utilisent pas mal de tests, j'suis souvent surprise des résultats par rapport à des patients que j'vois et qui me paraissent pas si atteints que ça et quand on voit les scores, voilà c'est déstabilisant de voir le contact qu'on peut avoir avec les gens et les scores, mais vous parliez de l'évaluation c'est ça ?

EG Oui, globale,

MG Heu globale ben en fait j'ai l'impression qu'en gériatrie le gros point c'est surtout l'environnement, le social,

EG Donc ça vous le voyez en discutant avec la famille ?

MG Oui, mais pas avec des tests effectivement, ouais, j'avais pas connaissance qu'il y en avait

EG Par exemple le MMS

MG Oui mais ça le MMS je le fais jamais…

EG Par manque de temps ?

MG Non, j'pense que c'est parce que déjà c'est pas dans une habitude mais j'me sens pas suffisamment à l'aise j'pense en fait…

EG Heu, comment interviennent le temps et l'argent, est ce que ça vous pose problème, le paiement à l'acte ?

MG Non, non, non je ne me suis jamais vraiment posé la question, voilà.

EG Vous faites beaucoup de visites à domicile ?

MG Non. Non pas beaucoup. Non sur mon mi-temps j'en fais peut-être une ou deux par semaine quoi en fait, c'est pas beaucoup mais c'est essentiellement des personnes âgées mais j'en ai pas beaucoup beaucoup non plus des personnes âgées dans mes patients.

EG Oui, En proportion vous en avez combien ?

MG Non Je sais pas…Et quand j'fais les visites à domicile, il y a quoi, j'sais pas peut-être une dizaine de personnes que je vais voir régulièrement à domicile comme ça, celles qui ne peuvent pas se déplacer mais j'en ai d'autres qui viennent au cabinet aussi; je ne sais pas combien, il faudrait que je regarde les proportions.

EG C'est peut-être plutôt une population plus pédiatrique ici, plus jeune ?

MG Pas énormément pédiatrique, un peu plus l'adulte mais plus jeune

EG Entre vingt et soixante comme ça ?

MG Oui c'est ça pas mal de personnes de cet âge

EG Ok, donc dans la mise en place concrète d'un maintien à domicile qu'est ce que vous faites vous et qu'est-ce que vous déléguez ?

MG Ben je délègue beaucoup du coup, voilà. Moi ce que je fais du coup c'est un passage à domicile pour le côté médical, voilà, mais le reste moi j'fais rien d'autre parce que vraiment s'il y a besoin de faire appel à une aide-ménagère ou une aide à la toilette etc, comme je vous disais c'est en général la famille qui recherche

EG Oui, vous faites éventuellement la prescription, sauf pour l'infirmière.

MG Voilà, oui, voilà
Est-ce que le portage des repas, c'est quelque chose qui se fait beaucoup ici ?

MG Oui, j'ai l'impression oui, parce que j'ai de mes patients à domicile qui se font apporter les repas. Ca je leur demande, je leur dis que ça existe.

EG Et pour les aides financières est ce que vous remplissez des dossiers APA ?

MG Oui, mais pareil je leur demande souvent de rencontrer une assistante sociale pour savoir s'il y a d'autre choses à faire et puis moi j'remplis le dossier.

EG Vous me disiez tout à l'heure, vous avez l'impression de ne pas être assez formée dans ce domaine ?

MG Oui, j'pense ouais, mais bon en même temps on cible toujours ses formations, vu que ce n'est pas le plus gros de mes patients, c'est pas forcément ce que je recherche le plus.

EG Est-ce que vous avez un exemple concret de patients que vous suivez en ce moment et qui vous pose problème, que vous sentez pas forcément en sécurité à domicile ?

MG Non ? J'en ai en tête quelques-uns mais qui ne posent pas de problèmes sauf une qui est dans structure là à la RPA la résidence pour personnes âgées, et elle me pose problème parce que je pense qu'il y a des problèmes psychiatriques derrière qu'elle veut pas entendre mais voilà ça a pas vraiment grand-chose à voir avec son maintien à domicile

EG C'est une structure médicalisée ?

MG Non c'est pas médicalisé la RPA c'est juste des petits studios en fait et puis il y a les repas en commun

EG Des foyers logements

MG C'est ça, mais sinon j'en ai pas qui soient à domicile et qui posent problème.

EG D'accord. Pas de refus de passage d'aide ou de gens qui sont opposants ?

MG Si j'en ai une en ce moment ça me revient une patiente qui n'est pas à son domicile en ce moment et qui est hospitalisée à K (ville proche, HGn), en fait elle est passée d'abord à X (HG) parce que c'est un problème d'anxiété et de dépression en fait, et qu'elle est toute seule chez elle, elle a autour de 80 ans je crois, voilà, après X elle est allée chez sa fille et après elle est retournée chez elle et chez elle ce n'est vraiment pas possible pour l'instant, alors se pose effectivement la question de la suite en fait et j'pense que voilà c'est pas un maintien à domicile qui est définitivement impossible mais il y aura sûrement besoin d'une structure d'accueil pendant quelques semaines à la sortie de l'hospitalisation.

EG Et là elle est passée à l'hôpital de K comment ?

MG Par euh, elle est allée avec sa fille ou d'elle-même par les urgences en fait.

EG Pour un problème ponctuel, une chute ou bien

MG Non non, pour son anxiété.

EG Et elle est hospitalisée en psychiatrie ?

MG Non non, elle est en médecine interne, voilà, ils envisagent de la mettre dans une structure de suite enfin dans un moyen séjour, voilà, mais je crois que la maison de retraite c'est pas encore quelque chose qu'elle souhaitait et que sa fille souhaitait non plus.

EG Vous temporisez…

MG Voilà, je pense que le maintien à domicile sera possible de nouveau parce qu'elle n'est pas grabataire du tout

EG D'accord. Elle avait déjà un suivi en ville au niveau psychiatrique ?
Euh non. Il y a eu décompensation là en fait

EG Assez rapide, oui, De manière générale comment est que vous décririez vos relations avec l'hôpital, est-ce quand vous voulez hospitaliser quelqu'un ça se passe bien ?
Oui je trouve que ça se passe assez bien et particulièrement à X (HG) ou chaque fois que j'ai appelé effectivement je trouve que j'ai toujours eu réponse rapide.

EG Des hospitalisations programmées ou ?

MG Oui enfin ca se programmait parfois le lendemain ou le surlendemain enfin voilà il y avait la possibilité d'avoir une hospitalisation assez rapide.

EG Et est-ce que l'envoi aux urgences pour maintien à domicile impossible en dehors de pathologie aiguë décompensée c'est une situation que vous avez vécue ?

MG Heu…pff, j'pense pas non. A chaque fois il y a eu un événement enfin une pathologie effectivement qui justifiait la prise en charge aux urgences. C'est peut-être pas le meilleur moyen de les faire passer par là, mais

EG Voilà quand c'est urgent euh. Par exemple la dame dont vous parliez qui est à l'hôpital de K (HGn) est-ce qu'elle avait fait d'autres hôpitaux avant ?

MG Eh bien elle était à X (HG) en fait mais là j'avais appelé on avait programmé une hospitalisation j'vous dis 2-3 jours après pour tout un bilan et elle était sortie pas contre avis médical en fait voilà

EG D'accord mais avant ça elle n'avait pas un long passé de jonglage entre hôpital et domicile ?
MG Non pas du tout.

EG Alors qu'est-ce que vous pensez du concept de réseau, est ce que vous êtes membre de réseaux ?

MG Non je ne suis pas membre de réseau, voilà, par contre ça m'est arrivé de faire appel à un réseau, mais c'est le réseau de soins palliatifs ; donc vraiment très ponctuellement ça m'est arrivé pour 2-3 patients de faire appel à eux. Mais sinon, non.

EG Et qu'est-ce que vous en pensez, est ce que vous trouvez que c'est une bonne chose ou est-ce que vous êtes un peu comment on dit, mitigée sur l'intérêt des réseaux ?

MG Ah non je trouve que c'est une bonne chose de toute façon, moi c'est, ce qui me manque dans l'exercice de ville hein c'est d'être toute seule, donc l'équipe quoi en fait, donc effectivement le principe du réseau est plutôt sympa.

EG D'accord. Ca vous arrive d'aller à des formations parfois par des réseaux ?

MG Non j'y suis jamais allée.

EG Et est-ce que, si vous avez entendu parler du réseau Hippocampes, comment ?

MG Non j'connais pas.

EG C'est le réseau de gériatrie de l'Essonne et en fait donc du coup moi je suis passée par eux pour avoir les coordonnées de médecins avec qui ils avaient travaillé, donc des fois ça peut être une fois y a 6 ans, donc vous êtes dans leur liste mais peut-être que vous ne vous souvenez plus avoir fait appel à eux.

MG Non ça ne me dit rien, j'vous dis y a que S (soins palliatifs) à qui j'ai fait appel mais celui-là non ça m'dit rien, bon j'ai peut-être oublié, j'sais pas.

EG En fait c'est un réseau plus pour les patients Alzheimer, ou pour les patients justement dépendants à domicile, ils proposent une évaluation à domicile pour adapter les aides et après surtout un soutien psychologique

MG D'accord

EG Est-ce qu'il y a eu des situations où vous vous êtes sentie un peu seule chez un patient à domicile ou un patient âgé où vous auriez souhaité une aide que vous n'avez pas trouvée ?

MG Ben oui par exemple effectivement particulièrement chez les patients Alzheimer en fait, c'est vrai que, c'est pareil je ne suis pas très bien formée non plus et effectivement passer par un réseau qui connaît plus la pathologie et puis les structures d'aide etc ça pourrait m'aider.

EG Et est-ce que parfois les familles ou les aidants sont en demande d'hospitalisation de répit ou de soutien psychologique

MG Ah oui, ça oui.

EG Et donc ça vous est arrivé d'en organiser alors avec X ou avec quelle structure ?

MG Ecoutez euh, peut-être avec l'hôpital de K, pas de psychiatrie. Oui, ça a dû m'arriver mais c'est pas hyper fréquent.

EG A la maison de soins de suite/moyen séjour de K?

MG Oui par exemple.

EG Mais c'est pas très fréquent. Ok

MG Non mais comme je vous dis j'en ai pas énormément énormément qui ont besoin.

EG Voilà, c'est sûr, ça limite… Quelles carences est-ce que vous avez expérimenté dans le système actuel de prise en charge des personnes âgées dépendantes, est ce qu'il y a quelque chose qui… ?

MG Heu, Non c'est plus une carence pour moi, c'est pas dans le système, c'est plus la formation quoi en fait voilà qui me manque, dans le système, j'ai pas suffisamment d'expérience pour pouvoir répondre.

EG Pas d'échos des familles qui trouveraient pas d'auxiliaires de vie ou qui sont pas…

MG Non, parce qu'en général ils trouvent. J'ai pas été confronté à un défaut, enfin un manque de structure, ou de personnel aidant, enfin voilà non

EG D'accord, Et pour conclure un peu pour vous ça devrait être quoi le rôle du généraliste dans la prise en charge de la personne âgée dépendante, sa place ?

MG S'il est bien formé je pense que ça devrait être la place principale, à la limite, voilà, mais pour ça je pense qu'il faut avoir les compétences pour le faire, mais effectivement je pense que c'est plutôt le rôle de régulateur au niveau des différents soins, et au niveau des hospitalisations si c'est nécessaire, etc mais encore une fois je pense qu'il faut de la formation et de l'expérience, tout à fait

EG Merci

Durée 19 minutes

Entretien 20

EG Alors pour commencer est ce que vous pouvez me raconter un peu comment vous travaillez, depuis quand vous êtes installée et quelle est votre activité?

MG Alors je travaille en cabinet de groupe, on est 3 médecins, nous ne travaillons que sur RDV, en zone urbaine et puis voilà

EG Installée depuis ?
MG 2009

EG Et en pourcentage de personnes âgées de plus de 70 ans à peu près ?

MG 5%

EG C'est pas une majorité…

MG Non c'est peu, je suis jeune, ils ont pas encore vieilli

EG (rires), D'accord, comment ça se passe le contact avec la personne âgée, est ce que vous êtes à l'aise, vous trouvez ça gratifiant ?

MG Alors je suis à l'aise mais je ne trouve pas ça particulièrement gratifiant. C'est, bah c'est des consultations qui sont souvent plus longues, plus compliquées…Voilà.

EG Et les patients en eux-mêmes ?

MG Ils sont plus souvent demandeurs, peut-être plus dans la plainte mais peut-être parce qu'ils ont plus de problèmes de santé aussi…

EG Avec qui est-ce que vous collaborez de manière générale en ville ou en libéral pour la prise en charge de vos personnes âgées dépendantes à domicile?

MG (silence) Si ils ont des problèmes de mémoire type démence Alzheimer etc en général ils sont suivis par un neurologue en ville on a surtout 2 correspondantes neurologues, vous voulez que je donne les noms ?

EG Oui j'anonymiserai après

MG Donc ça sert à rien, donc 2 neurologues qui sont à P qui sont juste à côté après si y a besoin d'aide à domicile y a différents prestataires de service mais aucun avec qui je travaille plus particulièrement

EG D'accord, et les infirmières c'est toutes les infirmières libérales?

MG Y en a beaucoup oui, y en a pas une en particulier

EG Au niveau social est ce qu'il y a un contact, le CCAS ou une assistante sociale?

MG Pareil, ça dépend des patients, je travaille pas particulièrement avec une assistante sociale

EG Est-ce que vous avez un avis sur les réformes concernant les politiques de santé qui ont été faites récemment pour les personnes âgées ? Est-ce que CLIC ça vous parle et est-ce que vous les utilisez?

MG Alors ça ne me parle pas et j'ai pas d'avis particulier sur la question…

EG D'accord, heu qu'est-ce qui vous semble difficile dans la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie ou dans leur maintien à domicile ?

MG Heu, effectivement c'est surtout de trouver des aides à domicile qui puissent, comment dire, alors que financièrement y ait pas de soucis pour les patients que ce soit bien pris en charge, heu de trouver des aides à domicile qui vont être disponibles souvent y a des délais d'attente qui sont un peu long ou alors ça convient pas aux patients ça se passe mal avec les patients ils trouvent que les aides ne sont pas de qualité en fait , ou alors ils ont pas suffisamment d'aide par rapport à ce dont ils auraient besoin, c'est vraiment plutôt par rapport aux services d'aides à la personne qu'il y a des soucis, heu après, par rapport aux aidants, non y a pas spécialement de problèmes à ce niveau-là à part qu'ils se retrouvent tout seuls résultat parce que y a pas assez d'aides, heu, oui non surtout ça.

EG Justement en parlant des aides la famille en général c'est une aide ou un obstacle?

MG Oh c'est une aide, oui non non c'est une grosse aide.

EG Est ce que vous êtes convaincue de l'intérêt et des vertus du maintien à domicile pour la personne âgée ?

MG Oui, oui oui j'suis convaincue, c'est difficile pour les accompagnants mais oui j'suis convaincue de l'intérêt

EG Est ce que vous avez l'impression de pouvoir peser sur le cours des choses entre le choix maintien à domicile ou institutionnalisation et est-ce que vous vous sentez légitime pour le faire?

MG Alors, oui c'est certain que je peux, heu, je peux je sais plus comment vous le disiez ?

EG Peser sur le cours des choses

MG Oui c'est sûr que je peux influencer heu légitime oui et non, c'est-à-dire qu'en général je suis le médecin de la personne qui est en perte d'autonomie mais je suis aussi le médecin de l'aidant et de l'accompagnant et donc je dois prendre en compte l'intérêt des 2, et que j'ai eu des situations où pour l'aidant ou l'accompagnant, heu c' était pas forcément une bonne chose le maintien à domicile, c'était une bonne chose pour celui qui était en perte d'autonomie mais pas pour l'aidant qui était au bout du rouleau, qui n'en pouvait plus qui était heu…voilà, c'était dans des cas très très extrêmes donc oui je peux peser mais en général je ne le fais pas, je préfère essayer de voir, leur montrer toutes les possibilités et voir avec eux ce qu'ils se sentent capables de faire, ce qu'ils peuvent faire, éviter qu'ils culpabilisent et éventuellement les aider pour le maintien à domicile mais sans forcément, j'veux pas pousser trop et forcer trop parce que si, déjà ils peuvent le faire à contre-cœur, heu résultat se sentir obligé etc et puis le vivre très mal, et au contraire si ils décident de pas suivre mon avis ils peuvent culpabiliser encore plus que ce qu'ils culpabilisent déjà quand ils décident quand même la mise en institution, donc je peux, c'est certain, j'ai beaucoup d'influence, voilà, enfin tout médecin généraliste a beaucoup d'influence sur ses patients mais je choisis de ne pas le faire

EG Donc vous donnez de manière neutre toutes les options en disant…?

MG Oui en leur disant les conséquences en leur disant clairement que l'institutionnalisation bah il va y avoir encore plus une dégradation de en général c'est leur conjoint, de leur père, qu'en général c'est pas bon qu'en général les patients, peut y avoir une glissade etc c'est pas bon pour eux, mais qu'en même temps si eux ils en peuvent plus faut qu'ils se protègent aussi et je leur dis aussi les aides possibles

EG Oui, le cas dont vous parliez tout à l'heure où c'était un peu extrême vous l'avez en tête ou pas ?

MG Oui

EG Vous pouvez me raconter un peu la situation ?

MG C'était un patient qui avait une sclérose latérale amyotrophique qui s'est déclenchée, enfin qui a été très très rapide, c'est-à-dire qu'en l'espace d'un an il est passé d'un déficit très léger au membre supérieur droit à il était en tétraplégie complète, aphasie complète, troubles de la déglutition il pouvait du tout bouger, plus s'alimenter, il pouvait plus parler, il pouvait plus rien faire, il avait vraiment un cas de perte d'autonomie énorme, sans aucun bien sûr problème de mémoire ou de choses comme ça mais une perte d'autonomie complète qui a été très rapide très violente résultat les aides à domicile n'ont pas pu se mettre en place rapidement parce que les prestataires de services même les spécialistes n'arrivaient pas à prendre conscience, voilà, quand on les appelait pour leur dire que quand même la dégradation était très rapide, qu'il fallait vraiment mettre en place les aides pour eux ça pouvait pas être aussi rapide que ce que ça l'a été, ils se sont pas rendus compte de l'évolution, donc ils disaient « y a plein de demandes, de gens sur liste d'attente, plein de gens en attente avant vous, y a plein de gens qu'en ont aussi besoin » et ça a été très long à mettre en place, et donc ça a été très difficile physiquement pour sa femme, son épouse, mais aussi moralement parce qu'elle a vu son mari se dégrader extrêmement vite donc la difficulté était pas que organisationnelle, c'était aussi de réussir à supporter, de voir dans quel état était son mari, d'avoir peur qu'il meure à domicile d'un jour à l'autre, qu'il s'étouffe parce que y avait eu les pompiers qui étaient venus plusieurs fois à domicile parce qu'il arrivait plus à respirer

EG Donc il avait fait plusieurs passages aux urgences?

MG Oui

EG Mais ils le gardaient jamais en hospitalisation?

MG Non parce que c'est vrai qu'elle souhaitait un maintien à domicile au départ, lui c'est ce qu'il avait toujours voulu et puis finalement il a été mis en institution, d'ailleurs ça s'est très bien passé hem mais heu voilà son épouse a essayé pendant longtemps de tenir à domicile et elle a tenu assez longtemps à domicile quand même mais y avait un moment où elle en pouvait vraiment plus quoi, mais avec la peur qu'il meure sous ses yeux, y avait pas qu'un problème de dépendance.

EG Il avait quel âge?

MG Oh, il était jeune, mais ça j'peux le retrouver assez facilement, 'fin jeune, il avait 64 ans.

EG Ah oui en effet. Et là il est toujours en institution ?

MG Non il est décédé.

EG Et il y avait eu des hospitalisations de répit par exemple pour l'aidant?

MG Heu mais ça a vraiment été très rapide, ça s'est déclenché grosso modo, moi je l'ai vu en janvier 2012 pour la première fois et ça s'était déclenché à Noël donc fin 2011 le tout début des signes mais vraiment le tout tout tout début, il a été hospitalisé en octobre 2012

EG En neurologie pour le diagnostic?

MG Non c'était en soins de suite à I qu'il a été hospitalisé, heu oui en octobre donc en gros 10 mois plus tard, et je sais pas si j'ai un compte rendu, je vais pouvoir le trouver dans le dossier de son épouse

EG C'est au décours du séjour qu'il avait passé en institution? Ou y a eu un passage à domicile avant ?

MG Ah non non le long séjour dont j'parlais en octobre c'était une hospitalisation, voilà c'était sûr qu'il rentrerait pas à la maison, avant y avait eu d'autres petites hospitalisation mais dès qu'il se mettait à respirer il rentrait à domicile, je crois pas avoir noté mais il est mort fin 2012

EG Ok, ouais, en général qui est ce qui initie la démarche, la réflexion entre maintien à domicile ou institutionnalisation ?

MG J'ai pas suffisamment de patients dans ce cas pour qu'il y ait un « en général » , heu tout est possible, ça va dépendre de comment je vois, souvent c'est vraiment avec l'aidant que la discussion se fait, ça dépend aussi du cas de quel est le problème d'autonomie, si c'est vraiment un problème type démence ou si en fait le patient a toute sa tête, heu mais c'est quand je vois qu'il y a des difficultés à domicile que ça se passe mal etc qu'éventuellement j'en parle, que je parle des hospitalisations de répit aussi, des aides supplémentaires qui peuvent être apportées, mais parfois c'est le patient lui-même, ou l'aidant lui-même qui m'en parle parce que voilà il a des soucis, les 2 sont possible, voilà y a pas de règle générale

EG Oui, qu'est-ce qui vous semble important dans l'évaluation gériatrique, et est-ce que vous utilisez des tests en routine ?

MG Heu en routine j'utilise le MMS quand j'ai des patients qui se plaignent de troubles mnésiques, ça me permet de rassurer ou pas les patients, de les orienter plus ou moins rapidement sur une consultation mémoire dédiée on va dire, mais j'utilise pas d'autres tests, et puis l'autre question m'a semblé un peu vague… ?

EG Oui, qu'est-ce que vous trouvez important vous dans l'évaluation gériatrique, au niveau tout global, l'entourage, la nutrition, le risque de chutes tout ça?

MG C'est vraiment très très vague ça comme question…

EG Oui c'est vrai que c'est large…

MG Heu je ne vois pas beaucoup de personnes âgées donc je suis pas particulièrement à l'aise avec ce genre de choses et quand vraiment je vois un patient avec une perte d'autonomie, où y a beaucoup de choses qui s'entremêlent j'ai quand même facilement tendance à déléguer et envoyer sur une consultation dédiée justement pour qu'ils fassent le point eux-mêmes.

EG Comment interviennent le temps et l'argent puisque c'est souvent des prises en charges longues, enfin qui prennent du temps, est ce que ça vous pose problème, la rémunération?

MG Alors, la rémunération non parce que je fonctionne pas comme ça, donc y a d'autres consultations qui peuvent être très longues avec des patients dépressifs etc, et je prends le temps qu'il faut, ça va me gêner au niveau organisationnel plutôt parce que j'aurais pas forcément prévu que la consultation prendrait autant de temps que ça et que j'vais prendre du retard donc ça va poser problème plutôt pour les autres consultations mais voilà, pour les autres patients

EG Est ce que votre investissement dans ce domaine il varie en fonction d'un patient, si vous en connaissez un de longue date ou un patient récent ?

MG Non, puisque le patient dont je parlais tout à l'heure, c'est un patient, le diagnostic, je vous ai dit je l'ai vu pour la première fois en janvier 2012 alors que ses symptômes avaient commencé décembre 2011, et que le diagnostic a été fait alors que c'était moi son médecin traitant et que il est mort grosso modo même pas un an après que j'aie commencé à le suivre, et que je suis investie etc donc, non c'est pas lié à ça mais ça va être lié au contact que je vais avoir avec lui, ça c'est certain, c'est-à-dire qu'on a tous des patients avec qui le contact se passe mieux qu'avec d'autres et c'est sûr que si le contact se passe pas bien pour une raison X ou Y, oui ça va jouer sur ma prise en charge ça c'est certain, j'aurai plus aussi tendance à avoir envie de déléguer heu voilà, moins envie de prendre le temps mais c'est pas lié à la durée de notre relation

EG Plutôt à la qualité du contact, hem, comment est-ce que vous intervenez vous concrètement dans la mise en place d'un maintien à domicile, qu'est-ce que vous faites vous et qu'est-ce que vous déléguez au niveau de la mise en place des aides ?

MG Globalement je délègue pas mal, parce que je vais envoyer, j'vais dire au patient d'aller voir une assistante sociale pour tout ce qui est aide, prise en charge financière etc, pour les aides directement à domicile j'peux donner des noms etc mais je laisse aussi l'accompagnant téléphoner pour trouver quelque chose qui lui convienne, pour tout ce qui est télé-alarme, mise en place de repas à domicile etc pareil j'envoie les patients voir avec la mairie, je ne fais pas les démarches à leur place, j'leur dis ce qui existe, j'leur dis vers qui se tourner mais je les laisse faire.

EG Vous avez des cas de patients isolés qui n'ont pas de famille, pas d'entourage?

MG Là j'en vois aucun, tous ceux que je connais, qui sont, non parce qu'encore une fois mes patients n'ont pas encore suffisamment vieilli, en général tous ceux que j'ai connus j'ai leur fils ou leur fille parmi mes patients ou alors en tout les cas ils ont un mari ou une femme mais y a toujours soit les enfants, soit l'époux ou l'épouse, j'en vois aucun qui est isolé.

EG Est ce que vous avez l'impression de pas être assez formée dans ce domaine, par exemple au niveau des aides techniques ?

MG Heu les aides techniques, c'est à dire?

EG Lit médicalisé, potence, tout ce qu'on peut mettre en place en soutien ?

MG Oh, pfff, disons que je connais, je sais pas toujours comment prescrire mais ça pose pas forcément de problème parce que si je fais une prescription qui est pas adaptée de toute façon le magasin d'orthopédie, le pharmacien etc me dira exactement l'intitulé qu'il fallait mettre, donc ça j'pense pas que ce soit vraiment une catastrophe parce que je sais qu'il existe les lits médicalisés, les lève-malades, et puis on fait passer des ergothérapeutes dans les cas comme j'en parlais tout à l'heure où éventuellement l'ergothérapeute peut passer et dire justement ce qui pourrait être utile, donc bon en région parisienne en zone urbaine on a suffisamment de spécialistes on va dire, d'aides à côté pour que ce soit pas gênant…pas suffisamment formée sur les aides, j'sais pas parce qu'il y a beaucoup d'aides qui sont sociales, heu et fff… c'est vrai que le médecin de plus en plus a un rôle social mais j'estime que c'est pas forcément mon rôle à moi, mon travail, et c'est pour ça encore une fois je me tournerais plus vers l'assistante sociale parce que tout ce qui est paperasse administratif, etc j'ai pas forcément envie de rentrer dedans, donc oui ça pourrait m'être utile d'être formée mais en même temps je me dis qu'il y a des assistantes sociales qui sont là aussi pour le faire et que bien sûr aider les patients, leur dire ce qui existe, les orienter mais que c'est pas forcément à moi de faire le travail de l'assistante sociale, donc heu.

EG Et l'ergothérapeute dont vous parliez c'était par quel biais que vous aviez pu y avoir accès?

MG C'était le, ben comme c'était la sclérose latérale amyotrophique y a un centre à la T (hôpital parisien) qui est référence

EG D'accord et qui se déplace à domicile?

MG Oui, où ils ont des ergothérapeutes, des psychologues, des kinés etc, mais c'est un réseau SLA à priori, et donc c'est par ce biais-là qu'il y a eu l'ergothérapeute

EG D'accord, Est ce que vous avez en tête un cas d'un patient âgé que vous suivez à domicile en ce moment et qui vous pose problème, parce que vous le sentez pas en sécurité à la maison ou qu'il y a des…

MG Oui. Oui j'ai une patiente effectivement qui est pas en sécurité à la maison, elle a une maladie de Parkinson très évoluée, hem, avec des risques de chute surtout, qui habite seule, qui ne veut pas quitter son domicile et c'est certain que si elle le quitte voilà elle va se dégrader etc donc y a un danger, elle a des aides qui viennent 3 fois par jour chez elle, elle a des enfants, alors y en a qui habitent près mais qui sont pas très présents et y en a une qui habite très loin en Haute-Savoie et qui est très présente, et le problème c'est qu'ils sont pas tous d'accord entre eux, y en a qui voilà ont pas l'impression que c'est si dangereux que ça, qu'elle se dégrade tant que ça, voilà ils la soutiennent plutôt parce que y a des dangers au niveau des médicaments aussi où fait un peu ce qu'elle veut, on a essayé de mettre en place une infirmière mais elle a fait des réserves de médicaments dans ses placards, donc finalement ça a été pire 'fin bon. Donc heu pour cette patiente oui y a un moment où y a eu une chute à domicile y avait personne dans le coin donc les pompiers l'ont amenée à l'hôpital et puis ça s'est tellement mal passé à l'hôpital, elle était en pleurs, etc que sa fille l'a faite sortir de l'hôpital alors que c'était plutôt sa fille qui était pour l'institutionnalisation au départ, et les fils qui étaient contre. Donc elle est retournée à domicile, et je pousse depuis longtemps pour qu'il y ait des auxiliaires de vie qui soient présentes 24h/24 qui soient présentes au moins la nuit, qu'il y ait quelqu'un, heu mais ça se fait pas…

EG Trop cher ?

MG Ben pourtant à priori financièrement ils ont les moyens, le problème c'est qu'elle ne veut pas des personnes qu'elle ne connaît pas, donc j'ai beau lui expliquer que sinon ben c'est l'institutionnalisation, comme les enfants suivent pas derrière, et que voilà si ils la font sortir de l'hôpital, nous on peut rien faire donc oui mais là, ils sont quand même aidants

les enfants globalement mais sur ce coup-là c'est vrai qu'en même temps je les comprends aussi, parce que le maintien à domicile si c'est possible il est important mais ils mettent pas en place les aides non plus…

EG Comment est-ce que vous décririez vos relations avec l'hôpital, Est-ce que quand vous voulez hospitaliser quelqu'un vous rencontrez des difficultés ?

MG Quand je veux hospitaliser quelqu'un pour quelle raison?

EG Alors soit pour une hospitalisation programmée par exemple pour faire un bilan, par exemple là une dame Parkinson qui est pas équilibrée, ce genre de choses ? ou alors en urgence parce qu'il y a une dégradation pour x raison ?

MG Heu, globalement c'est vrai que oui, y a régulièrement des problèmes pour faire hospitaliser des patients par manque de place en fait, en urgence, de toute façon maintenant comme c'était très problématique quand j'essayais de téléphoner, ils acceptaient pas, maintenant je fais une lettre et j'envoie aux urgences sans leur demander leur avis, c'est peut-être pas très sympa mais sinon de toute façon les patients sont pas pris et donc si y a une urgence et qu'il faut qu'ils soient hospitalisés c'est le seul moyen pour voilà, une fois qu'ils ont le patient devant eux ils se rendent bien compte qu'ils peuvent pas le faire sortir et donc ils le prennent même s'ils ont pas de place alors que par téléphone c'est quasi impossible de réussir à les faire hospitaliser en urgence.
Programmé, j'y arrive, ça peut être parfois difficile, je me souviens de patients où normalement ça aurait dû être quand même assez rapide, le délai raisonnable ç'aurait été une semaine, et elle a été hospitalisée au bout de 3 mois parce que c'était repoussé sans arrêt parce que y avait des patients des urgences qui étaient pris, et qu'à un moment je m'suis posée la question de l'envoyer aux urgences même si ça relevait pas vraiment des urgences et d'ailleurs la cadre de santé m'avait dit de le faire ; d'envoyer aux urgences pour voilà, en disant « les patients des urgences sont prioritaires donc sinon vous faites comme ça quoi ». Heu mais après en général c'est possible programmé mais dans quel délai ? Bon, toujours un peu le problème. Les institutionnalisations, les longs séjours en etc général c'est plus complexe, faut vraiment qu'il y ait, par exemple cette patiente avec laquelle j'avais un problème, y avait eu une chute, les pompiers sont arrivés, y avait aucun aidant qui était présent ils l'ont amenée aux urgences, là s'ils l'avaient pas sortie de l'hôpital, si les enfants l'avaient pas sortie de l'hôpital, ils l'auraient sûrement mise après en moyen séjour, en long séjour, ç'aurait sûrement après été lancé derrière, sans ça c'est pareil, trouver des places c'est très très compliqué

EG Est ce que vous travaillez avec un hôpital gériatrique ou pas nécessairement?

MG Y a R si avec lesquels je travaille un peu mais encore une fois j'ai tellement peu de patients dans ce cas…

EG Et est-ce que l'envoi aux urgences pour maintien à domicile impossible hors pathologie aiguë, décompensée parce qu'il y a un problème social, c'est une situation que vous avez rencontrée ?

MG A priori ça je l'ai jamais fait, non, je me suis pas permis de le faire ou alors j'ai pas eu le cas où j'aie vraiment eu besoin de le faire…
EG On va parler un peu des réseaux, qu'est-ce que vous pensez du concept de réseau et est-ce que vous êtes membre de réseaux?

MG Heu, j'pense que les réseaux effectivement peuvent être utiles donc le concept est pas mal, c'est juste que en général je m'y retrouve pas très bien dans le fonctionnement, savoir qui est l'interlocuteur, comment ça fonctionne, les transmissions etc, donc membre de réseau, je sais pas si j'ai dû adhérer au réseau SLA pour mon patient, hem j'ai trouvé ça utile et en même temps, je disais, pour les besoins qu'on a eu par rapport aux aides à domicile, finalement ils ont pas répondu à l'appel parce qu'ils s'étaient pas rendus compte eux-mêmes de l'urgence et de l'importance malgré le fait que je les aie au téléphone, en plus les médecins ils étaient pas d'accord entre eux, j'en ai eu 2 différents au téléphone ils étaient pas d'accord ils m'ont donné des sons de cloche différents, ça c'était pour des médicaments, l'ergothérapeute avait mis un peu de temps à venir, mais bon elle était venue, après en revanche sur une aide logistique, y avait des transmissions sur papier, un classeur qui était très bien fait avec les ordonnances etc, ça c'était assez utile, mais j'ai un autre patient qu'a aussi une sclérose latérale amyotrophique, qui est dans le même réseau et qu'a pas tout ça qu'est mis en place, donc je sais pas en tout cas il est suivi dans le même centre… Après quel autre réseau, y a un moment le réseau obésité, bah ça c'est pas bien passé avec la patiente, elle a pas apprécié les changements d'heure de groupe de je sais pas quoi donc finalement elle a arrêté d'y aller, donc j'ai pas eu forcément des très bons résultats avec les réseaux, mais je trouve l'idée bonne mais en général en pratique ça se passe pas forcément bien même si ça peut être utile.

EG Que ce soit le patient ou vous,

MG Oui parce qu'il y a eu des réseaux, j'crois que Hippocampes il y a un patient on avait fait la demande et il a pas été accepté parce qu'il était trop jeune, c'était un patient qui a eu un accident très grave donc qui est aphasique, hémiplégique, 'fin voilà donc très dépendant etc mais il était trop jeune donc il pouvait pas être pris, je sais pas quel âge il

a, j'crois qu'il faut qu'ils aient plus de 65 ans, actuellement il en a 66 mais à l'époque il avait peut-être 64, y a peut-être eu quelque chose comme ça ou alors son problème ne relevait pas du réseau Hippocampes mais en tout cas il a pas été accepté, donc voilà y a souvent un truc comme ça qui cloche et qui fait que finalement…

EG Ca marche pas forcément…

MG Oui

EG D'accord, et comment vous avez entendu parler du réseau Hippocampes?

MG Alors là je me souviens plus… J'sais pas si j'ai reçu des brochures, si j'ai des patients qui m'en ont parlé, si j'ai des collègues qui m'en ont parlé, je ne sais pas…

EG Et vous avez des patients qui sont inclus par un autre biais, par exemple le neurologue ou par la famille ou en ce moment pas de?

MG J'ai un patient mais j'suis pas sûre qu'il soit inclus encore, qui a fait effectivement, sa femme a fait la demande au réseau Hippocampes, inclus par le neurologue, peut-être mais dans ce cas j'suis pas au courant

EG Et sa femme a fait la demande pourquoi? Soutien psychologique ?

MG Soutien logistique, je pense pas soutien psychologique, c'est plus pour les aides à domicile, je sais pas oui, plus là-dessus et quand j'ai été en contact avec le réseau j'ai insisté effectivement plus sur le besoin de soutien psychologique,

EG Vous avez déjà participé à des évaluations à domicile avec le réseau ou non?

MG Y a un moment où j'avais noté en rendez-vous effectivement mais à mon avis c'est pour le patient qui ne relevait pas des critères de prise en charge et peut-être que le réseau a annulé le rdv, parce que je me souviens que j 'avais noté pour y aller, et je me souviens pas avoir vu la personne du réseau, donc soit j'l'ai fait soit finalement le rendez-vous a été annulé mais j'avais prévu de le faire en tous les cas

EG Vous aviez dégagé du temps…

MG Et c'est pas moi qui ai annulé

EG D'accord, et qu'est-ce que vous pensez que le réseau pourrait vous apporter à vous et aux familles ?

MG J'l'ai vu, ça a peut-être été fait… Ben c'est vrai que si au niveau des aides à domicile si ils peuvent, si ils ont eux leur propre réseau, qu'ils peuvent donner des noms, des adresses de personnes bien qu'ils peuvent accélérer les choses ,ça peut être une bonne chose, si ils peuvent plus aider dans le dédale de paperasse administrative, les problèmes sociaux etc oui ça aussi ça peut-être bien, c'est tout un dédale, un labyrinthe de trucs qui me donnent pas forcément envie et j'ai pas forcément envie d'y passer des heures, et puis surtout c'est vrai que je m'y retrouve pas très bien moi là-dedans.

EG C'est vrai que c'est compliqué… Et pour conclure pour vous ça devrait être quoi la place du généraliste dans la prise en charge de la personne âgée dépendante ?

MG C'est vrai que moi je le vois un petit peu comme un chef d'orchestre, donc pas tout faire tout seul, ça c'est certain, mais effectivement, orienter, pouvoir informer, mais aussi recevoir les informations des autres et finalement dans les réseaux etc peut-être que ce qui m'a le plus manqué c'est ça c'est que j'ai pas de retour souvent, j'me dis peut-être que j'ai des patients qui font partie du réseau et que je ne le sais pas, souvent voilà j'ai l'impression qu'il y a un manque d'information aussi dans l'autre sens,

EG Que ça circule pas …

MG Oui que ça circule pas forcément toujours très bien les informations …

EG D'accord, ok eh ben merci!

Durée 28 minutes

Après la fin de l'enregistrement le MG 20 exprime une certaine méfiance vis-à-vis des procédés des réseaux et de la signature de la charte d'un réseau. Elle a peur d'être enregistrée comme contact de médecin traitant et que le réseau donne son nom à des patients de sa région.
En effet la prise en charge des 2 patients atteints de SLA était lourde et le MG 20 souhaite faire peu de visites à domicile.

Entretien 21

EG Alors pour commencer est ce que vous pouvez m'expliquer un peu comment vous travaillez, depuis quand vous êtes installée ?

MG Alors, je suis installée en libéral depuis septembre 2002, et auparavant j'ai fait des remplacements pendant 8 ans, et je suis en association avec 2 autres médecins, on est parfaitement indépendants dans notre exercice et je fais du libéral pur, j'ai aucune activité salariée ni hospitalière.

EG Au niveau personnes âgées à peu près combien de pourcentage de votre patientèle ?

MG Relativement faible, je dirais 20%, 20 à 30%, 20%.

EG Plus de 70?

MG Entre adultes et enfants c'est la très grande majorité de ma clientèle, je n'ai pas l'impression de faire beaucoup de personnes âgées.

EG Vous n'avez pas de formation gériatrique?

MG Pas spécifique

EG Heu comment ça se passe le contact avec la personne âgée est ce que vous êtes à l'aise, vous trouvez ça gratifiant ?

MG Oui très à l'aise, enf' Oui très à l'aise, gratifiant, pas de problème, si par personne âgée on comprend les personnes au-delà de 60-65 ans j'en ai beaucoup plus de 20%

EG Non, plutôt plus de 70 ans

MG Voilà non non très à l'aise, le contact se passe très correctement, pas de souci.

EG Avec qui est ce que vous collaborez pour la prise en charge de vos personnes âgées dépendantes à domicile, que ce soit en ville ou à l'hôpital ?

MG Alors, je collabore avec qui… je collabore avec, alors pour les hôpitaux je travaille beaucoup avec X (HG) quand j'ai besoin d'une hospitalisation de repos, de complément etc sinon je tr.., j'ai pas de réseau spécifique en gériatrie, j'hospitalise au cas par cas en fonction des pathologies qui se présentent mais en gériatrie pure c'est X.

EG Et infirmières, est ce que vous avez une infirmière en particulier ?

MG Oui, pas, y a deux groupes d'infirmières, 2 binômes d'infirmières avec qui on travaille, on a nos coordonnées personnelles et on communique directement par portables interposés pour coordonner les soins auprès des personnes âgées, pour celles qui sont en maintien à domicile avec passage d'infirmière au quotidien etc

EG Au niveau social, une assistante sociale en particulier, CCAS?

MG Non c'est CCAS mais j'ai pas une assistante sociale en particulier

EG Est ce que vous avez un avis sur les réformes au niveau des politiques de santé concernant les personnes âgées, est ce que CLIC ça vous dit quelque chose ?

MG Absolument pas, je n'ai aucun avis et ça ne me dit fichtrement rien

EG Ok, c'est un centre local d'information et de coordination qui est censé donner des adresses pour tout ce qui est social

MG Ah, je , jamais entendu parler…

EG Ils ont pas envoyé de pub ou rien du tout?

MG Rien du tout.

EG Qu'est-ce que qui vous semble difficile dans la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie et dans leur maintien à domicile?

MG De trouver les interlocuteurs justement, c'est à dire quand on a pas quelqu'un de la famille pour nous aider à mettre les choses en place c'est très très très difficile parce que je ne sais pas où m'adresser, j'ai pas un endroit où je voilà, du coup souvent c'est un peu difficile c'est du bidouillage, on contacte une infirmière par-ci etc, et souvent maintenant je fais appel à l'S (association de soins à domicile), mais initialement ça fait, c'est bien d'avoir quelqu'un de l'entourage pour tout mettre en place, ne serait-ce que pour mettre en place la téléalarme, quand la personne âgée elle –même ne peut pas le faire, faut que quelqu'un fasse ça pour elle, et quand on a personne de l'entourage qu'on peut contacter qui peut nous aider à mettre ça en place c'est très compliqué et ça peut se finir en hospitalisation pour que ce soit mis en place en post-hospitalisation

EG Est ce que vous êtes convaincue de l'intérêt, des vertus du maintien à domicile pour la personne âgées?

MG Ah carrément, oui oui oui parce que dès que, quand elles sont maintenues à domicile elles sont dans leur repères, elles sont dans leur vie, et la perspective de sortir de leur domicile, d'être placées dans une maison de retraite, bah elle perdent leurs repères et c'est là souvent qu'on voit qu'elles lâchent prise et le syndrome de glissement avance, quoi, enfin du moins c'est comme ça que je le ressens.

EG Est ce que vous avez l'impression que vous pouvez peser sur le cours des choses entre le choix maintien à domicile ou institutionnalisation et est-ce que vous vous sentez légitime pour le faire?

MG Oui je peux peser dessus parce que s'il n'y a pas une implication réelle profonde, constante, le maintien à domicile est impossible, c'est relativement compliqué, comme je ne travaille pas dans un réseau je ne savais même pas que ça existait, et que voilà, si je ne m'implique pas et si je ne contacte pas les infirmières et si je ne contacte pas les aides-soignantes et si et si et si, c'est pas possible, c'est pas gérable,

EG D'accord, oui, et est-ce que les familles vous demandent souvent votre avis « est ce que mon

père, ma mère devrait rester à la maison, ou aller en maison de retraite ? » est ce que c'est une discussion qui se présente ?

MG Heu, oui, oui, oui, quand la famille existe, ce sont des discussions qui se présentent oui,
EG Et vous vous sentez enfin légitime pour participer à la discussion en tant que médecin, vous avez une place ?

MG Oui oui, je suis légitime dans le sens où je donne un avis, quand le maintien à domicile devient carrément impossible même avec un maximum d'aides et d'encadrement parce qu'il y a une mise en danger de la personne agée, je suis légitime pour dire « je pense que ça devient dangereux qu'elle reste chez elle parce qu'il y a pas une présence constante et que là ça le nécessite », quand je sens que y a un désir de placement tout simplement par facilité, commodité alors qu'il y a encore plein de choses qu'on peut mettre en place pour maintenir à domicile et que c'est possible, je me sens légitime pour dire « attendez, on a pas encore essayé tous les moyens qui existent, on peut faire ça ça et ça », on peut essayer de gagner quelques mois ce qui à 80 balais est quand même important.

EG La famille du patient en général c'est une aide ou un obstacle?

MG Ah je dirais plutôt une aide, je l'ai rarement ressenti comme un obstacle

EG Hem, au niveau de l'évaluation gériatrique, qu'est-ce qui vous semble important et est-ce que vous utilisez des tests en routine ?

MG Non, non, je n'utilise pas de tests en routine, qu'est-ce qui me semble important, je sais pas quoi répondre… Ce qui me semble important, c'est le confort du patient, un patient qui n'a pas l'air algique et qui a un bon confort moral, c'est ça qui, en gériatrie c'est ce que je chercherais avant tout, un confort physique, un confort moral.

EG Est ce que le temps et l'argent ça vous pose problème, vu que c'est des prises en charge qui sont souvent longues, est ce que le fait que ce soit payé à l'acte ça vous…?

MG L'argent ne me pose pas de problème, absolument pas… ce qui me pose plus problème c'est le temps, c'est que j'ai un déficit de temps à consacrer, et je m'en rends compte, mais ce n'est pas un problème d'argent, c'est un problème d'être débordée dans mon emploi de temps et de ne pas avoir une heure à dégager pour des fois une prise en charge qui nécessiterait une heure pour tout mettre en place

EG D'accord, Est ce que votre investissement dans ce domaine varie en fonction d'un patient que vous connaissez de longue date ou un patient récent ?

MG (silence) Heu… difficile de répondre dans la mesure où je ne prends pas de nouveaux patients depuis quelques temps, mais spont…je n'saurais dire, non je n'pense pas, je n'pense pas, j'pense que mon implication dépendra des besoins spécifiques du patient, que je l'connaisse depuis 1 an ou 10 ans ou ça ne change rien au temps nécessaire à consacrer pour assurer une autonomie et une vie sans danger, non je n'pense pas.

EG Comment est-ce que vous intervenez vous concrètement vous dans la mise en place d'un maintien à domicile, qu'est-ce que vous faites-vous et qu'est-ce que vous déléguez, par exemple auxiliaire de vie ?

MG Alors ce que je fais c'est que je délègue beaucoup aux parents, heu à la famille et je dis ce qu'il faut mettre en place, c'est-à-dire je dis qu'il faut mettre en place des infirmières et je donne des coordonnées, je dis qu'il faut mettre en place un réseau d'aide-soignante, d'auxiliaire de vie pour la toilette, je donne la référence, je dis qu'il faut mettre la télé-alarme, je fais le certificat, je donne la référence, je dis qu'il faut faire du portage de repas et je voilà, je dis tout ce qu'il faut faire, je fais toutes les ordonnances et certificats et je demande aux familles de contacter les services adéquats.

EG D'accord, ça vous est déjà arrivé d'avoir des patients qui n'avaient pas de famille ? et dans ces cas-là comment est-ce que vous faites ?

MG Oui, ça m'est arrivé et c'est là que c'était compliqué, il a fallu que moi je gère quelques petites choses et là et que c'était des fois compliqué et c'est heu bah c'est voilà, là après je sais pas, les fois où ça s'est passé ça s'est fini en hospitalisation et les choses ont été mises en place en sortie d'hospitalisation par les services sociaux de l'hôpital ou alors y avait encore un minimum de possibilités de la part du patient qui a pris en charge une partie avec moi, parce qu'il était tout à fait capable de prendre son téléphone, de téléphoner, mais par exemple pas capable de sortir faire ses courses, être autonome en terme de toilette mais il était suffisamment cortiqué pour pouvoir m'aider dans la mise en place des choses

EG Tout à l'heure vous parliez de l'S est ce que, donc vous travaillez pas mal avec eux et est-ce que vous donnez les coordonnées, comment est-ce que ça se passe

MG Oui je travaille pas mal avec eux et je donne les coordonnées quand j'ai besoin de mettre en place quelque chose, je dis que l'S existe et je donne les coordonnées pour qu'ils les contactent

EG C'est pour les auxiliaires de vie?

MG C'est pour les auxiliaires de vie ouais

EG Et vous avez globalement un bon retour ?

MG Honnête, honnête, ouais

EG Est ce que ça vous arrive, alors enfin normalement y a pas d'ergothérapeutes en ville mais pour l'aménagement du logement ça vous est déjà arrivé de faire appel à ?
MG Très peu, ça m'est arrivé une fois de faire appel à ça, c'était une patiente qui était rentrée chez elle qui avait une hémiplégie donc on a fait appel à une ergothérapeute dont j'ai eu les coordonnées par l'hôpital pour aménager le domicile sinon non.

EG Au niveau des aides financières, est ce que vous remplissez des dossiers APA et est-ce que vous vous sentez assez formée pour informer les gens de ce à quoi ils ont droit ?

MG Non justement, je ne sais pas à quoi ils ont droit, je leur dis de contacter le CCAS et de contacter l'assistante sociale pour voir justement ce à quoi ils ont droit, mais moi je ne sais absolument pas quels sont les droits, et quelles sont les possibilités de financement des choses diverses

EG Oui c'est un domaine à part…Et pour les dossiers APA ça vous est arrivé de remplir des grilles AGGIR ou vous n'avez pas de patients qui ont l'allocation personnalisée?

MG Ca m'est arrivé si, si, pas récemment mas ça m'est arrivé, oui oui

EG Pour tout ce qui est aide-technique vous vous sentez assez formée, lit médicalisé tout ce qui peut être mis en place?

MG Aides techniques oui, c'est plus pour tout le reste qu'on est pas formés (rires)

EG Ok, est ce que vous avez en tête un ou deux cas de patients qui vous posent problème, soit parce que vous ne les sentez pas complètement en sécurité ?

MG Oui là par exemple j'ai une patient qui est en perte d'autonomie depuis quelques années mais qui partageait son domicile avec son mari qui était âgé également, le mari vient de décéder donc son maintien à domicile va devenir très problématique parce qu'elle est aveugle et qu'elle ne peut pas vivre seule malgré toutes les aides qu'on lui apporte ça finira par être problématique, donc là on est en train d'enterrer le mari, une fois qu'on a passé cette phase un peu délicate il va falloir qu'on fasse un peu le point avec elle et avec son fils qui vit dans la même ville mais qui ne vit pas avec elle et qui ne peut pas vivre avec elle parce qu'il a sa propre vie, on va voir comment on peut faire, est ce qu'un maintien à domicile est possible ou pas. Donc y a toute une réévaluation à faire en tenant compte du désir de la patiente aussi, voilà.

EG D'accord, donc encore un autre cas éventuellement que vous auriez en tête ?

MG heu qui pose problème, qui pose problème… Non j'ai pas de cas qui pose problème, pas beaucoup de personnes âgées à domicile non plus, qui c'est que j'aurais d'autre qui poserait problème, ben non là je n'ai pas d'autres cas en tête immédiatement

EG Et donc son mari c'était son aidant principal enfin il l'accompagnait pour heu, la dame qui est aveugle…

MG Heu non y avait toute une organisation de mise en place, y avait justement les auxiliaires de vie qui passaient tous les jours, les infirmières qui passaient tous les jours, un pilulier qui était préparé et distribué par l'infirmière et des plateaux repas mais lui il était les yeux de la dame, et un compagnon, là elle va se retrouver sans yeux, seule dans un grand appartement donc c'est pas la même chose et c'est ça qui risque de poser problème.

EG D'accord, à propos de l'hôpital comment est-ce que vous décririez vos relations avec l'hôpital et est-ce que quand vous voulez hospitaliser quelqu'un vous rencontrez des difficultés?

MG Elles sont quasi inexistantes mes relations avec l'hôpital et quand je veux hospitaliser quelqu'un je rencontre beaucoup de difficultés et du coup je passe par les urgences systématiquement sauf pour aller à X, où je contacte le médecin, où j'ai un médecin cortiqué en face de moi j'lui expose le cas en général il prend en charge mon patient

EG En général ils prennent dans des délais rapides?

MG Très rapides

EG Même pour des hospitalisations de répit?

MG Oui

EG D'accord, et sinon c'est pour les personnes âgées plus spécifiquement que ça pose problème l'hôpital ou de manière générale ?

MG De manière générale, l'hôpital public du coin, de manière générale. Y a un autre hôpital où y a pas d'accueil d'urgences où j'ai des relations plus cordiales et en direct avec les médecins et où je peux discuter d'une hospitalisation programmée en spécialité mais l'hôpital public du coin sans le nommer heu, lui c'est pf, impossible, les rares fois où j'ai essayé de parler à un médecin pour organiser des hospitalisations parfaitement légitimes, c'était pas possible donc c'était soit les urgences soit j'ai été carrément taper à un hôpital bien plus loin heu à savoir V (val de marne) avec qui je ne travaille pas habituellement et je leur ai exposé le cas et ça leur paraissait parfaitement évident qu'il fallait prendre en charge la patiente

EG D'accord, ouais, et l'envoi aux urgences pour maintien à domicile impossible hors pathologie aiguë décompensée, juste parce qu'il y avait un problème social, c'est une situation que vous avez vécue ?

MG Non, parce que souvent enfin je dis non, je n'sais pas, je n'ai pas de souvenir concret, c'était maintien à domicile impossible pour raison de santé décompensée mais pas parce que là comme ça, ça s'est présenté, j'ai toujours essayé d'anticiper, et en dehors d'X je sais que j'ai déjà organisé en avance des hospitalisations dans une maison I (soins de suite) ou alors F de personnes âgées en avance pour soulager la famille parce que ci parce que ça

EG D'accord qu'est-ce que vous pensez du concept de réseau, est ce que vous êtes membres de réseaux ?

MG Alors je ne suis pas membre de réseau et je trouve que ça s'rait bien…(rires) voilà.

EG Le concept vous plait (rires)

MG Le concept me plaît

EG Qu'est-ce que vous en attendriez?

MG Justement une aide pour pouvoir organiser ce genre chose impossible à faire tout seul dans son coin quand on ne connaît pas tous les correspondants et toutes les aides disponibles.

EG D'accord, oui, est ce que vous avez entendu parler du réseau Hippocampes, le réseau de gériatrie de l'Essonne et si oui comment ?

MG Le nom me dit vaguement quelque chose mais c'est tout, je suis incapable d'en dire davantage, je ne sais même pas.

EG Vous n'avez pas de patients qui ont été inclus par le biais d'un neurologue?

MG Non ça ne me dit rien.

EG Et dans le cas des personnes âgées en perte d'autonomie à domicile qu'est-ce que vous pensez qu'ils pourraient vous apporter, hors la mise en relation avec des correspondants ?

MG Qu'est-ce qu'ils pourraient m'apporter? Ben ils pourraient m'apporter un maintien à domicile plus aisé et certainement plus pertinent que ce que je fais seule dans mon coin parce qu'il y a certainement des outils que je n'utilise pas qui doivent exister et d'un point de vue médical peut-être qu'ils peuvent m'apporter une expertise que je n'ai pas, je ne suis pas gériatre et avoir l'aide de gériatre pour régler un problème médical peut être utile parce que ce sont des personnes qui sont difficilement mobilisables, qui ne vont pas consulter à l'hôpital, auprès de qui il est difficile de faire intervenir qui que ce soit et donc avoir une expertise médicale d'un gériatre de façon aisée est certainement précieux

EG D'accord. Quelles carences est-ce que vous avez expérimenté vous dans le système actuel de prise en charge des personnes âgées à domicile ?

MG (silence) heu ben la carence de mon incompétence relative dans le sens où j'ai pas d'expérience plus pertinente que le bidouillage que je fais avec mes infirmières, mes auxiliaires de vie, mon portage de repas, ma télé-alarme, que je me suis inventé…

EG Qui se passe plutôt bien,

MG Qui se passe plutôt très bien, mais est-ce que, voilà, il peut être compliqué à mettre en œuvre, est ce qu'il est le plus pertinent, est-ce que y a certainement mieux autre d'expérimenté ça je ne sais pas, en ça, ça peut être intéressant d'avoir un autre modèle que celui que j'ai monté dans mon coin

EG Vous n'avez jamais de soucis pour avoir le nombre d'heures que vous voulez pour une auxiliaire de vie ?

MG Ca jusqu'à présent j'ai jamais eu de soucis

EG Et pour conclure un peu pour vous ça devrait être quoi la place du généraliste dans la prise en charge de la personne âgée dépendante ?

MG (silence cafouillage) heu bien sûr voilà (rires)

EG Où vous vous situez vous, votre place?

MG Bah un peu un rôle de coordinateur, j'me situerais au centre d'un maillage où je, je je, je suis je suis le déversoir de tout le monde c'est-à-dire l'infirmière me rend compte, l'auxiliaire de vie me rend compte et moi je gère et ce qui aurait été bien, c'est d'avoir des correspondants auprès de qui je peux déléguer, correspondants médicaux c'est-à-dire quand je suis dépassée par un phénomène, plutôt que d'hospitaliser une patiente parce que en consultation en ville c'est ingérable d'avoir un cardiologue, d'avoir un gériatre auprès de qui je peux présenter un dossier pour essayer d'améliorer une prise en charge ou d'avoir un avis ponctuel

EG Et est-ce que, là y a un concept récent qui est sorti, ils appellent ça gestionnaire de cas, c'est pas encore bien mis en place, ce serait quelqu'un qui aurait par exemple une quarantaine de personnes âgées en charge et qui gèrerait justement la mise en place des aides, la coordination entre tout le monde, ça c'est quelque chose qui vous paraît intéressant et utile ? Ce serait pas un médical, plutôt un para médical

MG Ah bah oui oui parce que c'est là où nous on pèche, justement dans cette organisation

paramédicale, sociale, où ça nous prend un temps fou et si je peux me consacrer au médical pur et qu'il y a quelqu'un gère le paramédical c'est-à-dire s'assurer que selon une grille définie de a à z tout est mis en place, moi ça me va très bien, bien sûr.

EG D'accord, ok, eh bien je vous remercie

MG Eh bien je vous en prie

Durée 19 minutes

4/ Exemple de schème spécifique : MG 7

- Urbain
- peu de gériatrie
- aîné 71 ans
- secteur dans son propre réseau

Schème spécifique MG 7

formation coordinateur maison de retraite

Acteurs

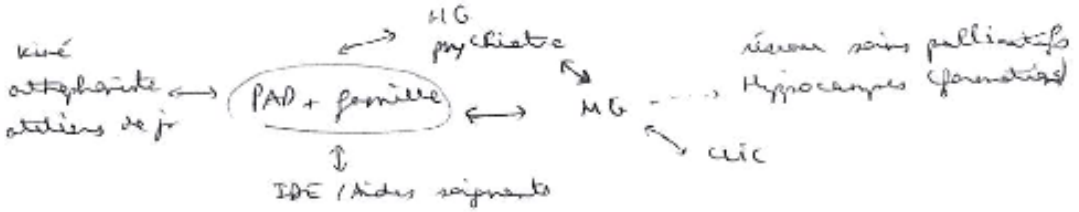
CLIC
Hôpital gériatrique (psychiatre)
orthophoniste) peu cités par autres MG
kiné
ateliers mémoire
réseau soins palliatifs
Aides soignantes } les "équipes" "aidants" (pro)
IDE
famille, les aidants (informels)

Cas concrets

- 8 troubles de la marche, enfants souhaitent maintenir à domicile à l'étage
- 8 démence de Pick, mauvais dans traitements, four allumé mise en danger, refus Hospit négociations finalement hôpital → MSR
- 8 apraxie, refus aides, incurie → hôpital → MSR

Difficultés

- fatigue et culpabilité aidants
- intensive conduite automobile
- fugues
- acceptation bilan mémoire / patients



Verbatim

« Y faut des aidants sinon ... »
« C'est pas tout le problème physique c'est le problème mental »
« on suit pas un patient, on suit une famille, les aidants aussi »
« chaque consultation c'est un nouvel appel. si on rajoute une pierre »
« Tout ce repose de la pensée dans son déni de ne pas faire »
« La société change aujourd'hui, bcp de pensées moins seules »
« On peut pas être bon partout »
« j'ai pas rompu le lien de confiance »
« j'discuts on est le pilier », « on est interpellé très rapidement »
« Alors réseau ... c'est toujours intéressant ... on a une pensée commune et on discute »

Thèses / arguments

Problèmes : troubles cognitifs et absence famille
- Poids des troubles cognitifs, mal être vis à vis démence, culpabilité de l'aidant, idée de réanimation en MT
- Processus long, négociation avec hôpital pour acceptation aides, difficulté à accepter que patient ne veuille pas faire, ECOUTE ++
⚠ multiplication des aides et sentiment d'ingérence / intrusion pr patient + famille
- Evolution : meilleure tolérance de solitude ?
+ couples agent vécu ensemble moins
+ pb solitude → foyer logement bonne solution
- Soignant doit accepter limitations capacités relationnelles avec certains patients / pathos
- MG : proximité famille, ménagement logement avec idées logées pr
- Importance échange / formations. a son réseau correspondants propres.

Résumé : « C'est difficile mais permanent »

5 / Evaluation gériatrique : tests les plus fréquemment utilisés par les généralistes de l'étude (évaluation cognitive et dépendance)

A/ Test des 5 mots de Dubois [20]

Consignes de passation : trois parties

1. Première partie "Apprentissage"

Montrer la liste de 5 mots au patient et lui dire :

« Voici une liste de mots, je vais vous demander de lire ces 5 mots à voix haute et d'essayer de les retenir car je vous les redemanderai tout à l'heure ».

MUSEE-LIMONADE-SAUTERELLE-PASSOIRE-CAMION

Une fois la liste lue, dire au patient :

« Pouvez-vous, tout en regardant la feuille, me dire quel est le nom : de la boisson (attendre la réponse), de l'ustensile de cuisine (idem), du bâtiment (idem), de l'animal (idem) et du moyen de transport (idem)?»

Retourner alors la feuille et demander au patient :

« Pouvez-vous me dire les mots que vous venez de lire sur la feuille ? »

Ceci constitue le rappel libre.

Compter 1 point par mot bien rappelé.

Pour les mots non-rappelés, et seulement pour ceux-ci, demander :

« Quel était le nom de … : bâtiment ou la boisson ou l'animal ou l'ustensile de cuisine ou moyen de transport ? »

Ceci constitue le rappel indicé.

Compter 1 point par mot bien rappelé.

Additionner le nombre de points obtenus au rappel libre avec celui obtenu au rappel indicé, vous obtenez un score total de rappel immédiat de 5 points maximum.

Si le score était inférieur à 5, recommencer l'apprentissage jusqu'à ce que les 5 mots soient appris. Mais attention, le score total de rappel immédiat qu'on considérera à la fin du test reste le 1er qui a été obtenu.

2. Deuxième partie : Epreuve interférente :

Il s'agit d'occuper le patient quelques minutes avant de demander le rappel différé.

En profiter pour faire passer le test n° 3 : Test de l'horloge voir ci après

3. Troisième partie : Rappel différé :

« Pouvez-vous me répéter maintenant les 5 mots que vous avez appris tout à l'heure, peu importe l'ordre ? »

Ceci constitue le rappel différé libre. Compter 1 point par mot bien rappelé.

Pour les mots non-rappelés, et seulement pour ceux-ci, demander :

« Quel était le nom de … : bâtiment ou la boisson ou l'animal ou l'ustensile de cuisine ou moyen de transport ? »

Ceci constitue le rappel différé indicé. Compter 1 point par mot bien rappelé.

Additionner le nombre de points obtenus au rappel différé libre avec celui obtenu au rappel différé indicé, vous obtenez un score total de rappel différé de 5 maximum.

Pour finir, additionner le score total de rappel immédiat et le score total de rappel différé. Vous obtenez un score total de rappel de 10 maximum.

Interprétations des résultats :

Le score total de rappel doit être normalement égal à 10.

S'il ne l'est pas, le test peut révéler une pathologie démentielle de type Alzheimer.

Remarque : si le rappel libre est diminué mais que le rappel total est normal, il ne s'agit probablement pas d'une démence de type Alzheimer mais plutôt d'un trouble de l'attention tel un état dépressif, une atteinte frontale…

---

[20] Source : http://fmc31200.free.fr/MG-liens/Neurologie/quatre_tests.pdf [consulté le 10/02/2014]

B/ Test de L'Horloge [21]

Consignes de passation :

«Imaginons que ce cercle représente le cadran d'une horloge (ou d'une montre)- Vous allez dessiner les chiffres représentant les heures dans ce cercle comme vous les verriez sur le cadran d'une horloge».

Donnez au patient un crayon et une gomme et attendez qu'il inscrive les chiffres de 1 à 12.
Une fois terminé, mettez un point au centre du dessin et dites-lui :

«Ceci étant le centre du cadran, dessinez-moi les aiguilles de sorte à lire 11h10 ».

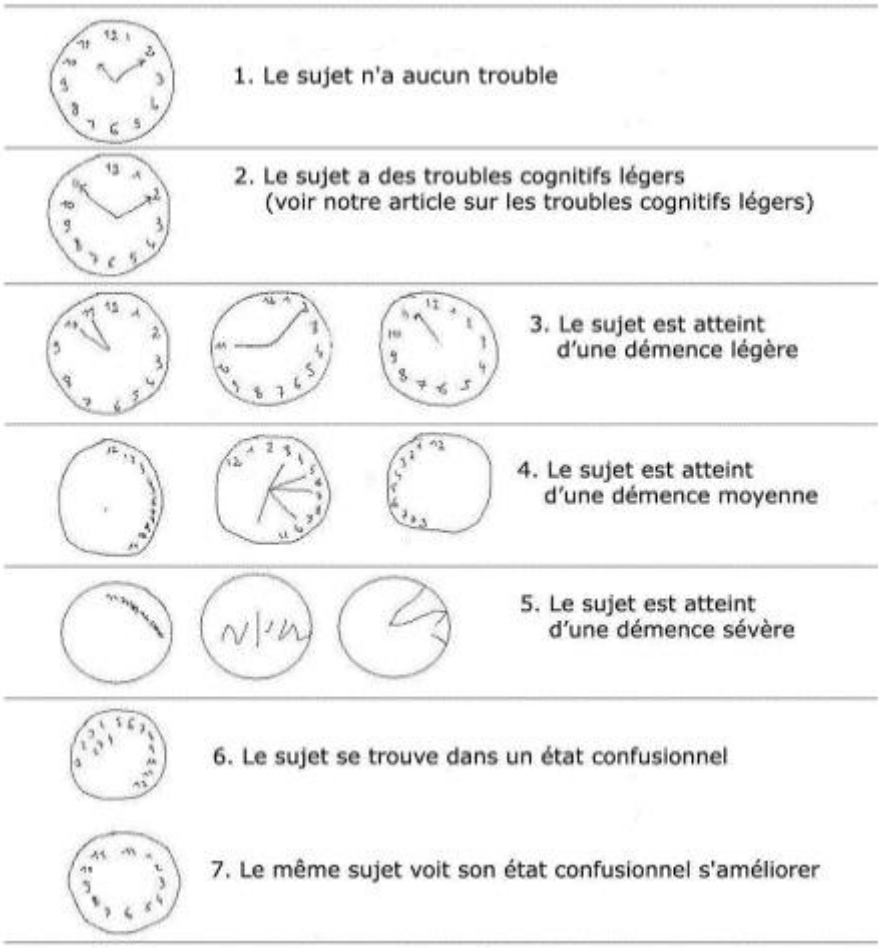
Interprétations des résultats :

Pour simplifier, vous allez vérifier 4 points :

- L'emplacement des nombres correspondant à chaque heure (3 chiffres par ¼ de cadran)
- L'ordonnancement des heures.
- La bonne représentation des deux aiguilles (petite et grande).
- L'emplacement des deux aiguilles correspondant à l'heure demandée.

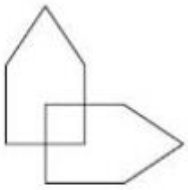
Si 1 ou plusieurs de ces points posent problème, cela peut signifier la présence de troubles cognitifs ou d'une démence.

Pour vous aider dans votre interprétation, voici quelques exemples de tests :



[21] Source : http://fmc31200.free.fr/MG-liens/Neurologie/quatre_tests.pdf [consulté le 1002/2014]

C/ MMSE

Score maximal	Score	
5		**ORIENTATION (1 point par réponse juste)**
	…..	- En quelle année sommes-nous ?
	…..	- Quelle saison ?
	…..	- Quel mois ?
	…..	- Quelle est la date ?
	…..	- Quel est le jour ?
5	…..	- Dans quelle pays sommes-nous ?
	…..	- Quelle ville ?
	…..	- Quel département ?
	…..	- Quel est le nom de l'hôpital ? (ou adresse du médecin)
	…..	- Quelle salle ? (ou endroit, cabinet, etc,…)
3		**APPRENTISSAGE**
	…..	Donner 3 noms d'objets au rythme de un par seconde (ex : cigare, fleur, porte) ; à la répétition immédiate compter 1 par réponses correctes. Répéter jusqu'à ce que les 3 mots soient appris. Compter le nombre d'essais (ne pas coter).
5		**ATTENTION ET CALCUL**
	…..	Compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois. Arrêter après 5 soustractions. Noter le nombre de réponses correctes.
3		**RAPPEL**
	…..	Demander les 3 noms d'objets présentés auparavant (1 point par mot correct)
9		**LANGAGE**
	…..	- Dénommer un stylo, une montre (2 points)
	…..	- Répéter : "Il n'y a pas de mais, ni de si, ni de et" (1 point)
	…..	- Exécuter un ordre triple : "Prenez un papier dans la main droite, pliez le en deux et jetez le sur le plancher" (1 point par item correct)
	…..	- Copier le dessin suivant (1 point) : Tous les angles doivent être présents 
	…..	- Ecrire une phrase spontanée (au moins 1 sujet et 1 verbe, sémantiquement correcte, mais la grammaire et l'orthographe son indifférentes (1 point)
TOTAL (30)	…..	
Apprécier le niveau de vigilance sur un continuum : Vigile Obnubilé Stupeur Coma		

Détérioration intellectuelle légère entre 21 et 15 points ; modérée entre 5 et 15 ; sévère au-dessous de 5

D/ Grille AGGIR [22]

La grille nationale Aggir permet d'évaluer le degré de dépendance du demandeur de l'allocation personnalisée d'autonomie (Apa) afin de déterminer le niveau d'aide dont il a besoin. Les niveaux de dépendance sont classés en 6 groupes dits "iso-ressources" (Gir).

Évaluation des activités

La grille Aggir "autonomie, gérontologique, groupes iso-ressources" est une grille d'évaluation des capacités de la personne âgée à accomplir certaines activités.

Pour chaque activité, les capacités de la personne âgée sont évaluées selon 3 modalités :

- fait seule, totalement, habituellement et correctement,
- fait partiellement, ou non habituellement ou non correctement,
- ne fait pas.

Cette évaluation permet de déterminer le degré de dépendance de la personne âgée. En fonction de son degré de dépendance, elle est classée dans l'un des 6 "groupes iso-ressources" (Gir). À chaque Gir correspond un niveau de besoins d'aides pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne.

Principe

La grille Aggir évalue les capacités de la personne âgée à accomplir 10 activités corporelles et mentales, dites discriminantes, et 7 activités domestiques et sociales, dites illustratives.
Seules les 10 activités dites discriminantes sont utilisées pour déterminer le Gir dont relève la personne âgée. Les 7 autres activités dites illustratives sont destinées à apporter des informations pour l'élaboration du plan d'aide de la personne âgée.

Activités corporelles et mentales discriminantes

- Communiquer verbalement et/ou non verbalement, agir et se comporter de façon logique et sensée par rapport aux normes admises par la société
- Se repérer dans l'espace et le temps
- Faire sa toilette
- S'habiller, se déshabiller
- Se servir et manger
- Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale
- Se lever, se coucher, s'asseoir, passer de l'une de ces 3 positions à une autre
- Se déplacer à l'intérieur du lieu de vie
- Se déplacer en dehors du lieu de vie
- Utiliser un moyen de communication à distance (téléphone, alarme, sonnette, etc.) dans le but d'alerter en cas de besoin

Activités domestiques et sociales illustratives

- Gérer ses affaires, son budget et ses biens, reconnaître la valeur monétaire des pièces et des billets, se servir de l'argent et connaître la valeur des choses, effectuer les démarches administratives, remplir les formulaires.
- Préparer les repas et les conditionner pour qu'ils puissent être servis
- Effectuer l'ensemble des travaux ménagers courants
- Utiliser volontairement un moyen de transport collectif ou individuel
- Acheter volontairement des biens
- Respecter l'ordonnance du médecin et gérer soi-même son traitement
- Pratiquer volontairement, seul ou en groupe, diverses activités de loisir

Rattachement à un groupe Gir

En fonction de son degré de dépendance, la personne âgée est rattachée à l'un groupe iso-ressources (Gir). Il existe 6 Gir.

Seuls les Gir 1 à 4 ouvrent droit à l'Apa.

La personne relevant des Gir 5 ou 6 peut demander une aide ménagère.

---

[22] Source : http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F1229.xhtml [consulté le 10/02/2014]

Gir	Degrés de dépendance
Gir 1	Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessite une présence indispensable et continue d'intervenants Ou personne en fin de vie
Gir 2	Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante Ou personne dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui est capable de se déplacer et qui nécessite une surveillance permanente
Gir 3	Personne ayant conservé son autonomie mentale, partiellement son autonomie locomotrice, mais qui a besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'une aide pour les soins corporels
Gir 4	Personne n'assumant pas seule ses transferts mais qui, une fois levée, peut se déplacer à l'intérieur de son logement, et qui a besoin d'aides pour la toilette et l'habillage Ou personne n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais qui doit être aidée pour les soins corporels et les repas
Gir 5	Personne ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage
Gir 6	Personne encore autonome pour les actes essentiels de la vie courante

Changement de Gir

Le classement dans un Gir et le montant de l'Apa sont revus régulièrement par l'équipe médico-sociale du conseil général (pour la personne à domicile) ou par le médecin coordonnateur ou, à défaut, un médecin conventionné (pour la personne en établissement).

Cette révision peut aussi être demandée à tout moment par le bénéficiaire de l'allocation (ou un de ses proches) par courrier adressé aux services compétents du conseil général.

La personne, classée en Gir 5 ou 6 lors d'une précédente demande d'Apa, peut déposer une nouvelle demande d'allocation en cas de dégradation de son état de santé.

GRILLE AGGIR[23]

N°	Variables Discriminantes	Dépendance physique et psychique		Evaluation A	B	C
1	Cohérence	Converser et se comporter de façon sensée par rapport aux normes admises				
2	Orientation	Se repérer dans le temps (jour et nuit, matin et soir), dans les lieux habituels...				
3	Toilette	Faire seul, habituellement et correctement, sa toilette du haut et du bas du corps.	Haut			
			Bas			
4	Habillage	S'habiller seul, totalement et correctement.	Haut			
			Moyen			
			Bas			
5	Alimentation	S'alimenter seul et correctement.	Se Servir			
			Manger			
6	Elimination	Assurer seul et correctement l'hygiène de l'élimination.	Urinaire			
			Anal			
7	Transfert	Se lèver (du lit, du canapé, du sol), se coucher et s'asseoir seul.				
8	Déplacement Intérieur	Pouvoir se déplacer seul à l'intérieur (éventuellement avec canne, déambulatoire ou fauteuil roulant).				
9	Déplacement Extérieur	Pouvoir se déplacer seul à l'extérieur en tenant compte de l'environnement : obstacles, escaliers, transports en communs.				
10	Communication à distance	Utiliser les moyens de communication (téléphone, alarme, sonnette) dans le but d'alerter.				
11	Gestion	Gèrer seul ses propres affaires, son budget, ses biens. Connaître la valeur de l'argent.				
12	Cuisine	Préparer seul ses repas et les conditionner avant de s'alimenter.				
13	Ménage	Effectuer seul l'ensemble des travaux ménagers.				
14	Transport	Prendre seul, ou éventuellement, commander un moyen de transport.				
15	Achats	Acheter régulièrement, éventuellement par correspondance, les produits indispensables à son alimentation, son hygiène...				
16	Suivi du traitement	Suivre seul et observer correctement les prescriptions médicales ou diététiques.				
17	Temps libre	Exercer seul une ou plusieurs activités de loisir, de distractions diverses, sportives, culturelles.				

[23] Source : http://www.logivitae.fr/ems%20apa.html [consulté le 10/02/2014]

Bibliographie

1. VANESSA VOUAUX. MAINTIEN A DOMICILE IMPOSSIBLE: ANTICIPER LA SITUATION DES PERSONNES ÂGÉES EN AMBULATOIRE étude analytique de 10 cas au Centre Hospitalier de Lunéville [Internet]. 2010 [cité 8 mars 2012]. Disponible sur: http://www.scd.uhp-nancy.fr/docnum/SCDMED_T_2010_VOUAUX_VANESSA.pdf

2. Enquête 2004 Perte d'autonomie [Internet]. URML île de france; 2004 [cité 13 mars 2012]. Disponible sur: . www.urmlidf. org/urml/JPA_04/JPA_04.pdf

3. Onen F, Abidi H, Savoye L, Elchardus JM, Legrain S, Courpron PH. Emergency hospitalization in the elderly in a French university hospital: medical and social conditions and crisis factors precipitating admissions and outcome at discharge. Aging Milan Italy. déc 2001;13(6):421-429.

4. Saint-Jean O. Filières de soins hospitaliers en urgence et sujets âgés. Critiques et perspectives. Gérontologie Société. 1990;(54):56-65.

5. Poupet J. Les personnes âgées adressées aux urgences: caractéristiques médico-sociales, motifs d'admission et orientation initiale. Rev Gériatrie. 1995;(20):465-70.

6. Chanelière AF. Motifs d'hospitalisation et devenir De 100 sujets âgés de plus de 75 ans adressés à un service médical d'urgence de CHU. L'année gérontologique. Paris: Serdi; 2003;293-303.

7. FNG. Recours à l'hôpital des personnes âgées prises en charge à domicile - Synthèse [Internet]. 2006 [cité 8 avr 2012]. Disponible sur: http://www.fng.fr/html/etudes_recherche/1pdf/FNG_Recours_hopital_pa_synthese.pdf

8. Derame G, El Kouri D, Hamidou M, Carré E, Potel G. [Non-justified visits to emergency units. Proposal of differentiated care]. Presse Médicale Paris Fr 1983. 10 juill 2004;33(12 Pt 1):780-783.

9. Somme D, de Stampa M. Ten years of integrated care for the older in France. Int J Integr Care [Internet]. 2011 [cité 30 mars 2014];11(Special 10th Anniversary Edition). Disponible sur: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc3284287/

10. Dubuc N, Dubois M-F, Raîche M, N'Deye RG, Hébert R. Meeting the home-care needs of disabled older persons living in the community: does integrated services delivery make a difference? BMC Geriatr. 2011;11(1):67.

11. De Stampa M. Factors Facilitating and Impairing Implementation of Integrated Care. Rev D'Épidémiologie Santé Publique. avr 2013;61(2):145-53.

12. Somme D, Saint-Jean O, Balard F, Couturier Y, Gagnon D, Trouvé H, et al. PRISMA-France Volume II: Projet pilote sur l'intégration et la gestion de cas. déc 2010 [cité 30 mars 2014]; Disponible sur: http://ww.fng.fr/html/etudes_recherche/1pdf/FNG_Prisma_France_volII.pdf

13. Somme D. Prisma France: programme d'implantation d'une innovation dans un système de soins et de services aux personnes en perte d'autonomie. Adaptation d'un modèle

d'intégration basé sur la gestion de cas. Rev D'Épidémiologie Santé Publique. 2008;56:54-62.

14. Gary A. Une expérience de coordination des aides au maintien à domicile des personnes âgées dépendantes: évaluation sur 5 Ans. Rev Gériatrie. sept 1995;20(7):447-58.

15. UNAF. PRISE EN CHARGE DE LA DEPENDANCE: Pour une véritable complémentarité entre solidarité publique et solidarité familiale. ETAT DES LIEUX ET POSITIONS DE L'UNAF. [Internet]. 2011 [cité 19 avr 2014]. Disponible sur: http://www.unaf.fr/IMG/pdf/UNAF_DEPENDANCE_Etat_des_lieux-positionsdv.pdf

16. Blanpain N, Chardon O. Projections de population à l'horizon 2060. Un tiers de la population âgé de plus de 60 ans. Insee Prem. 2010;(1):320.

17. Lannelongue C. Contrôle et évaluation du fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) et de la dotation des réseaux (DDR) – rapport de synthèse. Page 4. Rapport n° 2006022. IGAS [Internet]. [cité 8 déc 2013]. Disponible sur: http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/064000726/

18. Vedel I, de Stampa M, Ankri J, Henrard J-C. Le changement à l'œuvre dans un dispositif local de soins et d'aide à partir d'un projet de réseau gérontologique ville-hôpital (Commentaire). Sci Soc Santé. 2005;23(2):103-114.

19. Lazarovici C, Carrasco V, Baubeau D, Somme D, Saint-Jean O. Question 2: Enquête sur les utilisateurs des services d'urgences, profil des usagers de plus de 75 ans. J Eur Urgences. 2004;17(3):209-14.

20. FREGIF. Les réseaux de santé gérontologiques d'Ile-de-France. Etat des lieux et perspectives. Edition 2011. [Internet]. [cité 19 avr 2014]. Disponible sur: http://www.fregif.org/docs/fregif/reseauxdesantegerontologiques-etatdes-lieuxetperspectives-478.pdf

21. Brière M. Le maintien à domicile impossible (MADI): un nouveau symptôme en médecine interne? Congrès SNFMI Nancy [Internet]. 2006 [cité 5 janv 2012]. Disponible sur: http://www.snfmi.org/Data/ModuleProgramme/PageSite/Resume/545.asp

22. Sanchez-Menegay C. «Soins impossibles à domicile»: impression médicale ou diagnostic? Reanim Urgences. 1994;3(421-4).

23. Fanello S, Moutel L, Houssin L, Durand-Stocco C, Roy PM. Analyse de la prise en charge des personnes âgées de 75 ans et plus par le service des admissions et urgences d'un grand hôpital. Santé Publique. 1999;11(4):465-82.

24. DAGNEAUX I, VERCRUYSSE B, DEGRYSE J. MOTIFS D'HOSPITALISATION DE PERSONNES ÂGÉES. Rev Médecine Générale [Internet]. avr 2009 [cité 7 févr 2012];(262). Disponible sur: http://dial.academielouvain.be/vital/access/services/Download/boreal:74047/PDF_01

25. Saint-Jean O. Circuits hospitaliers d'urgence des personnes agées-: expérience de transfert direct en unité de médecine interne et gériatrie. Reanim Urgences. 1992;555-61.

26. Labet T. Les urgences gériatriques médicales en hôpital général: pour une meilleure prise en charge. Rev Gériatrie. sept 1995;20(7):471-79.

27. Lazarovici C, Somme D, Chatellier G, Saint-Jean O, Espinoza P. Trajectoire initiale des patients âgés et impact sur leur orientation après leur passage dans les services d'urgences. Résultats d'une enquête nationale. Rev Médecine Interne. août 2008;29(8):618-625.

28. SFMU. 10ème conférence de consensus- PRISE EN CHARGE DE LA PERSONNE AGEE DE PLUS DE 75 ANS AUX URGENCES [Internet]. 2003 [cité 13 mai 2012]. Disponible sur: http://www.sfmu.org/documents/consensus/pa_urgs_long.pdf

29. Fournier P. LA COLLABORATION VILLE-HÔPITAL, DE LA FILIÈRE AU RÉSEAU GÉRONTOLOGIQUE : ÉVITER UNE HOSPITALISATION NON JUSTIFIÉE OU RÉUSSIR UNE SORTIE DIFFICILE. Gérontologie Société Réseaux Coord. 2002;(100):131-45.

30. Gendric A. L'accueil gérontologique médico-social aux urgences: une alternative à l'hospitalisation des personnes âgées en Médecine? Rev Med Interne. 1998;19:85-90.

31. Davin B, Joutard X, Moatti J-P, Paraponaris A, Verger P. Besoins et insuffisance d'aide humaine aux personnes âgées à domicile: une approche à partir de l'enquête «Handicaps, incapacités, dépendance». Sci Soc Santé. 2006;24(3):59-93.

32. Chevreul K. Les patients en service de soins infirmiers à domicile (SSIAD). Le coût de leur prise en charge et ses déterminants [Internet]. URC Eco IdF; [cité 19 avr 2012]. Disponible sur: http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/SSIAD.pdf

33. Fanello S. Le maintien à domicile des personnes âgées. Object Soins. juin 1997;54:20-23.

34. Muriel Rainfray, Isabelle Bourdel-Marchasson, Patrick Dehail, Sandrine Richard-Harston. l'évaluation gérontolgique: un outil de prévention des situations à risque chez les peronnes âgées. Ann Med Interne (Paris). 2002;153(6):397-402.

35. Ankri J. Prévention de la perte d'autonomie fonctionelle et de l'entrée en institution. Presse Med. 24 juin 2000;29(22):1255-62.

36. Van Haastregt J, Diederiks JP, van Rossum E, de Witte LP, Crebolder HF. Effects of preventive home visits to elderly people living in the community: systematic review. Bmj. 2000;320(7237):754-8.

37. Stuck AE, Aronow HU, Steiner A, Alessi CA, Büla CJ, Gold MN, et al. A trial of annual in-home comprehensive geriatric assessments for elderly people living in the community. N Engl J Med. 1995;333(18):1184-9.

38. Ellis G, Whitehead MA, Robinson D, O'Neill D, Langhorne P. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital: meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ. 27 oct 2011;343(oct27 1):d6553-d6553.

39. Pellissier J. Chapitre III: Traitements - Le placement. In: La nuit, tous les vieux sont gris- La société contre la vieillesse. Bibliophane- Daniel Radford. Paris; 2003. p. 176-88.

40. Dagneaux I, Vercruysse B, DEGRYSE J. QUITTER LA MAISON DANS LE GRAND ÂGE: QUELS SONT LES MOTIFS D'INSTITUTIONNALISATION DES PERSONNES ÂGÉES? DONNÉES ISSUES D'UNE ENQUÊTE AUPRÈS DE MÉDECINS GÉNÉRALISTES. Louvain Méd. 2009;128(10):359-63.

41. Conseil général de l'essonne. Annexes SCHÉMA DÉPARTEMENTAL EN FAVEUR DES PERSONNES ÂGÉES 2011- 2016 [Internet]. [cité 23 déc 2013]. Disponible sur: http://www.essonne.fr/uploads/tx_egestiondoc/schema_personnes_agees_2011_2016.pdf

42. Kaufmann J-C. L'Entretien Compréhensif. Paris; 2006. 127 p.

43. Demazière D, Dubar C. L'entretien de Luc: essai d'analyse structurale. In: Analyser les entretiens biographiques. La mise en œuvre de l'analyse des récits. Paris; 1997. p. 103-39.

44. Guillemette F. L'approche de la Grounded Theory; pour innover. Rech Qual. 2006;26(1):32-50.

45. Le Fur P. Le temps de travail des médecins généralistes. Une synthèse des données disponibles. Quest Déconomie Santé [Internet]. juill 2009 [cité 19 avr 2014];(144). Disponible sur: http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes144.pdf

46. BUYCK J-F. La prise en charge en médecine générale des personnes âgées dépendantes vivant à domicile. Drees Etudes Result [Internet]. févr 2014 [cité 4 avr 2014];869. Disponible sur: http://www.drees.sante.gouv.fr/la-prise-en-charge-en-medecine-generale-des-personnes-agees,11261.html

47. Réciproques. Quelle place pour l'entourage des personnes malades dans le système de santé? Numéro spécial. [Internet]. 2010 [cité 10 janv 2014]. Disponible sur: http://www.proximologie.com/Portals/6/PDF/reciproques/reciproques-assises-def.pdf.

48. Bourgueil Y, Marek A, Mousquès J. Soins primaires: vers une coopération entre médecins et infirmières. L'apport d'expériences européennes et canadiennes. Rapport d'étude et actes de la journée du 16 juin 2005 [Internet]. IRDES; 2006. Disponible sur: http://www.infirmiers.com/pdf/soinsprimaires_irdes.pdf

49. Daly; Shannon Z, Harry. Le Réseau de soins de santé primaires d'Edmonton Sud : Une nouvelle étape dans les soins de la démence. Rev Can Mal D'Alzheimer Autres Démences. 2010;13(1):7-11.

50. Com-Ruelle L, Dourgnon P, Midy F. L'infirmier libéral et la coordination avec les services d'aide au maintien à domicile. [Internet]. CREDES - Bulletin d'information en économie de la santé - questions d'économie de la santé n°55; 2002 [cité 1 mai 2014]. Disponible sur: http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes55.pdf

51. BOURNOT M-C, GOUPIL M-C, TUFFREAU F. Les médecins généralistes: un réseau professionnel étendu et varié. [Internet]. DREES, Études et résultats N° 649; 2008 [cité 30 avr 2014]. Disponible sur: http://www.drees.sante.gouv.fr/les-medecins-generalistes-un-reseau-professionnel-etendu-et-varie,4304.html

52. Sarradon-eck A, Vega A, Faure M, Humbert-Gaudart A, Lustman M. CREER DES LIENS: LES RELATIONS SOIGNANTS-SOIGNANTS DANS LES RESEAUX DE SOINS INFORMELS. Rev D'Épidémiologie Santé Publique. 2008;(56):197-206.

53. Vega A. Le partage des responsabilités en médecine. Une approche socio-anthropologique des pratiques soignantes- Rapport final - Cuisine et dépendance: les usages socioculturels du médicament chez les médecins généralistes français [Internet]. 2011 [cité 3 mars 2014]. Disponible sur: : http://www.formindep.org/IMG/pdf/rapport_final3.pdf

54. Di Patrizio P, Blanchet E, Perret-Guillaume C, Benetos A. What use general practitioners do they tests and scales referred to geriatric? Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil. 2013;11(1):21-31.

55. Chermann E. A la recherche de l'habitat idéal pour nos parents. Pèlerin Magazine. 14 nov 2013;14-22.

56. Domin J-P. Les réseaux de santé: une nouvelle approche de la médecine entre proximité et communauté. Marseille; 2004 [cité 3 mars 2014]. Disponible sur: http://www.cocof.irisnet.be/docutheque/sante/reseaux-sante/Lesrseauxdesantunenouvelleapprochedelamdecineentreproximitetcommunaut.pdf

57. Bouchayer F. Le soignant, le patient et le tiers gestionnaire: les nouvelles donnes d'un rapport tripartite. Sociol Santé. (33):87-105.

58. Elbaum M. ENJEUX ÉCONOMIQUES DES COOPÉRATIONS ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ-HAS [Internet]. 2007 [cité 3 mars 2014]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-05/enjeux_economiques_des_nouvelles_formes_de_cooperation_entre_professionnels_de_sante_2007.pdf

59. HAS. Délégation, transferts, nouveaux métiers... Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé? Recommandation HAS en collaboration avec l'ONDPS [Internet]. 2008 [cité 13 mars 2014]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/reco_cooperation_vvd_16_avril_2008_04_16__12_23_31_188.pdf

60. Bourgueil Y, Marek A, Mousquès J. Trois modèles types d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande [Internet]. IRDES - Questions d'économie de la santé N°141; 2009. Disponible sur: http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes141.pdf

Introduction : Les médecins généralistes ont des difficultés à prendre en charge les personnes âgées dépendantes à domicile. Les réseaux de gériatrie proposent un soutien aux patients et aux médecins pour améliorer la prise en charge au domicile et le lien avec l'hôpital.
Objectif : Comprendre les difficultés quotidiennes des généralistes, leur positionnement par rapport aux autres acteurs, et savoir quelle place le réseau de gériatrie « Hippocampes » occupe actuellement dans leur prise en charge afin d'envisager des améliorations.
Méthode : Une étude qualitative a été menée par entretiens compréhensifs auprès de 21 généralistes (18 sélectionnés dans le fichier du réseau et 3 en dehors) dans le département de l'Essonne. Les entretiens ont été analysés transversalement par thèmes puis individuellement par une méthode sociologique.
Résultats : Les difficultés principales rencontrées sont l'absence d'entourage, les ressources financières limitées, les patients opposants, les relations avec l'hôpital général.
La majorité des généralistes ne connaissait pas bien les attributions du réseau et y faisait peu appel. Ils étaient peu impliqués, notamment dans les visites d'évaluation à domicile dont les modalités ne leur conviennent pas. L'information et le soutien psychologique aux patients et à leurs familles leur était utile.
Conclusion : Le réseau de gériatrie de l'Essonne semble décalé par rapport au réseau informel crée par chaque médecin, qui semble bien fonctionner pour les généralistes habitués à la prise en charge de personnes âgées. Ceux qui font peu de gériatrie rencontrent des difficultés de prise en charge notamment au niveau social pour lesquelles ils n'ont pas de correspondant bien défini à ce jour.

Mots-clés : Services de santé en gériatrie- Médecine intégrée- Evaluation gérontologique- Soins de répit- Soins de santé primaires

Introduction : GPs encounter difficulties with their elderly dependent patients treated at home. Geriatric networks offer support to patients and doctors in order to facilitate home care and liaison with the hospital.
Objective : To understand the daily difficulties of GP's, their relationship to the different actors, and to know the position of the geriatric network of the Essonne "Hippocampes", in an attempt to improve their services.
Methods : This was a qualitative study. 21 comprehensive interviews were carried out with GPs in the department of Essonne (18 selected in the network file and 3 outside of it). The interviews were analyzed first using cross-disciplinary themes, then individually with a sociological method.
Results : The principal difficulties encountered were the absence of family environment, limited financial ressources, objecting patients, hospitalization of patients in a general hospital.
Most GPs were unfamiliar with how the networks functioned and few referred patients. They were involved little, particularly in assessment visits at home, which were conducted in ways unsuitable to them. Information and psychological support of patients and their families were useful to them.
Conclusion : Essonne's geriatric network seems out of phase with the informal network created by each GP, which seems to function well for those used to managing elderly patients. Those having few geriatric patients encounter difficulties especially in the social field, for which they currently have no specific correspondant.

Key words : Geriatric health services- Integrative Medicine- Geriatric assessment- Respite care- Primary health care

Titre en anglais : Home management of dependent geriatric patients by GPs. What's the position of the geriatric network « Hippocampes » ? A qualitative study with GPs in Essonne.

Discipline : Doctorat en médecine générale

Faculté de Médecine Paris-Descartes, 15 rue de l'École de médecine, 75270 Paris Cedex 06
www.medecine.parisdescartes.fr