



HAL
open science

Coordination des soins gériatriques dans le Médoc : point de vue des médecins généralistes

Shi Fei Ma-Meniél

► **To cite this version:**

Shi Fei Ma-Meniél. Coordination des soins gériatriques dans le Médoc : point de vue des médecins généralistes. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01424759

HAL Id: dumas-01424759

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01424759>

Submitted on 2 Jan 2017

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

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

UNIVERSITE DE BORDEAUX

UFR : Sciences médicales

Année 2016

Numéro de thèse 194

THESE en vue de l'obtention du
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
Discipline : MEDECINE GENERALE

Présentée à l'UNIVERSITE DE BORDEAUX
Soutenue publiquement le 8 décembre 2016

Par MA Shi fei née le 17 novembre 1984

Coordination des soins gériatriques dans le
Médoc : point de vue des médecins généralistes

Sous la direction du Docteur THIERNO BAH

Membres du Jury :

Madame la Professeure Muriel RAINFRAY, PU-PH : Présidente du Jury

Monsieur le Professeur François PETREGNE, Professeur Associé

Madame le docteur Claire ROUBAUD, MCU-PH

Madame le Docteur Brigitte HOLLE, Médecin gériatre

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Docteur T. BAH, médecin urgentiste, médecin généraliste et gériatre mais également mon directeur de thèse, merci de m'avoir aidé à créer, développer et réaliser cette thèse.

A Madame La Professeure M. RAINFRAY, médecin gériatre responsable de service au sein du pôle gériatrique au CHU de BORDEAUX, Présidente de thèse. Merci d'avoir contribué à la réalisation de la thèse par vos nombreux conseils au fur et à mesure des étapes.

Aux membres du jury : le Professeur F. PETREGNE et la Professeur C. ROUBAUD, le Docteur B. HOLLE.

A tous les médecins généralistes du Médoc qui ont participé à l'élaboration de cette thèse.

Un grand merci au Docteur S. HENAOUI qui a confirmé ma passion pour la gériatrie.

Aux différentes personnes qui m'ont ouverts les portes de leurs structures afin de mieux comprendre leurs fonctionnements.

A Melle LARRE C. assistante sociale, qui a travers son travail m'a également permis de connaître et comprendre les structures d'aides dédiées aux personnes âgées.

A mon mari qui m'a aidé, accompagné et soutenu tout au long de mon cursus médical et bien plus encore.

A ma famille, loin des yeux mais près du cœur, merci d'avoir été à mes côtés dans les moments joyeux comme dans les moments difficiles.

A ma meilleure amie, Fanny, toujours présente quand il le faut.

SOMMAIRE

| | |
|---|------------|
| ABREVIATIONS | 3 |
| INTRODUCTION | 5 |
| GENERALITES : LE MEDOC VIEILLISSANT | 9 |
| I) LES DONNEES GEOGRAPHIQUES | 10 |
| II) LES DONNEES DEMOGRAPHIQUES | 11 |
| A. QUELQUES CHIFFRES | 11 |
| B. QUELQUES CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION DU MEDOC..... | 15 |
| III) LES APPUIS POLITIQUES | 18 |
| A. LA NOTION DU BIEN VIEILLIR..... | 18 |
| B. LA FILIERE DE SOINS GERIATRIQUES..... | 22 |
| C. LES RESAUX GERONTOLOGIQUES..... | 27 |
| D. PLAN MALADIES NEURODEGENERATIVES 2014-2019..... | 30 |
| E. CONTRAT LOCAL DE SANTE SIGNE LE 4 NOVEMBRE 2013 | 42 |
| IV. L'OFFRE DE SOINS GERIATRIQUES DANS LE MEDOC | 43 |
| A. LES APPUIS POLITIQUES ONT FAVORISE LE DEVELOPPEMENT DES STRUCTURES DE SOINS DANS LE MEDOC | 43 |
| B. LES PROFESSIONNELS LIBERAUX..... | 53 |
| C. LES ETABLISSEMENTS POUR PERSONNES AGEES..... | 63 |
| L'ETUDE | 64 |
| I. LES RAISONS DE CETTE ETUDE | 65 |
| II. CHOIX DE LA METHODE | 65 |
| III. MATERIEL D'ENQUETE (ANNEXE 1)..... | 66 |
| IV. CRITERES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION | 66 |
| V. METHODE DE REALISATION..... | 67 |
| VI. TRAITEMENT DES DONNEES | 68 |
| VII. RESULTATS | 69 |
| DISCUSSION | 85 |
| I. LES POINTS FORTS ET LES POINTS FAIBLES DE L'ETUDE | 86 |
| II. ANALYSE DES PRINCIPAUX RESULTATS ET LEURS IMPACTS | 87 |
| III. CONCLUSION | 97 |
| BIBLIOGRAPHIE | 98 |
| ANNEXE 1: QUESTIONNAIRE DE L'ETUDE | 101 |
| TABLE DES MATIERES | 107 |
| ABSTRACT | 110 |

ABREVIATIONS

APA : Aide Personnalisée à l'Autonomie

AAPAM : Association pour Aider Prévenir Accompagner en Médoc

ARS : Agence Régionale de Santé

ASEPT : Association Santé Et Prévention sur les Territoires

CHU : Centre hospitalier Universitaire

CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination

CMP : Centre Médico-Psychologique

CNSA : Caisse National de Solidarité pour l'Autonomie

CUB : Communauté Urbaine de Bordeaux

GIR : Groupe Iso Ressource : groupe constituant la grille AGGIR pour évaluer la dépendance

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EMG : Equipe Mobile Gériatrique

EMGP : Equipe Mobile Géronto-Psychiatrique

ESA : Equipe Spécialisée Alzheimer

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

HAD : Hospitalisation A Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

HCAAM : Haute Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie

MAIA : Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades Alzheimer

MND : Maladie Neuro-Dégénérative

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PASA : Pôle d'activités et de Soins Adaptés

PFR : Plateforme de Répit et d'Accompagnement

PMND : Plan Maladies Neuro-Dégénératives

PRIP : Programme Régional Inter-régimes de Prévention

SSR: Soins de Suite et Réadaptation

SEP: Sclérose en Plaque

SAAD: Service d'Aide et d'Accompagnement à domicile

SAM : Santé Autonomie Médoc

SSIAD: Service de Soins Infirmiers à Domicile

UHR : Unité d'hébergement Renforcé

INTRODUCTION

Le terme « personne âgée » n'a pas de définition précise, elle varie selon les organismes en fonction des indicateurs utilisés.

Une personne âgée est, pour le sens commun, une personne dont l'âge est avancé et présente les attributs physiologiques et sociaux de la vieillesse tels que la société se les représente. En particulier, le départ en retraite marque symboliquement cette entrée dans la catégorie sociale du troisième âge [1]

L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) définit une personne âgée à partir de 60 ans alors que l'INSEE définit une personne âgée à partir de 65 ans. L'âge n'est donc qu'un indicateur partiel pour définir une personne âgée.

Pour cette thèse le seuil retenu pour la personne âgée est de 75 ans, seuil retenu par la plupart des institutions, services et soins gériatriques.

Au 1^{er} Janvier 2015, la France comptait 66,3 millions d'habitants. Le nombre de personnes âgées est en constante augmentation sous l'effet de l'allongement de la durée de vie et l'arrivée en âge de la retraite de la génération du baby-boom. En vingt ans, les personnes âgées de 75 ans et plus ont augmenté de 3,1 points (soit environ 1 habitant sur 10). Elle est estimée au 1^{er} janvier 2015 à environ 6 millions de personnes [2].

En Aquitaine, cette population se chiffre à 356 846 personnes et en Gironde 136 027 avec 62% de femmes et 38% d'hommes [3].

Du fait du vieillissement de la population, des mesures ont été prises par le gouvernement afin d'améliorer la prise en charge médicale et sociale des personnes âgées.

Un projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement a été voté en octobre 2015 et validé fin d'année 2015 [4]. Ce projet de loi fait ressortir trois enjeux : réaffirmer la mobilisation de tous les secteurs pour de nouvelles réponses aux enjeux du vieillissement, accompagner le parcours de soins des personnes âgées, respecter les droits et libertés des personnes âgées.

L'amélioration du parcours de soins des personnes âgées passe par des projets pilotes qui permettent de prévenir le risque de perte d'autonomie, d'assurer un maintien au domicile plus durable et de faire des économies importantes en évitant un parcours segmenté et des hospitalisations injustifiées avec des passages incessants aux urgences ou hospitalisations prolongées. En effet, dans un rapport du HCAAM (Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie), une coopération durable entre les secteurs de soin, du secteur médico-social et du secteur social améliorerait l'accompagnement des personnes âgées en risque de perte d'autonomie et serait une source d'économie pour l'assurance maladie.

La loi place le médecin généraliste au centre de la coordination des soins en lui confiant la responsabilité « d'orienter ses patients selon leurs besoins » et « d'assurer la coordination des soins nécessaires à ses patients ». C'est la notion de médecin traitant [5]. Le médecin généraliste a un rôle de soins (diagnostic, orientation, traitement), de suivi et de coordination des parcours dans tous les champs : sanitaire, social et médico-social. Ce rôle coordinateur est plus ou moins facile surtout lors des situations de situations médico-sociales complexes nécessitant une intervention dans tous les champs. Le médecin généraliste a donc besoin d'appui afin de garantir une coordination satisfaisante.

Les dispositifs de la coordination

Les réseaux de santé ont été introduits par la loi du 4 mars 2002 et sont l'un des principaux dispositifs de coordination. Leurs missions ont évolué depuis 2002 afin de mieux répondre aux besoins des médecins généralistes.

Dans le Médoc la population âgée est importante, il n'est pas toujours facile d'assurer un rôle de coordination souvent par manque de structures de soins à proximité, de temps, de surcharge de travail... et ceux malgré les réseaux de santé et structures de soins qui existent depuis quelques années.

Actuellement, une filière de soins dédiée aux personnes âgées est en train de se créer à partir de la Clinique de Lesparre-Médoc notamment avec l'agrandissement d'un service de soins de suite et de rééducation, la création d'un service de gériatrie aiguë, l'ouverture d'un hôpital de jour et d'une consultation mémoire. Le projet d'un long séjour est en cours de discussion. Un CLIC (centre local d'information et de coordination) s'organise dans le Médoc. Les structures sociales augmentent. Tous ces dispositifs sont censés apporter un appui aux médecins généralistes dans leur rôle de coordinateur.

A travers ma thèse, je désire repérer les difficultés actuelles des médecins généralistes à coordonner les soins de leur patientes âgées, définir leurs attentes d'une filière gériatrique et voir s'il est possible de répondre à leurs besoins.

En première partie de thèse nous parlerons des généralités concernant « le Médoc vieillissant » avec notamment une description géographique et démographique du Médoc, les appuis politiques permettant de développer les dispositifs d'aide et de soins pour les personnes âgées et enfin nous verrons l'offre de soins proposée sur le territoire afin de savoir si elle est adaptée à la population locale.

La deuxième partie de thèse vise à étudier le point de vue des médecins généralistes concernant la coordination de soins de la population gériatrique dans

le Médoc dans un contexte de développement d'une filière gériatrique à la clinique de Lesparre et d'objectiver les méthodes de coordination existantes ainsi que les attentes d'une telle filière. Cette étude se fera sous forme de questionnaire semi-dirigé destiné à tous les médecins généralistes du pays du Médoc. Le questionnaire sera rempli lors d'une consultation avec le médecin généraliste après avoir fixé un rendez-vous. Les résultats seront interprétés sous forme de graphiques et tableaux principalement.

Pour finir nous discuterons des problèmes soulevés afin de proposer des solutions.

GENERALITES : LE MEDOC VIEILLISSANT

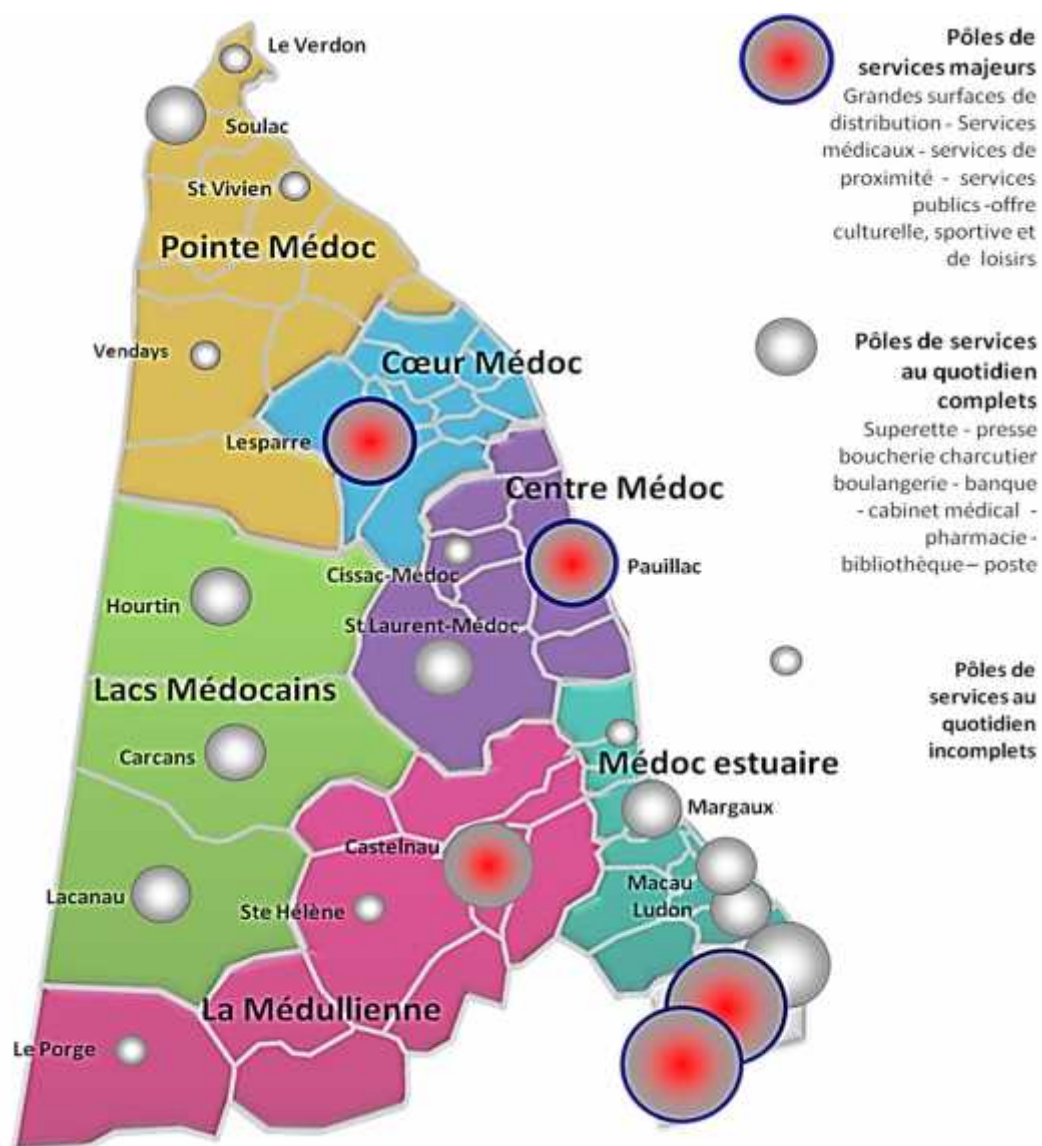


I) LES DONNEES GEOGRAPHIQUES

Le Médoc se situe au nord de la Gironde et regroupe plusieurs communautés de commune : Centre Médoc, Cœur Médoc, Lacs Médocains, Médoc Estuaire, la Médullienne, la Pointe du Médoc. Les villes de Blanquefort, Eysines et Parempuyre font parties également du Médoc.

Le Médoc s'étend sur plus de 2300Km²

Les habitants sont donc répartis en 6 Communautés de communes et 54 communes



<http://www.pays-medoc.com/cartes-et-dessous-des-cartes>

II) LES DONNEES DEMOGRAPHIQUES

A. QUELQUES CHIFFRES

Le Médoc compte 144 832 habitants en 2013. Selon l'Insee, c'est 11 726 habitants de plus qu'il y a cinq ans (nombre communiqué en janvier 2016).

Les plus de 75ans se chiffraient à 8518 personnes en 2010 soit 8,9% de la population girondine. Selon les projections de l'INSEE cette population va augmenter de 78% en 20 ans en sachant que le nombre de 60-75 ans ne fera qu'augmenter durant les vingt prochaines années.

La population se réparties en 3 zones [6] :

-Une zone nord : on observe une précarité structurelle, historique, à laquelle s'ajoute désormais une précarité conjoncturelle et migratoire, à une population vieillissante.

-Une zone centre, lieu attractif, dynamique mais coexistant avec des fragilités sociales récurrentes et des populations aux profils opposés.

-Une zone sud, très attractive, avec une population plutôt jeune ayant un emploi majoritairement sur la communauté urbaine bordelaise.

Chiffres clés : démographie

| | Pays Médoc | | Gironde | Aquitaine | France métr. |
|---|------------|------|---------|-----------|--------------|
| | Nombre | % | % | % | % |
| Répartition des personnes de 60 ans ou plus par tranche d'âges (et part dans l'ensemble de la population) | | | | | |
| 60-64 ans | 6 865 | 7,2 | 6,0 | 6,5 | 6,0 |
| 65-74 ans | 8 321 | 8,7 | 7,7 | 9,0 | 8,0 |
| 75-84 ans | 6 040 | 6,3 | 6,2 | 7,4 | 6,4 |
| 85 ans ou plus | 2 478 | 2,6 | 2,7 | 3,2 | 2,6 |
| 60 ans ou plus | 23 704 | 24,8 | 22,6 | 26,1 | 23,0 |
| 75 ans ou plus | 8 518 | 8,9 | 8,9 | 10,6 | 9,0 |
| évolution du nombre de personnes âgées entre les recensements de 1999 et 2010 | | | | | |
| 60-74 ans | 3 470 | 29,6 | 17,4 | 12,3 | 12,0 |
| 75 ans ou plus | 2 188 | 34,6 | 34,7 | 35,2 | 36,2 |
| 60 ans ou plus | 5 658 | 31,4 | 23,7 | 20,6 | 20,3 |

Source : Insee (RP 2010)

Projections de population de 60 ans ou plus au sein du Pays Médoc par tranche d'âges (2010 à 2040) et part dans l'ensemble de la population

| | 2010 | | 2020 | | 2030 | | 2040 | |
|------------------------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|
| | Nombre | % | Nombre | % | Nombre | % | Nombre | % |
| 60-74 ans | 15 186 | 15,9 | 20 847 | 19,3 | 22 652 | 19,1 | 24 200 | 18,8 |
| 75 ans ou plus | 8 518 | 8,9 | 9 810 | 9,1 | 15 178 | 12,7 | 19 638 | 15,2 |
| Total (60 ans et plus) | 23 704 | 24,8 | 30 657 | 28,3 | 38 030 | 31,8 | 43 838 | 34,0 |

Source : Insee (projections Omphale, scénario central)

Évolution de la population de 60 ans ou plus au sein du Pays Médoc et de la Gironde entre 2010 et 2030 (en pourcentage)

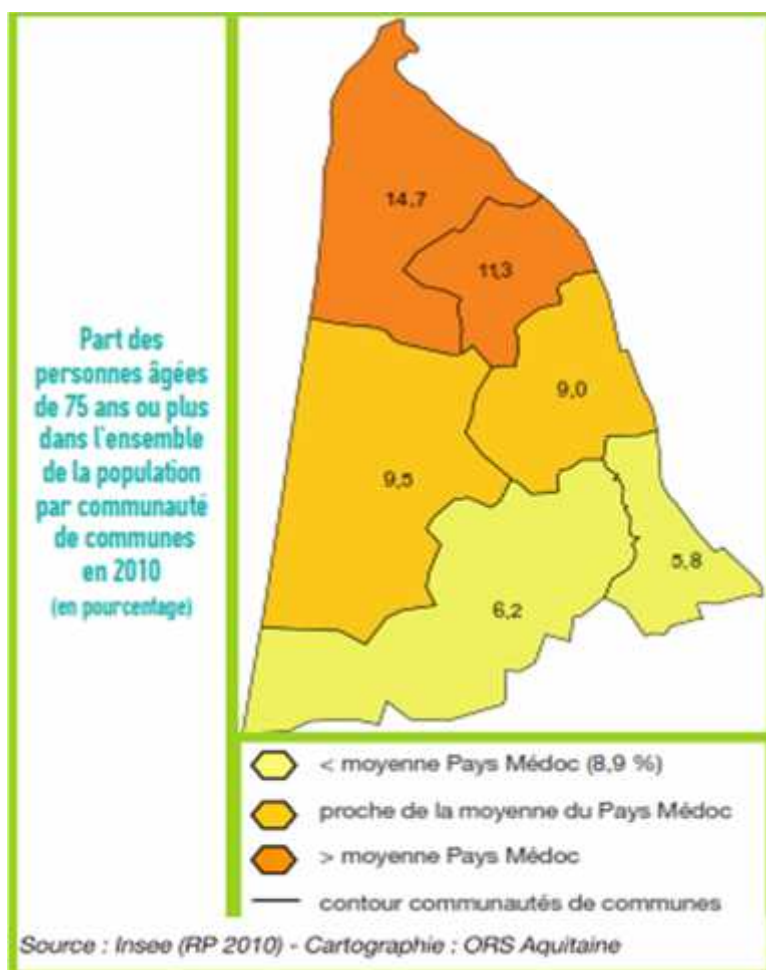
| | Evolution 2010-2020 (%) | | Evolution 2020-2030 (%) | | Evolution 2010-2030 (%) | |
|------------------------|-------------------------|---------|-------------------------|---------|-------------------------|---------|
| | Pays Médoc | Gironde | Pays Médoc | Gironde | Pays Médoc | Gironde |
| 60-74 ans | 37,3 | 32,7 | 9,6 | 6,1 | 50,5 | 40,7 |
| 75 ans ou plus | 15,2 | 10,0 | 54,7 | 41,9 | 78,2 | 56,2 |
| Total (60 ans et plus) | 29,3 | 23,8 | 24,0 | 18,6 | 60,4 | 46,8 |

Source : Insee (projections Omphale, scénario central)

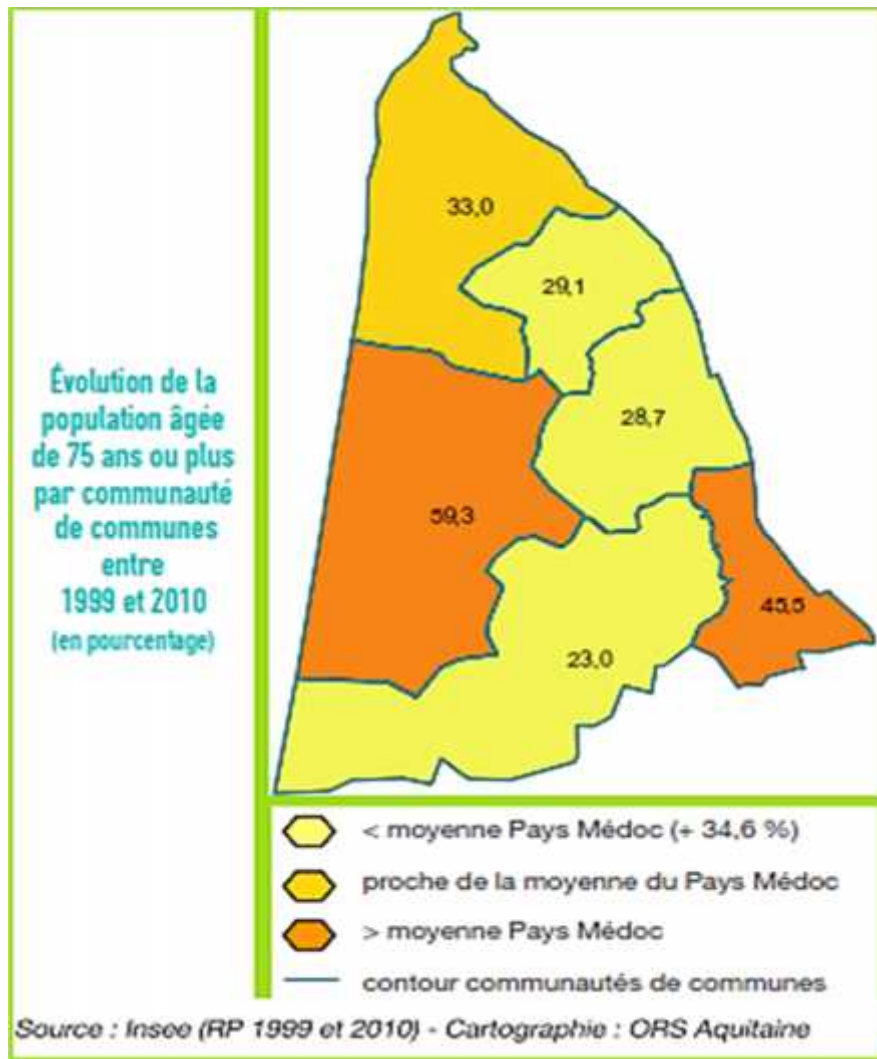
Précisions :

Les projections de population sont établies par l'Insee. À partir des données par sexe et âge d'un territoire, l'Insee réalise des projections de population à l'aide du modèle OMPHALE, qui applique, d'année en année, et pour chaque sexe et âge, des quotients migratoires, de fécondité et de mortalité, aux populations correspondantes. Ces quotients sont déterminés en prenant en compte les tendances de fécondité, mortalité et de migrations observées par le passé. Les dynamiques de peuplement sont décrites ici sous l'hypothèse que ces tendances se répliquent d'année en année, sans intégrer les réactions complexes qu'elles peuvent susciter : effet sur le marché foncier, impact et effets correctifs des politiques publiques territoriales...

Source : Observatoire régional de la santé d'Aquitaine. « Pays Médoc éléments de cadrages complémentaires réalisés dans le cadre de contrat local de santé des personnes âgées ». www.ors-aquitaine.org. Mars 2014.



Source : Observatoire régional de la santé d'Aquitaine. « Pays Médoc éléments de cadrages complémentaires réalisés dans le cadre de contrat local de santé des personnes âgées ». www.ors-aquitaine.org. Mars 2014. P4.



Source : Observatoire régional de la santé d'Aquitaine. « Pays Médoc éléments de cadrages complémentaires réalisés dans le cadre de contrat local de santé des personnes âgées ». www.ors-aquitaine.org. Mars 2014. P4.

B. QUELQUES CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION DU MEDOC

1. Conditions de vie

| Pays Médoc | | |
|---|--------|-------|
| | Nombre | % |
| Lieu de résidence 5 ans auparavant des personnes âgées de 65 ans ou plus vivant dans le Pays Médoc, en 2008 | | |
| Dans le même logement | 13 831 | 86,5 |
| Dans un autre logement de la même région | 1 624 | 10,2 |
| Dans une autre région ou à l'étranger | 524 | 3,3 |
| Ensemble | 15 979 | 100,0 |

Source : Insee (RP 2008)

| | Pays Médoc | | Gironde | Aquitaine | France métr. |
|---|------------|-------|---------|-----------|--------------|
| | Nombre | % | % | % | % |
| Répartition de la population âgée de 75 ans ou plus selon le mode de cohabitation | | | | | |
| Vit seul | 2 955 | 34,7 | 38,2 | 36 | 38,7 |
| Vit en famille | 4 264 | 50,0 | 47,1 | 47,7 | 46,7 |
| Vit en établissement | 720 | 8,5 | 8,5 | 9,0 | 9,5 |
| Autres | 579 | 6,8 | 6,2 | 7,3 | 5,1 |
| Total | 8 518 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

Source : Insee (RP 2010)

Source : Observatoire régional de la santé d'Aquitaine. « Pays Médoc éléments de cadrages complémentaires réalisés dans le cadre de contrat local de santé des personnes âgées ». www.ors-aquitaine.org. Mars 2014.P5.

La majorité des personnes âgées habitent en famille, un tiers vivent seules. Ces données sont similaires dans toute la France. Il existe peu de mouvement migratoire pour la retraite

2. La dépendance

| | APA à domicile | | APA en établissement** | |
|---|----------------|-------|------------------------|-------|
| | Nombre | % | Nombre | % |
| Bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) selon le GIR au 30 septembre 2013 dans le territoire de proximité du Médoc* | | | | |
| GIR 1 | 15 | 0,9 | 55 | 8,4 |
| GIR 2 | 242 | 14,6 | 281 | 43,0 |
| GIR 3 | 391 | 23,7 | 129 | 19,7 |
| GIR 4 | 1 005 | 60,8 | 189 | 28,9 |
| TOTAL | 1 653 | 100,0 | 654 | 100,0 |

Source : Conseil général 33

* Par rapport au territoire de proximité du Médoc, le Pays Médoc regroupe 3 communes de plus : Ludon-Médoc, Macau et Le Plan-Médoc (soit plus de 2 380 personnes âgées de 60 ans ou plus).

** Le nombre de bénéficiaires de l'APA en établissement est sous-estimé en raison du paiement des établissements en dotation globale

Source : Observatoire régional de la santé d'Aquitaine. « Pays Médoc éléments de cadrages complémentaires réalisés dans le cadre de contrat local de santé des personnes âgées ». www.ors-aquitaine.org. Mars 2014. P7.

L'APA (aide personnalisée à l'autonomie) est une participation financière du conseil général afin d'obtenir une aide-ménagère ou auxiliaire de vie au domicile. Si la personne est en établissement, les aides sont versées à la structure concernée (valable pour les établissements publics).

Au sein du Pays Médoc, 1 653 personnes bénéficiaient de l'APA à domicile au 30 septembre 2013, dont 61 % en GIR 4 et 24 % en GIR 3. En établissement, l'APA est versée à 654 personnes dont 43 % en GIR 2, 20 % en GIR 3 et 29 % en GIR 4.

On remarque que le conseil général verse plus d'APA pour les établissements lorsque les personnes âgées sont dépendantes (en GIR1) à hauteur de 8% contre 0,9% au domicile ; A contrario, 60% des aides des GIR4 sont versées pour les personnes restant au domicile contre 28% en établissement.

3. Etat de santé

| | 65-74 ans | | 75-84 ans | | 85 ans ou plus | | 65 ans ou plus | |
|--|---------------------|-------|---------------------|-------|---------------------|-------|---------------------|-------|
| | Nombre annuel moyen | % | Nombre annuel moyen | % | Nombre annuel moyen | % | Nombre annuel moyen | % |
| Principaux motifs d'admission en ALD des personnes âgées de 65 ans ou plus du Pays Médoc par classe d'âge (2009-2011) | | | | | | | | |
| Nombre de personnes admises en ALD | 473 | 100,0 | 469 | 100,0 | 228 | 100,0 | 1 170 | 100,0 |
| dont cancers | 123 | 26,0 | 94 | 20,0 | 34 | 14,9 | 252 | 21,5 |
| maladies cardiovasculaires | 194 | 41,0 | 201 | 42,9 | 112 | 49,1 | 507 | 43,3 |
| maladie d'Alzheimer | 13 | 2,7 | 40 | 8,5 | 41 | 18,0 | 94 | 8,0 |
| affections psychiatriques | 13 | 2,7 | 13 | 2,8 | 8 | 3,5 | 33 | 2,8 |
| diabète | 81 | 17,1 | 62 | 13,2 | 14 | 6,1 | 157 | 13,4 |

Sources : CNAM-TS, CCMSA, PSI

Source : Observatoire régional de la santé d'Aquitaine. « Pays Médoc éléments de cadrages complémentaires réalisés dans le cadre de contrat local de santé des personnes âgées ». www.ors-aquitaine.org. Mars 2014. P7.

| | Pays Médoc | Gironde | Aquitaine |
|--|------------|---------|-----------|
| Nombre estimé de personnes âgées de 75 ou plus atteintes de démence (cohorte Paquid et projections de population) | | | |
| 2010 | 1 400 | 22 500 | 58 800 |
| 2020 | 1 900 | 28 300 | 74 200 |
| 2030 | 2 500 | 35 800 | 92 100 |

Sources : Résultats Paquid (mise à jour janvier 2004), Insee

Source : Observatoire régional de la santé d'Aquitaine. « Pays Médoc éléments de cadrages complémentaires réalisés dans le cadre de contrat local de santé des personnes âgées ». www.ors-aquitaine.org. Mars 2014. P7.

La démence reste un facteur de dépendance important, facteur qui augmentera au cours des années à venir.

Les personnes âgées atteintes de démence nécessitent une prise en charge spécifique. Dans le pays Médoc, il est estimé en 2010 que 1 400 personnes de 75 ans ou plus seraient atteintes de démence. Elles devraient être environ 1 900 en 2020 et 2 500 en 2030

III) LES APPUIS POLITIQUES

A. LA NOTION DU BIEN VIEILLIR

1. Le plan national « bien vieillir » 2007-2009[7 a]

Le plan national « Bien vieillir », réalisé sous l'égide du ministère de la Santé et des Solidarités, du ministère délégué aux Personnes âgées et du ministère de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative, s'appuie sur un partenariat regroupant notamment la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) et l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES). Ce plan s'adresse aux personnes âgées de 50 à 70 ans, et plus particulièrement celles qui se situent autour de l'âge de la retraite.

Les principaux objectifs du plan « Bien vieillir » cherchent à promouvoir des comportements favorables à la santé grâce au maintien d'activités physiques sportives, et à une alimentation adaptée. Il s'agit aussi d'améliorer les stratégies préventives (pour éviter l'hypertension artérielle, les troubles sensoriels, ceux de la marche et de l'équilibre), de susciter la participation à la vie sociale, culturelle, artistique, en veillant à consolider les liens entre les générations. Enfin, l'accent a été mis sur les concepts de projet de vie et d'adaptation aux changements.

Ce plan regroupe 9 grands axes [7 b]:

- Dépister et prévenir lors du départ en retraite les facteurs de risques liés au vieillissement par l'intermédiaire d'une consultation médicale lors du départ en retraite, consultation qui a pour objectif de dépister les facteurs de risques notamment cardiovasculaires et d'informer sur les comportements favorables à un vieillissement réussi. « Passeport pour une retraite active » est un document reçu par les personnes au moment de partir à la retraite avec diverses informations sur les aides à la personne, les bienfaits d'une nutrition saine et une incitation au bénévolat.
- Promouvoir une alimentation équilibrée pour rester en forme après 55 ans « la santé en mangeant et en bougeant »
- Promouvoir une activité physique et sportive
- Prévenir les facteurs de risques et les pathologies influençant la qualité de la vie (ex : prévention des risques de chute)
- Promouvoir le bon usage des médicaments. La Haute Autorité de Santé (HAS) a diffusé un programme de « Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé » afin d'aider les médecins à mieux gérer les polymédications.
- Promouvoir la solidarité entre les générations afin d'inciter les seniors à participer activement à la vie sociale
- Développer le « bien vieillir » au niveau local
- Développer la recherche et l'innovation
- Inscrire la démarche française dans la dimension européenne. The “Healthy Ageing” EU Project

Une campagne nationale de prévention a été lancée via un site internet <http://www.pourbienvieillir.fr>

2. Les projets locaux du bien vieillir

Afin d'améliorer la qualité de vie des retraités le Programme Régional Inter-régimes de Prévention (PRIP) propose des conférences, ateliers et réunions de sensibilisation autour de 5 thématiques : mémoire, bien vieillir, équilibre, nutrition, forme et bien-être. En 2015, 79 conférences, 230 réunions de sensibilisation et 394 ateliers ont eu lieu en Aquitaine.

En Gironde, des ateliers, conférences et réunions de sensibilisation sont proposés par l'ASEPT (Association Santé Et Prévention sur les Territoires).

Les conférences-débats abordent les notions clés pour « bien vieillir », permettent de distinguer le vieillissement usuel du vieillissement anormal et de comprendre pourquoi il est nécessaire d'adopter, quel que soit l'âge, des comportements sains au quotidien.

Les réunions de sensibilisation s'organisent autour des thématiques de prévention de la santé comme la nutrition, la mémoire, les accidents domestiques ou le sommeil.

Les ateliers proposés ont lieu dans des structures de proximité afin de favoriser le lien social dans les communes et villages. Ils sont organisés autour d'une thématique :

- Le bien vieillir dont les sujets abordés sont :
 - « Bien dans sa tête, bien dans son corps » : Présentation générale du vieillissement réussi
 - « Pas de retraite pour la fourchette » : le rôle de l'alimentation tout au long de la vie
 - « De bonnes dents pour très longtemps » : l'importance de la bonne santé bucco-dentaire sur l'état général
 - « Les 5 sens en éveil, gardez l'équilibre » : le rôle des sens pour préserver son autonomie

- « Faites de vieux os » : la prévention du risque de l'ostéoporose
 - « Dormir quand on n'a plus 20 ans » : la gestion des cycles veille-sommeil, et les règles d'hygiène du sommeil
 - « Le médicament, un produit pas comme les autres » : les rappels sur le médicament et la présentation de ses abus et alternatifs.
- Les ateliers « mémoire » : le but est de rassurer sur ses capacités, de gagner confiance en soi et surtout d'acquérir des stratégies de mémorisation, pour que les « trous de mémoire » ne soient plus une source d'inconfort ou d'inquiétude.
- Les ateliers « nutrition » : ils abordent les sujets suivants : « Pourquoi je mange ? » « Les 5 sens et l'alimentation » « Les familles d'aliments et les besoins nutritionnels », « Rythme des repas et diversité alimentaire », « Savoir choisir pour bien manger », « Mieux connaître les lieux de vente pour mieux consommer », « Que se cache-t-il dans mon assiette ? », « Alimentation et Prévention Santé », « Alimentation et Convivialité »
- Les ateliers « forme et bien-être » : ils permettent une exploration de son corps, proposent un temps pour redécouvrir des sensations et se recentrer, présentent une palette d'exercices doux et des conseils pour se faire du bien et développer son potentiel.

Ces actions sont destinées à toutes les personnes de plus de 55 ans

B. LA FILIERE DE SOINS GERIATRIQUES

1. Circulaire DHOS/O2/DGS/SD. 5D/2002/157 du 18 mars 2002 relative à de la filière de soins gériatriques [8]

Tout l'enjeu de la gériatrie est de savoir reconnaître et de prévenir les risques de perte d'autonomie par une prise en charge globale, que ce soit en ville ou à l'hôpital. La trajectoire de soins des personnes âgées, notamment des personnes âgées fragiles, doit pouvoir s'inscrire dans une filière de soins gériatriques offrant un panel de ressources adaptées à leurs besoins.

Cette circulaire s'attache à établir un état des lieux et à décrire les possibilités d'amélioration de la filière de soins gériatriques grâce à un renforcement de l'accès à des soins de proximité, le développement du court séjour gériatrique et l'amélioration des réponses en aval de l'hospitalisation de courte durée. A tous ces niveaux, l'accent est mis sur l'importance d'une articulation ville-hôpital et d'un travail en réseau qui conditionne une utilisation optimale de cette filière. Cette circulaire précise les conditions de mise en œuvre.

2. Circulaire DHOS/02 n° 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques [9]

Cette circulaire met en avant des dispositions permettant le développement de filières gériatriques hospitalières intégrant les hôpitaux locaux en amont et en aval des plateaux techniques gériatriques en coordination avec les professionnels intervenant au domicile et les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Ces dispositions viennent conforter l'organisation des soins mentionnée dans la circulaire du 18 mars 2002.

a) Définition

Le principe de la filière de soins gériatriques est de permettre aux personnes âgées d'accéder à une prise en charge globale médico-psycho-sociale, graduée selon les besoins de proximité et d'accéder à un plateau technique.

Au sein de cette filière, le patient âgé peut ainsi bénéficier

- D'une prise en charge spécifique en gériatrie, prise en charge assurée en consultation, en hospitalisation de jour, en hospitalisation complète d'une durée plus ou moins longue selon la situation clinique.
- D'un avis gériatrique quel que soit le service dans lequel il sera hospitalisé.
- D'un accès au plateau technique dans les délais requis par son état pour éviter toute perte de chance.
- D'un accompagnement à la sortie d'hospitalisation pour éviter le risque de réhospitalisation.

La filière gériatrique s'organise en différentes unités de soins:

- Le court séjour gériatrique
- L'équipe mobile gériatrique
- L'unité de consultation et d'hospitalisation de jour gériatrique
- Les soins de suite et de réadaptation appropriés aux besoins des personnes âgées polypathologiques dépendantes ou à risque de dépendance (SSR gériatrique)
- Les soins de longues durées

Une filière gériatrique s'appuie nécessairement sur de solides partenariats au sein de son territoire d'implantation : partenariats avec l'HAD, les médecins traitants, les acteurs de la prise en charge médico-sociale, les associations de familles et patients.

b) Le court séjour gériatrique

Missions :

- Prise en charge des patients gériatriques en admission directe non programmée, de préférence sans passage par les urgences
- Effectuer une évaluation globale et individualisée du patient gériatrique (médico-psycho-sociale)
- Etablir les diagnostics et pratiquer les soins non réalisables en ambulatoire
- Traiter les pathologies dominantes et les pathologies associées déséquilibrées
- Envisager avec le patient et son entourage les conditions de vie ultérieures et organiser le retour au domicile.
- Participer à la diffusion des bonnes pratiques gériatriques

Mode d'entrée :

Le court séjour est le noyau de la filière. L'admission directe (sans passage par les urgences) est à privilégier et donc donne lieu à un contact préalable entre le médecin traitant et le médecin du service. L'admission peut être également programmée ou effectuée par le biais des urgences.

La sortie : le plus tôt possible en collaboration avec les différentes structures de soins de la filière et les partenaires sociaux et médico-sociaux, les professionnels de santé libéraux, le CLIC ou le réseau de santé « personnes âgées ».

Le fonctionnement :

- 25 lits de court séjour gériatrique pour 1000 habitants de 75 ans et plus sur le territoire d'implantation de la filière.

- L'implantation se fait dans un établissement de santé disposant d'une structure d'urgence ou ayant conventionné avec un établissement de santé disposant de cette structure.

c) Equipe mobile gériatrique (EMG)

Missions : Elle intervient à la demande dans l'ensemble des services de l'établissement de santé pour :

- dispenser une évaluation gériatrique médico-psycho-sociale et un avis gériatrique à visé diagnostique et/ou thérapeutique
- contribuer à l'élaboration du projet de soins gériatriques et du projet de vie des patients gériatriques
- les orienter dans la filière de soins gériatriques
- participer à l'organisation de leurs sorties en s'articulant avec les dispositifs de soutien au domicile (CLIC, coordination gériatrique, services sociaux, SSIAD, réseau de santé « personnes âgées »)
- conseiller, informer, former les équipes soignantes.

En fonction du contexte local, il est souhaitable que l'EMG :

- assure des consultations avancées dans les hôpitaux locaux
- intervienne au sein des EHPAD à leur demande ou à la demande des médecins traitants au domicile du patient lorsque ce dernier est pris en charge dans un dispositif de soutien à domicile
- participer à la diffusion des bonnes pratiques gériatriques

d) Unité de consultation et d'hospitalisation de jour gériatrique

Missions :

- Dispenser une évaluation gériatrique médico-psycho-sociale à la demande du médecin traitant afin de proposer une stratégie de prise en charge adaptée
- Être un recours pour le médecin traitant
- Collaborer au suivi du patient par des réévaluations régulières et une prise en charge spécialisée
- Proposer des bilans et des traitements programmés sur une courte durée
- Réaliser des traitements impossibles à dispenser au domicile, surveiller et ajuster les thérapeutiques
- S'assurer de la coordination des soins autour du patient, être en lien avec les acteurs participant à la prise en charge ambulatoire, les professionnels libéraux et l'accueil de jour
- Participer à l'organisation du soutien au domicile
- Participer à la diffusion des bonnes pratiques

Elle doit disposer au minimum d'une unité de consultation et d'hospitalisation de jour gériatrique au sein d'un établissement de santé, siège d'un court séjour gériatrique. Elle doit pouvoir offrir au moins 120 journées d'hospitalisation de jour pour 1000 habitants de 75 ans et plus.

e) Le SSR gériatrique

Missions :

- Assurer les soins médicaux, curatifs ou palliatifs, les missions d'ajustement des thérapeutiques, de renutrition, de diagnostic et de traitement des pathologies déséquilibrées
- Assurer la rééducation et la réadaptation

- Prévenir l'apparition d'une dépendance
- Maintenir ou redonner l'autonomie
- Assurer l'éducation thérapeutique du patient et de son entourage
- Informer et soutenir les aidants
- Maintenir la socialisation de la personne âgée
- Préparer et accompagner la réinsertion familiale et sociale

Fonctionnement :

Elle assure la prise en charge dans les suites d'une hospitalisation en court séjour ou par accès direct du domicile ou d'une structure médico-sociale.

Elle doit offrir au minimum 1000 journées et au maximum 2000 journées d'hospitalisation pour 1000 habitants de 75 ans et plus.

C. LES RESAUX GERONTOLOGIQUES

1. Le plan solidarité grand âge 2007 -2012 [10]

Le Plan solidarité grand âge 2007-2012 a été présenté par Philippe Bas, ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille le 27 juin 2006. Ce plan a pour but de permettre une adaptation des dispositifs de prise en charge des personnes âgées à l'évolution démographique qui est croissante en assurant une continuité de la prise en charge entre le domicile, l'établissement médico-social et l'établissement de santé.

En effet le système hospitalier doit pouvoir faire face à l'augmentation du nombre de personnes âgées mais aussi répondre aux besoins spécifiques des personnes âgées, souvent polyopathologiques et fragiles afin de prévenir la perte d'autonomie tout en assurant un continuum de prise en charge.

Il propose une réforme basée sur 5 grands axes :

- Donner aux personnes âgées dépendantes le libre choix de rester chez elles.
- Inventer la maison de retraite de demain
- Adapter l'hôpital aux personnes âgées
- Assurer pour l'avenir le financement solidaire de la dépendance
- Insuffler une nouvelle dynamique à la recherche et à la prévention

2. La circulaire DHOS n°2007-197 du 15 Mai 2007, relative au référentiel d'organisation national des réseaux de santé "personnes âgées" [11]

Elle préconise le développement des réseaux de santé "personnes âgées", axe essentiel du plan solidarité grand âge, complémentaire de la mise en place des filières de soins gériatriques, afin de favoriser un maintien à domicile de qualité ou d'accompagner le retour à domicile.

a) Définition

Le réseau gérontologique regroupe un ensemble d'intervenants aux compétences complémentaires sanitaires et sociales afin d'adapter une réponse aux besoins des personnes âgées dépendantes désirant rester au domicile.

Ces professionnels coordonnent leurs actions, sous la responsabilité d'un médecin traitant, au sein d'un réseau de santé qui se compose de professionnels de santé (libéraux, médicaux et paramédicaux), d'un hôpital de proximité, d'un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et d'une assistante sociale. Les réseaux sont formalisés et organisés.

b) Rôle

La coordination constitue le fondement essentiel du réseau :

- Coordination administrative qui organise la concertation entre les différents intervenants et reste l'interlocutrice des institutions et partenaires extérieurs au réseau.
- Coordination médicale gérée par un médecin coordinateur qui organise l'accueil du nouveau patient, définit la continuité de sa trajectoire et assure une orientation au sein du réseau à chaque étape de sa prise en charge. Il assure l'échange d'information entre les intervenants et l'étude partagée de cas.

c) Bilan

Source : www.CNSA.fr. Bilan des plans. Mise à jour le 12 aout 2016.

Depuis 2005, l'offre médico-sociale pour personnes âgées a augmenté de plus de 84 % entre 2005 et 2014.

Fin 2015, on comptait plus de 720 400 places en établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées en France :

- 575 262 places en hébergement permanent (HP)
- 10 861 places en hébergement temporaire (HT)
- 13 969 places d'accueils de jour (AJ)
- 119 095 places de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)
- 1 286 places en unité d'hébergement renforcé (UHR).

D'un département à l'autre, l'offre varie de 54 places à 194 places pour 1000 personnes de plus de 75 ans (moyenne de 117 places).

Ces taux d'équipement doivent être mis en relation avec les autres prestations en faveur des personnes âgées, tels que les actes infirmiers de soins ou la prise en charge en unité de soins longue durée. Certains départements peu équipés en

structures médico-sociales bénéficient par exemple, d'une présence d'infirmiers libéraux importante.

Depuis 2007, la CNSA (Caisse National de Solidarité pour l'Autonomie) a notifié 846,5 millions d'euros pour la création de 85 622 places en faveur des personnes âgées pour la mise en œuvre du plan Solidarité Grand Age (PSGA).

Au 31 décembre 2015,

- **79 128 places étaient autorisées** : pour ces autorisations, 791,8 millions d'euros ont été engagés par les ARS.
- **69 068 places étaient installées**. On comptabilisait ainsi :
 - 35 015 places d'EHPAD
 - 6 653 places d'accueil de jour
 - 4 027 places en hébergement temporaire
 - 23 373 places de SSIAD

1 517 places ont été livrées en 2015 grâce aux crédits et PSGA et 14 014 places supplémentaires ouvriront entre 2016 et 2020.

D. PLAN MALADIES NEURODEGENERATIVES 2014-2019

1. Bilan du plan Alzheimer 2008-2012 [12]

Ce troisième plan était un plan ambitieux, développant des actions à tous les niveaux, du médico-social à la recherche, en passant par l'éthique, cherchant à améliorer la qualité de la prise en charge et à fédérer les efforts de recherche.

Le financement fût à la hauteur de cet enjeu majeur de santé publique et sociétal. Une somme de 1,2 milliard d'euros a été affectée au domaine médico-social, 0,2M€ au sanitaire et 0,2M€ à la recherche, ce qui correspond à un effort sans précédent à l'échelle nationale et internationale.

Il était articulé autour de quatre grands axes :

- Le renforcement de la dimension éthique de la prise en charge de la maladie ;
- Le développement de la recherche médicale ;
- La simplification et l'amélioration du parcours du malade et de sa famille, dans toutes ses dimensions ;
- L'amélioration de la prise en charge de la maladie d'Alzheimer d'apparition précoce.

Ce plan comportait 47 mesures toutes pertinentes a priori et dont les objectifs fixés ont été atteints pour les trois quarts d'entre eux.

- Sur le plan sanitaire, le développement des consultations mémoires et des centres mémoires de ressource et de recherche ont permis d'améliorer le processus de diagnostic de la maladie. Des résultats positifs ont été constatés dans la lutte contre l'iatrogénie dans les établissements.
- Sur le plan médico-social, on observe une avancée dans la mise en place d'une intégration des services d'aides et de soins, la création d'unités adaptées au sein des EHPAD, des services de soins de suite et réadaptation et de nouvelles structures renforçant le soutien à domicile par du personnel spécialisé. Enfin, un effort important a été entrepris pour développer et intensifier les structures de répit et la formation des aidants.
- En termes d'innovation médico-sociale, les acteurs, fort nombreux sur le terrain, ont besoin d'un temps d'appropriation mais le pilotage reste trop contraignant. Dans le cadre des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA), le choix définitif d'un outil d'évaluation multidimensionnelle est toujours hésitant. Les structures de répit n'ont pas atteint leurs objectifs quantitatifs et l'aide aux aidants a été réalisée en demi-

teinte. Les problèmes des droits et de la fin de vie de ces patients doivent être particulièrement considérés. Malgré un objectif louable, la carte nationale Alzheimer et le numéro unique d'information ont été des échecs relatifs.

- Sur le plan de la recherche, l'augmentation des connaissances concernant la maladie a été particulièrement notable en génétique et chez le sujet jeune. Les développements réalisés dans le domaine de l'imagerie ont permis des avancées méthodologiques. La recherche clinique s'est structurée. Mais le véritable changement de regard de la société, attendu par le plan, ne peut être estimé faute d'une réplique de l'étude INPES (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé) de 2008 qui pointait les difficultés de la population, des aidants et des professionnels face à cette maladie ainsi que leurs attentes majeures vis-à-vis des pouvoirs publics et de la recherche.

On note une recherche clinique se structurant, dont les apports ne peuvent être encore appréciés, une attraction de jeunes chercheurs dans le domaine clinique, mais qui reste fragile. Par ailleurs, nous constatons malgré les efforts financiers, une attraction faible pour de jeunes scientifiques internationaux ou pour des équipes chercheurs « seniors ». Enfin, la recherche en sciences humaines et sociales, malgré un financement et des appels à projets répétés, n'a pas été à la hauteur des attentes.

Un plan apparaît essentiel à poursuivre avec un périmètre qui pourrait être celui des maladies cérébrales chroniques invalidantes et touchant préférentiellement la cognition.

- Sur le plan clinique, si des recommandations pour l'annonce diagnostic ont été éditées, leurs applications n'ont pu être évaluées. Il existe un faible dévouement des médecins généralistes, acteurs de premières lignes, pour la prise en charge des problèmes de santé psychiatriques et troubles comportementaux malgré les incitations financières. Les problématiques liées à la prise en charge de ces

patients en milieu hospitalier, aux urgences ou en services de spécialités médicales ou chirurgicales ont été relativement peu prises en compte. Par ailleurs, certains objectifs quantitatifs du volet médico-social du plan, ont été révisés à la baisse et non complètement atteints, ceci étant lié entre autres à des cahiers des charges trop contraignants, des objectifs mal estimés par rapport à certaines réalités du terrain.

2. Plan maladies neurodégénératives 2014-2019 [13]

En France, plus de 850 000 personnes sont touchées par la maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée, elles sont plus de 150 000 personnes à être concernées par la maladie de Parkinson et plus de 85 000 personnes par la sclérose en plaques. La prévalence de plus d'un million de personnes malades en France et l'impact de ces pathologies sur leur qualité de vie et celle de leurs aidants ont conduit les pouvoirs publics à élaborer un nouveau plan national.

Après une série de plusieurs plans dédiés à certaines pathologies en particulier (plan Alzheimer, plan Parkinson), le gouvernement a annoncé le 18 novembre 2014 un plan Maladies neurodégénératives pour la période 2014-2019, doté de 470 millions d'euros. Il est dédié aux maladies neurodégénératives dans leur ensemble, afin de créer davantage de synergie entre les actions de recherche, les soins et l'accompagnement des personnes concernées par une problématique commune, celle de la protection « neuronale ».

Le plan consacre 200 millions d'euros à la recherche et 270 millions d'euros au renforcement des dispositifs médico-sociaux existants, notamment pour la création de nouvelles places de pôles d'activités et de soins adaptés et d'unités

d'hébergement renforcé, de 65 plateformes de répit, de 100 MAIA et de 74 équipes spécialisées Alzheimer ouvertes aux autres maladies neurodégénératives.

Ce plan met en avant 3 priorités:

-Améliorer le diagnostic et la prise en charge des malades en renforçant la coordination entre médecin traitant et spécialiste, en créant une cinquantaine de centres experts dédiés à la maladie de parkinson et SEP, en développant les réseaux MAIA et en mettant l'accent sur l'éducation thérapeutique.

- Assurer la qualité de vie des malades et de leurs aidants avec l'augmentation du nombre d'équipe ESA, la création de nouvelles plateformes d'accompagnement et de répit, intégrer des programmes d'accompagnement des personnes malades et de leurs aidants dans les associations, s'appuyer des nouvelles technologies (SMS, tablettes, smartphones...).

-Développer et coordonner la recherche

Le plan se présente sous forme de 4 axes stratégiques, 12 enjeux et 96 mesures.

a) AXE 1 : soigner et accompagner tout au long de la vie et sur l'ensemble du territoire

Pour un accès égal aux soins et un accompagnement de qualité, les enjeux structurant l'action de cet axe sont :

-Enjeux 1 : favoriser un diagnostic de qualité et éviter les situations d'errance grâce à un projet de soins mis en route le plus tôt possible dans la maladie en renforçant le repérage des symptômes, la qualité du diagnostic de la maladie ainsi que son annonce.

-Enjeux 2 : favoriser une évaluation globale et partagée de chaque situation et garantir l'accès à un programme personnalisé de soins : l'objectif est de diffuser des outils pratiques évaluatifs afin de généraliser une approche globale des situations de vie, d'améliorer l'écoute et la prise en compte de la parole des usagers, d'élaborer un langage commun. Le second objectif est de garantir un programme de soins personnalisés.

-Enjeux 3 : donner l'accès à des soins de qualité tout au long de la vie avec la maladie : il s'agit de renforcer l'éducation thérapeutique du malade et des proches, de garantir une prise en charge adaptée dans tout le territoire, de renforcer la qualité et la sécurité des soins, d'améliorer la réponse aux besoins d'accompagnement et prise en charge de la fin de vie, de favoriser les réponses sanitaires, médico-sociales aux situations complexes.

-Enjeux 4 : adapter la formation des professionnels pour améliorer la qualité de la réponse apportée aux personnes malades : former les professionnels à une approche pluridisciplinaire du soin et de l'accompagnement. Il faut également poursuivre les efforts sur la définition des référentiels de compétences propres à chaque professionnel de santé afin d'éviter les chevauchements des missions.

Cet axe concentre donc les mesures consacrées aux soins et à l'accompagnement. Il consolide la structuration mise en place par le précédent plan Alzheimer en renforçant les dispositifs pour une couverture de l'ensemble des territoires, dispositifs étendus aux autres MND. Il favorise l'expérimentation dont le résultat, rigoureusement évalué, permettra d'améliorer l'organisation des filières. Il engage au déploiement d'une formation pluri-professionnelle qui implique tous les acteurs sanitaires et médico-sociaux. Il prend en compte le désarroi et la souffrance des proches aidants.

b) AXE 2 : Favoriser l'adaptation de la société aux enjeux des maladies neurodégénératives et atténuer leurs conséquences personnelles et sociales sur la vie quotidienne

-Enjeu 5 : **faciliter la vie avec la maladie au sein d'une société respectueuse, intégrative et volontaire dans son adaptation** : connaître et faire connaître les maladies et la réalité de vie des malades et de leurs proches, créer des conditions de vie simples et plus autonomes chez soi et à l'extérieur avec l'accès aux nouvelles technologies et nouvelles formes de solidarité.

-Enjeu 6 : **favoriser le lien social, les liens de proximité et lutter contre l'isolement** en développant la solidarité individuelle de proximité (voisinage), solidarité associative ou bénévole, solidarité institutionnelle, en primant les projets sociaux, les innovations sociales, en identifiant cette priorité nationale dans l'attribution des subventions de l'Etat.

-Enjeu 7 : **soutenir les proches-aidants** en évaluant les besoins et les limites des aidants, en améliorant leur formation. Il faut également évaluer les dispositifs existants afin de les développer et engager une réflexion sur l'accès à un soutien psychologique des aidants.

-Enjeu 8 : **atténuer les conséquences économiques de la maladie**

-Enjeu 9 : **faire des droits de la personne et de la réflexion éthique un levier de la conduite du changement** en mobilisant d'avantage les espaces de réflexion éthique.

Cet axe réintroduit la personne malade au sein de la société. Faire connaître pour éviter la stigmatisation, maintenir l'autonomie en favorisant l'accès aux nouvelles technologies, respecter les droits de la personne dans toutes les situations de vie, maintenir les conditions économiques d'une vie digne ; autant de mesures destinées à prendre en compte la personne, et non la maladie. L'Espace national de réflexion éthique maladie d'Alzheimer (EREMA) devient par là même l'EREMAND car il étend ses travaux aux autres maladies neuro-dégénératives.

c) **AXE 3 : développer et coordonner la recherche sur les maladies neuro-dégénératives**

-Enjeu 10 : **dynamiser et mieux coordonner la recherche sur les MND** : mettre en place un comité pour piloter les recherches sur les MND, renforcer la recherche translationnelle et clinique, labéliser les centres d'excellence en enseignement et recherche assurant un continuum soin-recherche. Il faut également promouvoir la reconnaissance des centres d'excellence au niveau européen et international, valoriser une image positive de la science et améliorer les connaissances du grand public sur la MND pour promouvoir la participation aux essais cliniques.

-Enjeu 11 : **mieux comprendre les MND pour prévenir leurs apparitions et ralentir leurs évolutions** : rechercher les déterminants communs pour mieux comprendre les MND, confirmer l'impact de ces déterminants in vitro et in vivo et tester des hypothèses thérapeutiques, mettre au point des échelles, des biomarqueurs de suivi des patients, établir des bases d'essais cliniques destinées à ralentir l'évolution de la maladie ou d'en corriger les symptômes, permettre aux patients de bénéficier des innovations technologiques.

La recherche est la source d'espoir pour tous ceux qui souffrent d'une maladie incurable. Les 25 mesures du troisième axe sont consacrées à mieux intégrer les

centres de recherche français dans la dynamique de la recherche internationale sur les MND, à favoriser les passerelles entre recherche fondamentale, recherche clinique et recherche en sciences humaines et sociales, à mieux valoriser l'expérience des personnes atteintes de MND dans le domaine de la recherche (banques de récits, e-cohortes) et à accroître l'innovation thérapeutique.

d) AXE 4 : faire de la gouvernance du PMND un véritable outil d'innovation, de pilotage des politiques publiques et de démocratie en santé

-Enjeu 12 : Rendre effective la démocratie sanitaire et structurer la gouvernance dans le cadre de la mise en œuvre du PMND

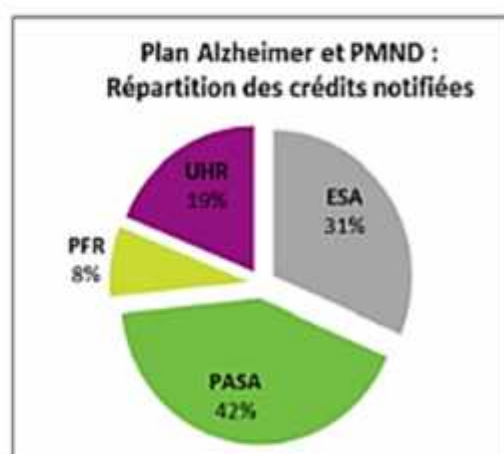
Ce quatrième axe prend en compte la nécessaire participation des associations des personnes atteintes de MND à la mise en place du plan. Inscrites dans cette démarche, elles apportent leurs contributions à de nombreuses mesures. Il faut donc développer des conventions avec les associations, mieux intégrer les problématiques avec les représentants des malades atteints de MND et leurs aidants, organiser des assises régionales entre les associations sous l'égide de l'ARS, porter les innovations de conduite publique au niveau européen et international.

3. Bilan du plan Alzheimer 2008-2012 et le plan Maladies neurodégénératives 2014-2019

➤ Sur le plan sanitaire et social

Source : www.CNSA.fr. Bilan des plans. MAJ le 12 aout 2016.

| | Notifications | |
|--------------|---------------|-----------------|
| | en places | en millions d'€ |
| ESA | 5 728 | 86,0 |
| PASA | - | 114,3 |
| PFR | - | 21,5 |
| UHR | 2 612 | 51,3 |
| Total | 8 340 | 273,0 |



ESA : Equipe Spécialisée Alzheimer, PASA : plateforme d'Activités et de Soins adaptés, PFR : Plateforme de Répit et d'Accompagnement, UHR : Unité d'Hébergement Renforcée.

Source : CNSA. Accueil et accompagnement des personnes Agées. Bilan des réalisations au 31/12/2015 et programmation du développement de l'offre entre 2016 et 2020. Juin 2016.p17-19.

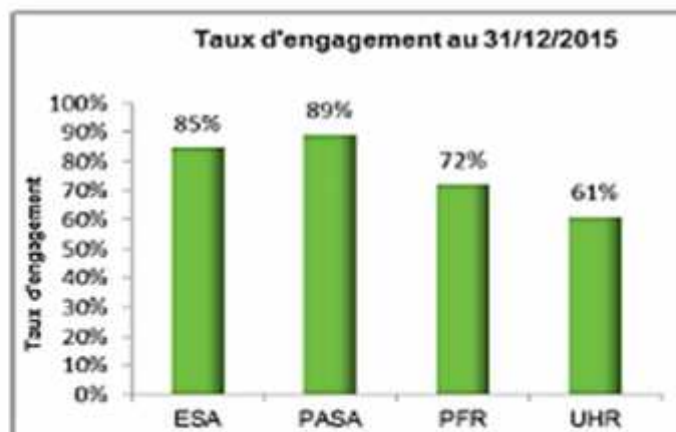
La CNSA (Caisse National de Solidarité pour l'Autonomie) a notifié 273 millions d'euros aux agences régionales de santé pour la création de 8 340 places, ainsi que des pôles d'activité et de soins adaptés (PASA) et des plateformes d'accompagnement et de répit (PFR) dans le cadre de la mise en œuvre du plan Alzheimer 2008-2012.

Au 31 décembre 2015,

- 221,6 millions d'euros étaient engagés par les ARS
- **6 398 places étaient installées.** Elles se répartissaient ainsi :
 - 1 544 places d'unités d'hébergement renforcé (UHR)
 - 4 854 places d'équipes spécialisées Alzheimer

Autorisation et engagement des enveloppes de mesures nouvelles

| | Places autorisées | Millions d'€ engagés |
|--------------|-------------------|----------------------|
| ESA | 4 864 | 72,9 |
| PASA | - | 101,9 |
| PFR | - | 15,5 |
| UHR | 1 658 | 31,4 |
| Total | 6 522 | 221,6 |



CNSA. Accueil et accompagnement des personnes Agées. Bilan des réalisations au 31/12/2015 et programmation du développement de l'offre entre 2016 et 2020. Juin 2016.p17-19.

1 687 places supplémentaires d'UHR et d'équipes spécialisées Alzheimer ouvriront entre 2016 et 2020. L'objectif concernant la mise en œuvre de plateformes d'accompagnement et de répit devrait être dépassé (103 %) grâce à l'utilisation de crédits du PSGA (Plan Solidarité Grand Age).

| | Réalisation au 31/12/2015 | | Programmation 2016-2020 | | Prévision au 31/12/2020 | |
|--------------|---------------------------|------------------------|-------------------------|------------------------|-------------------------|------------------------|
| | Places installées | Millions d'€ consommés | Places installées | Millions d'€ consommés | Places installées | Millions d'€ consommés |
| ESA | 4 854 | 72,7 | 701 | 11,6 | 5 555 | 84,3 |
| PASA | 0 | 88,8 | 0 | 24,6 | 0 | 113,4 |
| Plateforme | 0 | 15,4 | 0 | 6,8 | 0 | 22,2 |
| UHR | 1 544 | 29,3 | 986 | 21,6 | 2 530 | 50,9 |
| Total | 6 398 | 206,2 | 1 687 | 64,6 | 8 085 | 270,8 |

CNSA. Accueil et accompagnement des personnes Agées. Bilan des réalisations au 31/12/2015 et programmation du développement de l'offre entre 2016 et 2020. Juin 2016.p17-19.

➤ Sur le plan de la recherche

Le nouveau plan d'action de l'agence national de la recherche de 2017 intègre un axe dédié à l'exploration du système nerveux dans son fonctionnement normal et pathologique. Les autres axes sont orientés vers les nouvelles technologies ainsi que la recherche génétique et génomique. [14]

Quelques exemples de recherches financées par ce plan [15] :

-BINALZ : Interaction entre BIN1 et Tau: conséquences physiologiques et pathophysiologiques pour la maladie d'Alzheimer

MAD5 : Validation de MT5-MMP comme nouvelle cible thérapeutique dans la maladie d'Alzheimer et mécanismes d'action

- VIDALZ : Modulateurs de VCP : une nouvelle stratégie pour le traitement de la maladie d'Alzheimer

-SMALA : Modèles statistiques pour la maladie d'Alzheimer et le vieillissement

- nanoGluAct : Modulation de la synapse glutamatergique à l'aide de nanobodies

E. CONTRAT LOCAL DE SANTE SIGNE LE 4 NOVEMBRE 2013 [16]

Les contrats locaux de santé constituent un dispositif permettant d'améliorer l'état de santé de la population en coordonnant au mieux les politiques publiques menées par l'Agence Régionale de Santé, les services de l'Etat, les collectivités territoriales et les organismes de protection sociale

Ce contrat démontre :

- Un risque de désertification médicale
- Un accroissement de la demande de soins lié à la venue de nouveaux habitants et au vieillissement de la population
- L'existence de fortes inégalités sociales et de situations d'exclusion ;
- Une prégnance des problèmes de santé liés aux addictions
- L'épuisement de certains acteurs locaux liés à des conditions d'exercice difficiles mais aussi à l'étendue du territoire qui accentue le sentiment d'isolement
- Une problématique des transports
- Un déficit de communication entre professionnels (institutions sanitaires et médico-sociales – professionnels libéraux et travailleurs sociaux)

Les objectifs de ce contrat local sont donc de :

- Développer la filière gérontologique pour une meilleure prise en charge du parcours de vieillissement
- Développer la politique de santé mentale et des prises en charge psychiatriques
- Développer des politiques de prévention, d'éducation et de promotion de la santé
- D'améliorer la coordination des acteurs afin de faciliter l'accès aux soins
- Renforcer l'attractivité professionnelle et les compétences des acteurs du territoire

IV. L'OFFRE DE SOINS GERIATRIQUES DANS LE MEDOC

A. LES APPUIS POLITIQUES ONT FAVORISE LE DEVELOPPEMENT DES STRUCTURES DE SOINS DANS LE MEDOC

1. La filière gériatrique au sein de la Clinique Mutualiste du Médoc

La Clinique Mutualiste du Médoc est le seul établissement de soins hospitaliers du territoire Médocain. Cette structure a subi de nombreux réaménagements au cours de ces dernières années afin de répondre aux besoins par rapport à la population.

La clinique dispose à ce jour 25 lits d'hospitalisation dédiés à la chirurgie (digestive, orthopédique...), 22 lits de chirurgie ambulatoire, 40 lits attribués à la médecine (médecin interne, plaies et cicatrisation, médecine gériatrique existant depuis peu), 30 lits en service de soins de suite et réadaptation, 11 lits de maternité, 6 en service de soins continus, un service d'urgence intégrant une équipe SMUR.

Le projet d'une filière gériatrique se développe peu à peu au sein de la clinique depuis quelques années par la création de services spécialisées dans la prise en charge de la personne âgée :

- service de gériatrie aiguë : il se compose de 12 lits d'hospitalisation depuis septembre 2016. Le mode d'entrée direct à la demande des médecins traitants est privilégié mais au vu de sa récente création, l'entrée par les urgences reste majoritaire actuellement. Le service dispose d'une équipe paramédicale comprenant un temps de kinésithérapeute, d'ergothérapeute, de diététicien, de psychologue et d'assistante sociale.

- service de rééducation et réadaptation à orientation gériatrique : il se compose de 30 lits d'hospitalisation. Les patients bénéficient d'une prise en charge complète par l'intervention d'un kinésithérapeute, d'un ergothérapeute, d'un psychologue, d'un diététicien, d'une orthophoniste, d'un podologue, d'une assistante sociale.
- consultation mémoire (ouverture fin 2016) qui s'intégrera prochainement dans le projet d'hôpital de jour gériatrique.
- La création d'une équipe mobile gériatrique et d'une unité de soins longue durée sont évoquées.

2. MAIA (maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer) et réseau SANTE AUTONOMIE MEDOC :

La MAIA fonctionne par une méthode qui associe tous les acteurs permettant l'accompagnement des personnes âgées de 60 ans et plus en perte d'autonomie et de leurs aidants grâce à l'intégration des services d'aides et de soins afin d'apporter une réponse à leurs problèmes. L'intégration fait l'objet d'une préoccupation internationale depuis les années 1990 et fait partie des politiques publiques en France depuis 2008.

Cette approche permet d'apporter une réponse décroisée, harmonisée, complète et adaptée aux besoins de la personne âgée (accueil, information, orientation et mise en place de soins, d'aides ou de prestations), quelle que soit la structure à laquelle elle s'adresse

Le réseau Santé Autonomie Médoc fonctionne selon la méthode MAIA, leur siège se situe au sein de la Clinique Mutualiste du Médoc.

Les objectifs sont :

- D'organiser les soins à domicile pour les personnes vulnérables sur le territoire de recours de Lesparre (patients de plus de 60 ans dans un premier temps et handicapés dans un deuxième temps.)
- De favoriser la communication entre les professionnels de Santé
- D'organiser des actions de Prévention et de Formation
- Être un observatoire de la Santé

Méthode MAIA :

un modèle organisationnel national adapté aux diversités locales

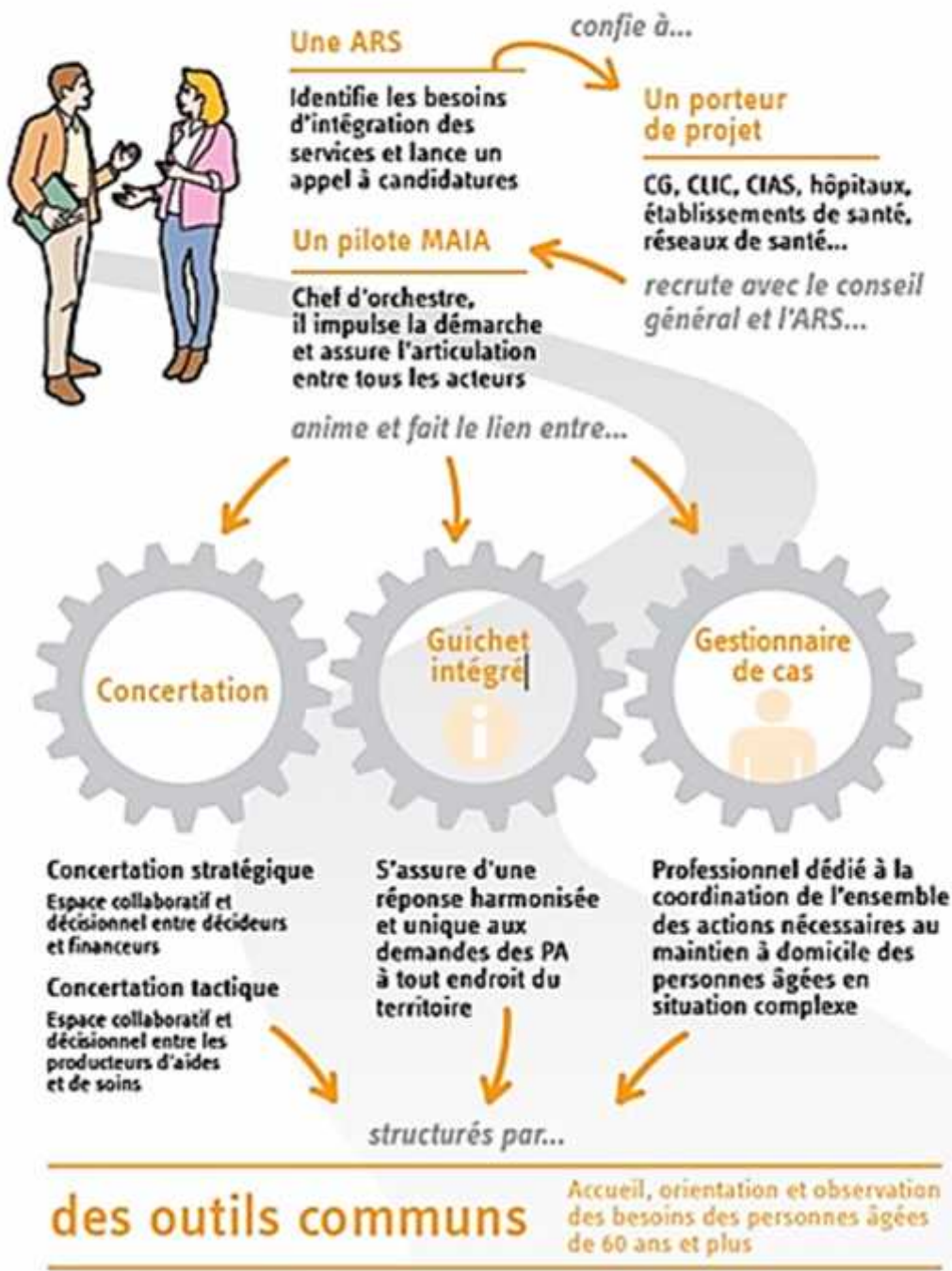
3 MÉCANISMES MAIA



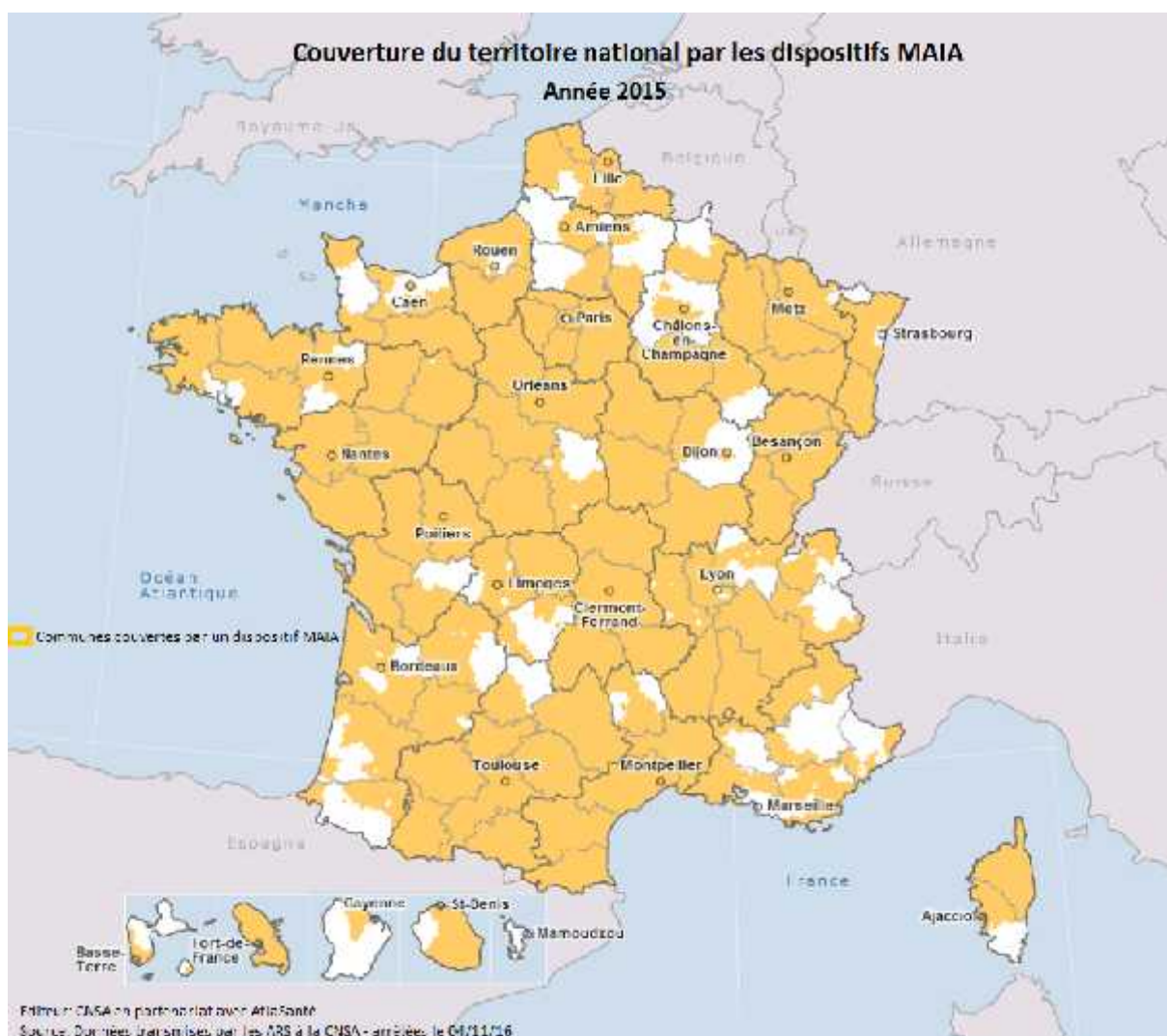
Source : CNSA. Parcours de vie. MAIA. 12 février 2015. www.CNSA.fr.

L'INTÉGRATION

Mise en place d'un nouveau modèle d'organisation et mise en synergie des ressources et acteurs des champs sanitaire, social et médico-social



Source : CNSA. Parcours de vie. MAIA. 12 février 2015. www.CNSA.fr.



Source : CNSA. Parcours de vie. MAIA. 12 février 2015. www.CNSA.fr. Mise à jour le 4 novembre 2016.

- Depuis les premières expérimentations conduites en 2009 dans le cadre du 3e plan Alzheimer et la généralisation en 2011, 302 dispositifs MAIA sont en fonctionnement (décembre 2015), soit plus de 6 communes sur 10 couvertes. Et le déploiement se poursuit à un rythme régulier.
- Fin 2015, 35 % des dispositifs MAIA (soit 110 dispositifs) sont portés par des conseils départementaux, 20 % par des acteurs de la coordination (CLIC, réseaux de santé), 12 % par des établissements de santé.

- En 2015, 50 nouveaux dispositifs ont été déployés et 50 supplémentaires le seront en 2016 pour couvrir l'ensemble du territoire national.

3. AAPAM (Association d'Aide pour les Personnes Agées en Médoc)

L'association est répartie en 3 secteurs :

- **Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) :**
 - ✓ aides-soignantes assurent des soins d'hygiène corporelle et de confort sur prescription médicale à toute personne habitant sur les communes des cantons de Lesparre, Saint-Vivien et Pauillac. Le service reste souvent saturé avec incapacité de répondre favorablement à toutes les demandes.
 - ✓ Equipe mobile Alzheimer (ESA) qui fait partie intégrante du SSIAD prend en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés après le diagnostic et durant la maladie afin de développer ou préserver l'autonomie de la personne dans la vie quotidienne et favoriser son maintien au domicile. Elle propose une stimulation cognitive par des activités spécifiques mobilisant des capacités de mémoire, d'attention et de communication.
- **Service d'aides à domicile avec auxiliaires de vie et aides ménagères (SAAD) :**
 - ✓ L'aide à domicile aide dans l'accomplissement des tâches ordinaires de la vie courante (accompagnement dans les activités domestiques, dans les activités de loisirs et de la vie sociale, assistance administrative, aide aux courses, à l'entretien du linge, préparation des repas, aide à la prise des repas...)

- ✓ Service de Prévention avec différents ateliers d'information et prévention organisés
- **Réseau Santé Autonomie Médoc** : qui reste juridiquement lié à l'AAPAM mais leur fonctionnement et leur action restent indépendants.

D'autres prestataires de service existent dans le Médoc : Confiez-nous, ASAP domicile (Accompagnement soins et services à la personne)

4. Le CLIC centre local d'information et de coordination [17]

En cours de mise en route actuellement dans le Médoc, il est doté d'un niveau 3. Il s'adresse à l'ensemble des seniors, des personnes handicapées et de leur entourage (familles, professionnels, élus...) afin de coordonner l'action gérontologique sur le Médoc pour apporter une réponse adaptée aux différentes situations.

C'est un outil qui soutient une dynamique du bien vieillir en Médoc.

Ce centre accueille, informe, évalue les besoins, soutient les familles, assure le suivi des plans d'aides établis selon les souhaits de chaque personne âgée en lien avec les professionnels du secteur.

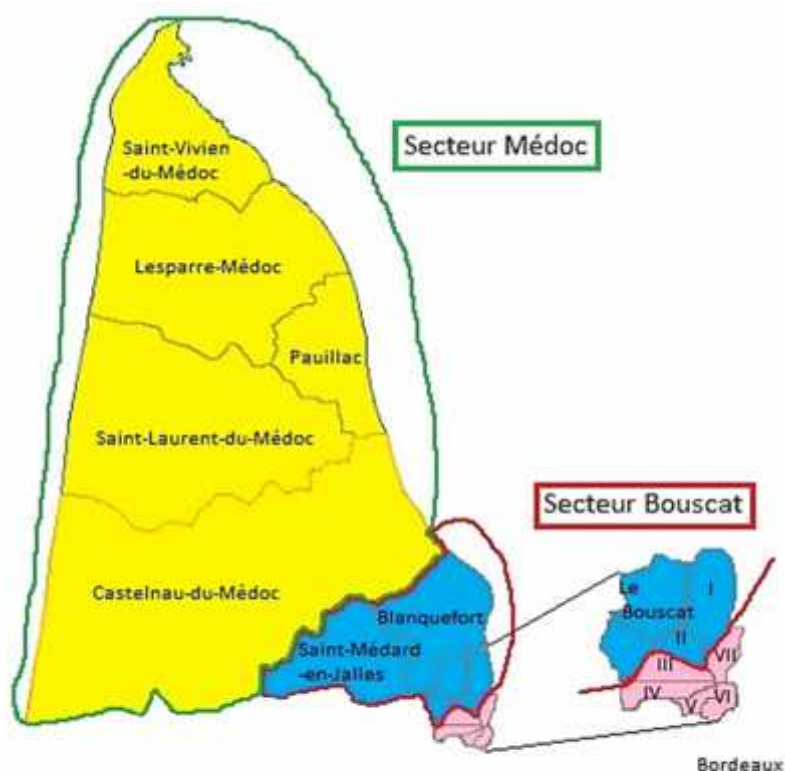
Un espace sera dédié à la coordination en organisant une prise en charge globale et articulée qui met en jeu la complémentarité des actions et des intervenants pour une réponse aux besoins constatés et recensés.

5. HAD : Hospitalisation à domicile

L'HAD est une alternative à l'hospitalisation traditionnelle, elle ajoute à la sécurité des soins le confort psychologique et physique du domicile.

La couverture de l'HAD en Aquitaine est inégale selon les territoires

L'Aquitaine compte 15 structures d'HAD dont 4 situées en Gironde. [18]



Actuellement aucune structure HAD n'est implantée dans le Médoc. Cependant l'HAD du Bouscat étend son activité dans ce secteur.

Créé en 2002, le service HAD de l'Hôpital Suburbain du Bouscat permet d'assurer des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés entre le service hospitalier et le médecin traitant. L'hospitalisation à domicile s'adresse à des personnes de tout âge, atteintes de pathologies en phase aiguë. Elle permet une prise en charge globale et coordonnée afin d'assurer des soins ponctuels ou

continus, ou la combinaison de plusieurs types de soins par une intervention médicale, sociale, psychologique et logistique. La prise en charge au domicile est assurée par une équipe pluridisciplinaire sur la base d'un projet thérapeutique. Il dispose au total 60 lits.

6. Association « Aide aux aidants »

L'association Aides aux Aidants du Pavillon est une association de loi 1901, créée en 2008, qui a choisi d'offrir à des aidants partageant le quotidien d'un proche diagnostiqué malade d'Alzheimer ou apparenté, Parkinson ou affecté par un handicap, un temps de répit, grâce à des visites régulières à leurs domiciles, de bénévoles formés. Ces visites viennent en complément des différentes possibilités d'aides assurées par des professionnels.

Leur action est d'assurer aux aidants un «répit» pour contribuer à prévenir leur épuisement, répondre aux demandes et attentes d'aidants désireux de rompre leur isolement géographique, relationnel et leur permettre de «souffler» quelques heures par semaine chez eux ou hors de leur domicile.

7. Le centre médico-psychologique (CMP)

Le CMP se situe à Lesparre et permet l'évaluation, l'orientation le suivi des personnes atteinte d'une pathologie psychiatrique.

L'équipe mobile géronto-psychiatrique (EMGP) dispose d'une antenne relais au sein du CMP. Elle offre une prise en charge spécifique pour les personnes âgées présentant une souffrance psychologique ou des troubles psychiatriques afin de dispenser un avis psychiatrique spécialisé en gérontologie, un avis diagnostique et thérapeutique. Elle intervient au domicile du patient ou en établissement à la

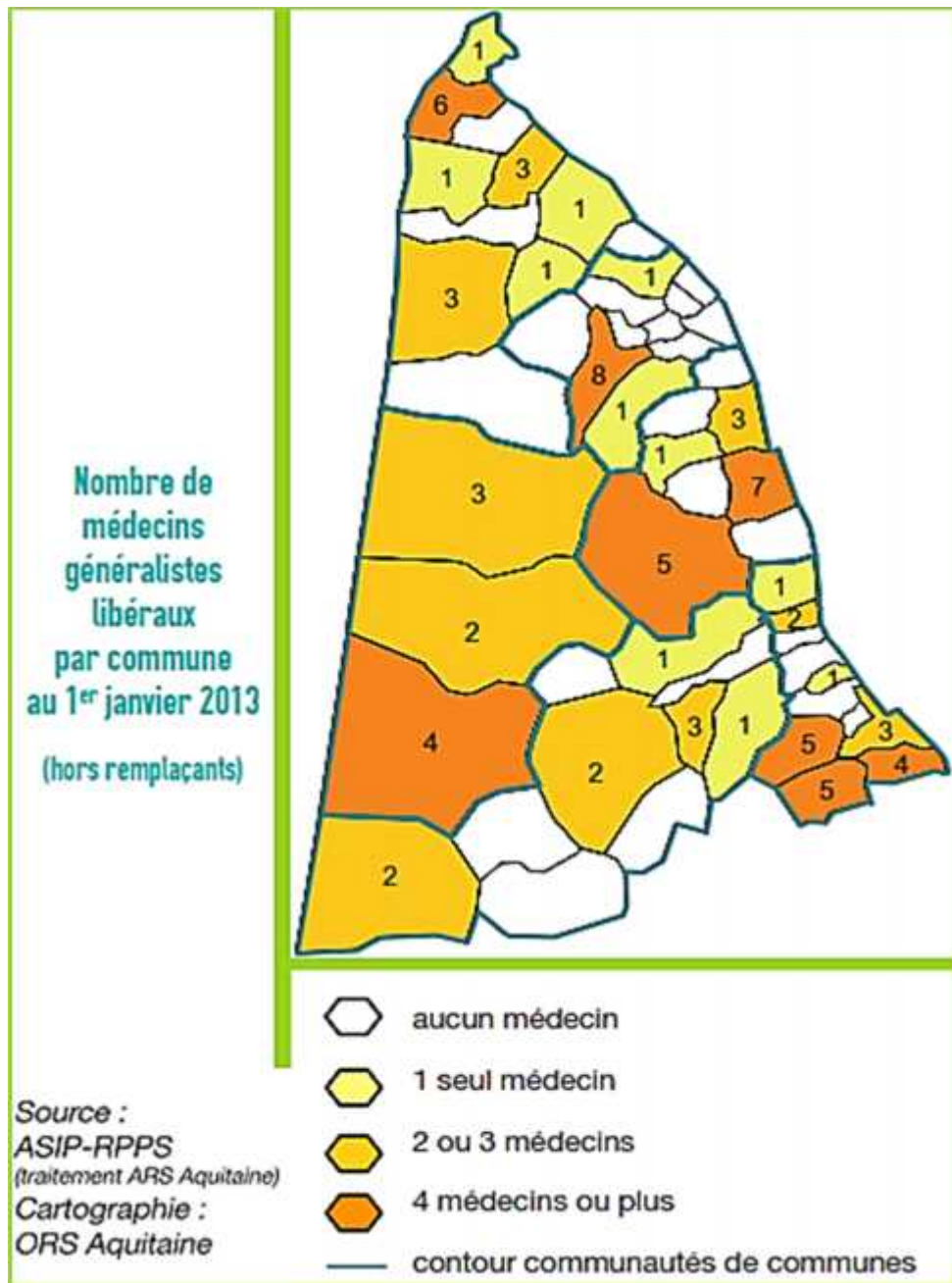
demande des médecins traitants ou médecins hospitaliers lorsque le patient ne peut se déplacer.

B. LES PROFESSIONNELS LIBERAUX [19]

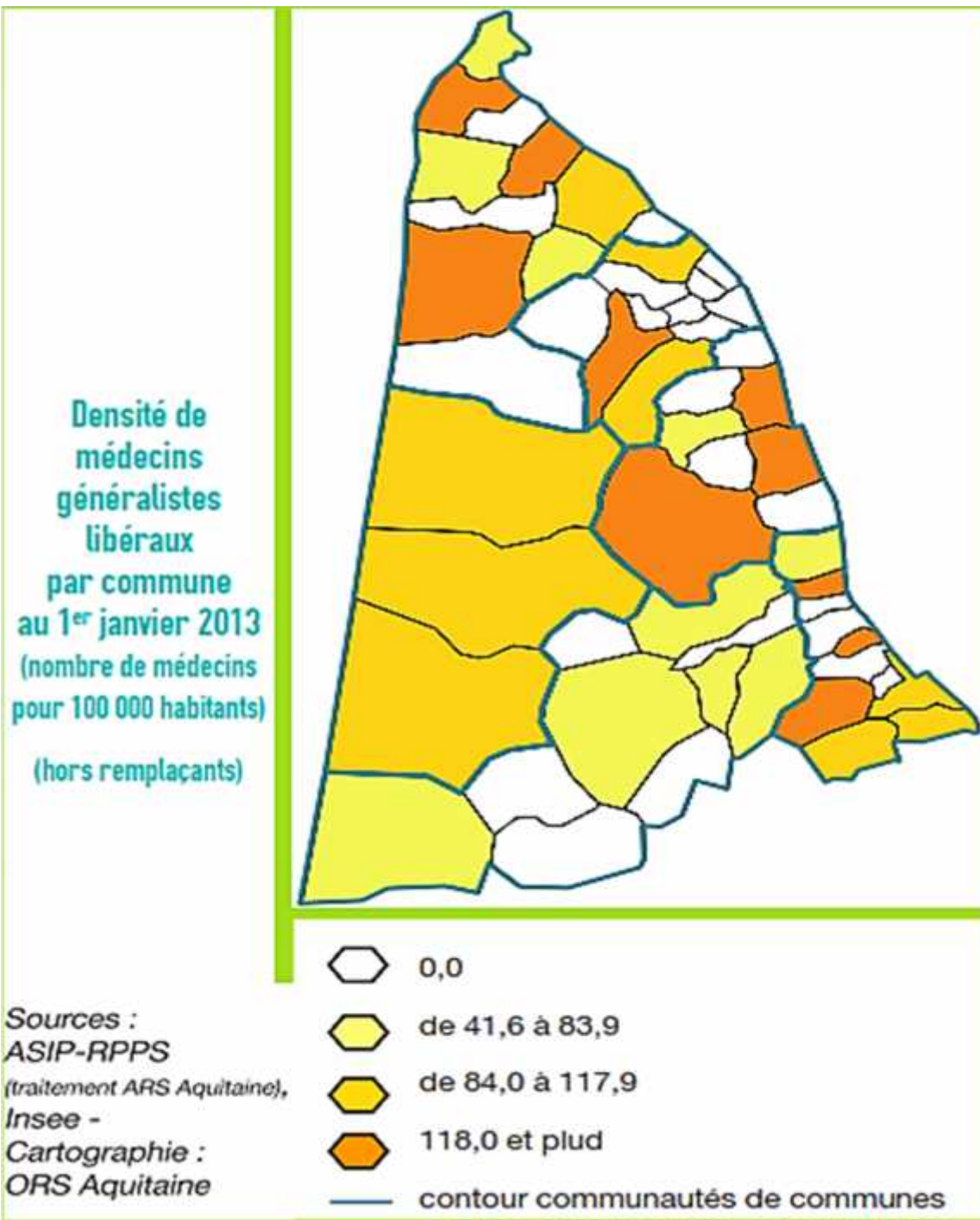
1. Les médecins généralistes

Le nombre de médecins généralistes libéraux se chiffre à 90 au 1^{er} janvier 2013 soit 94 médecins pour 100000 habitants, équivalente à la moyenne nationale mais inférieure par rapport au département et à la région.

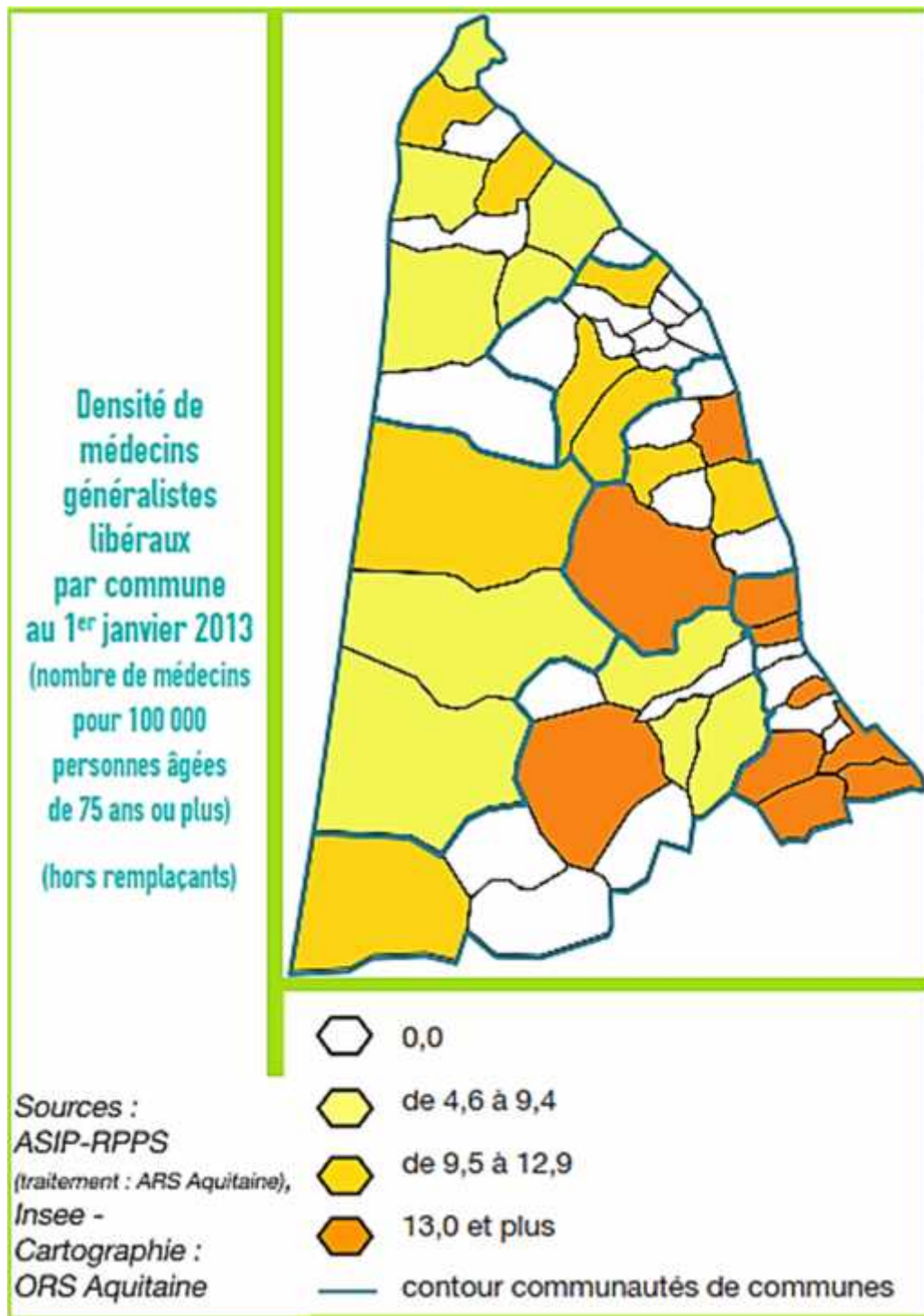
La densité de médecins est plus élevée dans les communes de Soulac sur Mer, Lesparre Médoc et Saint Laurent de Médoc. La densité est moins élevée dans la communauté de commune Médulienne et dans le Cœur Médoc. La densité de médecins généralistes libéraux par rapport au nombre de personnes âgées de plus de 75 ans est plus faible en général dans les communes à proximité de la clinique Mutualiste de Lesparre Médoc, seule structure hospitalière sur le territoire.



Source : ORS Aquitaine, Pays Médoc. Éléments de cadrage complémentaires réalisés dans le cadre du contrat local de santé. Mars 2014. p7.



Source : ORS Aquitaine, Pays Médoc. *Éléments de cadrage complémentaires réalisés dans le cadre du contrat local de santé. Mars 2014. p7.*



Source : ORS Aquitaine, Pays Médoc. Eléments de cadrage complémentaires réalisés dans le cadre du contrat local de santé. Mars 2014. P8.

La moitié des médecins généralistes ont plus de 55 ans en 2013, constat similaire au niveau national et projette un manque de médecin généraliste dans les années à venir, un manque majoré par la répartition inégale au sein du territoire.

Part des professionnels de santé libéraux âgés de 55 ans ou plus

| | Pays Médoc | | Gironde | Aquitaine | France métr. |
|--|------------|------|---------|-----------|--------------|
| | Nombre | % | % | % | % |
| Professionnels de santé libéraux âgés de 55 ans ou plus (au 1 ^{er} janvier 2013) - hors remplaçants | | | | | |
| Médecins généralistes | 49 | 54,4 | 50,2 | 51,1 | 53,5 |
| Infirmiers | 55 | 29,3 | 27,1 | 26,6 | 23,0 |
| Masseurs-kinésithérapeutes | 21 | 20,6 | 19,3 | 19,8 | 22,6 |
| Dentistes | 15 | 28,8 | 35,8 | 38,9 | 38,8 |
| Sages-femmes | 2 | 50,0 | 24,0 | 21,7 | 23,9 |

Sources : Drees-Adeli, traitement ARS Aquitaine ; ASIP-RPPS, traitement ARS Aquitaine

Source : ORS Aquitaine, Pays Médoc. *Eléments de cadrage complémentaires réalisés dans le cadre du contrat local de santé. Mars 2014. p3.*

2. Les médecins spécialistes

Au 1^{er} janvier 2013, 21 spécialistes libéraux et 13 médecins spécialistes salariés ou mixtes exercent dans le Médoc. La densité est très inférieure à celle observée au niveau départemental, régional ou national.

| | Pays Médoc | | Gironde | Aquitaine | France métro. |
|--|------------|----------|----------|-----------|---------------|
| | Nombre | densité* | densité* | densité* | densité* |
| Principales spécialités (spécialistes libéraux) au 1^{er} janvier 2013 - hors remplaçants | | | | | |
| Anatomie et cytologie pathologiques | - | - | 1,4 | 1,3 | 1,0 |
| Anesthésie-réanimation | - | - | 7,8 | 6,9 | 5,3 |
| Biologie médicale | 1 | 1,0 | 1,9 | 2,2 | 1,7 |
| Cardiologie et maladies vasculaires | 3 | 3,1 | 8,0 | 7,3 | 6,0 |
| Chirurgie générale | - | - | 2,4 | 2,2 | 2,0 |
| Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie | - | - | 1,3 | 1,4 | 1,5 |
| Chirurgie orthopédique et traumatologie | 1 | 1,0 | 3,9 | 3,3 | 2,9 |
| Chirurgie urologique | - | - | 1,7 | 1,4 | 1,1 |
| Dermatologie et vénéréologie | 1 | 1,0 | 6,8 | 5,7 | 4,6 |
| Endocrinologie et métabolisme | - | - | 1,5 | 1,2 | 1,1 |
| Pharmacies | 35 | 36,5 | 39,2 | 39,0 | 35,6 |
| Gynécologie médicale | 2 | 5,0 | 18,2 | 13,9 | 10,0 |
| Gynécologie-obstétrique | - | - | 8,4 | 5,7 | 6,9 |
| Gastro-entérologie et hépatologie | 1 | 1,0 | 3,0 | 2,9 | 2,8 |
| Médecine physique et réadaptation | - | - | 2,3 | 1,5 | 0,7 |
| Neurologie | - | - | 1,4 | 1,3 | 1,1 |
| O.R.L et chirurgie cervico-faciale | 1 | 1,0 | 4,1 | 3,4 | 3,0 |
| Ophthalmologie | 5 | 5,2 | 8,8 | 8,1 | 6,8 |
| Pédiatrie | 1 | 5,5 | 21,5 | 18,9 | 41,9 |
| Pneumologie | 1 | 1,0 | 1,7 | 1,9 | 1,5 |
| Psychiatrie | 1 | 1,0 | 18,4 | 11,7 | 8,8 |
| Radiodiagnostic | 3 | 3,1 | 11,5 | 9,8 | 7,7 |
| Rhumatologie | - | - | 2,0 | 2,2 | 2,5 |

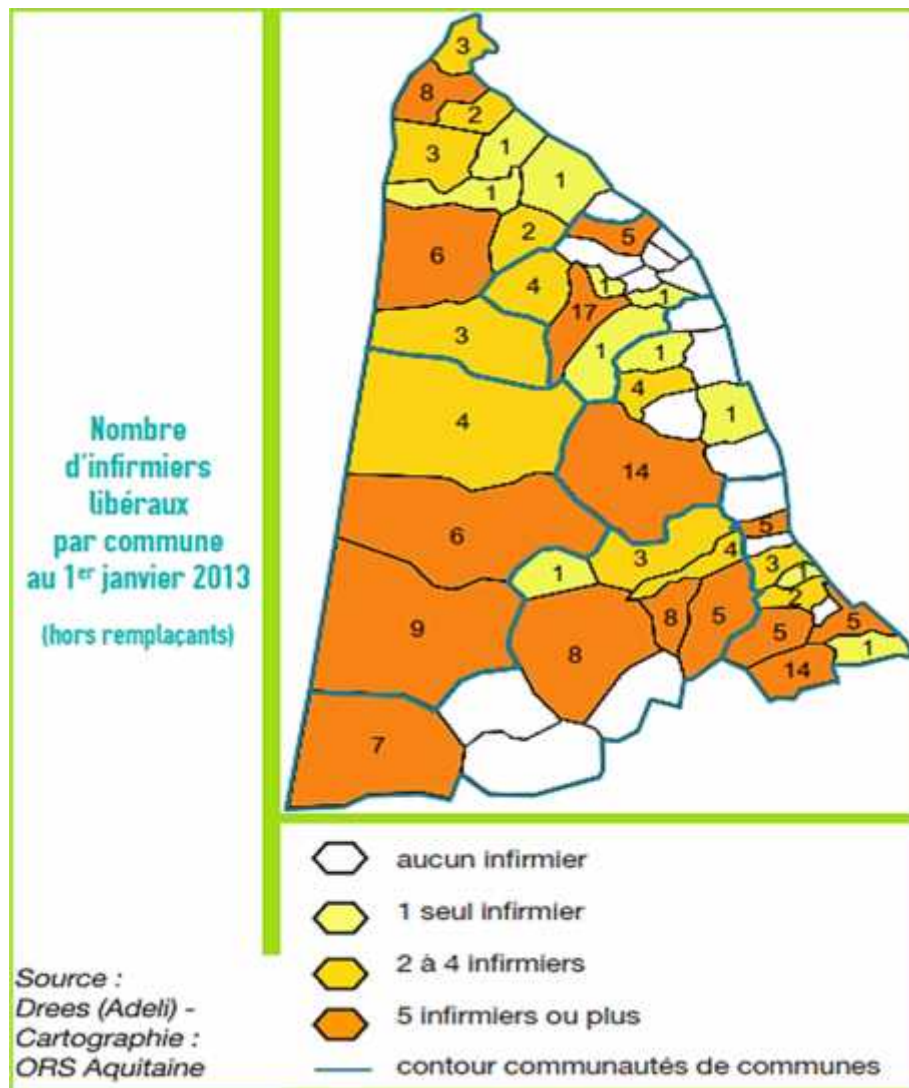
Sources : ASIP-RPPS, traitement ARS Aquitaine

Source : ORS Aquitaine, Pays Médoc. *Eléments de cadrage complémentaires réalisés dans le cadre du contrat local de santé. Mars 2014. p4.*

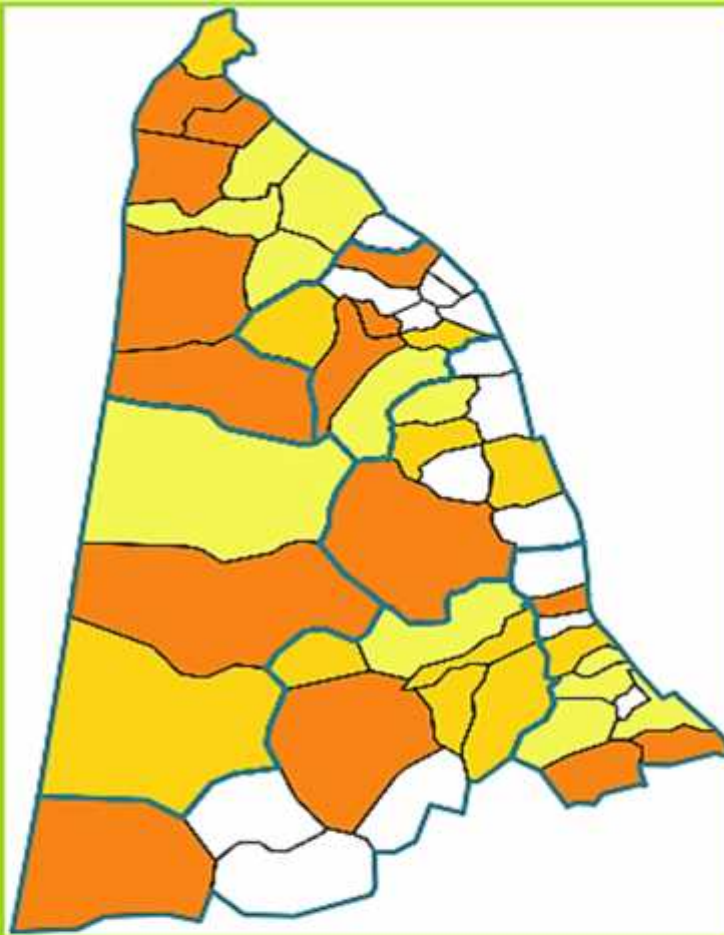
3. Les Infirmiers et kinésithérapeutes

Au 1^{er} janvier 2013 ils sont 190 infirmiers, 100 masseurs-kinésithérapeutes, 50 chirurgiens-dentistes et 4 sages-femmes exercent sur le territoire Médocain, ce qui reste équivalent à la moyenne nationale mais la répartition reste inégale au sein du territoire. Les inégalités géographiques s'accroissent si on considère les densités des professionnels pour 1 000 personnes âgées de 75 ou plus

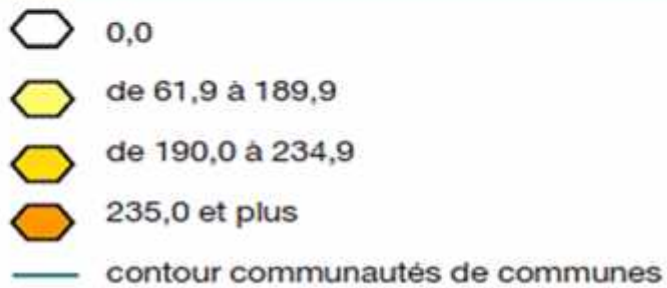
Source : ORS Aquitaine, Pays Médoc. *Eléments de cadrage complémentaires réalisés dans le cadre du contrat local de santé. Mars 2014. P6.*



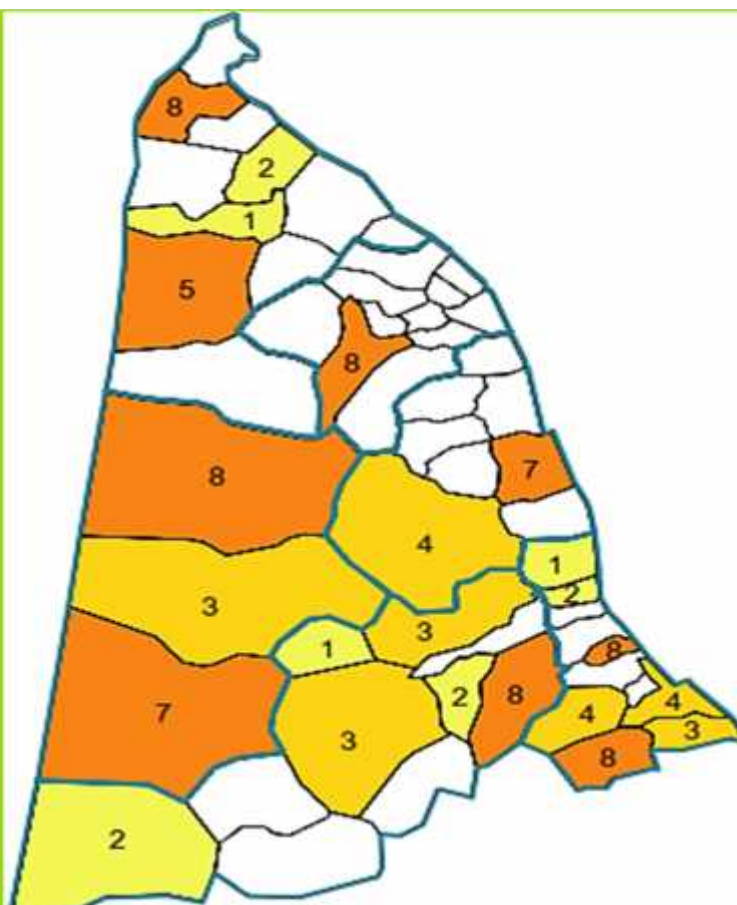
Densité
d'infirmiers
libéraux
par commune
au 1^{er} janvier 2013
(nombre d'infirmiers
pour 100 000 habitants)
(hors remplaçants)



Sources : Drees
(Adeli), Insee -
Cartographie :
ORS Aquitaine



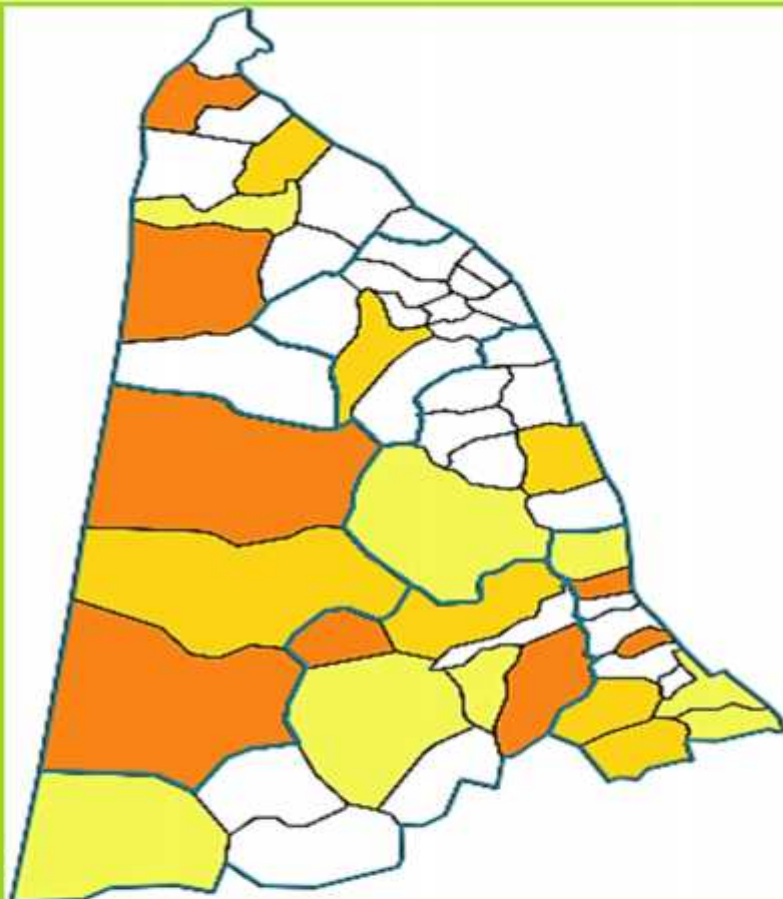
**Nombre
de masseurs-
kinésithérapeutes
libéraux
par commune
au 1^{er} janvier 2013**
(hors remplaçants)



-  aucun masseur-kinésithérapeute
-  1 ou 2 masseurs-kinésithérapeutes
-  3 ou 4 masseurs-kinésithérapeutes
-  5 masseurs-kinésithérapeutes ou plus
- contour communautés de communes

Source :
Drees (Adeli) -
Cartographie :
ORS Aquitaine

**Densité
de masseurs-
kinésithérapeutes
libéraux
par commune
au 1^{er} janvier 2013**
(nombre de masseurs-
kinésithérapeutes pour
100 000 habitants)
(hors remplaçants)



Sources : Drees
(Adeli), Insee -
Cartographie :
ORS Aquitaine



C. LES ETABLISSEMENTS POUR PERSONNES AGEES

| | Pays Médoc | Gironde |
|---|------------|---------|
| Établissements pour personnes âgées (capacité installée mi 2013) | | |
| Logements-foyers | | |
| capacité (nombre de logements en 2012) | 306 | 4 195 |
| taux d'équipement (pour 1000 personnes de 75 ans ou plus) | 35,9 | 32,4 |
| Ehpad et unités de soins de longue durée | | |
| Ehpad - hébergement permanent | 871 | 12 449 |
| USLD - hébergement permanent | 0 | 344 |
| Total - hébergement permanent | 871 | 12 793 |
| taux d'équipement (pour 1000 personnes de 75 ans ou plus) | 102,3 | 98,8 |
| hébergement temporaire | 14 | 306 |
| accueil de jour | 12 | 261 |
| Capacité spécifique « Alzheimer » | | |
| hébergement permanent | 88 | 851 |
| hébergement temporaire | 1 | 86 |
| accueil de jour | 6 | 153 |
| Accueillants familiaux | | |
| capacité d'accueil | 40 | 502 |
| dont accueil pour personnes âgées | 28 | 334 |
| dont accueil pour adultes handicapés | 0 | 58 |
| dont accueil mixte | 12 | 110 |

Sources : ARS, DG33

Le taux d'équipement pour les personnes âgées globalement est équivalent à la moyenne départementale. Cependant le Médoc reste encore un territoire sous doté en hébergements temporaires (moins de 1% des structures présentes en Gironde) ainsi que les accueils de jour (moins de 4%) pour les patients atteints de la maladie d'Alzheimer. On constate une absence totale d'unité de soins de longue durée (USLD).

Ces dernières années, le Médoc développe une prise en charge plus adaptée aux personnes âgées grâce aux financements publics permettant la subvention de plusieurs projets avec notamment le développement des hébergements temporaires.

L'ETUDE

I. LES RAISONS DE CETTE ETUDE

Le nombre de personnes âgées vivant dans le Médoc est de plus en plus important. Le médecin généraliste doit régulièrement gérer les patients âgés, bien souvent polyopathologiques, en perte d'autonomie et parfois isolés. Il doit intervenir sur le plan médical mais également sur plan sanitaire et social et peut se sentir démuni face à ces situations complexes.

L'absence de filière de soins spécifiques aux personnes âgées, le manque de disponibilité des généralistes au vu de la charge de travail et la méconnaissance de la plupart des structures sanitaires et sociales existantes peuvent rendre difficile la prise en charge globale de la personne âgée.

Cette étude tend à évaluer le profil des médecins généralistes du Médoc, évaluer la connaissance et l'utilisation des structures sanitaires et sociales à proximité, les limites qu'ils rencontrent et l'amélioration que pourrait apporter l'ouverture d'une filière gériatrique au sein de la prise en charge de leurs patients âgés.

II. CHOIX DE LA METHODE

L'étude porte sur la coordination des soins des personnes âgées de 75ans ou plus, effectuée par les médecins généralistes du Médoc avec les structures de soins existant à proximité notamment la Clinique Mutualiste de Lesparre-Médoc, lieu où se développe actuellement un projet gériatrique incluant des dispositifs de soins couvrant l'intégralité de la prise en charge de la personne âgée dans le secteur hospitalier.

L'objectif principal est d'évaluer l'efficacité des méthodes de coordination utilisées par les médecins traitants avec les structures de soins ou structures sociales de proximité pour les patients de 75 ans et plus.

Il s'agit d'une étude descriptive et qualitative réalisée à partir d'un questionnaire proposé à tous les médecins généralistes du Médoc à l'exception des communes de Blanquefort, Eysines et Parempuyre.

III. MATERIEL D'ENQUETE (ANNEXE 1)

Le matériel utilisé est un questionnaire individuel semi dirigé destiné aux médecins généralistes du Médoc. Le questionnaire se fait sous forme de questions à choix multiples ou réponses libres.

Il se compose de plusieurs parties :

- La première partie se concentre sur le profil du médecin généraliste et son mode d'exercice.
- La seconde partie concerne la coordination au cabinet et la communication avec les différents partenaires de santé.
- La dernière concerne le positionnement du médecin vis-à-vis de la filière gériatrique

IV. CRITERES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION

L'étude est destinée à tous les médecins généralistes du pays du Médoc hormis les médecins exerçant à la fois à la clinique et en ville et les médecins généralistes d'EYSINES, PAREMPUYRE ET BLANQUEFORT, villes appartenant au pays du Médoc mais dont la patientèle âgée est plus orientée vers les structures de soins de la Métropole Bordelaise.

Les médecins généralistes installés depuis moins d'un an dans le même cabinet sont exclus en raison de la non représentativité de leur activité et de leurs habitudes d'exercices par rapport à ce sujet ainsi que les médecins rencontrés en dehors du milieu professionnel ou à l'occasion d'un remplacement, afin de préserver une relation neutre durant l'entretien.

La liste des médecins généralistes a été fournie par la Clinique Mutualiste du Médoc datant de 2014 réactualisée avec les pages jaunes.

V. METHODE DE REALISATION

L'enquête s'est déroulée entre décembre 2014 et mars 2015. Les entretiens se sont effectués sur une plage horaire de vingt à trente minutes environ au cabinet du médecin généraliste après un rendez-vous fixé par téléphone.

Une présentation succincte du sujet d'étude avait été effectuée par téléphone avant de fixer le rendez-vous puis réexpliqué en début de rencontre. Le questionnaire est directement rempli par le médecin lui-même durant l'entretien. Il se compose de 18 questions à choix multiples et de 6 questions à réponses libres. Des explications peuvent être données à la demande du médecin sur le questionnaire si besoin.

Les réponses aux questions données oralement par le médecin sont retranscrites par écrit directement.

Le questionnaire est récupéré à la fin de chaque entretien puis anonymisé.

VI. TRAITEMENT DES DONNEES

Lors de la réalisation du questionnaire, sur les 84 médecins généralistes sollicités, 52 ont acceptés de me rencontrer afin de répondre au questionnaire. Les autres médecins généralistes n'ont pas répondu au questionnaire pour diverses raisons :

-par manque de temps

-ils ne se sentent pas concernés par le sujet de thèse étant donné leur spécialisation dans un domaine spécifique tel que la pédiatrie

-Certains ont été contactés à plusieurs reprises via leurs secrétariats mais sont restés sans réponse malgré les relances

-Certains médecins n'ont pas été joignables malgré plusieurs appels.

Les données ont été recueillies sous forme de questionnaires avec des réponses à choix multiples et des réponses libres.

Traitement des réponses à choix multiples :

Les réponses obtenues ont été enregistrées dans un tableau EXCEL pour y être analysées et formulées sous formes de graphiques ou tableaux.

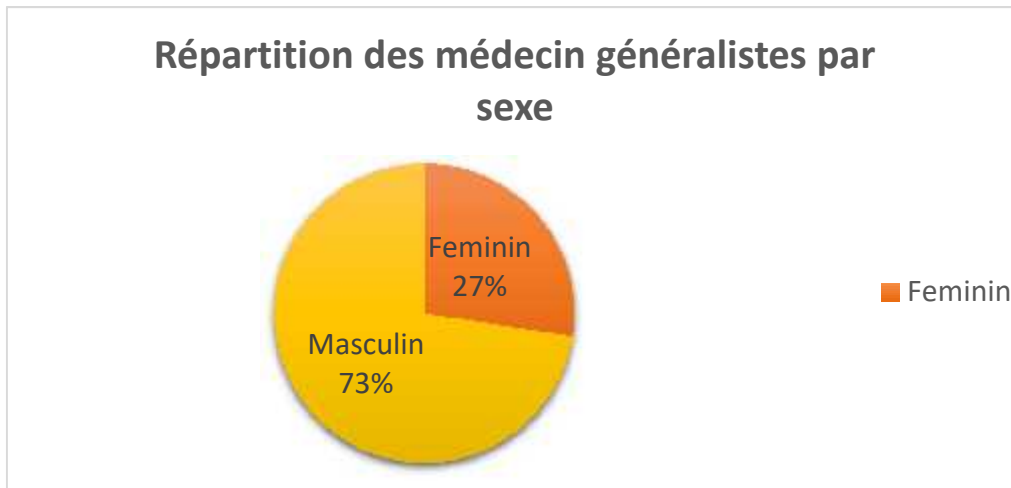
Traitement des réponses libres :

Les réponses de la même question ont été regroupées et retranscrites à l'identique sur un document Word puis traitées par un logiciel de traitement de texte NVIVO 11. Des codages ont été réalisés dans un premier temps afin de regrouper les mêmes idées de réponses ensembles puis hiérarchisées sous forme de « nœuds » pour être reproduits sous forme de graphique permettant une vue d'ensemble des réponses pour chaque question.

VII. RESULTATS

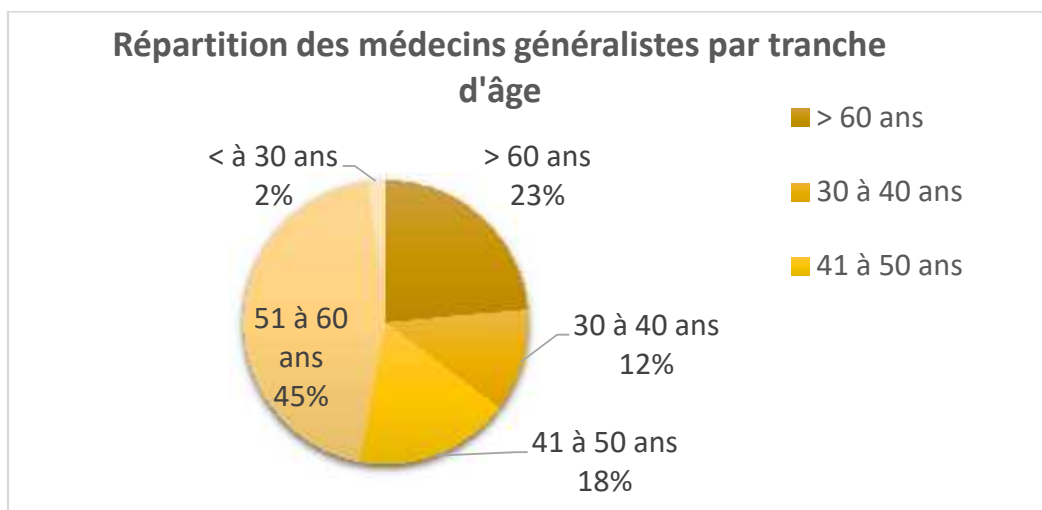
A. CONCERNANT LE MEDECIN

Graphique 1



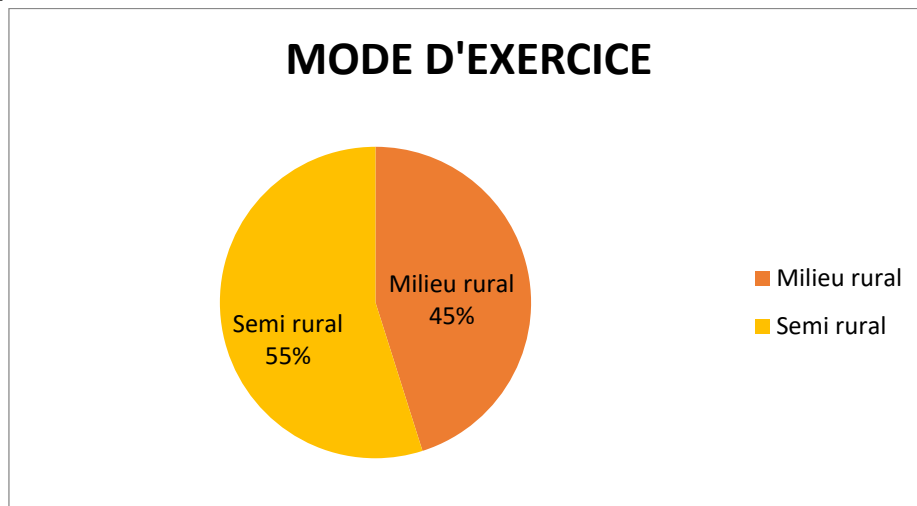
La majorité des médecins généralistes interrogés sont des hommes (73%). Comparée à la région Aquitaine, la population féminine représente 43% de la profession.

Graphique 2



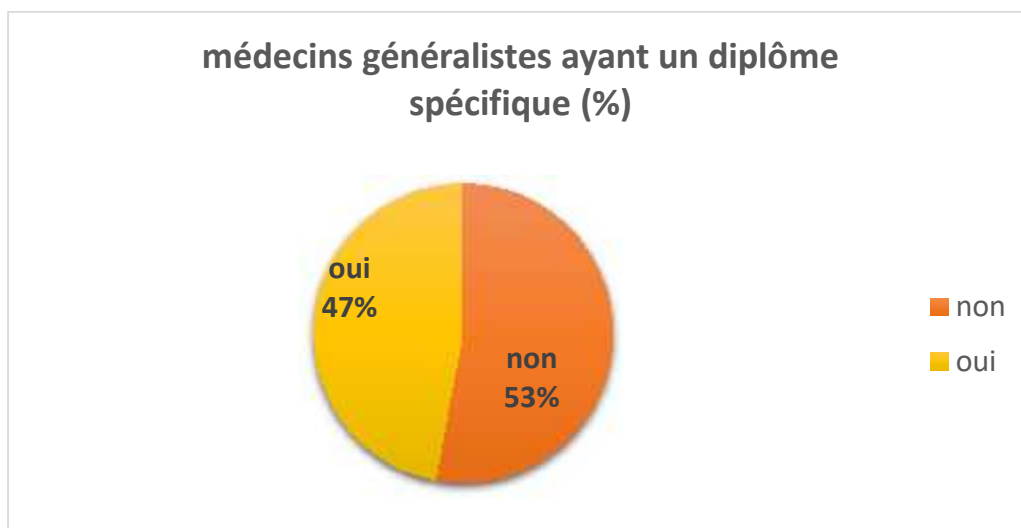
Plus de la moitié des médecins généralistes ont plus de 50 ans, 1/3 d'entre eux atteignent l'âge de la retraite dans 5 ans maximum. La relève reste faible car seul 14% des médecins généralistes interrogés ont moins de 40 ans.

Graphique 3



Les médecins généralistes à proximité de la Métropole Bordelaise (Médoc Estuaire ou la Médulienne) estiment exercer en milieu semi rural contrairement aux médecins généralistes plus éloignés de la Métropole Bordelaise (la pointe du Médoc ou au nord du Lac Médocain) qui estiment exercer en milieu rural. De même que pour les médecins à proximité de la clinique de Lesparre pensent exercer en milieu semi rural et les plus éloignés en milieu rural.

Graphique 4

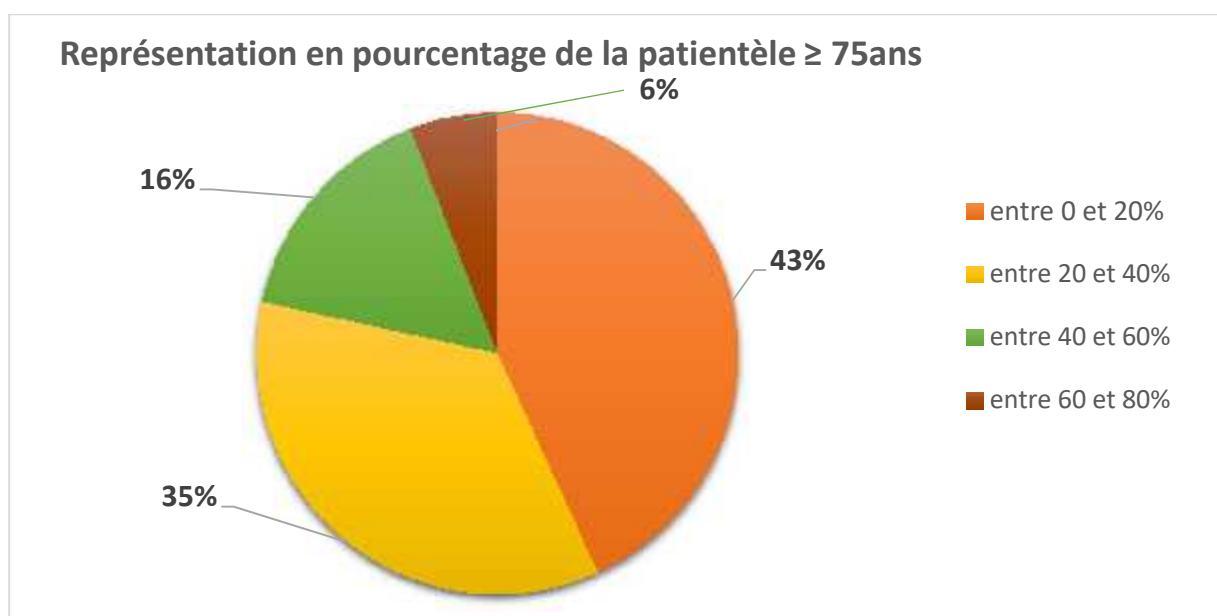


47% des médecins généralistes possèdent un diplôme universitaire, interuniversitaire ou équivalent. Médecine d'urgence, gériatrie/gérontologie homéopathie et mésothérapie sont les diplômes les plus retrouvés.

Le diplôme supplémentaire permet parfois de palier à un manque d'offres de soins.

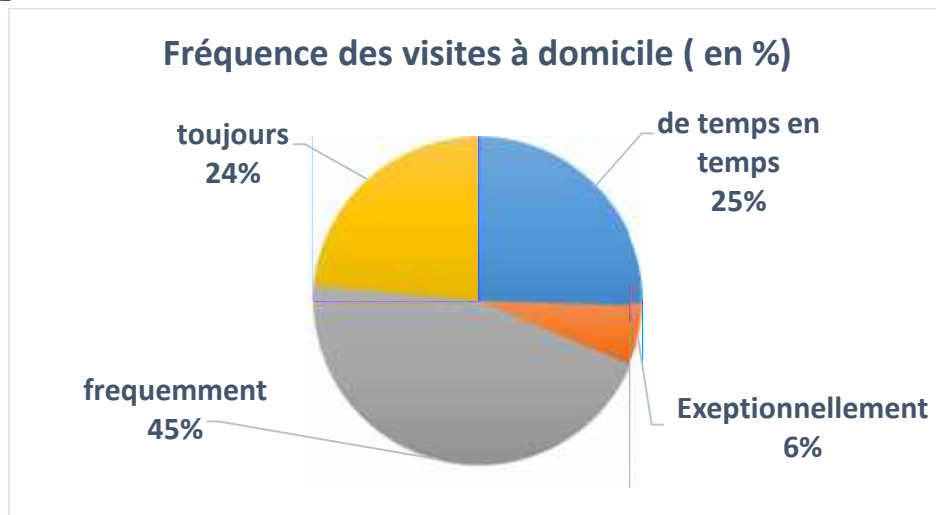
B. CONCERNANT LEURS PATIENTELES DE PLUS DE 75 ANS

Graphique 5



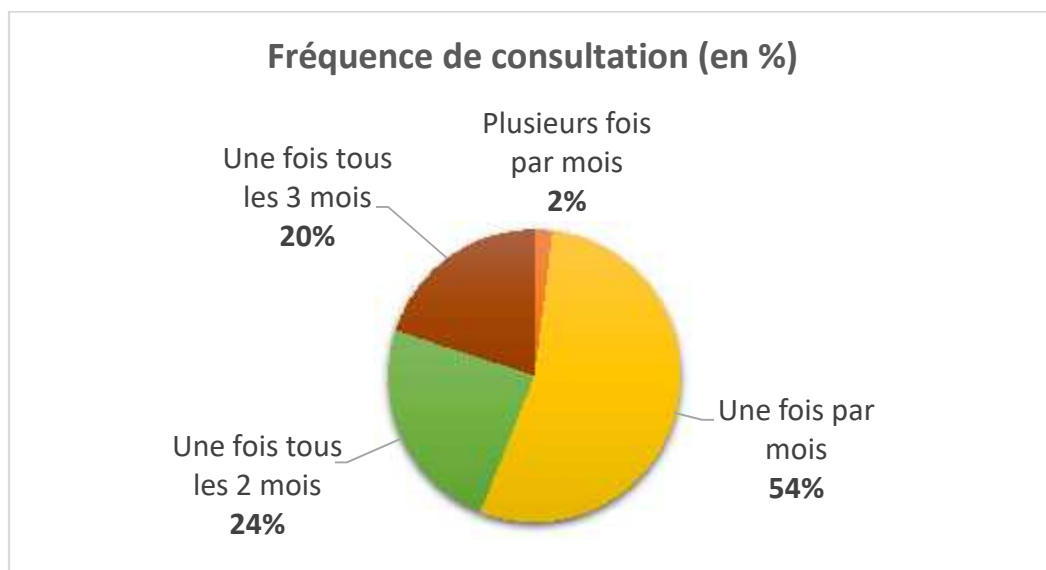
Pour la majorité des médecins généralistes, les patients ≥ 75 ans représentent en moyenne 25% de leur patientèle. Cette proportion est variable à cause de la répartition inégale des généralistes dans le Médoc (CF cartographie p 35)

Graphique 6



Les médecins généralistes se déplacent souvent pour les personnes âgées.

Graphique 7



Les personnes âgées consultent souvent une fois par mois ou une fois tous les deux mois leur médecin traitant. La fréquence a été évaluée par les médecins en fonction de la durée de l'ordonnance (QSP 1 mois, 1 mois renouvelable une fois, deux fois...).

C. CONCERNANT LA COORDINATION GERIATRIQUE

1. Définition de la coordination gériatrique selon le point de vue du médecin généraliste



Définition de « la coordination des soins gériatriques » selon le point de vue du médecin généraliste.

| LES DEFINITIONS | LE NOMBRE DE MEDECINS GENERALISTES |
|------------------------|---|
| DEFINITION 1 | 22 |
| DEFINITION 2 | 3 |
| DEFINITION 3 | 2 |
| SANS REPONSE | 5 |

Les réponses données par les médecins interrogés peuvent être regroupées sous 3 définitions différentes :

- Définition 1: Créer un lien ou une relation harmonieuse des différents intervenants médicaux (hospitalier ou non), paramédicaux, sociaux et familiaux pour une prise en charge globale, pluridisciplinaire, rapide au travers d'un travail en équipe.
- Définition 2 : c'est le rôle propre du médecin généraliste.
- Définition 3 : Faire le pivot entre le projet thérapeutique et social pour permettre de maintenir la personne âgée au domicile.

5 médecins n'ont pas su répondre à la question.

2. Evaluation de la coordination des patients 75ans par le médecin

22% des médecins interrogés pensent qu'ils coordonnent toujours les soins de leur patientèle âgée, 52% estiment effectuer souvent de la coordination et 26% pensent le faire parfois.

Par contre 3 médecins généralistes (6%) estiment participer à un réseau de coordination gériatrique par leur fonction de médecins coordinateurs en EHPAD. Par « réseau de soins », ils entendent ici par des contacts privilégiés avec des services de soins spécialisés en gériatrie, des conventions signées avec les équipes mobiles ou autres structures sociales.

Près de la moitié des médecins (52%) n'intègrent jamais leurs patients dans une filière de soins gériatriques par manque de connaissance ou du fait de l'éloignement géographique (il n'existait pas lors de la réalisation du questionnaire de filière gériatrique dans le Médoc), 42% intègrent parfois leurs patients surtout si cela concerne les troubles cognitifs (consultations mémoires, hôpitaux de jour, équipe mobile gérontopsychiatrique...).

Tableau 1 : Fréquence d'utilisation des principales structures dans le Médoc

| Pourcentage de médecins généralistes utilisant les structures de soins en fonction de la fréquence | | | | | | | | Pourcentage de médecins généralistes utilisant les structures sociaux en fonction de la fréquence | | |
|--|-----------------------|-----------|-------|-----------|-----------------------------------|------------------------------------|----------|---|-----------|-----------|
| | Gériatrie Aiguë (CUB) | SSR | SSIAD | HAD | Equipe Mobile de soins palliatifs | Equipe Mobile Géro-psi-chiat-rique | Perfulor | CCAS | MAIA | CLIC |
| Très souvent | 4 | 2 | 22 | 0 | 2 | 0 | 2 | 10 | 0 | 0 |
| Souvent | 22 | 22 | 36 | 18 | 8 | 18 | 2 | 34 | 8 | 4 |
| Rarement | 42 | 44 | 20 | 72 | 33 | 44 | 30 | 36 | 26 | 14 |
| Jamais | 32 | 32 | 22 | 10 | 52 | 38 | 66 | 22 | 66 | 82 |

Globalement les structures de soins sont plus fréquemment utilisées que les structures sociales. Mais on remarque que les structures qu'elles soient dédiées aux soins ou dédiées au social, sont sous utilisées.

La gériatrie aiguë évoquée dans ce tableau fait référence aux services de gériatries aiguës situées dans la communauté urbaine de Bordeaux (CHU de Bordeaux, Bagatelle, Le Bouscat) car il n'existait pas encore de service de gériatrie aiguë dans le Médoc lors de la réalisation du questionnaire.

Tableau 2 : Fréquence de recours aux autres partenaires en dehors des structures citées ci-dessus :

| | IDE libéraux | Médecins Spécialistes Libéraux | Assistants Sociaux | Familles D'accueil | Hébergements Temporaires |
|--------------|--------------|--------------------------------|--------------------|--------------------|--------------------------|
| Très souvent | 94% | 52% | 12% | 0% | 2% |
| Souvent | 6% | 42% | 44% | 4% | 4% |
| Parfois | 0% | 4% | 30% | 56% | 66% |
| Jamais | 0% | 2% | 14% | 40% | 28% |

Les IDE libéraux et spécialistes libéraux sont très sollicités par les généralistes (donc concerne le côté médical) contrairement aux assistants sociaux, familles d'accueil ou hébergements temporaires (concerne le côté social).

Tableau 3 : Les types de structures utilisées pour les consultations

| | CHU BORDEAUX | CLINIQUE MUTUALISTE DE LESPARRE | MEDECINS LIBERAUX SPECIALISTES |
|--------------|--------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| JAMAIS | 10% | 16% | 2% |
| PARFOIS | 67% | 29% | 12% |
| SOUVENT | 22% | 35% | 31% |
| TRES SOUVENT | 2% | 20% | 55% |

Les médecins généralistes envoient souvent ou très souvent leurs patients âgés en consultation dans les cabinets de médecins spécialistes libéraux car les consultations au sein de la Clinique Mutualiste du Médoc sont essentiellement des médecins intervenant à titre libéral. Les consultations au sein du CHU de BORDEAUX sont peu fréquentes et concernent surtout les pathologies spécifiques rares, oncologiques ou psychiatriques.

D. LA COMMUNICATION AVEC LES DIFFERENTS INTERVENANTS

1. Moyens de communications avec les autres professionnels de santé

| Fréquence Moyens de Communication | Toujours | Souvent | Parfois | Jamais |
|---|------------|------------|---------|--------|
| Courrier | 74% | 16% | 6% | 4% |
| Téléphone | 35% | 49% | 10% | 6% |
| Mail | 0% | 4% | 29% | 67% |

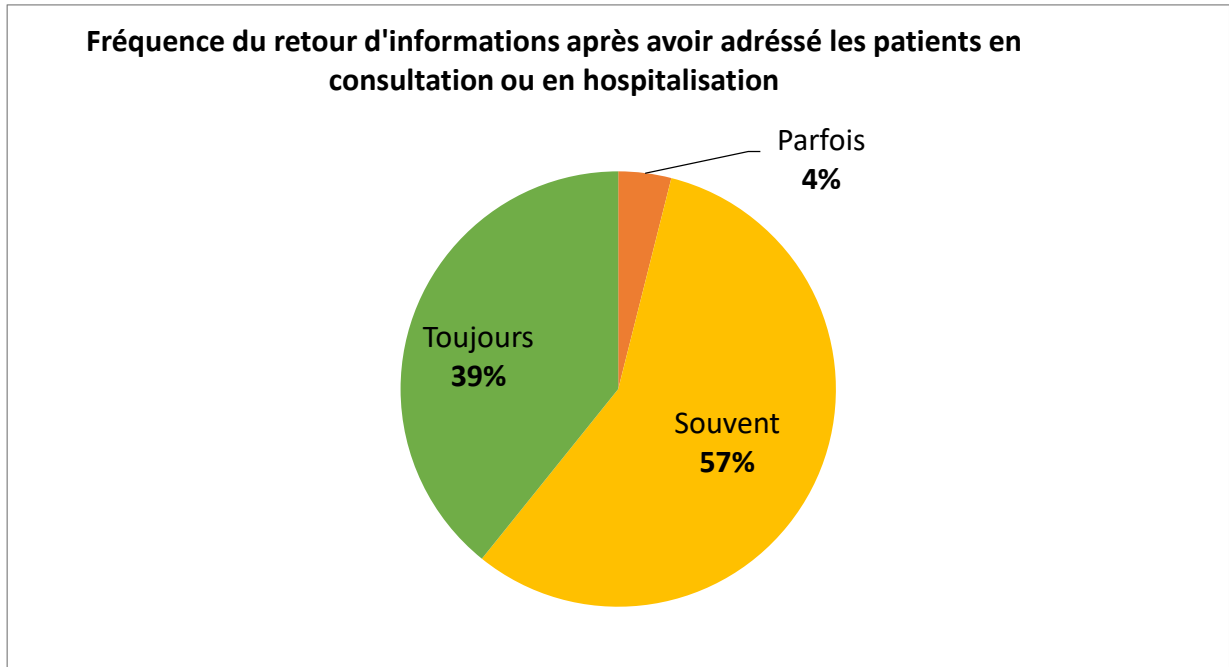
Le courrier est le moyen de communication le plus couramment utilisé par les médecins, ensuite vient le téléphone. Le mail est rarement utilisé du fait de l'absence de messagerie sécurisée au sein de la Clinique Mutualiste du Médoc. Quelques médecins utilisent le Fax.

Les informations les plus souvent communiquées lorsqu'un médecin adresse une personne âgée à un confrère concerne les antécédents, les traitements ainsi que la clinique.

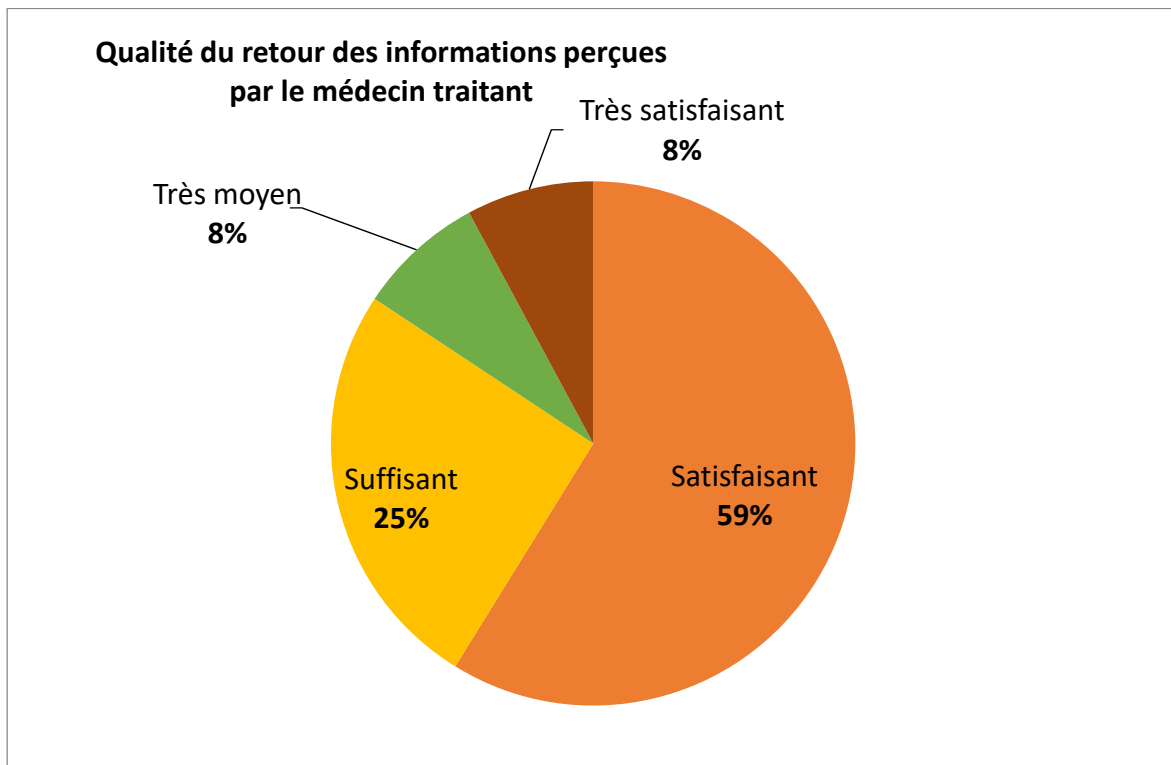
Le contexte socio-familial et les allergies sont moins évoqués.

2. Le retour d'informations

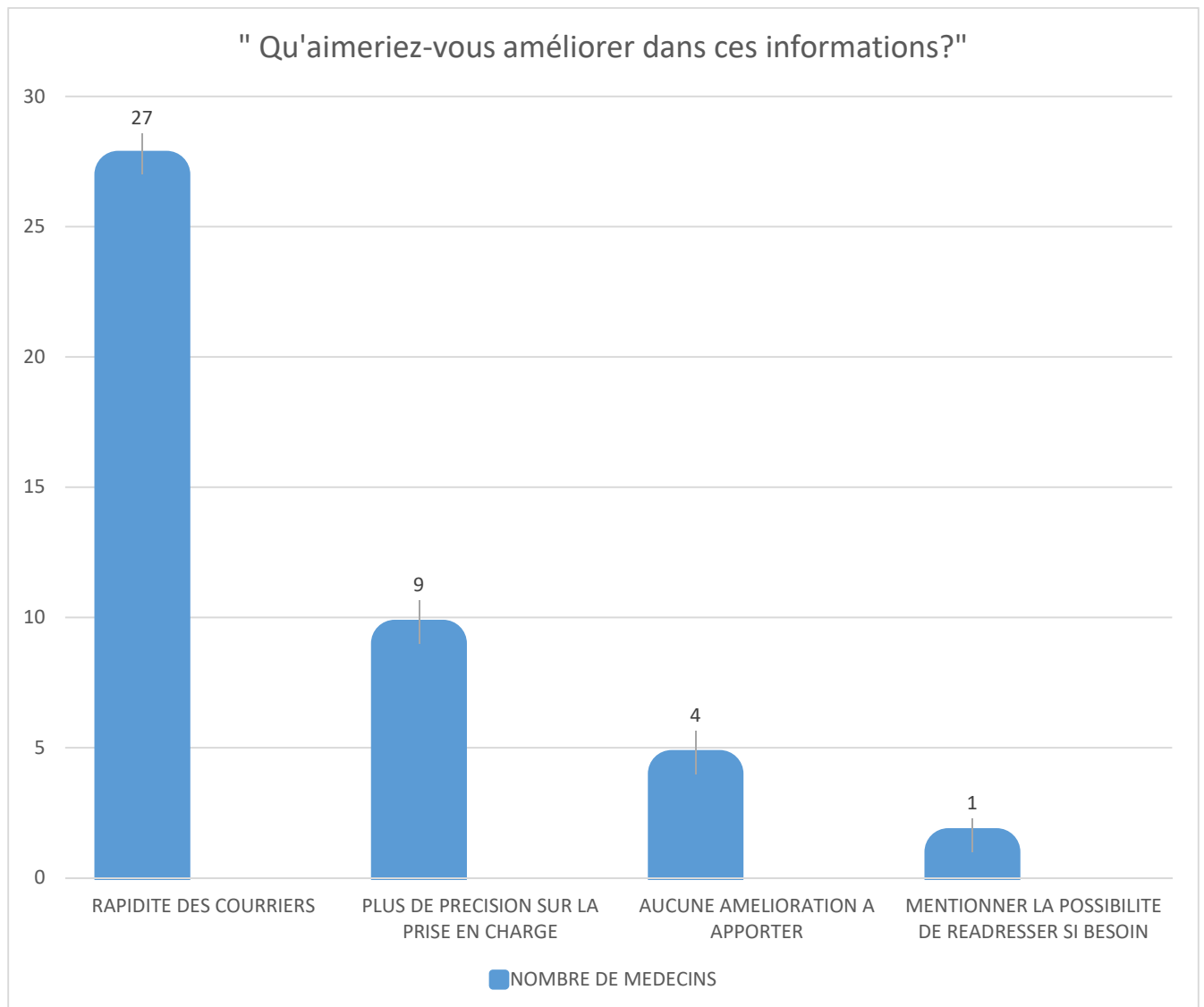
Graphique 8



Graphique 9



Graphique 10



La réponse prédominante reste l'amélioration dans la rapidité du courrier de sortie (27 médecins). Neuf médecins souhaiteraient un courrier plus détaillé avec une conduite à tenir plus précise pour le suivi, quatre autres estiment qu'aucune amélioration n'est nécessaire. Cette question est restée sans réponse pour 6 des médecins. 1 médecin souhaiterait que le courrier précise la possibilité de ré-adresser le patient directement dans le service pour les patients qui nécessitent une surveillance clinico-biologique rapprochée en sortie d'hospitalisation.

E. LE DEVELOPPEMENT DE LA FILIERE GERIATRIQUE DANS LE MEDOC

Les bénéfices évoqués par le médecin traitant d'une filière gériatrique dans le Médoc :

La majorité des médecins généralistes du Médoc intégrerait leurs patients au sein d'une filière gériatrique pour les raisons suivantes :

- 18 médecins évoquent une prise en charge plus rapide
- 13 médecins évoquent la proximité par rapport au lieu d'habitation de leurs patients
- 2 estiment que leur charge de travail serait moins importante
- 5 pensent que la prise en charge serait plus globale et adaptée à la personne âgée

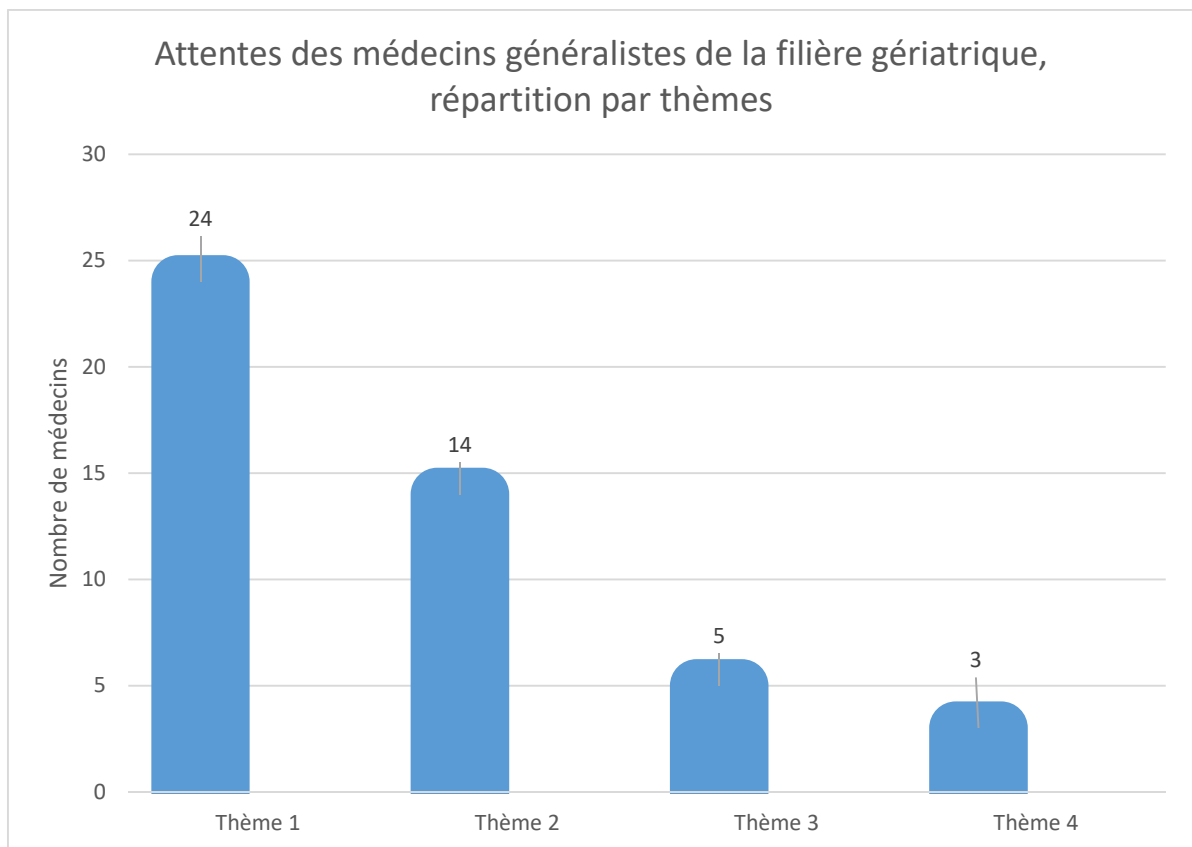
Par contre 3 médecins n'intégreraient pas leur patient au sein de la filière gériatrique du Médoc pour des raisons d'éloignement géographique. Cela concerne les médecins exerçant dans un cabinet limitrophe à la Métropole Bordelaise. 3 autres médecins sont hésitants, cela dépendra de la rapidité de prise en charge, des services et soins proposés.

Une participation minoritaire des médecins généralistes au sein de la filière

31 médecins, donc la majorité, ne souhaite pas jouer un rôle dans la filière. Par rôle, on entend l'implication dans l'organisation de la prise en charge de leur patient au sein de la filière comme les réunions pluridisciplinaires, les formations ou les réunions d'informations. Les principaux motifs évoqués sont le manque de temps, le départ à la retraite dans peu de temps, ou ne sont tout simplement pas intéressés.

Les médecins souhaitant y participer (14 médecins) pensent que cela pourrait être bénéfique aux patients, d'autres estiment que c'est le rôle du médecin traitant. Les médecins ayant une formation en gériatrie sont également intéressés. Par contre leur participation dépend de leurs disponibilités
3 médecins sont indécis.

Graphique 11



Les réponses concernant les attentes face au projet de création d'une filière gériatrique peuvent être réparties sous forme de quatre thèmes :

► Thème 1 : Prise en charge adaptée, globale et coordonnée

Les médecins généralistes souhaitent une prise en charge globale notamment dans les cas médico-sociaux complexes avec un échange d'informations, un avis spécialisé pour adapter la prise en charge et un soutien dans la mise en route des aides. Pour répondre à ces attentes, ils espèrent une amélioration dans la communication avec les différents intervenants de la filière et la création de ressources complémentaires pour des bilans gériatriques (Exemple : consultation mémoire, hôpital de jour)

► Thème 2 : une rapidité de prise en charge au sein de la filière et une facilité d'hospitalisation

Les médecins généralistes espèrent une possibilité d'hospitalisation directe et rapide sans passage par les urgences lors des décompensations aiguës avec des lits dédiés spécifiquement aux personnes âgées, un avis téléphonique facilité lors des impasses thérapeutiques par la création d'une ligne directe avec le médecin gériatre et des hospitalisations programmées possibles en dehors des urgences.

► Thème 3 : aide au retour ou au maintien au domicile

Les médecins souhaitent une aide en amont de la prise en charge des situations complexes avant que le maintien à domicile devienne impossible (exemple : personnes âgées isolées), la création d'équipe mobile gériatrique en ville et d'une équipe mobile palliative.

► Thème 4 : une structure unique de proximité

4 des médecins généralistes n'ont pas d'attentes particulières et 7 n'ont pas répondu.

DISCUSSION

I. LES POINTS FORTS ET LES POINTS FAIBLES DE L'ETUDE

Le point fort de l'étude est le nombre de questionnaires obtenus (52) et qui représente 60% des médecins généralistes du Médoc.

A ma connaissance, peu de travaux existent concernant le ressenti des médecins généralistes du Médoc sur la prise en charge des personnes âgées, ressenti pouvant être pris en compte au cours du développement de la filière gériatrique au sein de la clinique Mutualiste.

De plus, le questionnaire a été effectué sous forme d'entretien direct ce qui a permis de recueillir les termes exacts utilisés.

Le point faible de l'étude est de ne pas avoir utilisé de méthodes spécifiques à l'interprétation des réponses qualitatives.

Pour finir, certains résultats ont pu être biaisés par l'activité mixte de 3 médecins en tant que médecin généraliste et médecin coordinateur en EHPAD et donc une surestimation de la population âgée, une meilleure connaissance des dispositifs de soins et structures sociales dédiées aux personnes âgées et une coordination plus efficace.

II. ANALYSE DES PRINCIPAUX RESULTATS ET LEURS IMPACTS

A. PROFIL DES MEDECINS GENERALISTE

| | L'Étude | France [22] | Le Médoc en 2009[20] | Bordeaux Métropole en 2009 [21] |
|--|-----------------|---------------------|-------------------------|---------------------------------------|
| Densité Médecins généralistes pour 10000 habitants | ? ¹ | 13,4 | 10,8 | 16,2 |
| % de femmes généralistes | 27 | 43 | 24 | 34 |
| % de médecins 55 ans | 68 ³ | 46,8 (64% 50ans) | 44,8 | 34,6 |
| % de médecins 40 ans | 14 | 13,6 | ? ² | ? ² |

1 : cette étude ne permet pas de déterminer un résultat

2 : aucuns résultats trouvés dans les études existantes

3 : ce chiffre correspond aux médecins qui sont âgés de 51 ans ou plus et non 55 ans donc la valeur est surestimée.

La féminisation de la profession est plus importante au cours des dernières années en France mais elle reste moins marquée dans le Médoc.

Le nombre de médecins généralistes atteignant l'âge de la retraite dans les années à venir est plus important dans le Médoc.

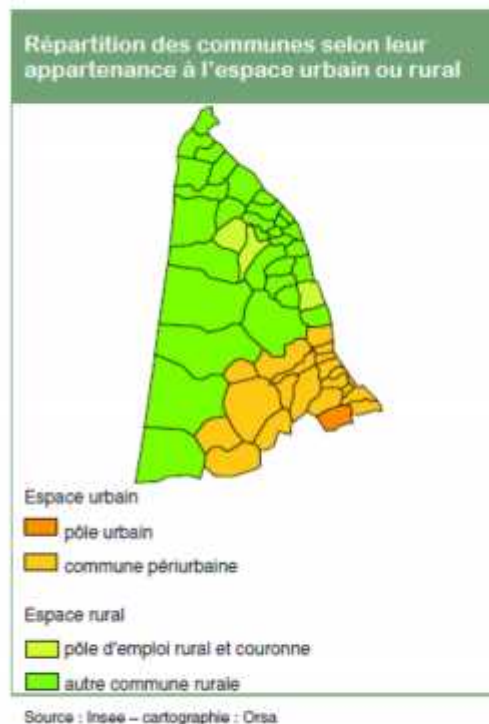
La relève médicale reste un problème sur tout le territoire.

B. LE LIEU D'EXERCICE

-La moitié des médecins estime travailler en milieu rural et une autre moitié en milieu semi-rural (– semi-urbain).

| Répartition de la population entre les communes des espaces urbain et rural en 2006 (en pourcentage) | | |
|--|--------------|--------------|
| | Pays | Aquitaine |
| Espace urbain | 41,5 | 70,3 |
| pôle urbain | 5,9 | 54,2 |
| commune périurbaine | 35,6 | 16,1 |
| Espace rural | 58,5 | 29,7 |
| pôle d'emploi rural et couronne | 14,1 | 9,6 |
| autre commune rurale | 44,4 | 20,1 |
| Ensemble | 100,0 | 100,0 |

Source : Insee



Source des données : Insee. Zonage en aires urbaines et en aires d'emploi de l'espace rural. Recensement 2006.

Dans les différentes communes du Médoc, le nombre d'habitants au km² varie de 7 à un peu plus de 230. Plus de quatre communes sur dix présentent une densité inférieure à la moyenne du pays.

Globalement, les communes présentant les plus fortes densités de population sont surtout situées sur la bordure est du Pays Médoc, à proximité de la Haute Gironde. Les densités les plus faibles sont observées le long de la côte Atlantique et concernent une large partie du Pays Médoc.

Le Médoc se compose en deux parties :

-Espace rural qui recouvre les trois quart de la superficie et regroupe plus de la moitié des habitants. Trois communes se distinguent dans cette espace : Gaillan-en-Médoc, Lesparre-Médoc et Pauillac qui comptent suffisamment d'emplois pour constituer des pôles ruraux.

-Espace urbain qui est situé dans la partie Sud-Est du pays. Ces communes appartiennent toutes à l'aire urbaine de Bordeaux. Le Pian-Médoc fait partie du pôle urbain. Les autres communes appartiennent à la couronne périurbaine.

On remarque que les médecins de la pointe du Médoc ou au Nord du Lac Médocain (communes les plus éloignées de la CUB) pensent exercer en milieu rural alors que les médecins proches de la CUB estiment exercer en milieu semi rural. En comparaison avec la cartographie de l'INSEE, le milieu semi rural estimé par les généralistes ici, est défini par l'INSEE comme « péri urbain ».

On remarque également que les médecins généralistes exerçant dans les communes proches d'un pôle médical avec unité d'hospitalisation et d'imagerie (comme la clinique de Lesparre) pensent être en milieu semi rural. L'INSEE définit ce milieu comme « pôle d'emploi rural et couronne ».

C. FREQUENCE DES VISITES A DOMICILE ET CONSULTATIONS

En France métropolitaine, 38% des médecins généralistes se déplacent et suivent au moins 20 patients âgés au domicile. Selon une étude de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) du ministère des Affaires sociales et de la Santé (Études et résultats n° 869, février 2014), un médecin exerçant en zone rurale a une probabilité 2,2 fois plus élevée de suivre au moins 20 de ces personnes qu'un médecin exerçant en zone urbaine.

Notre étude confirme ce résultat avec 69% des généralistes qui se déplacent très fréquemment ou fréquemment au domicile. Ces résultats sont expliqués par la dépendance (27% de la population du Médoc), l'isolement (34% des personnes âgées vivent seules) ou l'institutionnalisation (8%) des personnes âgées. L'absence de transport en commun dans certains territoires augmente le nombre de déplacement au domicile.

Pour les personnes dont l'état de santé permet de se déplacer au cabinet du médecin, la fréquence de consultation estimée par 54% des généralistes est tous les mois, 24% tous les deux mois et 20% tous les 3 mois. Cette fréquence rapprochée est due à la chronicité des pathologies nécessitant de réévaluer la clinique et les traitements plus régulièrement qu'un patient jeune.

D. LA COORDINATION GERIATRIQUE DANS LE MEDOC

1. Définition donnée par les médecins généralistes

La coordination de soins gériatriques reflète pour de nombreux médecins le travail en équipe avec échanges d'informations entre les différents acteurs participant à la prise en charge du patient, prise en charge qui doit être globale.

Effectuer de la coordination pour le généraliste, c'est être le référent de ces acteurs.

La coordination des soins est un concept souvent flou qui recueille de nombreuses définitions.

La DGOS (direction générale de l'offre de soins) définit la coordination des soins comme « *Une action conjointe des professionnels de santé et des structures de soins en vue d'organiser la meilleure prise en charge des patients en situation complexe, en termes d'orientation dans le système, de programmation des étapes diagnostiques et thérapeutiques et d'organisation du suivi.*

Elle s'intègre dans la coordination du parcours de santé et a pour objectif de faire bénéficier au patient de « la bonne réponse (médicale, médico-sociale, sociale), au bon endroit, au bon moment » ». [23]

Les définitions données par les médecins traitants se rapprochent de celle de la DGOS.

Tous les médecins pensent avoir un rôle de coordinateur de soins pour les personnes âgées. Très peu de généralistes intègrent leurs patients dans une filière de soins gériatriques. La principale raison est l'inexistence de filière gériatrique de proximité. Les filières les plus proches sont situées sur la Métropole

Bordelaise. Les médecins préfèrent adresser directement leur patient en hospitalisation dans les services de médecine internes de proximité.

Il n'existe pas de réseau gériatrique en Gironde. Le « réseau gériatrique de Bordeaux » a été cité comme exemple mais expliqué oralement à tous les médecins généralistes comme « filière gériatrique ».

2. Fréquence d'utilisation des différentes structures de soins et autres professionnels de santé

La prise en charge d'une personne âgée nécessite une prise en charge globale (médical, social et sanitaire). Cette prise en charge globale fait appel à de nombreux intervenants, intervenants sollicités par le médecin traitant, maillon central de la coordination.

Nous avons donc étudié les différents partenaires sollicités par le médecin généraliste.

Les sigles ont été expliqués oralement lors de l'entretien. Une majorité des médecins interrogés ne connaissent pas leur signification.

Les structures de soins :

-Les services de gériatrie aiguë sont sous-utilisés par les médecins généralistes (64%) étant donné l'éloignement géographique par rapport au lieu d'habitation des patients.

- Les médecins utilisent peu le SSR (68%) car ils estiment que les patients nécessitant ce service sont directement adressés par les services de médecine aiguë ou de chirurgie. Le service de SSR est sous utilisé également du fait de la méconnaissance de l'admission directe possible du domicile.

-Les équipes mobiles sont peu ou pas utilisées par les médecins généralistes :

- Equipe mobile soins palliatifs : Il n'existe pas d'EMSP à proprement dit dans le Médoc. La prise en charge palliative au domicile est effectuée par l'HAD. Les résultats ne peuvent donc être interprétés réellement du fait de la confusion entre l'HAD et l'EMSP.
- Equipe mobile géronto-psyhiatrique : 82% des médecins ne font pas appel à cette équipe alors qu'ils souhaitent une prise en charge sur le plan psychiatrique de leur patient âgé. Ceci s'explique pas la méconnaissance de cette équipe mais également par la durée d'attente et préfèrent donc directement hospitaliser les patients ou les envoyer au SECOP à Charles Perrens.

-Perfulor ou Perfusanté sont des organismes permettant de mettre en place des perfusions au domicile mais ce service est peu utilisé car la majorité des médecins estiment qu'une personne âgée qui nécessite une perfusion intraveineuse reste une personne fragile ayant besoin d'une surveillance médicale régulière. Cette pratique fait paniquer bien souvent l'entourage mais également les soignants libéraux (IDE, aides-soignantes...). Cela nécessite une réévaluation du patient régulièrement, réévaluation difficile à effectuer pour le médecin traitant au vu de la charge de travail.

Les structures sociales :

-Peu de médecins généralistes connaissent la MAIA au moment de l'élaboration du questionnaire. Depuis un an, ce service se développe notamment au travers du réseau Santé Autonomie Médoc.

-Le CLIC n'est jamais ou rarement utilisé à cause de sa localisation sur Bordeaux mais également de la difficulté de joindre le centre. Beaucoup de médecins généralistes reconnaissent ne pas savoir son utilité. Actuellement un CLIC est en train de se mettre en place dans le Médoc donc mieux adapté aux besoins du territoire.

Les professionnels de santé libéraux et les partenaires sociaux:

Les IDE libéraux ainsi que les médecins spécialistes sont les plus sollicités par les médecins généralistes lors des soucis purement médicaux. Par contre les aides disponibles pour la gestion des problèmes sociaux (comme le maintien au domicile difficile par exemple) sont moins utilisées par manque de temps ou par manque de connaissance de ces aides. Ce sont les familles ou les structures hospitalières qui sollicitent ses aides.

Les assistants sociaux pourraient être plus sollicités par les médecins généralistes mais ils sont peu nombreux et difficilement disponibles.

La coordination médicale reste plus fréquente que la coordination sociale, celle-ci étant souvent relayée par les services d'urgences ou services hospitaliers.

E. LA COMMUNICATION AVEC LES PARTENAIRES

1. Les moyens de communication

La communication avec les différents intervenants est primordiale afin de relayer les différentes informations pour permettre une fluidité dans la prise en charge du patient âgé. Ces informations sont souvent centralisées par le médecin traitant.

Le courrier est le moyen de communication le plus utilisé par les généralistes pour transmettre les informations. Certains n'utilisent que le téléphone mais ils restent minoritaires. Parfois le mail est utilisé. Ce moyen tend à se développer. Pour l'instant il reste peu utilisé car les informations médicales doivent être transmises de manières sécurisées et il n'existe pas encore de messagerie sécurisée au sein de la clinique de Lesparre. Le fax tend à disparaître entre la ville et l'hôpital mais beaucoup moins entre les structures de soins.

Le DMP (dossier médical partagé) serait une solution pour éviter la perte d'information entre les différents acteurs de prise en charge du patient et faciliterait la coordination des soins.

2. Le retour d'informations

On constate que les médecins généralistes n'ont pas toujours un retour par rapport aux patients adressés surtout de la part des structures hospitalières ou les urgences. A titre d'exemple, les urgences de Lesparre remettaient directement les courriers aux patients à la sortie de la prise en charge, le courrier n'était pas envoyé au médecin traitant. Or les patients ne remettaient pas systématiquement le courrier à leur généraliste, d'où une perte d'information. Depuis peu, un courrier est systématiquement adressé au médecin traitant.

Par contre, la qualité des informations lorsque le retour est effectué semble satisfaisante.

Une grande majorité souhaiterait que le délai d'attente du courrier soit plus rapide. Mais la rapidité d'envoi du courrier reste médecin et service dépendant. La plupart souhaite un courrier plus détaillé avec une prise en charge plus précise pour la suite (exemple : programmation des rendez-vous, surveillance préconisée...)

F. LA FILIERE GERIATRIQUE DANS LE MEDOC

La « filière gériatrique » à proprement parler n'existe pas encore dans le Médoc. Les services constituant ce label sont actuellement en cours de développement. Nous retrouvons à ce jour la gériatrie aiguë, le SSR et très prochainement l'hôpital de jour et la consultation mémoire. Le service long séjour ainsi que l'équipe mobile gériatrique sont évoqués.

La filière est très attendue par les médecins généralistes du Médoc afin d'avoir une structure unique et spécialisée dans la prise en charge globale du patient âgé. La proximité d'une telle structure est argument auprès des patients qui refusent de se faire hospitaliser sur la Métropole Bordelaise à cause de la distance par rapport au conjoint qui ne pourrait se déplacer mais également les suivis de consultations qui ne s'effectuent plus pour les personnes qui se déplacent difficilement.

Les médecins généralistes estiment que cette filière serait un véritable soutien et une aide dans la prise en charge thérapeutique notamment dans les cas médico-sociaux complexes. La disponibilité d'un interlocuteur direct est également très attendue pour éviter le passage aux urgences.

La filière gériatrique au CHU de Bordeaux et son fonctionnement reflètent les besoins et les attentes à plus petites échelles des médecins généralistes du Médoc.

III. CONCLUSION

L'étude montre que la relève médicale des généralistes dans le Médoc n'est pas proportionnelle au nombre de départ en retraite avec une charge de travail qui augmente de plus en plus au vu de l'augmentation des personnes âgées. Cette constatation est valable pour l'ensemble du pays. La féminisation de la profession oriente vers un nouveau mode d'exercice (travail en groupe, répartition des horaires...)

Suites aux différents financements obtenus au travers des plans politiques, le Médoc s'est vu déployer de nombreuses structures d'aides aux personnes âgées et à leurs aidants, des associations, des services de soins notamment ces dernières années. Ce développement permet une prise en charge globale (médicale, sanitaire, sociale) et pluridisciplinaire de la personne âgée. On constate que de nombreuses structures répondent aux attentes des médecins généralistes mais sont mal ou non connues d'eux. La communication entre le médecin généraliste, pivot dans la prise en charge du patient âgé, et ces différentes aides reste parfois difficile.

Améliorer la connaissance de ses structures d'aides et de leurs rôles auprès des médecins est l'un des premiers objectifs à atteindre pour améliorer de ce fait la coordination et le suivi des patients âgés dans le Médoc.

Mais cela reste insuffisant car si certains connaissent les structures, la surcharge de travail liée à une désertification médicale dans certaines zones du territoire rend difficile la prise en charge des situations complexes. Il faut donc étudier des moyens pour attirer les jeunes médecins dans le Médoc. Développer de façon plus importantes les moyens et les services spécialisés dans la prise en charge et l'éducation des personnes âgées, sensibiliser sur le bien vieillir, améliorer les moyens de communication sont des solutions pour éviter les situations catastrophiques.

BIBLIOGRAPHIE

[1] <https://fr.wikipedia.org/wiki/Personneagee>

[2] Evolution et structure de la population. « Population par groupe d'âge ». Institut national de la statistique et des études économiques. 1^{er} Janvier 2014. <http://www.insee.fr>

[3] Evolution et structure de la population. Aquitaine. « Population selon le sexe et l'âge au 1^{er} janvier 2014 ». <http://www.insee.fr>

[4] « Projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement ». www.social-sante.gouv.fr

[5] article L.4130-1 du code de santé publique

[6] ARS. Signature du contrat local de santé du Médoc. 4 novembre 2013. P3-P4

[7 a] Ministère de la Santé et des Solidarités, du ministère délégué à la sécurité social, aux Personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, Ministère de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative. Plan National « bien vieillir ». www.santé-gouv.fr.

[7b] Ministère de la Santé et des Sports, Haut conseil de la santé publique. Evaluation du plan national Bien vieillir p33-62.

[8] Circulaire DHOS/02/DGS/SD 5D n°2002-157 du 18 mars 2002 : relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique. Bulletin Officiel n°2002-14. www.sante.gouv.fr.

[9] www.sante.gouv.fr. Circulaire DHOS/02 n° 2007-117 du 28 mars 2007 : relative à la filière de soins gériatriques. Bulletin Officiel n°2007-4. Annonce n°58.

[10] P. BAS. Plan Solidarité - Grand Age 2007 - 2012. 27 juin 2006.

[11] www.sante.gouv.fr. Circulaire DHOS/02/03/UNCAM n°2007-197 du 15 mai 2007 : relative au référentiel d'organisation national des réseaux de santé "personnes âgées". Bulletin Officiel n°2007-6. Annonce n°138.

[12] Professeur Joël ANKRI Professeure Christine VAN BROECKHOVEN. Rapport d'évaluation du plan Alzheimer 2008-2012. Juin 2013. P3-5.

[13] Le plan maladies neuro-dégénératives 2014-2019. Accompagner le vieillissement et handicap. www.gouvernement.fr.

[14] Agence national de la recherche. Plan d'action 2017. 18 juillet 2016. P91-100

[15] <http://www.agence-nationale-recherche.fr/suivi-bilan/resumes-des-projets-finances>. Pages consulté le 31/08/2016.

[16] ARS Aquitaine. Signature du contrat local de santé du Médoc. 4 novembre 2013.P6-P7.

[17] Pays du Médoc. Santé social. Pourquoi un projet de CLIC en Médoc ? Des éléments pour mieux comprendre. 20 Novembre 2015.

[18] Dr P. Lepault, G. Gros. ARS Aquitaine. Etat des lieux de l'HAD en Aquitaine. 28 Mai 2015.

[19] Observatoire Régionale de la santé Aquitaine. « Professionnels de santé et offre médicosociale ». Pays Médoc. Eléments de cadrages complémentaires réalisés dans le cadre du contrat local de santé. Mars 2014.

[20] <http://www.pays-medoc.com>. Plateforme de développement sanitaire et social. Volet sanitaire.

[21] Santé dans les Pays d'Aquitaine. Communauté Urbaine de Bordeaux. Février 2010.

[22] Conseil national de l'ordre des médecins. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1^{er} Janvier 2014. P34.

[23] DGOS. « Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ? ». 9 octobre 2012. P23.

ANNEXE 1

QUESTIONNAIRE DE L'ETUDE

Le Médoc est un lieu où le nombre de personnes âgées est important. Du fait de l'absence d'un réseau de soins gériatriques à proximité, le médecin traitant se retrouve souvent à coordonner les soins pour ses patients âgés de plus de 75 ans. Un projet de développement d'un réseau gériatrique est en cours à LESPARE.

Dans le cadre de ma thèse de fin d'étude de médecine générale concernant « la coordination des soins gériatriques dans le Médoc par le médecin traitant » je sollicite votre participation à travers ce questionnaire afin d'évaluer votre gestion de la coordination des soins pour vos patients de plus de 75 ans, des besoins et difficultés rencontrés actuellement. Cette thèse pourra être consultée dans le cadre de ce projet.

A propos de vous :

- 1) sexe : masculin féminin

- 2) tranche d'âge : Inférieure à 30 ans
 Entre 30 et 40 ans
 Entre 41 et 50 ans
 Entre 50 et 60 ans
 Supérieure à 60 ans

- 3) Depuis combien de temps exercez-vous en cabinet de médecine générale ?.....

- 4) Mode d'exercice :
 Milieu rural semi rural urbain

- 5) Avez- vous un autre diplôme spécifique (Homéopathie, addictologie, mésothérapie, ostéopathie...) ? NON OUI
 précisez.....

A propos de vos patients 75 ans :

- 1) Quel pourcentage de votre patientèle représente les personnes âgées de 75 ans et plus ?
 Entre 0 et 20%
 Entre 20 et 40%
 Entre 40 et 60%
 Entre 60 et 80%
 Entre 80 et 100%

- 2) Faites-vous des visites au domicile des personnes âgées ?
 Aucune exceptionnellement de temps en temps fréquemment
 toujours

- 3) En général, à quelle fréquence viennent-ils vous consulter ?
- Plusieurs fois par mois
 - Une fois par mois
 - Une fois tous les deux mois
 - Une fois tous les trois mois
 - Entre trois et 6 mois
 - Supérieur à 6 mois

A propos de la coordination des soins gériatriques au cabinet en général :

- 1) Quelle est votre définition de la coordination des soins gériatriques ?

.....

.....

- 2) Estimez-vous faire de la coordination de soins pour vos patients âgés de 75 ans et plus dans le cadre de votre exercice libérale ?

Jamais Rarement /Parfois Souvent Toujours

- 3) Exercez-vous dans un réseau de coordination de soins gériatriques ?

OUI NON

- 4) Intégrez-vous vos patients dans un réseau formel gériatrique déjà existant (exemple : réseau gériatrique de BORDEAUX...)?

JAMAIS PARFOIS SOUVENT TOUJOURS

POURQUOI ?.....

- 5) Pour vos patients 75ans qui ne sont pas intégrés dans un réseau gériatrique :

- utilisez-vous les structures de soins suivants et à quelle fréquence ?

JAMAIS RAREMENT SOUVENT TRES
SOUVENT

SSIAD

CCAS

MAIA

GERIATRIE AIGUE

SSR

AIDES AUX AIDANTS

PERFULOR

CLIC

JAMAIS RAREMENT SOUVENT TRES
SOUVENT

HAD
EQUIPE MOBILE DE SOINS
PALLIATIFS?
EQUIPE GERONTO-
PSYCHIATRIQUE
EQUIPE MOBILE AVC

-avez-vous recours à d'autres aides indépendantes de ces structures ?

JAMAIS PARFOIS SOUVENT TRES
SOUVENT

IDE libéraux
Assistants sociaux
Médecins spécialistes libéraux
Familles d'accueilles
Hébergement temporaire

6) Vers qui orientez-vous vos patients pour les consultations ?

JAMAIS PARFOIS SOUVENT TRES
SOUVENT

CHU BORDEAUX
Clinique mutualiste
Médecins libéraux spécialistes

Autres :(précisez).....

7) Dans le cadre d'une pathologie aigue :

-Préférez-vous : une hospitalisation directe gestion au domicile

- Vers qui orientez-vous vos patients en cas d'hospitalisation ?

JAMAIS PARFOIS SOUVENT TRES SOUVENT

URGENCES clinique
LESPARRE
URGENCES BORDEAUX
AUTRES :(précisez).....

Concernant la communication d'information avec les autres partenaires :

- 1) Quel moyen de communication utilisez-vous pour adresser vos patients âgés ?

JAMAIS PARFOIS SOUVENT TOUJOURS

- courrier
- téléphone
- mail

Autre :(précisez).....
.....

Quelles informations communiquez-vous ?

JAMAIS PARFOIS SOUVENT TOUJOURS

- Antécédents
- traitements
- clinique :
- allergies :
- contexte socio-familial :

Autres :(précisez).....
.....

- 2) Avez-vous un retour d'information sur les patients âgés que vous avez adressé ?

Jamais parfois souvent toujours

- 3) Comment trouvez-vous la qualité de ces informations ?

Insuffisant très moyen suffisant satisfaisant très satisfaisant

- 4) Qu'aimeriez-vous améliorer dans ces informations ?

(Réponse libre).....

A propos du développement de la coordination des soins gériatriques avec la création d'une filière gériatrique à LESPARRÉ :

- 1) Intégreriez-vous vos patients dans le réseau gériatrique de LESPARRÉ
Pourquoi ?.....
.....
- 2) Voulez-vous jouer un rôle dans ce réseau ?
Pourquoi ?.....
.....
- 3) Qu'attendez-vous de ce réseau afin de répondre à vos attentes ?
.....

TABLE DES MATIERES

| | |
|---|----|
| SOMMAIRE | 2 |
| ABREVIATIONS | 3 |
| INTRODUCTION | 5 |
| GENERALITES : LE MEDOC VIEILLISSANT | 9 |
| I) LES DONNEES GEOGRAPHIQUES | 10 |
| II) LES DONNEES DEMOGRAPHIQUES | 11 |
| A. QUELQUES CHIFFRES | 11 |
| B. QUELQUES CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION DU MEDOC | 15 |
| 1. Conditions de vie | 15 |
| 2. La dépendance | 16 |
| 3. Etat de santé | 17 |
| III) LES APPUIS POLITIQUES | 18 |
| A. LA NOTION DU BIEN VIEILLIR | 18 |
| 1. Le plan national « bien vieillir » 2007-2009 | 18 |
| 2. Les projets locaux du bien vieillir | 20 |
| B. LA FILIERE DE SOINS GERIATRIQUES | 22 |
| 1. Circulaire DHOS/O2/DGS/SD. 5D/2002/157 du 18 mars 2002 relative à de la filière de soins gériatriques | 22 |
| 2. Circulaire DHOS/02 n° 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques | 22 |
| a) Définition | 23 |
| b) Le court séjour gériatrique | 24 |
| c) Equipe mobile gériatrique (EMG) | 25 |
| d) Unité de consultation et d'hospitalisation de jour gériatrique | 26 |
| e) Le SSR gériatrique | 26 |
| C. LES RESAUX GERONTOLOGIQUES | 27 |
| 1. Le plan solidarité grand âge 2007 -2012 | 27 |
| 2. La circulaire DHOS n°2007-197 du 15 Mai 2007, relative au référentiel d'organisation national des réseaux de santé “personnes âgées” [11] | 28 |
| a) Définition | 28 |
| b) Rôle | 29 |
| c) Bilan | 29 |

| | | |
|-------------|---|----|
| D. | PLAN MALADIES NEURODEGENERATIVES 2014-2019 | 30 |
| 1. | Bilan du plan Alzheimer 2008-2012 | 30 |
| 2. | Plan maladies neurodégénératives 2014-2019 | 33 |
| a) | AXE 1 : soigner et accompagner tout au long de la vie et sur l'ensemble du territoire | 34 |
| b) | AXE 2 : Favoriser l'adaptation de la société aux enjeux des maladies neurodégénératives et atténuer leurs conséquences personnelles et sociales sur la vie quotidienne | 36 |
| c) | AXE 3 : développer et coordonner la recherche sur les maladies neurodégénératives | 37 |
| d) | AXE 4 : faire de la gouvernance du PMND un véritable outil d'innovation, de pilotage des politiques publiques et de démocratie en santé | 38 |
| 3. | Bilan du plan Alzheimer 2008-2012 et le plan Maladies neurodégénératives 2014-2019 | 39 |
| E. | CONTRAT LOCAL DE SANTE SIGNE LE 4 NOVEMBRE 2013 | 42 |
| IV. | L'OFFRE DE SOINS GERIATRIQUES DANS LE MEDOC | 43 |
| A. | LES APPUIS POLITIQUES ONT FAVORISE LE DEVELOPPEMENT DES STRUCTURES DE SOINS DANS LE MEDOC | 43 |
| 1. | La filière gériatrique au sein de la Clinique Mutualiste du Médoc | 43 |
| 2. | MAIA (maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer) et réseau SANTE AUTONOMIE MEDOC : | 44 |
| 3. | AAPAM (Association d'Aide pour les Personnes Agées en Médoc) | 49 |
| 4. | Le CLIC centre local d'information et de coordination | 50 |
| 5. | HAD : Hospitalisation à domicile | 51 |
| 6. | Association « Aide aux aidants » | 52 |
| 7. | Le centre médico-psychologique (CMP) | 52 |
| B. | LES PROFESSIONNELS LIBERAUX | 53 |
| 1. | Les médecins généralistes | 53 |
| 2. | Les médecins spécialistes | 58 |
| 3. | Les Infirmiers et kinésithérapeutes | 59 |
| C. | LES ETABLISSEMENTS POUR PERSONNES AGEES | 63 |
| | L'ETUDE | 64 |
| I. | LES RAISONS DE CETTE ETUDE | 65 |
| II. | CHOIX DE LA METHODE | 65 |
| III. | MATERIEL D'ENQUETE (ANNEXE 1) | 66 |
| IV. | CRITERES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION | 66 |

| | |
|---|------------|
| V. METHODE DE REALISATION | 67 |
| VI. TRAITEMENT DES DONNEES | 68 |
| VII. RESULTATS | 69 |
| A. CONCERNANT LE MEDECIN..... | 69 |
| B. CONCERNANT LEURS PATIENTES DE PLUS DE 75 ANS..... | 71 |
| C. CONCERNANT LA COORDINATION GERIATRIQUE | 73 |
| 1. Définition de la coordination gériatrique selon le point de vue du médecin généraliste | 73 |
| 2. Evaluation de la coordination des patients 75ans par le médecin..... | 75 |
| D. LA COMMUNICATION AVEC LES DIFFERENTS INTERVENANTS | 79 |
| 1. Moyens de communications avec les autres professionnels de santé | 79 |
| 2. Le retour d'informations..... | 80 |
| E. LE DEVELOPPEMENT DE LA FILIERE GERIATRIQUE DANS LE MEDOC | 82 |
| DISCUSSION..... | 85 |
| I. LES POINTS FORTS ET LES POINTS FAIBLES DE L'ETUDE..... | 86 |
| II. ANALYSE DES PRINCIPAUX RESULTATS ET LEURS IMPACTS | 87 |
| A. PROFIL DES MEDECINS GENERALISTE..... | 87 |
| C. FREQUENCE DES VISITES A DOMICILE ET CONSULTATIONS | 90 |
| D. LA COORDINATION GERIATRIQUE DANS LE MEDOC | 91 |
| 1. Définition donnée par les médecins généralistes | 91 |
| 2. Fréquence d'utilisation des différentes structures de soins et autres professionnels de santé..... | 92 |
| E. LA COMMUNICATION AVEC LES PARTENAIRES | 94 |
| 1. Les moyens de communication | 94 |
| 2. Le retour d'informations..... | 95 |
| F. LA FILIERE GERIATRIQUE DANS LE MEDOC | 96 |
| III. CONCLUSION..... | 97 |
| BIBLIOGRAPHIE | 98 |
| ANNEXE 1: QUESTIONNAIRE DE L'ETUDE | 101 |

ABSTRACT

Coordination of geriatric care in the Medoc: point of view of general practitioners

The demographic ageing is a report which does not spare the Medoc. The population of more than 75 years old represents 8,9 % of the population , number which will increase by 78 % during the next 20 years. Through the various supports governmental as the plan " Neurodegenerative Diseases ", the plan " Solidarity Old age " or the plan " mental well-being ", important means adapted to cares of the elderly were able to develop in the Medoc, in particular these last years.

The general practitioner is central in the coordination for the management of patients of more than 75 years.

A descriptive and qualitative study was realized in the form of semi questionnaire managed. This questionnaire concerns the profile of the general practitioners in the Medoc and their methods of coordination in order to estimate their difficulties and their waits in front of project of geriatric sector in the Medoc. 52 doctors answered the questionnaire on 84 requested, the general practitioners installed less than one year in the same office and the doctors met on the occasion of a replacement are excluded from the study. The answers to multiple choices are recorded in a board with a software Excel to be analyzed there and NVIVO 11 to be reproduced in the form of graph.

The results show an ageing of the general practitioners with a feminization of the profession. The succession remains difficult with a minority of young doctors. The structures of helps of the elderly, although they are less important than in the metropolis of Bordeaux, meet the expectations of general practitioners but their ignorance and a lack of communication between the actors make more difficult the coordination and the management of old the patient. The project of geriatric's network is a mean to improve the care.

To find solutions for to improve the knowledge of structures, to develop means of communication between the various actors or continue the development of structures are other subjects of possible studies to improve the management of patients of 75 years old or more.

Coordination des soins gériatriques dans le Médoc : point de vue des médecins généralistes

RESUME

Le vieillissement démographique est un constat qui n'épargne pas le Médoc. La population âgée de plus de 75 ans représente 8,9% de la population avec un nombre qui va s'accroître de 78% en 20 ans. Au travers des différents appuis politiques comme le plan « Maladies Neurodégénératives » anciennement plan Alzheimer, le plan « Solidarité Grand Age » ou encore le plan « Bien Vieillir », d'importants moyens adaptés à la prise en charge des personnes âgées ont pu se développer dans le Médoc, notamment au cours dernières années.

Le médecin généraliste est le pivot central dans la coordination des acteurs intervenant dans la prise en charge des patients de plus de 75 ans.

Une étude descriptive et qualitative a été réalisée à partir d'un questionnaire semi dirigé portant sur l'analyse du profil des médecins généralistes du Médoc et leurs méthodes de coordinations afin d'évaluer les difficultés et les attentes face au projet de filière gériatrique dans le Médoc. Le questionnaire se compose de 18 questions à choix multiples et de 6 questions à réponses libres. 52 médecins ont répondu au questionnaire sur les 84 sollicités. Les médecins généralistes installés depuis moins d'un an dans le même cabinet et les médecins rencontrés en dehors du milieu professionnel ou à l'occasion d'un remplacement sont exclus de l'étude. Les réponses des questions à choix multiples sont enregistrées dans un tableau EXCEL pour y être analysées et formulées sous formes de graphiques ou tableaux. Les réponses libres sont traitées par un logiciel de traitement de texte NVIVO 11 pour être reproduits sous forme de graphique.

Les résultats montrent un vieillissement des médecins généralistes avec une féminisation de la profession. La relève reste difficile avec une minorité de jeunes médecins. Les structures d'aides à la prise en charge des personnes âgées, bien qu'elles soient moins importantes que dans la Métropole Bordelaise, répondent aux attentes des médecins généralistes mais leurs méconnaissances et un manque de communication entre les différents acteurs rendent plus difficiles la coordination et la prise en charge du patient âgé. Le projet de filière de soins gériatrique est un moyen d'améliorer cette prise en charge.

Trouver des solutions afin d'améliorer la connaissance de ces structures, développer des moyens de communication efficaces entre les différents acteurs ou orienter le développement de nouvelles structures d'aides sont des sujets d'études possibles pour améliorer la prise en charge des patients âgés de 75 ans ou plus.

DISCIPLINE : Thèse de Médecine Générale

MOTS-CLES : Coordination, le Médoc, Médecins généralistes, Soins gériatriques, Personnes âgées

UNIVERSITE BORDEAUX - 146 rue Léo Saignat - 33076 Bordeaux cedex