



HAL
open science

“ GERONTO-CLIC ” : Création d’un outil d’aide à la prise en charge des patients de plus de 75 ans atteints de troubles neurocognitifs en soins primaires dans le Puy de Dôme

Amina Bdioui, Élise Seguin

► To cite this version:

Amina Bdioui, Élise Seguin. “ GERONTO-CLIC ” : Création d’un outil d’aide à la prise en charge des patients de plus de 75 ans atteints de troubles neurocognitifs en soins primaires dans le Puy de Dôme. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02404187

HAL Id: dumas-02404187

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02404187v1>

Submitted on 11 Dec 2019

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.

UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE
UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES
THÈSE D'EXERCICE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

Amina BDIQUI et Élise SEGUIN

Présentée et soutenue publiquement le 25 novembre 2019

« GERONTO-CLIC » : Création d'un outil d'aide à la prise en charge des patients de plus de
75 ans atteints de troubles neurocognitifs en soins primaires dans le Puy de Dôme

Directrice de thèse : Madame BILLAULT Claire, Praticien hospitalier, Service Court séjour gériatrique CH Riom

Président du jury : Monsieur COSTES Frédéric, Professeur des universités, Praticien Hospitalier, Service de médecine du sport et des explorations fonctionnelles, Chef de pôle de gériatrie CHU Clermont Ferrand

Membres du jury : -Monsieur BOHATIER Jérôme, Praticien hospitalier, Responsable du pôle de gériatrie, CHU Clermont Ferrand

-Monsieur COUDEYRE Emmanuel, Professeur des universités, Praticien Hospitalier, Service Médecine Physique et Réadaptation CHU Clermont Ferrand

-Monsieur GERBAUD Laurent, Professeur des universités, Praticien Hospitalier, Service de santé publique CHU Clermont Ferrand

-Madame BŒUF GIBOT Sylvaine, Chef de clinique en médecine Générale, Médecin généraliste

UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE
UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES
THÈSE D'EXERCICE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

Amina BDIQUI et Élise SEGUIN

Présentée et soutenue publiquement le 25 novembre 2019

« GERONTO-CLIC » : Création d'un outil d'aide à la prise en charge des patients de plus de
75 ans atteints de troubles neurocognitifs en soins primaires dans le Puy de Dôme

Directrice de thèse : Madame BILLAULT Claire, Praticien hospitalier, Service Court séjour gériatrique CH Riom

Président du jury : Monsieur COSTES Frédéric, Professeur des universités, Praticien Hospitalier, Service de médecine du sport et des explorations fonctionnelles, Chef de pôle de gériatrie CHU Clermont Ferrand

Membres du jury : -Monsieur BOHATIER Jérôme, Praticien hospitalier, Responsable du pôle de gériatrie, CHU Clermont Ferrand

-Monsieur COUDEYRE Emmanuel, Professeur des universités, Praticien Hospitalier, Service Médecine Physique et Réadaptation CHU Clermont Ferrand

-Monsieur GERBAUD Laurent, Professeur des universités, Praticien Hospitalier, Service de santé publique CHU Clermont Ferrand

-Madame BŒUF GIBOT Sylvaine, Chef de clinique en médecine Générale, Médecin généraliste



UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE D'AUVERGNE

: **JOYON** Louis
: **DOLY** Michel
: **TURPIN** Dominique
: **VEYRE** Annie
: **DULBECCO** Philippe
: **ESCHALIER** Alain

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE BLAISE PASCAL

: **CABANES** Pierre
: **FONTAINE** Jacques
: **BOUTIN** Christian
: **MONTEIL** Jean-Marc
: **ODOUARD** Albert
: **LAVIGNOTTE** Nadine

PRESIDENT DE L'UNIVERSITE et
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE PLENIER
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE RESTREINT
VICE-PRESIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION
VICE-PRESIDENT DE LA COMMISSION DE LA RECHERCHE
VICE PRESIDENTE DE LA COMMISSION DE LA
FORMATION ET DE LA VIE UNIVERSITAIRE
DIRECTEUR GENERAL DES SERVICES

: **BERNARD** Mathias
: **DEQUIEDT** Vianney
: **WILLIAMS** Benjamin
: **HENRARD** Pierre

: **PEYRARD** Françoise
: **PAQUIS** François



UFR DE MEDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMEDICALES

DOYENS HONORAIRES

: **DETEIX** Patrice
: **CHAZAL** Jean

DOYEN
RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

: **CLAVELOU** Pierre
: **ROBERT** Gaëlle

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BACIN Franck - BEGUE René-Jean - BOUCHER Daniel - BOURGES Michel - BUSSIERE Jean-Louis - CANO Noël - CASSAGNES Jean - CATILINA Pierre - CHABANNES Jacques - CHAZAL Jean - CHIPPONI Jacques - CHOLLET Philippe - COUDERT Jean - DASTUGUE Bernard - DAUPLAT Jacques - DECHELOTTE Pierre - DEMEOCQ François - DE RIBEROLLES Charles - ESCANDE Georges - Mme FONCK Yvette - MM. GENTOU Claude - GLANDDIER Gérard - Mme GLANDDIER Phyllis - M. JACQUETIN Bernard - Mme LAVARENNE Jeanine - MM. LAVERAN Henri - LESOURD Bruno - LEVAI Jean-Paul - MAGE Gérard - MALPUECH Georges - MARCHEIX Jean-Claude - MICHEL Jean-Luc - MOLINA Claude - MONDIE Jean-Michel - PERI Georges - PETIT Georges - PHILIPPE Pierre - PLAGNE Robert - PLANCHE Roger - PONSONNAILLE Jean - REY Michel - Mme RIGAL Danièle - MM. ROZAN Raymond - SCHOEFFLER Pierre - SIROT Jacques - SOUTEYRAND Pierre - TANGUY Alain - TERVER Sylvain - THIEBLOT Philippe - TOURNILHAC Michel - VANNEUVILLE Guy - VIALLET Jean-François - Mle VEYRE Annie

PROFESSEURS EMERITES :

MM. - BEYTOUT Jean - BOITEUX Jean-Paul - BOMMELAER Gilles - CHAMOIX Alain - DETEIX Patrice - DUBRAY Claude - ESCHALIER Alain - IRTHUM Bernard - KEMENY Jean-Louis - LABBE André - Mme LAFEUILLE Hélène - MM. LEMERY Didier - LUSSON Jean-René - RIBAL Jean-Pierre

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PROFESSEURS DE CLASSE EXCEPTIONNELLE

M. VAGO Philippe	Histologie-Embryologie Cytogénétique
M. AUMAITRE Olivier	Médecine Interne
M. LABBE André	Pédiatrie
M. AVAN Paul	Biophysique et Traitement de l'Image
M. DURIF Franck	Neurologie
M. BOIRE Jean-Yves	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M. BOYER Louis	Radiologie et Imagerie Médicale option Clinique
M. POULY Jean-Luc	Gynécologie et Obstétrique
M. CANIS Michel	Gynécologie-Obstétrique
Mme PENAULT-LLORCA Frédérique	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M. BAZIN Jean-Etienne	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
M. BIGNON Yves Jean	Cancérologie option Biologique
M. BOIRIE Yves	Nutrition Humaine
M. CLAVELOU Pierre	Neurologie
M. DUBRAY Claude	Pharmacologie Clinique

M.	GILAIN Laurent	O.R.L.
M.	LEMAIRE Jean-Jacques	Neurochirurgie
M.	CAMILLERI Lionel	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M.	DAPOIGNY Michel	Gastro-Entérologie
M.	LLORCA Pierre-Michel	Psychiatrie d'Adultes
M.	PEZET Denis	Chirurgie Digestive
M.	SOUWEINE Bertrand	Réanimation Médicale
M.	BOISGARD Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme	DUCLOS Martine	Physiologie
M.	SCHMIDT Jeannot	Thérapeutique
M.	BERGER Marc	Hématologie
M.	GARCIER Jean-Marc	Anatomie-Radiologie et Imagerie Médicale
M.	ROSSET Eugénio	Chirurgie Vasculaire
M.	SOUBRIER Martin	Rhumatologie

**PROFESSEURS DE
1^{ère} CLASSE**

M.	CAILLAUD Denis	Pneumo-phtisiologie
M.	VERRELLE Pierre	Radiothérapie option Clinique
M.	CITRON Bernard	Cardiologie et Maladies Vasculaires
M.	D'INCAN Michel	Dermatologie -Vénérologie
Mme	JALENQUES Isabelle	Psychiatrie d'Adultes
Mle	BARTHELEMY Isabelle	Chirurgie Maxillo-Faciale
M.	GERBAUD Laurent	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
M.	TAUVERON Igor	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
M.	MOM Thierry	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	RICHARD Ruddy	Physiologie
M.	RUIVARD Marc	Médecine Interne
M.	SAPIN Vincent	Biochimie et Biologie Moléculaire
M.	BAY Jacques-Olivier	Cancérologie
M.	COUDEYRE Emmanuel	Médecine Physique et de Réadaptation
Mme	GODFRAIND Catherine	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M.	ABERGEL Armando	Hépatologie
M.	LAURICHESSE Henri	Maladies Infectieuses et Tropicales
M.	TOURNILHAC Olivier	Hématologie
M.	CHIAMBARETTA Frédéric	Ophthalmologie
M.	FILAIRE Marc	Anatomie – Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M.	GALLOT Denis	Gynécologie-Obstétrique
M.	GUY Laurent	Urologie
M.	TRAORE Ousmane	Hygiène Hospitalière
M.	ANDRE Marc	Médecine Interne
M.	BONNET Richard	Bactériologie, Virologie
M.	CACHIN Florent	Biophysique et Médecine Nucléaire
M.	COSTES Frédéric	Physiologie
M.	FUTIER Emmanuel	Anesthésiologie-Réanimation
Mme	HENG Anne-Elisabeth	Néphrologie
M.	MOTREFF Pascal	Cardiologie
Mme	PICKERING Gisèle	Pharmacologie Clinique
M.	RABISCHONG Benoît	Gynécologie Obstétrique

**PROFESSEURS DE
2ème CLASSE**

Mme CREVEAUX Isabelle	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. FAICT Thierry	Médecine Légale et Droit de la Santé
Mme KANOLD LASTAWIECKA Justyna	Pédiatrie
M. TCHIRKOV Andréï	Cytologie et Histologie
M. CORNELIS François	Génétique
M. DESCAMPS Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M. POMEL Christophe	Cancérologie – Chirurgie Générale
M. CANAVESE Federico	Chirurgie Infantile
M. LESENS Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
M. AUTHIER Nicolas	Pharmacologie Médicale
M. BROUSSE Georges	Psychiatrie Adultes/Addictologie
M. BUC Emmanuel	Chirurgie Digestive
M. CHABROT Pascal	Radiologie et Imagerie Médicale
M. LAUTRETTE Alexandre	Néphrologie Réanimation Médicale
M. AZARNOUSH Kasra	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
Mme BRUGNON Florence	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
Mme HENQUELL Cécile	Bactériologie Virologie
M. ESCHALIER Romain	Cardiologie
M. MERLIN Etienne	Pédiatrie
Mme TOURNADRE Anne	Rhumatologie
M. DURANDO Xavier	Cancérologie
M. DUTHEIL Frédéric	Médecine et Santé au Travail
Mme FANTINI Maria Livia	Neurologie
M. SAKKA Laurent	Anatomie – Neurochirurgie
M. BOURDEL Nicolas	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIEZE Romain	Hématologie
M. POINCLOUX Laurent	Gastroentérologie
M. SOUTEYRAND Géraud	Cardiologie
M. EVRARD Bertrand	Immunologie
M. POIRIER Philippe	Parasitologie et Mycologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. CLEMENT Gilles	Médecine Générale
Mme MALPUECH-BRUGERE Corinne	Nutrition Humaine
M. VORILHON Philippe	Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES

Mme BOTTET-MAULOUBIER Anne	Médecine Générale
M. CAMBON Benoît	Médecine Générale
M. TANGUY Gilles	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MAITRES DE CONFERENCES HORS CLASSE

Mme CHAMBON Martine	Bactériologie Virologie
Mme BOUTELOUP Corinne	Nutrition

MAITRES DE CONFERENCES DE 1ère CLASSE

M. MORVAN Daniel	Biophysique et Traitement de l'Image
Mlle GOUMY Carole	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Mme FOGLI Anne	Biochimie Biologie Moléculaire
Mlle GOUAS Laetitia	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M. MARCEAU Geoffroy	Biochimie Biologie Moléculaire
Mme MINET-QUINARD Régine	Biochimie Biologie Moléculaire
M. ROBIN Frédéric	Bactériologie
Mlle VERONESE Lauren	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M. DELMAS Julien	Bactériologie
Mlle MIRAND Audrey	Bactériologie Virologie
M. OUCHCHANE Lemlih	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M. LIBERT Frédéric	Pharmacologie Médicale
Mlle COSTE Karen	Pédiatrie
Mlle AUMERAN Claire	Hygiène Hospitalière
Mme CASSAGNES Lucie	Radiologie et Imagerie Médicale
M. LEBRETON Aurélien	Hématologie
M. BUISSON Anthony	Gastroentérologie

MAITRES DE CONFERENCES DE 2ème CLASSE

Mme PONS Hanaë	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
M. JABAUDON-GANDET Matthieu	Anesthésiologie – Réanimation Chirurgicale
M. BOUVIER Damien	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. COLL Guillaume	Neurochirurgie
Mme SARRET Catherine	Pédiatrie
M. MAQDASY Salwan	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques
Mme NOURRISSON Céline	Parasitologie - Mycologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme VAURS-BARRIERE Catherine	Biochimie Biologie Moléculaire
M. BAILLY Jean-Luc	Bactériologie Virologie
Mle AUBEL Corinne	Oncologie Moléculaire
M. BLANCHON Loïc	Biochimie Biologie Moléculaire
Mle GUILLET Christelle	Nutrition Humaine
M. BIDET Yannick	Oncogénétique
M. MARCHAND Fabien	Pharmacologie Médicale
M. DALMASSO Guillaume	Bactériologie
M. SOLER Cédric	Biochimie Biologie Moléculaire
M. GIRAUDET Fabrice	Biophysique et Traitement de l'Image
Mme VAILLANT-ROUSSEL Hélène	Médecine Générale
Mme LAPORTE Catherine	Médecine Générale
M. LOLIGNIER Stéphane	Neurosciences – Neuropharmacologie
Mme MARTEIL Gaëlle	Biologie de la Reproduction
M. PINEL Alexandre	Nutrition Humaine
M. PIZON Frank	Santé Publique

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES

M. BERNARD Pierre	Médecine Générale
Mme ESCHALIER Bénédicte	Médecine Générale
Mme RICHARD Amélie	Médecine Générale
M. TESSIERES Frédéric	Médecine Générale

REMERCIEMENTS

-A notre président, Professeur Frédéric COSTES, pour nous avoir fait l'honneur de présider notre jury et de juger notre travail. Nous vous adressons notre sincère reconnaissance.

-Aux autres membres du jury :

Notre directrice de thèse, Madame le Docteur Claire BILLAULT, de nous avoir rassemblées autour de ce sujet et de nous avoir épaulées tout au long de ce travail. Merci pour ta patience et tes conseils avisés qui nous ont été si précieux. Merci pour cette gentillesse et cet humour tant recherché

Monsieur le docteur Jérôme BOHATIER, de nous avoir aiguillées et encadrées depuis le début. Merci pour vos contacts, votre soutien et vos remarques toujours très pertinentes

Monsieur le Professeur Laurent GERBAUD, de l'intérêt que vous avez porté à notre travail en acceptant de faire partie de notre jury

Monsieur le Professeur Emmanuel COUDEYRE, de l'intérêt que vous avez porté à notre travail en acceptant de faire partie de notre jury

Madame le Docteur Sylvaine BŒUF GIBOT, nous vous remercions d'avoir accepté de juger notre travail

-Aux membres du comité d'experts du CH de Riom, Docteur Claire GIMBERGUES-CADET : merci pour votre implication dans ce travail, vos conseils aguerris, votre bonne humeur communicative ; Docteur Yasmine LEPLEY : pour ton aide, ta gentillesse et ton dynamisme durant le stage ainsi que pour ce travail ; Docteur Patrick LEDIEU et Docteur Valérie MACTOUX pour votre disponibilité et vos conseils

-A nos rencontres professionnelles : -l'équipe soignante du CSG c, bienveillante envers ses internes et efficace dans les soins, et aux autres services où nous avons travaillé lors de notre parcours, à nos co-internes pour nous avoir permis de décompresser tout au long de ces stages et des gardes

-Aux Maîtres de stage de médecine générale en ambulatoire, pour nous avoir fait découvrir et aimer la médecine de ville, pour votre temps consacré et votre expérience

-A nos familles : parents, frères et sœurs : merci pour votre soutien inébranlable tout au long de ces études, pour votre présence à nos côtés

A nos conjoints respectifs, merci de votre amour et de votre soutien à toute épreuve, vous avez cru en nous

A nos amis de la fac, qui ont fait de ces révisions des moments moins difficiles, merci pour votre soutien

A nos amis d'enfance pour votre patience pendant ces études et pour nous avoir permis de sortir de la bulle médicale

1	Table des matières	
1	Table des matières	10
2	Liste des tableaux et des figures	13
3	Liste des abréviations	15
4	INTRODUCTION	17
5	PARTIE 1 : Filière gériatrique du Puy de Dôme	19
6	PARTIE 2 : Étude Descriptive Observationnelle : Prise en charge des TNC par les médecins généralistes dans le Puy de Dôme	25
6.1	Introduction :	25
6.2	Méthodes :	25
6.2.1	Échantillon	25
6.2.2	Recueil des données	25
6.2.3	Analyse statistique	26
6.3	Résultats :	27
6.3.1	Caractéristiques de la population	27
6.3.2	Résultats concernant le bilan des troubles cognitifs par les médecins généralistes	29
6.3.3	Résultats concernant l'utilisation de la filière gériatrique par les médecins interrogés	32
6.3.3.1	CLIC	32
6.3.3.2	Gestionnaire de cas des MAIA	34
6.3.3.3	ESA	36
6.3.3.4	Pour les aidants	38
6.3.4	Résultats à la question : « êtes-vous intéressés par un logiciel d'aide à la prise en charge des patients avec des TNC ? » (Figure 14)	41
6.4	Discussion :	42
6.4.1	Principaux résultats et comparaison aux données de littérature	42
6.4.1.1	Concernant les caractéristiques de la population interrogée	42
6.4.1.2	Concernant le bilan des troubles cognitifs	43
6.4.1.3	Concernant l'utilisation des ressources de la filière gériatrique	44
6.4.1.3.1	CLIC	44
6.4.1.3.2	Gestionnaires de cas de la MAIA	44
6.4.1.3.3	ESA	45
6.4.1.4	Concernant la prise en charge des aidants familiaux	46
6.4.2	Forces et limites de l'étude	46
6.4.2.1	Forces :	46
6.4.2.2	Limites :	47
7	PARTIE 3 : Logiciel	48
7.1	Critères	48
7.2	Structures	49
7.3	Précisions sur le logiciel	49
7.4	Fonctionnement du logiciel	49
7.5	Points forts du logiciel	51
7.6	Points faibles	51
7.7	Évolution	52

8	CONCLUSION DE THESE	53
9	Références bibliographiques.....	54
10	Annexes	57
10.1	Filière gériatrique	57
10.1.1	Acteurs du diagnostic des TNC	57
10.1.1.1	Médecin traitant.....	57
10.1.1.2	Consultation mémoire	57
10.1.1.3	Court Séjour Gériatrique (CSG)	57
10.1.1.4	Équipe Mobile Gériatrique (EMG).....	58
10.1.1.5	Hôpital de Jour (HDJ)	59
10.1.1.6	Unités Cognitivo-Comportementales (UCC).....	59
10.1.2	Lieu de coordination et d'information.....	60
10.1.2.1	Centre Local d'Information de Coordination en gérontologie (CLIC).....	60
10.1.2.2	La Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'Autonomie (MAIA)	60
10.1.2.3	Centre Communal d'Action Sociale (CCAS).....	61
10.1.3	Dispositifs permettant le maintien à domicile	62
10.1.3.1	Services d'aide à domicile (SAD)	62
10.1.3.2	Infirmier Diplômé d'État (IDE).....	62
10.1.3.3	SSIAD (Service de Soins Infirmiers à Domicile).....	63
10.1.3.4	Kinésithérapeutes à domicile.....	63
10.1.3.5	Ergothérapeutes à domicile	63
10.1.3.6	Podologues à domicile.....	64
10.1.3.7	Assistants sociales	64
10.1.3.8	Équipes Spécialisées Alzheimer (ESA).....	64
10.1.3.9	Accueils de jour.....	65
10.1.3.10	Accueil de nuit.....	65
10.1.3.11	Hospitalisation A Domicile (HAD).....	66
10.1.4	Structures d'hébergements	66
10.1.4.1	Hébergement temporaire	66
10.1.4.2	Hébergement autonomie ou foyer logement.....	66
10.1.4.3	Service de Soins et de Réadaptation (SSR)	67
10.1.4.4	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (E.H.P.A.D.)	67
10.1.4.5	Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA)	67
10.1.4.6	Unité de Soins de Longue Durée (USLD), Unité de Soins Médicotechniques Importants (SMTI)	68
10.1.4.7	Unité Spécialisée Alzheimer (USA) ou Centre d'Activités Naturelles Tirées d'Occupation Utiles (CANTOU).....	68
10.1.4.8	Unités d'Hébergement Renforcée (UHR)	69
10.1.5	Soutien aux patients et à leurs familles.....	69
10.2	Listes des structures de la filière du Puy De Dôme	70
10.2.1	Consultations mémoire	70
10.2.2	CSG dans le Puy de Dôme	70
10.2.3	Hôpital de jour.....	71
10.2.4	UCC.....	71
10.2.5	CLIC.....	71
10.2.6	MAIA	73

10.2.7	CCAS/CIAS	73
10.2.8	ESA	76
10.2.9	Accueils de jour.....	76
10.2.10	Accueil de nuit.....	77
10.2.11	HAD	77
10.2.12	Hébergements temporaires	77
10.2.13	Hébergements Autonomie :	80
10.2.14	SSR.....	81
10.2.15	PASA.....	82
10.2.16	EHPAD.....	83
10.2.17	USLD	88
10.2.18	USA.....	89
10.2.19	UHR	92
10.3	Questionnaire.....	93
11	Serment Hippocrate	95
	Résumé de thèse	97

2 Liste des tableaux et des figures

Figure 1 : Organigramme de la filière gériatrique

Figure 2 : Territoire des différents Centres Locaux d'Information et de Coordination du Puy de Dôme (CLIC)

Figure 3 : Durée d'exercice des 170 médecins généralistes

Figure 4 : Milieu d'exercice des 170 médecins généralistes

Figure 5 : Pourcentage de patients de plus de 75 ans dans la patientèle des 170 médecins

Figure 6 : Formations complémentaires en gériatrie des 170 médecins interrogés

Figure 7 : Pourcentage des médecins se sentant à l'aise face au repérage des troubles neurocognitifs (TNC) au cabinet

Figure 8 : Bilan des TNC : réalisation en ambulatoire ou orientation vers un centre spécialisé

Figure 9 : Pourcentage des médecins interrogés connaissant les CLIC

Figure 10 : Pourcentage des médecins adressant leurs patients au CLIC (parmi les médecins connaissant les CLIC)

Figure 11 : Pourcentage des médecins ayant déjà eu recours à un gestionnaire de cas

Figure 12 : Pourcentage des médecins ayant déjà fait appel à une équipe spécialisée Alzheimer (ESA)

Figure 13 : Pourcentage des médecins proposant une prise en charge des aidants familiaux

Figure 14 : Besoin des médecins quant à la réalisation d'une application informatique d'aide à la prise en charge des patients avec des TNC

Tableau I : Liste des structures selon les territoires

Tableau II : Médecins à l'aise avec le repérage des TNC selon leur durée d'exercice

Tableau III : Bilan des TNC selon le milieu d'exercice

Tableau IV : Bilan des TNC selon la durée d'exercice

Tableau V : Bilan des TNC des médecins selon qu'ils aient une formation complémentaire en gériatrie ou non

Tableau VI : Orientation des patients vers les CLIC selon la durée d'exercice

Tableau VII : Orientation des patients vers les CLIC selon le milieu d'exercice

Tableau VIII : Orientation des patients vers les CLIC par les médecins qu'ils aient une formation complémentaire en gériatrie ou non

Tableau IX : Proportion de médecins ayant eu recours à un gestionnaire de cas selon la durée d'exercice

Tableau X : Proportion de médecins ayant eu recours à un gestionnaire de cas selon le milieu d'exercice

Tableau XI : Proportion de médecins ayant eu recours à un gestionnaire de cas qu'ils aient une formation complémentaire en gériatrie ou non

Tableau XII : Pourcentage de médecins ayant déjà fait appel à une ESA selon la durée d'exercice

Tableau XIII : Pourcentage de médecins ayant déjà fait appel à une ESA selon le milieu d'exercice

Tableau XIV : Pourcentage de médecins ayant déjà fait appel à une ESA qu'ils aient une formation complémentaire en gériatrie ou non

Tableau XV : Proportion des médecins proposant une prise en charge des aidants familiaux selon la durée d'exercice

Tableau XVI : Proportion des médecins proposant une prise en charge des aidants familiaux qu'ils adressent leurs patients au CLIC ou non

Tableau XVII : Proportion des médecins proposant une prise en charge des aidants familiaux qu'ils aient une formation complémentaire en gériatrie ou non

3 Liste des abréviations

APA : Activité Physique Adaptée

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

ARS : Agence Régionale de Santé

CANTOU : Centre d'Activités Naturelles Tirées d'Occupations Utiles.

CCAS : Centre Communal et d'Action Sociale

CH : Centre Hospitalier

CHU Centre Hospitalier Universitaire

CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination

CM2R : Centre Mémoire de Recherche et de Ressources

CMP A : Centre Médico Psychiatrique A

COGERT : Coordination Gérontologique aidée par Télémédecine

CSG : Court Séjour Gériatrique

EHPAD : Établissement d'Hébergement Personnes Âgées Dépendantes

ESA : Équipe Spécialisée Alzheimer

HAD : Hospitalisation A Domicile

IDE : Infirmier Diplômé d'État

MAIA : Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie

MT : Médecin Traitant

PASA : Pôle d'Activités et de Soins Adaptés

SMTI : Unité de Soins Médico Techniques Importants

SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

TNC : Troubles Neurocognitifs

UCC : Unités Cognitivo Comportementales

UHR : Unités d'Hébergement Renforcée

USA : Unités Spécialisées Alzheimer

UVP : Unités de Vie Protégée

4 INTRODUCTION

Les patients âgés de plus de 75 ans représentaient 9% de la population générale en 2016, en 2050 ce chiffre sera porté à 16%. (1,2)

Parmi les patients âgés de plus de 75 ans, on estimait que 17,8 % étaient atteints de troubles neurocognitifs (TNC) en 1999.(3) Le nombre de patients atteints de TNC de tout type était estimé à 980 000 en 2010 et il devrait atteindre 1 500 000 en 2030. (4)

Le TNC est une réduction acquise, significative et évolutive des capacités dans une ou plusieurs fonctions intellectuelles supérieures à savoir la perception (gnosie), la praxie, l'attention, la mémoire, le langage, le raisonnement, la cognition sociale et les fonctions exécutives. Il rentre dans l'évolution d'une maladie neuro dégénérative lorsque leur évolution est progressive, chronique et qu'il engendre une perte d'autonomie (exemple : Maladie d'Alzheimer, Démence Fronto-Temporale, Démence à Paralyse Supra Nucléaire, Maladie à Corps de Lewy Diffus, Maladie de Parkinson...) (5,6)

Ce trouble doit être un déclin cognitif persistant, non expliqué par un syndrome anxio-dépressif, une confusion aiguë ou un trouble psychotique. Il engendre une altération significative par rapport au niveau cognitif antérieur. (7)

Les patients avec des TNC nécessitent une prise en charge précoce et pluridisciplinaire afin d'améliorer leur qualité de vie, de diminuer les situations de crises, de retarder leur perte d'autonomie et leur entrée en institution. (8–12)

Ces patients nécessitent un accompagnement et des soins permanents tout au long de l'évolution de leur maladie : diagnostic, prise en charge médicamenteuse, survenue d'évènements intercurrents du fait de la perte d'autonomie (chute, mise en danger, anorexie...), apparition de troubles du comportement, comorbidités...(13,14) (8)

Cependant, en pratique, ces troubles ne sont dépistés qu'à un stade avancé, frein à la mise en place d'un projet de soin adapté. (15–17)

Deux entités interviennent dans la prise en charge de ces patients :

-d'une part, le médecin généraliste, premier interlocuteur du patient

-d'autre part, les autres acteurs du parcours de soins du patient âgé

En effet, le médecin est souvent la première personne à détecter ces troubles, témoin de la rupture avec l'état cognitif antérieur, lors d'une consultation ou d'échange avec la famille. La relation de confiance instaurée avec son patient fait de lui un interlocuteur privilégié tout au long de la maladie. (18) Il permet la coordination entre les différents professionnels de santé intervenant auprès du patient, multiples et variés et regroupés au sein de la filière gériatrique.

L'objectif principal de ce travail est de construire un outil informatique destiné aux médecins généralistes du Puy de dôme. A partir de critères simples décrivant le patient atteint de TNC, le praticien pourra trouver le parcours de soins le plus pertinent pour la prise en charge du patient.

Les objectifs secondaires sont :

-Décrire la filière gériatrique du Puy de Dôme en recensant l'ensemble des structures dédiées aux patients gériatriques sur le territoire

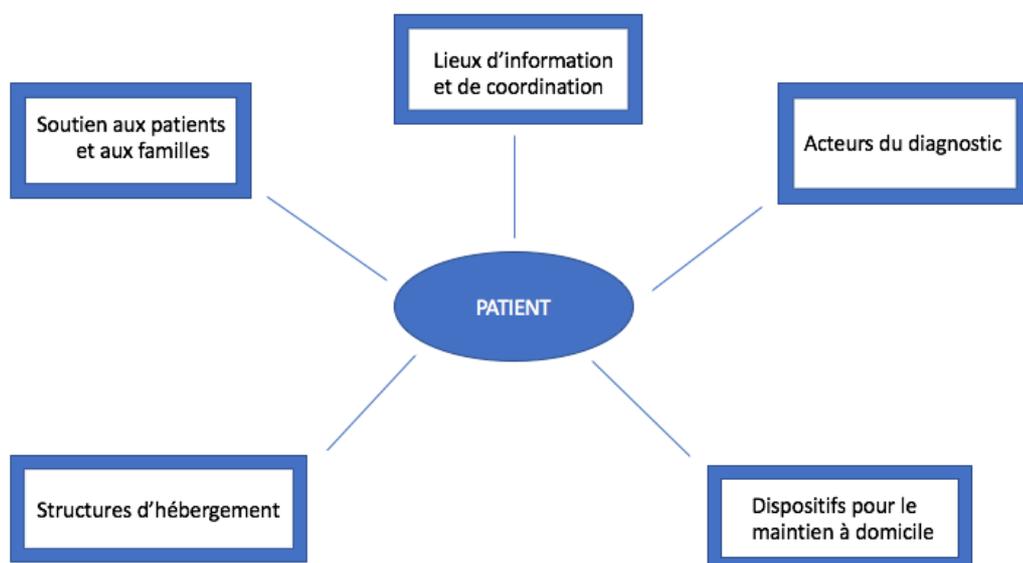
-Dresser un état des lieux de la pratique actuelle des médecins généraliste du Puy de Dôme dans la prise en charge de ces patients.

5 PARTIE 1 : Filière gériatrique du Puy de Dôme

La filière gériatrique représente l'ensemble du dispositif de soins regroupant l'intégralité des parcours possibles du patient gériatrique, en prenant en compte le caractère évolutif de ses besoins de santé. (19) Elle a pour objectif de permettre une prise en charge globale médico psycho sociale. Ses acteurs sont répartis en 5 différents groupes s'articulant comme le montre la figure 1 :

- les acteurs du diagnostic du TNC
- les lieux d'information et de coordination
- les dispositifs de maintien au domicile
- les structures d'hébergement
- les dispositifs de soutien aux familles

Figure 1 : Organigramme de la filière gériatrique

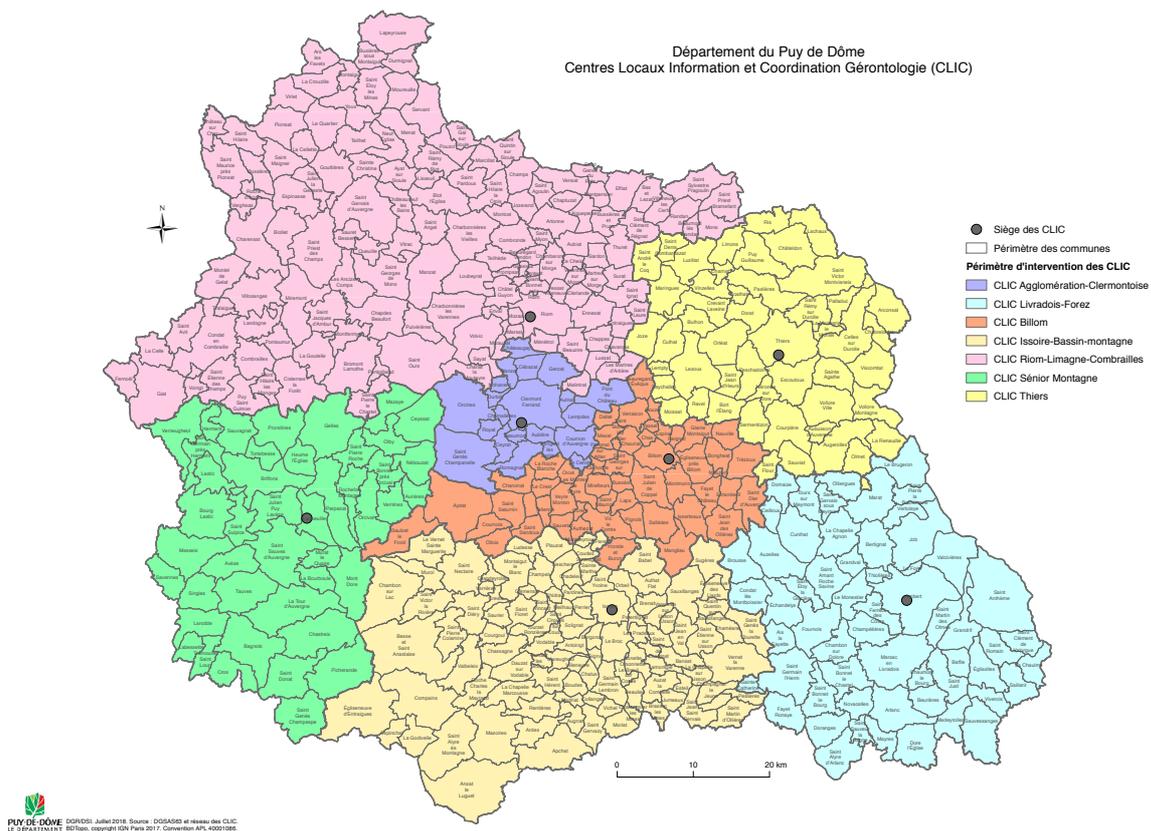


Dans cette partie, nous allons nous intéresser principalement à l'organisation de la filière gériatrique du Puy de Dôme.

Les différentes entités d'une filière gériatrique et la liste complète des structures spécifiques de celle du Puy de Dôme sont décrites plus amplement dans le chapitre Annexes.

Le département du Puy de Dôme a été découpé en 7 zones géographiques, correspondant au territoire d'action des 7 Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC), très inégaux en termes de superficie. (Figure 2)

Figure 2 : Territoire des différents CLIC du Puy de Dôme.



Une telle répartition montre qu'il existe, en réalité, plusieurs filières gériatriques au sein du département.

Pour accompagner au mieux son patient atteint de TNC, le médecin généraliste doit organiser le bilan de sa maladie (rôle des Consultations mémoire, CSG ou autre service de chaque territoire) et organiser son orientation dans la filière (domicile ou structures d'hébergement).

Sur le département, il existe un dispositif spécifique et innovant, destiné aux médecins, permettant de joindre par téléphone un gériatre pour un avis, une demande d'hospitalisation ou tout autre renseignement (Coordination Gériatrique aidée par Télémédecine COGERT au 04 73 75 08 00).

Il existe également une Équipe Mobile de Gériatrie extra hospitalière du CHU, qui se déplace dans le Puy de Dôme afin de faire des évaluations à domicile, d'organiser le suivi ou de coordonner les acteurs. Il existe également une Équipe Mobile de Gériatrie du CH sur le territoire d'Ambert.

Nous avons rencontré les responsables des 7 CLIC du Puy de Dôme afin de décrire cette Filière. Ces structures sont des lieux d'information et de coordination. Ils ont un rôle de pivot central dans la prise en charge des patients atteints de TNC, à domicile.

En effet, ils permettent de mettre en relation le patient (et sa famille) avec les principales ressources de la filière présentes sur le territoire. Par exemple, pour une situation simple, des prestataires à domicile (aides à domicile, IDE, kinésithérapeutes, podologues, ergothérapeutes, assistantes sociales) peuvent ainsi intervenir pour optimiser le maintien à domicile.

Les 7 CLIC du Puy de Dôme hébergent en leur sein le dispositif « Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie » (MAIA) pour chaque territoire. Celles-ci interviennent dans le maintien à domicile des patients âgés, en situation complexe (perte d'autonomie, critères cliniques, environnement social

d'isolement...). Elles sont dirigées par des pilotes MAIA, l'évaluation et le suivi au domicile sont réalisées par des gestionnaires de cas.

D'autre part, il existe d'autres dispositifs intervenant au domicile et permettant la stimulation cognitive (Équipe Spécialisée Alzheimer, Associations).

Malheureusement, il existe une grande inégalité de répartition de ces mesures selon les territoires du Puy de Dôme :

- Des ESA : Il existe 5 ESA dans le Puy de Dôme (Thiers n'en possède pas)
- Plusieurs associations et structures de répit interviennent dans l'agglomération clermontoise alors que dans les territoires d'Ambert et Thiers, seule la plateforme de répit des Volcans intervient.

Les principales associations présentes sur le Puy de Dôme sont : Bien Vieillir, Aide et Répit 63, Du répit pour les familles, France Alzheimer, France Parkinson, Caisse d'Allocation Retraite Santé Au Travail Auvergne... et il existe deux plateformes d'accompagnement et de répit :

- Plateforme d'accompagnement et de répit des Volcans (intervenant sur le tout le département)
- Plateforme d'accompagnement et de répit itinérante des Combrailles (PFAR)

Les CLIC sont ouverts aux professionnels de santé intervenant auprès du patient, aux familles ou aux patients eux-mêmes. Ils ont un rôle d'information et d'accueil du public, sauf dans l'agglomération clermontoise, où le fonctionnement est différent : le patient et sa famille sont orientés vers les lieux d'information sénior (LIS) de chacune des 21 communes de l'agglomération. Ce phénomène paraît être un frein à une bonne utilisation de la filière gériatrique.

Par ailleurs, les médecins généralistes peuvent bien sûr s'adresser ou solliciter les CLIC et l'écart se creuse dans les zones de désertification médicale comme Thiers ou le Mont Dore.

Au cours de leur suivi, les patients porteurs de TNC peuvent alors être orientés vers des structures d'accueil temporaires : Accueil de jour, Accueil de nuit, Hébergement temporaire en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD). Certaines zones sont bien dotées comme Issoire, Riom et Clermont alors que le Mont Dore ne possède pas d'accueil de jour et seulement 3 EHPAD de ce territoire font de l'hébergement temporaire (moins de 3 mois). Un seul établissement propose de l'accueil de nuit sur tout le département (dépendant du CLIC de Billom : EHPAD « Gautier » de Beauregard l'Évêque).

Le patient peut être adressé vers des structures d'hébergement définitives :

- les hébergements autonomie lorsqu'il n'est pas dépendant
- les EHPAD ou Unités de Soins de Longue Durée USLD (Soins Médicaux Techniques Importants) quand la dépendance, au sens gériatrique plurifactoriel, devient trop importante.

Dans ce domaine également, il existe une disparité entre les territoires : par exemple le territoire du Mont Dore ne possède que 5 EHPAD et une seule Unité Spécialisée Alzheimer (USA).

Enfin, les CLIC du Puy de Dôme gèrent les listes d'attente pour l'entrée en établissement via un logiciel unique : ATTENTUM (remplacé depuis peu par le Logiciel National « TRAJECTOIRE GRAND AGE »). Celui-ci permet de simplifier les démarches d'inscription, en déposant un dossier unique sur plusieurs établissements souhaités.

Tableau I : Liste des structures selon les territoires

Structures	CLIC						
	Mont Dore	Issoire	Thiers	Riom	Ambert	Billom	Clermont
Communes	44	104	49	139	58	54	21 (LIS)
MAIA	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Gérialres	CH	CH	CH	CH	CH	CH	CH Riom
EHPAD	5	9	11	23	10	9	34
USA	1	3	6	7	2	6	21
USLD	1	1	1	1	1	1	3
PASA	Non	1	3	1	2	1	5
Accueil de jour	Non	1	1	1	1	1+ 1 nuit	7
Hébergement Temporaire	3	8	6	6	2	5	18
Foyer logement	1	2	2	3	3	1	11
Plateforme Répit	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
ESA	1	1	Non	1	1	1	1
EMG (Riom)	1	1	1	1	1	1	1

N= nombre d'établissements proposant des places

6 PARTIE 2 : Étude Descriptive Observationnelle : Prise en charge des TNC par les médecins généralistes dans le Puy de Dôme

6.1 Introduction :

Afin de dresser un état des lieux de la pratique actuelle de prise en charge des patients avec TNC en médecine générale dans le Puy de Dôme, nous avons réalisé une étude descriptive observationnelle entre avril et juillet 2019.

6.2 Méthodes :

Cette étude a été réalisée par le biais d'un questionnaire envoyé aux médecins généralistes.

6.2.1 Échantillon

L'échantillon regroupait tous les médecins généralistes libéraux du puy de dôme (544 médecins généralistes libéraux sans mode d'exercice particulier). Tous avaient été contactés par téléphone en amont de l'envoi du questionnaire. Les médecins n'ayant pas répondu à l'appel, étaient d'accord par défaut et un questionnaire leur était envoyé par courrier.

L'étude excluait les médecins ayant refusé de participer lors de l'appel et ceux dont la pratique était centrée sur l'angiologie, la médecine thermale, l'allergologie ou l'homéopathie.

Au total, 436 questionnaires ont été envoyés tout mode d'envoi confondu.

6.2.2 Recueil des données

L'envoi du questionnaire était réalisé par email ou courrier, au choix du médecin.

Le formulaire comportait 13 items répartis en 3 sous parties portant respectivement sur :

- Les caractéristiques du médecin (sexe, durée et lieu d'exercice, pourcentage de personnes âgées dans sa patientèle et sa formation en gériatrie)
- Sa pratique concernant le diagnostic et la prise en charge des patients avec des TNC chroniques (dépistage, orientation vers un médecin spécialiste, recours aux différentes ressources de la filière gériatrique : CLIC, ESA et gestionnaire de cas)
- Son besoin quant à une aide à l'orientation de ces patients (mise en place du logiciel)

Le questionnaire figure en annexe.

Puis les données étaient récupérées par le biais de Google Form. Le logiciel était soit directement complété par les médecins qui avaient reçu le lien du questionnaire par mail, soit dans un second temps par nos soins pour ceux dont le questionnaire avait été envoyé par courrier postal.

6.2.3 Analyse statistique

Pour l'analyse statistique des données, nous avons travaillé avec Me RIQUELME Marie et Mr PEREIRA Bruno, biostatisticiens à la Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation de Clermont Ferrand (DRCI). Pour cette étude, les tests statistiques utilisés étaient le test Du Chi 2 et le test de Fisher.

6.3 Résultats :

Les réponses à chaque item du questionnaire sont présentées par les figures suivantes et les tableaux suivants représentent la recherche d'influence des caractéristiques de la population par rapport à l'item.

6.3.1 Caractéristiques de la population

170 médecins ont répondu au questionnaire, parmi eux 84 hommes et 86 femmes. Ces médecins décrivaient leur durée et milieu d'exercice, leur patientèle de personnes âgées et leur formation potentielle en gériatrie (Figures 2, 3, 4 et 5)

Figure 3 : Durée d'exercice des 170 médecins généralistes

170 réponses

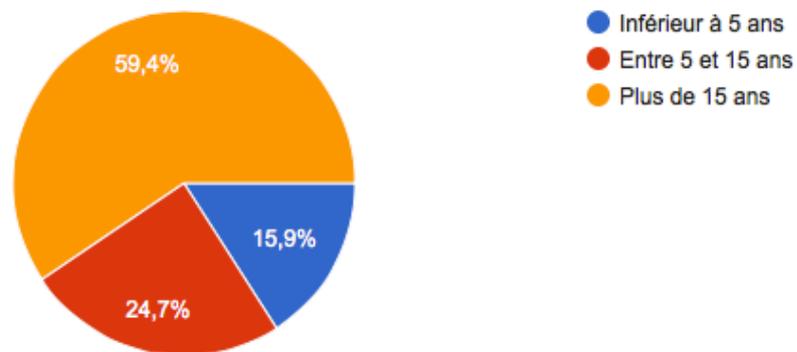


Figure 4 : Milieu d'exercice des 170 médecins généralistes

170 réponses

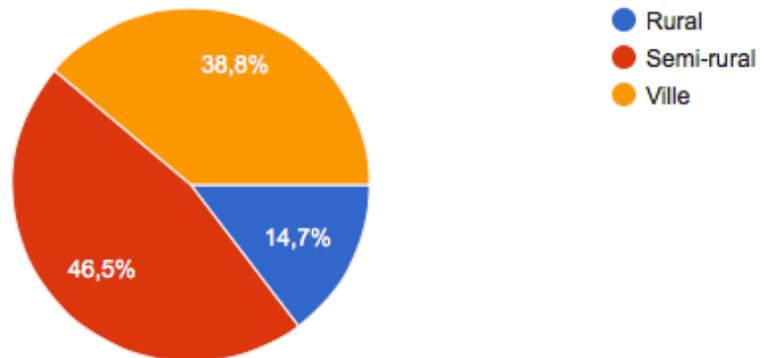


Figure 5 : Pourcentage de patients de plus de 75 ans dans la patientèle des 170 médecins généralistes

170 réponses

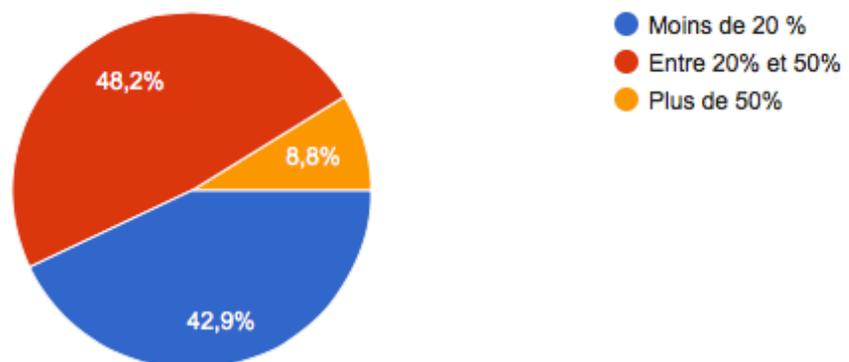
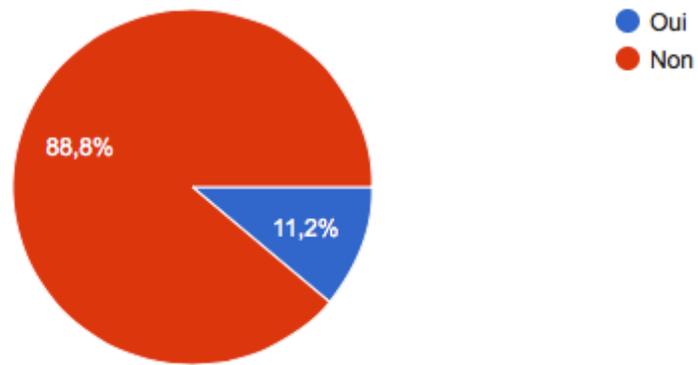


Figure 6 : Formations complémentaires en gériatrie des médecins interrogés

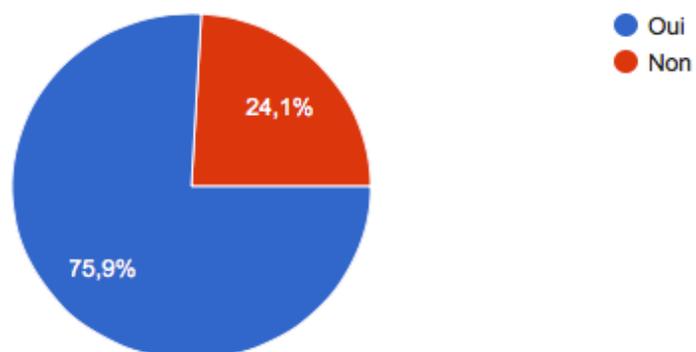
170 réponses



6.3.2 Résultats concernant le bilan des troubles cognitifs par les médecins généralistes

Figure 7 : pourcentage des médecins se sentant à l'aise face au repérage des TNC au cabinet

170 réponses



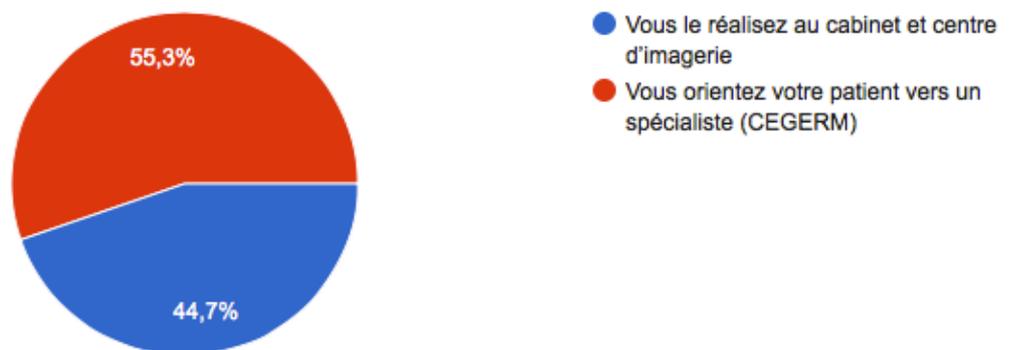
Nous avons recherché s'il existait une corrélation entre le fait que les médecins se sentent à l'aise face au repérage des TNC et leur durée d'exercice (Tableau II)

Tableau II : Médecins à l'aise avec le repérage des TNC selon durée d'exercice (N=170, p=0,47)

Vous sentez vous à l'aise avec le repérage des troubles cognitifs au cabinet	Durée d'exercice		
	< 5ans	Entre 5 et 15 ans	> 15 ans
NON	8 (29,6%)	12 (28,6%)	21 (20,8%)
OUI	19 (70,4%)	30 (71,4%)	80 (79,2%)

Figure 8 : Bilan des troubles neurocognitifs : réalisation en ambulatoire ou orientation vers un spécialiste

170 réponses



Nous avons recherché si une relation s'établissait entre leur façon de réaliser le bilan des TNC et leur milieu d'exercice (Tableau III).

Tableau III : Bilan des TNC selon le milieu d'exercice (N= 170 p= 0,432)

Pour le bilan des Troubles cognitifs	Milieu d'exercice		
	RURAL	SEMI RURAL	URBAIN
Vous le réalisez en ambulatoire	14 (56%)	35 (44,3%)	27 (40,9%)
Vous orientez vers un spécialiste	11 (44%)	44 (55,7%)	39 (59,1%)

Nous avons recherché si une relation s'établissait entre leur façon de réaliser le bilan des TNC et leur durée d'exercice (Tableau IV).

Tableau IV : Bilan des TNC selon la durée d'exercice (N=170 p= 0,288)

Pour le bilan des troubles cognitifs	Durée d'exercice		
	< 5 ans	Entre 5 et 15 ans	> 15 ans
Vous le réalisez en ambulatoire	11 (40,7%)	15 (35,7%)	50 (49,5%)
Vous orientez vers un spécialiste	16 (59,3%)	27 (64,3%)	51 (50,5%)

Nous avons recherché si une relation s'établissait entre leur façon de réaliser le bilan des TNC et leur formation en gériatrie (Tableau V).

Tableau V : Bilan de TNC par les médecins qu'ils aient une formation complémentaire en gériatrie ou non (N= 170 p=0,461))

Pour le bilan des troubles cognitifs	Avez-vous une formation complémentaire en gériatrie ?	
	NON	OUI
Vous le réalisez en ville	66 (43,7%)	10 (52,6%)
Vous orientez vers un spécialiste	85 (56,3%)	9 (47,4%)

6.3.3 Résultats concernant l'utilisation de la filière gériatrique par les médecins interrogés

6.3.3.1 CLIC

Les médecins étaient interrogés sur leur connaissance et orientation de leurs patients au sein de ces CLIC (Figures 9,10)

Figure 9 : Pourcentage des médecins interrogés connaissant les CLIC

170 réponses

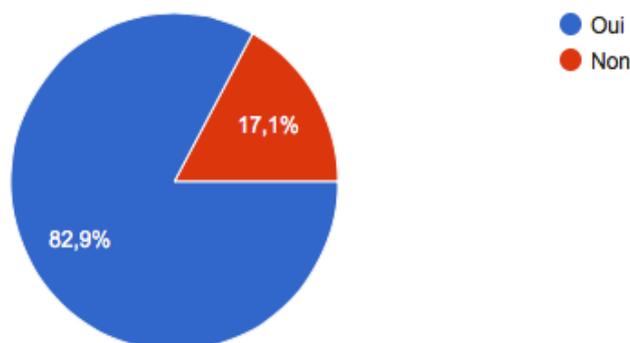
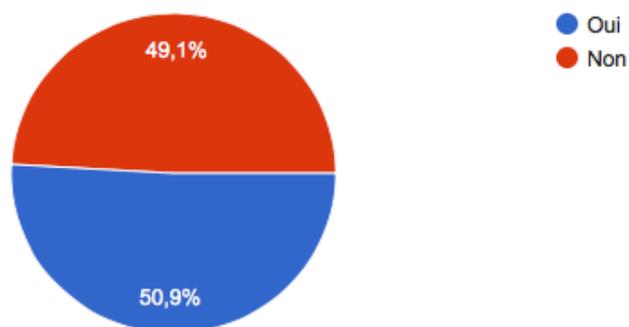


Figure 10 : Pourcentage des médecins adressant leurs patients aux CLIC (parmi les médecins connaissant les CLIC)



Nous avons recherché s'il existait une corrélation entre l'orientation des patients vers les CLIC et :

- La durée d'exercice du médecin (Tableau VI)
- Son milieu d'exercice (Tableau VII)
- Sa formation en gériatrie (Tableau VIII).

Tableau VI : Orientation des patients vers les CLIC selon la durée d'exercice (N=141, p=0,821)

Adressez-vous au CLIC ?	Durée d'exercice		
	<5 ans	Entre 5 et 15 ans	>15 ans
NON	9 (42,9%)	15 (41,7%)	31 (36,9%)
OUI	12 (57,1%)	21 (58,3%)	53 (63,1%)

Tableau VII : Orientation des patients vers les CLIC selon le milieu d'exercice (N=141 (médecins connaissant les CLIC), p= 0,131)

Adressez-vous au CLIC ?	Milieu d'exercice		
	RURAL	SEMI RURAL	URBAIN
NON	8 (33,3%)	24 (33,3%)	23 (51,1%)
OUI	16 (66,7%)	48 (66,7%)	22 (48,9%)

Tableau VIII : Orientation des patients vers les CLIC par les médecins qu'ils aient une formation complémentaire en gériatrie ou non (N=141, p=0,597)

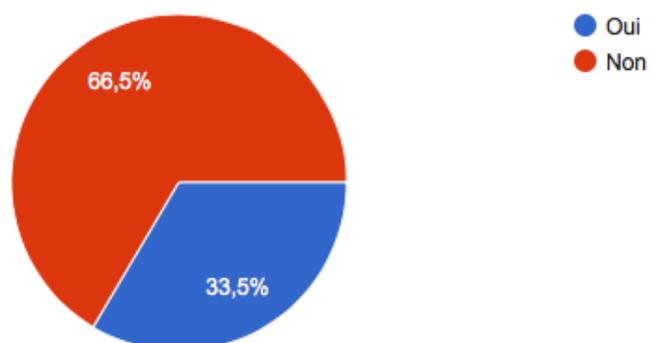
Adressez-vous au CLIC ?	Avez-vous une formation en gériatrie ?	
	NON	OUI
NON	49 (39,8%)	6 (33,3%)
OUI	74 (60,2%)	12 (66,7%)

6.3.3.2 Gestionnaire de cas des MAIA

Les médecins étaient interrogés sur leur recours à un gestionnaire de cas dans la prise en charge de leurs patients avec TNC (Figure 11).

Figure 11 : Pourcentage de médecins ayant déjà eu recours à un gestionnaire de cas

170 réponses



Nous avons recherché s'il existait une corrélation entre le recours à un gestionnaire de cas pour les patients et :

- La durée d'exercice du médecin (Tableau IX)
- Son milieu d'exercice (Tableau X)
- Sa formation en gériatrie (Tableau XI).

Tableau IX : Proportion des médecins ayant eu un recours à un gestionnaire de cas selon la durée d'exercice (N= 170, p=0,655)

Avez-vous déjà eu recours à un gestionnaire de cas ?	Durée d'exercice		
	< 5 ans	Entre 5 et 15 ans	> 15 ans
NON	20 (74,1%)	27 (64,3%)	66 (65,4%)
OUI	7 (25,9%)	15 (35,7%)	35 (34,6%)

Tableau X : Proportion des médecins ayant eu un recours à un gestionnaire de cas selon le milieu d'exercice (N=170, p=0,823)

Avez-vous déjà eu recours à un gestionnaire de cas ?	Milieu d'exercice		
	RURAL	SEMI RURAL	URBAIN
NON	17 (68%)	54 (68,4%)	42 (63,6%)
OUI	8 (32%)	25 (31,6%)	24 (36,4%)

Tableau XI : Proportion des médecins ayant eu un recours à un gestionnaire de cas qu'ils aient une formation complémentaire en gériatrie ou non (N = 170, p=0,175)

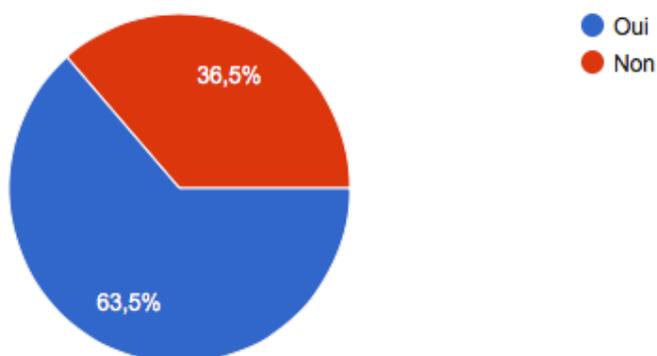
Avez-vous déjà eu recours à un gestionnaire de cas ?	Avez-vous une formation complémentaire en gériatrie ?	
	NON	OUI
NON	103 (68,2%)	10 (52,6%)
OUI	48 (31,8%)	9 (47,4%)

6.3.3.3 ESA

De la même façon, les médecins étaient interrogés sur leur recours à une équipe spécialisée Alzheimer dans la prise en charge de leurs patients avec TNC (Figure 12).

Figure 12 : pourcentage de médecins ayant déjà fait appel à une équipe spécialisée Alzheimer

170 réponses



Nous avons recherché s'il existait une corrélation entre le recours à une ESA pour les patients et :

- La durée d'exercice du médecin (Tableau XII)
- Son milieu d'exercice (Tableau XIII)
- Sa formation en gériatrie (Tableau XIV).

Tableau XII : pourcentage de médecins ayant déjà fait appel à une équipe spécialisée Alzheimer selon la durée d'exercice (N=170, p=0,379)

Avez-vous déjà fait appel à une équipe spécialisée Alzheimer ?	Durée d'exercice		
	< 5 ans	Entre 5 et 15 ans	> 15 ans
NON	13 (48,2%)	15 (35,7%)	34 (33,7%)
OUI	14 (51,8%)	27 (64,3%)	67 (66,3%)

Tableau XIII : pourcentage de médecins ayant déjà fait appel à une équipe spécialisée Alzheimer selon le milieu d'exercice (N=170, p= 0,296)

Avez-vous déjà eu recours à une équipe spécialisée Alzheimer ?	Milieu d'exercice		
	RURAL	SEMI RURAL	URBAIN
NON	11 (44%)	24 (30,4%)	27 (40,9%)
OUI	14 (56%)	55 (69,6%)	39 (59,1%)

Tableau XIV : pourcentage de médecins ayant déjà fait appel à une équipe spécialisée Alzheimer qu'ils aient une formation complémentaire en gériatrie ou non (N = 170, p=0,138)

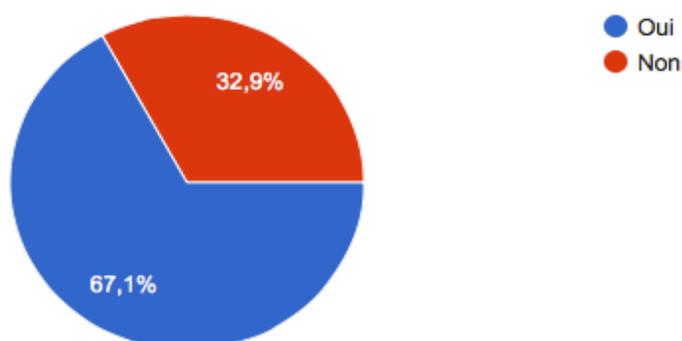
Avez-vous déjà fait appel à une équipe spécialisée Alzheimer ?	Avez-vous une formation complémentaire en gériatrie ?	
	NON	OUI
NON	58 (38,4%)	4 (21,1%)
OUI	93 (61,6%)	15 (78,9%)

6.3.3.4. Pour les aidants

Les médecins interrogés devaient répondre sur leur utilisation des ressources de la filière intervenant dans la prise en charge des aidants (Figure 13).

Figure 13 : Pourcentage des médecins proposant une prise en charge des aidants familiaux

170 réponses



Nous avons recherché s'il existait une corrélation entre la proposition de prise en charge des aidants et :

- La durée d'exercice du médecin (Tableau XV)
- L'orientation de leurs patients vers les CLIC (Tableau XVI)
- La formation en gériatrie du médecin (Tableau XIV).

Tableau XV : Proportion des médecins proposant une prise en charge des aidants familiaux selon leur durée d'exercice (N= 170, p=0,289)

Proposez-vous une prise en charge pour les aidants familiaux ?	Durée d'exercice		
	< 5 ans	Entre 5 et 15 ans	> 15 ans
NON	8 (29,6%)	18 (42,9%)	30 (29,7%)
OUI	19 (70,4%)	24 (57,1%)	71 70,3%)

Tableau XVI : Proportion des médecins proposant une prise en charge des aidants familiaux qu'ils adressent leurs patients aux CLIC ou non (N=141, p=0,087)

Proposez-vous une prise en charge pour les aidants familiaux ?	Adressez-vous vos patients au CLIC ?	
	NON	OUI
NON	23 (41,8%)	24 (27,9%)
OUI	32 (58,2%)	62 (72,1%)

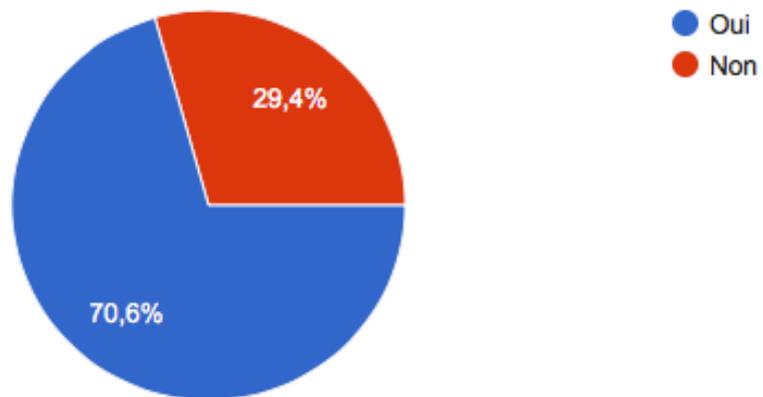
Tableau XVII : Proportion des médecins proposant une prise en charge des aidants familiaux qu'ils aient une formation complémentaire en gériatrie ou non (N=170, p=0,893)

Proposez-vous une prise en charge pour les aidants ?	Avez-vous une formation complémentaire en gériatrie ?	
	NON	OUI
NON	50 (33,1%)	6 (31,6%)
OUI	101 (66,9%)	13 68,4%)

6.3.4 Résultats à la question : « êtes-vous intéressés par un logiciel d'aide à la prise en charge des patients avec des TNC ? » (Figure 14)

Figure 14 : Besoin des médecins quant à la réalisation d'une application informatique d'aide à la prise en charge des patients avec des troubles neurocognitifs

170 réponses



6.4 Discussion :

6.4.1 Principaux résultats et comparaison aux données de littérature

6.4.1.1 Concernant les caractéristiques de la population interrogée

-Parmi les 170 médecins généralistes ayant répondu aux questionnaires, nous dénombrons 84 hommes et 86 femmes, ce qui donne un échantillon homogène quant au sexe. Ce résultat est assez représentatif de la proportion hommes femmes des médecins généralistes à l'échelle nationale (environ 48,2% de femmes médecins généralistes en 2018 selon le conseil national de l'Ordre des médecins) et légèrement au-dessus du chiffre du département (43,4% de femmes selon l'union régionale des professionnels de santé Auvergne-Rhône Alpes). (20,21)

-Pour la durée d'exercice, la plupart des médecins interrogés ont plus de 15 ans d'exercice (59,4% des médecins, figure 4). Cette proportion rejoint la tendance nationale (âge moyen national des médecins généralistes en 2018=50,6 ans) et départementale (âge moyen de 52 ans dans le Puy de Dôme). (20,21)

-Pour le milieu d'exercice, les médecins interrogés exercent plus en milieu urbain et semi rural (seulement 14,7% des médecins ont répondu qu'ils exerçaient en milieu rural, 46,5% en milieu urbain et 38,8% en milieu semi rural figure 3). Selon les données départementales de l'Union Régionale des Professionnels de Santé Médecins Libéraux Auvergne Rhône Alpes, 35,9 % des médecins exercent en semi rural, 22,2% en rural dans le Puy de Dôme et 41,9% en milieu urbain, ce qui rend notre échantillon représentatif.

-La plupart des médecins interrogés n'a pas de formation complémentaire en gériatrie (88,8% des médecins, figure 6). Les médecins généralistes peuvent se former au niveau national grâce à la capacité de gériatrie, au Diplôme d'Étude Spécialisée Complémentaire (DESC) et à divers Diplômes Universitaires (DU). En 2010, selon les données du collège national de gériatrie, 2784 médecins étaient inscrits en capacité de gériatrie en France. Dans le Puy de

Dôme, en 2019, seulement 6 médecins étaient sur la liste d'inscription à cette formation. Ces chiffres montrent une formation encore trop peu répandue parmi les médecins généralistes.

6.4.1.2 *Concernant le bilan des troubles cognitifs*

Les médecins généralistes interrogés ont plus tendance à orienter vers un spécialiste (55,3% orientent contre 44,7% qui réalisent eux-mêmes, figure 8). Cette tendance semble corrélée à certains facteurs :

-l'exercice en milieu urbain et semi-rural (59,1% et 55,7% des médecins orientent vers un spécialiste respectivement alors que 56% des médecins exerçant en milieu rural réalisent eux-mêmes le bilan des TNC, tableau III, $p=0,432$). Nous pouvons nous interroger du manque d'accessibilité à un spécialiste en campagne.

-la durée d'exercice de moins de 15 ans : en effet, seulement 50,5% des médecins avec plus de 15 ans d'exercice orientent vers un spécialiste pour le bilan des TNC alors que ce chiffre est porté à 59,3% pour les moins de 5 ans d'exercice et 64,3 % pour une durée d'exercice entre 5 et 15 ans, tableau IV, $p=0,288$. On peut penser que plus le médecin a de l'expérience et moins il a le besoin d'avoir recours à une consultation spécialisée.

-l'absence de formation complémentaire en gériatrie (DU, capacité, DESC) : les médecins non formés en gériatrie ont plus tendance à orienter leurs patients vers un spécialiste (56,3% des médecins contre 47,4% pour les médecins formés, tableau V, $p=0,461$).

6.4.1.3 Concernant l'utilisation des ressources de la filière gériatrique

6.4.1.3.1 CLIC

La majorité des médecins de l'étude connaissent les CLIC (82,9% des médecins interrogés, figure 9) et parmi eux, un médecin sur deux n'oriente pas ses patients dans ces structures (figure 10).

L'orientation vers les CLIC semble influencée par le milieu d'exercice. En effet, les médecins exerçant en milieu rural et semi rural ont plus tendance à orienter leurs patients vers les CLIC (66,7% pour les deux milieux d'exercice) alors qu'en milieu urbain, seulement 48,9% des médecins orientent vers les CLIC (Tableau VII, $p=0,821$). Ceci peut être en partie expliqué par le grand nombre de structures présentes dans l'agglomération clermontoise et par le choix de fonctionnement du CLIC de Clermont qui n'accueille pas directement de public.

Cependant, l'orientation vers les CLIC n'est pas influencée ni par la durée d'exercice ni par l'existence d'une formation complémentaire en gériatrie (Tableaux VI, VIII).

Globalement, on constate que même si les médecins déclarent connaître ces structures, ils n'y ont que trop peu recours. La formation et l'information sur ces CLIC est souvent manquante. De plus, il existe une grande hétérogénéité de leur fonctionnement.

La connaissance de ces structures et leur fonctionnement devraient faire partie de la formation initiale du médecin généraliste. En complément, des campagnes d'information des CLIC auprès des médecins installées seraient souhaitables.

6.4.1.3.2 Gestionnaires de cas de la MAIA

Une minorité de médecins a déjà fait appel à des gestionnaires de cas dans la prise en charge de leurs patients avec TNC (33,6% figure 11).

Le recours à un gestionnaire de cas est favorisé par certains facteurs :

-la durée d'exercice supérieure à 5 ans (35,7% des médecins [durée d'exercice entre 5 et 15 ans] et 34,6% [durée d'exercice de plus de 15 ans] ont déjà fait appel à des gestionnaires alors que ce chiffre est de 25,9% pour les médecins avec une durée d'exercice inférieure à 5 ans (Tableau IX, $p=0,655$).

-la présence d'une formation complémentaire en gériatrie (47,4% des médecins formés en gériatrie ont déjà fait appel contre seulement 31,8% chez les non formés, tableau XI, $p=0,175$).

Le milieu d'exercice ne modifie pas le recours à un gestionnaire de cas (Tableau X).

On constate que, concernant les MAIA, les carences sont encore plus flagrantes. En effet, ce sont des structures connues seulement des médecins généralistes ayant une formation complémentaire en gériatrie et ayant une certaine durée d'exercice.

6.4.1.3.3 ESA

La majorité des médecins interrogés ont déjà eu recours à une ESA dans leur prise en charge (63,5% des médecins, figure 12).

De même, nous avons recherché l'influence de certaines caractéristiques de la population dans le recours à cet acteur de la filière :

-la durée d'exercice supérieure à 5 ans (64,3% des médecins [durée d'exercice entre 5 et 15 ans] et 66,3% [durée d'exercice de plus de 15 ans] ont déjà fait appel à des ESA alors que ce chiffre est de 51,8% pour les médecins avec une durée d'exercice inférieure à 5 ans (Tableau XII, $p=0,379$).

-l'existence d'une formation complémentaire en gériatrie (78,9% des médecins formés ont déjà eu recours à une ESA contre 61,6% chez les non formés, tableau XIV, $p=0,138$).

Le milieu d'exercice ne modifie pas le recours à une ESA (Tableau XIII).

L'expérience acquise avec une grande durée d'exercice et la formation en gériatrie des médecins permettraient de mieux connaître les acteurs de la filière gériatrique tels que les ESA et gestionnaires de cas.

6.4.1.4 Concernant la prise en charge des aidants familiaux

La majorité des médecins interrogés proposait une prise en charge pour les aidants de ces patients (67,1% des médecins figure 13).

Nous pouvons noter que cette tendance est plus prononcée pour les médecins connaissant les CLIC et y adressant leurs patients. En effet, 72,1% des médecins adressant leurs patients ($n=141$) au CLIC proposent une prise en charge des aidants contre 58,2% pour les médecins n'adressant pas au CLIC (tableau XVI, $p=0,087$).

La durée d'exercice des médecins et leur formation éventuelle en gériatrie n'influencent pas leur proposition de prise en charge des aidants (Tableaux XV et XVII).

6.4.2 Forces et limites de l'étude

6.4.2.1 Forces :

-Nous avons obtenu 170 réponses sur les 436 questionnaires envoyés, ce qui démontre un intérêt des médecins généralistes pour cette thématique.

-Notre échantillon partage des caractéristiques avec la démographie médicale départementale et nationale, ce qui le rend représentatif (durée d'exercice, milieu d'exercice et sexe).

-Dans cette étude, une grande majorité des médecins semblent intéressés par la réalisation d'un outil d'aide à la prise en charge et à l'orientation des patients avec des troubles neurocognitifs dans le Puy de Dôme (70,6% figure 14).

6.4.2.2 *Limites :*

-Les médecins de l'étude avaient préalablement donné leur accord par téléphone pour l'envoi du questionnaire. Il existe un premier biais de sélection car les médecins ayant refusé au téléphone n'ont pas reçu de questionnaire. Il peut s'agir des médecins qui sont moins à l'aise avec le repérage ou la prise en charge de ces troubles.

-Il existe un biais de réponse du fait de la volonté des médecins à répondre conformément aux attentes de l'enquêteur. Celui-ci est un biais fréquent lors d'un recueil de données par questionnaire.

-Les résultats de l'étude sont non significatifs, du fait d'un manque de puissance.

7 PARTIE 3 : Logiciel

Dans le but d'aider les médecins généralistes du Puy de Dôme à prendre en charge et à orienter leurs patients avec des troubles neurocognitifs au sein de structures spécialisées, nous avons mis en place un outil informatique.

La réalisation de cet outil est directement en rapport avec l'étude descriptive de la pratique des médecins généralistes du Puy de Dôme et la description de la filière gériatrique.

Il permet de proposer des structures susceptibles d'intervenir dans la prise en charge du patient avec TNC grâce à la sélection de critères le définissant. Les résultats obtenus sont à interpréter en fonction du contexte médico-psycho-social du patient.

7.1 Critères

Pour se faire, un comité d'experts a été formé, composé de gériatres du Centre Hospitalier de Riom (pôle gériatrie Dr BOHATIER, Dr BILLAULT, Dr LEPLEY, Dr MACTOUX, Dr GIMBERGUES-CADET, Pr LEDIEU).

Ils ont défini 4 groupes de critères permettant l'aiguillage du patient :

- Critères géographiques : un des 7 territoires des CLIC
- Critères cliniques : troubles du comportement productifs, chutes
- Critères fonctionnels : perte d'autonomie, déficits sensoriels gênants
- Critères sociaux : épuisement de l'aidant/absence d'aidant, maltraitance, logement inadapté, isolement familial/géographique, faibles ressources économiques

On dénombre un total de 9 critères.

7.2 Structures

Il s'agit des différentes entités composant la filière gériatrique du Puy de Dôme. Le comité d'experts a permis le fléchage des structures correspondant à chaque critère.

7.3 Précisions sur le logiciel

Pour ce travail, nous avons été aidés d'un informaticien, étudiant de l'Institut Supérieur d'Informatique, de Modélisation et de leurs Applications (ISIMA) de Clermont Ferrand et de l'association IMAGE qui permet la réalisation de projets. Le logiciel est une application qui est destinée aux médecins généralistes et peut être mise à jour. La liste des structures a été réalisée sous forme de tableur Excel avec encodage de type 0 et 1 par rapport aux différents critères.

7.4 Fonctionnement du logiciel

Dans un premier temps, le médecin généraliste choisit la zone géographique (CLIC de rattachement) de son patient, puis il sélectionne s'il veut bilanter les troubles ou organiser l'orientation de son patient dans la filière. Il peut alors choisir le maintien à domicile ou l'orientation vers les structures.

Application d'aide à l'orientation des patients atteints de troubles cognitifs

Choix du fichier

Choisir le fichier liste-de...1025.csv

Choix des critères de tri

Zones

Clermont Ferrand

Type de prise en charge

-- Choisir les types --

Type de troubles cognitifs

Sévère
 Léger

Autres critères

Si vous avez sélectionné "Troubles cognitifs sévères", merci de cocher au moins un critère supplémentaire dans la liste en-dessous

Par la suite, le médecin précise si son patient est atteint de troubles neurocognitifs légers ou sévères.

Application d'aide à l'orientation des patients atteints de troubles cognitifs

Choix du fichier
Choisir le fichier

Choix des critères de tri

Zones

Type de prise en charge

Type de troubles cognitifs
 Sévère
 Léger

Dans un troisième temps, il notifie si son patient présente d'autres critères (clinique, social, fonctionnel). Pour les patients avec TNC sévères, le médecin est tenu de cocher au moins un autre critère supplémentaire étant donné qu'à ce stade de la maladie, le patient a généralement plusieurs critères associés (par exemple, le patient atteint de TNC sévères présente plus souvent des troubles du comportement et l'épuisement de l'aidant est plus fréquent...)

Si vous avez sélectionné "Troubles cognitifs sévères", merci de cocher au moins un critère supplémentaire dans la liste en-dessous

Troubles du comportement
 Pas d'aidant, épuisement de l'aidant
 Maltraitance
 Perte d'autonomie
 Chute
 Déficit sensoriel gênants
 Logement inadapté
 Faibles ressources économiques
 Isolement familial et géographique

Vous pouvez joindre un gériatre du lundi au vendredi de 8h30 à 18h30 au numéro suivant : 04 73 75 08 00.

Enfin, le médecin doit valider sa requête et une liste d'intervenants susceptibles de prendre en charge le patient apparaît dans la zone à droite. Cette liste est organisée par ordre alphabétique et les entités sont représentées par différentes couleurs pour une meilleure visibilité des résultats. Le logiciel permet l'impression des résultats.

7.5 Points forts du logiciel

La plupart des médecins interrogés est intéressée par la mise en place de ce logiciel. (Partie questionnaire, figure 14).

Le logiciel porte sur le thème des TNC, motif récurrent de consultation en médecine générale et question de santé publique du fait du vieillissement de la population (3,4)

Il s'agit d'une aide à la prise en charge et à l'orientation de ces patients, simple d'utilisation et fonctionnelle, destinée aux médecins généralistes lors de leur consultation.

Le logiciel permet au médecin généraliste de cibler les caractéristiques de son patient afin de lui proposer les structures pertinentes dans sa prise en charge selon sa situation géographique dans le Puy de Dôme.

Il recense de manière exhaustive l'ensemble des acteurs de la filière gériatrique du Puy de Dôme.

La mise à jour régulière du logiciel est possible et permet la réactualisation des données.

7.6 Points faibles

Il n'y avait pas de médecin généraliste dans le comité d'experts réunis au CH de Riom, du fait d'un problème organisationnel.

Il s'agit d'un logiciel prototype, son ergonomie est à améliorer par la suite.

En ce qui concerne la visibilité du logiciel, nous avons opté pour une application au sein d'un site web. La société de gérontologie d'Auvergne se propose d'héberger l'application sur son site internet (www.sgca.fr) mais l'accessibilité reste insuffisante pour les médecins généralistes.

7.7 Évolution

Afin d'améliorer la diffusion du logiciel, nous avons rencontré un membre du Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) Système d'Information Médicale Partagée en Auvergne (SIMPA), dispositif qui permet de favoriser le développement des systèmes d'information dans le domaine de la santé et du secteur médicosocial régional.

Un test sur le terrain visant à évaluer l'aide apportée en pratique par le logiciel aux médecins généralistes est à envisager. Il permettra d'adapter au mieux le logiciel aux attentes des médecins.

Dans les perspectives futures, on peut imaginer un accès à ce type de logiciel aux aidants familiaux et aux professions paramédicales.

Ce travail montre que la filière gériatrique du Puy de Dôme est complexe, polymorphe et que les médecins généralistes sont peu formés à la gériatrie. Ces phénomènes peuvent expliquer que certains acteurs soient encore insuffisamment sollicités. Une uniformisation de la filière gériatrique et une formation spécifique des étudiants lors du cursus médical pourraient optimiser le recours aux différentes ressources de la filière. Une campagne d'information plus ciblée des CLIC envers les médecins ou internes en formation est souhaitable afin de les sensibiliser à cette thématique.

8 CONCLUSION DE THESE

Les médecins généralistes du Puy de Dôme ont été intéressés par le sujet des TNC si l'on en juge par le taux important de réponses aux questionnaires. L'échantillon est représentatif de la démographie médicale du département et au niveau national. Les médecins généralistes ne sollicitent encore pas assez tous les acteurs de la filière gériatrique du Puy de Dôme multiples et hétérogènes dans leur organisation. La réalisation et la diffusion du logiciel GERONTO-CLIC a pour but d'optimiser le recours aux différents intervenants de cette filière.

Clermont-Ferrand, le 06/11/19
Pierre CLAVELOU
Doyen - Directeur



Clermont-Ferrand, le 30/10/19 .
Le Président du Jury


C.H.U Clermont-Ferrand
Hôpital Gabriel Montpied
Service de Médecine du Sport
et Explorations fonctionnelles
Professeur Frédéric COSTES
PU-PH
N°RPPS : 10003010419

9 Références bibliographiques

1. Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050 - Insee Première - 1089 [Internet]. [cité 7 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1280826>
2. Amieva H, Andrieu S, Berr C, Buée L, Checler F, Clément S, et al. Maladie d'Alzheimer: enjeux scientifiques, médicaux et sociétaux. :674.
3. etude paquid [Internet]. [cité 7 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/104077/article/w24-l-etude-paquid-1988-2001>
4. Dartigues J-F, Berr C, Helmer C, Letenneur L. Épidémiologie de la maladie d'Alzheimer. médecine/sciences. juin 2002;18(6-7):737-43.
5. Sebastián Hernández AJ, Arranz Santamaría LC. Patterns of detection of mild cognitive impairment in nursing. Rev Espanola Geriatr Gerontol. juin 2017;52 Suppl 1:54-7.
6. Yoon PS, Ooi CH, How CH. Approach to the forgetful patient. Singapore Med J. mars 2018;59(3):121-5.
7. Regier DA, Kuhl EA, Kupfer DJ. The DSM-5: Classification and criteria changes. World Psychiatry Off J World Psychiatr Assoc WPA. juin 2013;12(2):92-8.
8. recommandations bonne pratique maladies Alzheimer [Internet]. [cité 7 nov 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-12/recommandation_maladie_d_alzheimer_et_maladies_apparentees_diagnostic_et_prsie_en_charge.pdf
9. AGS Clinical Practice Committee. Guidelines abstracted from the American Academy of Neurology's Dementia Guidelines for Early Detection, Diagnosis, and Management of Dementia. J Am Geriatr Soc. juin 2003;51(6):869-73.
10. Problématique de santé publique [Internet]. [cité 7 nov 2019]. Disponible sur: <http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/113/?sequence=24>
11. Draper B, Low L-F, Brodaty H. Integrated care for adults with dementia and other cognitive disorders. Int Rev Psychiatry Abingdon Engl. 2018;30(6):272-91.
12. Assaf G, Tanielian M. Mild cognitive impairment in primary care: a clinical review. Postgrad Med J. nov 2018;94(1117):647-52.
13. Netgen. Dépistage et prévention des troubles cognitifs chez les sujets âgés [Internet]. Revue Médicale Suisse. [cité 7 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2015/RMS-N-491/Depistage-et-prevention-des-troubles-cognitifs-chez-les-sujets-ages>
14. Poon NY, Ooi CH, How CH, Yoon PS. Dementia management: a brief overview for primary care clinicians. Singapore Med J. juin 2018;59(6):295-9.

15. Krolak-Salmon P, Letrilliart L, Ceccaldi M, Andrieu S, Guérin O, Dubois B, et al. Vers une stratégie nationale de diagnostic des troubles cognitifs. Approche commune du Collège de médecine générale et des spécialistes des troubles neurocognitifs. *Presse Médicale*. janv 2018;47(1):75-83.
16. Isabelle L-P. Guide de parcours de soins. 2018;35.
17. Bush C, Kozak J, Elmslie T. Screening for cognitive impairment in the elderly. *Can Fam Physician*. oct 1997;43:1763-8.
18. Villars H, Oustric S, Andrieu S, Baeyens JP, Bernabei R, Brodaty H, et al. The primary care physician and Alzheimer's disease: an international position paper. *J Nutr Health Aging*. févr 2010;14(2):110-20.
19. circulaire DHOS/O2/2007 [Internet]. [cité 7 nov 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-04/a0040058.htm>
20. Atlas démographie médicale [Internet]. [cité 7 nov 2019]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/hb1htw/cnom_atlas_2018_0.pdf
21. Rapport départemental URPS [Internet]. [cité 7 nov 2019]. Disponible sur: <http://www.urps-med-aura.fr/organisationbr-et-offre-de-soins/demographie-medicale/medecine-generale/59>
22. circulaire DGOS 2011/11 [Internet]. [cité 7 nov 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2011/11-11/ste_20110011_0100_0053.pdf
23. Santé M des S et de la, Santé M des S et de la. circulaire DHOS/O1/O2/DGS/MC3 [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 7 nov 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/bulletins-officiels-et-documents-opposables/article/bulletins-officiels-sante-protection-sociale-solidarite-2008>
24. Circulaire DAS-RV 2 n° 2000-310 du 6 juin 2000 relative aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC). Expérimentation en 2000 et programmation pluriannuelle 2001-2005 - APHP DAJ [Internet]. [cité 7 oct 2019]. Disponible sur: <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-das-rv-2-n-2000-310-du-6-juin-2000-relative-aux-centres-locaux-dinformation-et-de-coordination-clic-experimentation-en-2000-et-programmation-pluriannuelle-2001-2005/>
25. Circulaire DGCS/DGOS n° 2012-06 interministérielle du 10 janvier 2012 relative à la mise en oeuvre de la mesure 4 du plan Alzheimer : déploiement des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA) - APHP DAJ [Internet]. [cité 7 oct 2019]. Disponible sur: <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dgcsdgos-n-2012-06-interministerielle-du-10-janvier-2012-relative-a-la-mise-en-oeuvre-de-la-mesure-4-du-plan-alzheimer-deploiement-des-maisons-pour-lautonomie-et-lintegration-d/>

26. article L123-4 CASF. Code de l'action sociale et des familles.
27. Circulaire DGAS 2C [Internet]. [cité 7 nov 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2005/05-03/a0030036.htm>
28. circulaire DGCS SD3A 2011/6 [Internet]. [cité 7 nov 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2012/12-01/ste_20120001_0100_0119.pdf
29. circulaire DGCS SD3A 2012/1 [Internet]. [cité 7 nov 2019]. Disponible sur: http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2011/12/cir_34292.pdf
30. article 6122 CSP. Code de la santé publique.
31. Décret n° 2016-696. 2016-696 mai 27, 2016.
32. circulaire DHOS/O1 [Internet]. [cité 7 nov 2019]. Disponible sur: http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/04/cir_18785.pdf
33. loi 2002 -2. Code de l'action sociale et des familles.
34. article D312 Décret n° 2016-1164. 2016-1164 août 26, 2016.
35. Circulaire n° DHOS/O2/F2/DGAS/2C/CNSA/2008 [Internet]. [cité 7 nov 2019]. Disponible sur: <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-n-dhoso2f2dgas2ccnsa2008340-du-17-novembre-2008-relative-a-la-mise-en-oeuvre-de-l-article-46-de-la-loi-de-financement-de-la-securite-sociale-pour-2006-modifiee-concernant-les/>
36. Trégoat J-J. circulaire DGAS DSS DHOS. Rev Francoph Lab. mars 2006;2006(380):53-4.

10 Annexes

10.1 Filière gériatrique

10.1.1 Acteurs du diagnostic des TNC

10.1.1.1 Médecin traitant

Le médecin traitant est en première ligne du dépistage des troubles neurocognitifs car il est souvent le premier en contact avec un patient ou sa famille et il donne l'alerte. Il a un rôle à la fois de dépistage, de suivi médical, de coordination des soins et prend en charge les aidants.

(21)

10.1.1.2 Consultation mémoire

Il s'agit de consultations de dépistage des TNC réalisées par des gériatres, neurologues ou psychiatres afin d'évaluer les troubles de la mémoire dans chaque contexte clinique. (22)

Elles permettent d'établir un diagnostic et un bilan complet de l'état des troubles neurocognitifs des personnes. Elles peuvent être associées à des consultations neuropsychologiques. Leur objectif est de poser le diagnostic, d'optimiser la prise en charge et le maintien à domicile des patients en élaborant un plan d'aide adapté après concertation avec l'équipe pluridisciplinaire. On les trouve en secteur public (CHU, CH) ou libéral.

10.1.1.3 Court Séjour Gériatrique (CSG)

Dans certains cas, le diagnostic de troubles cognitifs nécessite une hospitalisation du patient ou est réalisée au cours d'une hospitalisation du patient pour une pathologie aiguë ou dans le cadre d'un maintien à domicile difficile.

L'unité de Court Séjour Gériatrique prend en charge en hospitalisation complète des patients gériatriques, âgés de plus de 75 ans dans un but de bilan ou de prise en charge. Il s'agit, dans ce cas, de patients atteints de plusieurs pathologies chroniques invalidantes à l'origine d'une dépendance physique et /ou psychique ou d'un risque de dépendance majeure. Cette structure hospitalière permet la continuité des soins en organisant le retour à domicile du patient ou bien son orientation vers une structure d'hébergement adaptée. (19)

10.1.1.4 Équipe Mobile Gériatrique (EMG)

Équipe pluridisciplinaire Mobile, spécialisée dans la prise en charge des patients de plus de 75 ans, elle intervient à la demande des professionnels de santé médicaux, paramédicaux, en établissements hospitaliers, médicosociaux ou au domicile (exemple : service de soins, CLIC, réseau santé des personnes âgées ou médecin de ville auprès d'un patient gériatrique). (23)

Elle assure les missions d' :

- Évaluation gériatrique médico-psycho-sociale et avis gériatrique à visée diagnostique et/ou thérapeutique
- Élaboration du projet de soins des patients gériatriques
- Orientation dans la filière de soins gériatriques incluant les hôpitaux locaux
- Organisation du retour à domicile des patients en s'articulant avec les dispositifs de soutien à domicile (CLIC, coordination gériatrique, services sociaux, SSIAD, réseau de santé « personnes âgées »)
- De conseil, d'information et de formation des équipes soignantes

Elle fonctionne dans le cadre légal de la santé.

10.1.1.5 Hôpital de Jour (HDJ)

Un Hôpital de Jour Gériatrique est une structure de soins de court séjour qui propose une prise en charge ambulatoire (demi-journée ou journée complète) dans un établissement de soins. Il s'adresse à des patients gériatriques nécessitant des soins médicaux réguliers et étant capables de vivre chez eux. (19)

Il assure des missions de prévention, de diagnostic (bilan de troubles cognitifs, ...), d'évaluation gériatrique médico-psycho-sociale et de réévaluation régulière, de réadaptation (ateliers de stimulation de la mémoire, des repas thérapeutiques qui permettent des échanges entre patients et soignants, accueil autour d'un café ou d'une lecture...), de continuité des soins après une hospitalisation (séances de kinésithérapie...) ou la réalisation de soins lourds (transfusions...).

10.1.1.6 Unités Cognitivo-Comportementales (UCC)

Il s'agit d'unités fonctionnelles hospitalières, souvent administrativement services de soins de suite et réadaptation, accueillant des patients venant du domicile ou résidant en établissements d'hébergement, atteints de TNC avec troubles psycho-comportementaux.

Elles élaborent un diagnostic clinique, des adaptations thérapeutiques et ou des programmes personnalisés de réhabilitation cognitive et comportementale en s'aidant d'un bilan médico-psycho-social. Ces unités ont pour objectif de stabiliser les troubles du comportement d'un patient pour permettre un retour dans son lieu de vie. Elles nécessitent des soins par ergothérapeute, psychomotricien, psychologue, neuropsychologue, Activité Physique Adaptée (APA). (23)

10.1.2 Lieu de coordination et d'information

10.1.2.1 Centre Local d'Information de Coordination en gérontologie (CLIC)

Structures créées et financées par les Agences Régionales de Santé (ARS), ce sont des lieux d'accueil, d'information et de coordination adressés aux personnes âgées, leur entourage et aux professionnels intervenants dans la prise en charge.

Ce sont également des lieux d'écoute et de communication. (24)

Ils recensent les services disponibles sur le territoire et coordonnent les professionnels, privés ou publics, en partenariat avec les Centres Communaux d'Action Sociale et les circonscriptions d'action médico-sociale du Conseil départemental.

10.1.2.2 La Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'Autonomie (MAIA)

La méthode MAIA est une méthode d'aide au maintien à domicile, qui s'adresse aux patients de plus de 60 ans ou aux personnes de moins de 60 ans atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée, dont la situation médico-psycho-sociale est complexe à gérer. (25)

Il s'agit d'une méthode qui permet de :

- favoriser le maintien de l'autonomie à domicile,
- simplifier et coordonner le parcours des personnes âgées,
- fournir ainsi une solution globale, adaptée aux besoins et attentes des personnes âgées.

Cette méthode s'appuie sur 3 principes :

- La concertation entre les différents professionnels de l'accompagnement

- Le guichet intégré : il coordonne et intègre les différentes structures d'accueil et d'orientation du territoire (service hospitalier, EHPAD, CLIC, services d'aide à domicile...).
- La gestion de cas est complexe : à l'aide des outils de la MAIA, un gestionnaire de cas aide les personnes se trouvant dans des situations complexes et assure leur suivi sur le long terme.

Pour pouvoir bénéficier de la prise en charge MAIA par un gestionnaire de cas, il faut au moins 3 critères, en l'absence d'une situation médicale aiguë et d'antécédents de troubles psychiatriques :

-Critère 1 : Situation instable qui compromet le projet de maintien à domicile en raison de problème d'autonomie fonctionnelle et décisionnelle et d'un problème médical.

-Critère 2 : Aides et soins insuffisants ou inadaptés

-Critère 3 : Pas d'entourage proche (professionnel ou non professionnel) en mesure de mettre en place et coordonner dans la durée les réponses aux besoins.

10.1.2.3 Centre Communal d'Action Sociale (CCAS)

Un Centre communal d'action sociale (CCAS) est un établissement médicosocial, public relevant de la fonction territoriale, géré par un conseil d'administration. Il a pour mission d'animer une action générale de prévention et de développement social au sein de la commune en liaison étroite avec les institutions publiques et privées. Lorsque plusieurs communes de petite taille se rapprochent pour créer un centre unique, on parle de « centre intercommunal d'action sociale » (CIAS). (26)

Concernant les personnes âgées, les missions du CCAS sont les suivantes :

-Dans le cadre de l'Aide Sociale Légale Obligatoire : Instruction des demandes d'aide sociale légale (aide attribuée aux personnes âgées dépourvus de ressources pour assurer le coût de leur hébergement, récupérable sur succession), aides aux démarches administratives.

-Dans le cadre de l'Aide Sociale Facultative et Action Sociale : Gestion d'établissements d'hébergement et de services pour personnes âgées, soutien technique et financier aux actions sociales d'intérêt communal dans le secteur privé, secours d'urgence, prêts à taux zéro, colis alimentaires, chèques d'accompagnement personnalisé, ...

Les CCAS proposent des prestations à domicile par le biais d'auxiliaires de vie et des aides aux démarches (assistante sociale).

10.1.3 Dispositifs permettant le maintien à domicile

10.1.3.1 Services d'aide à domicile (SAD)

Il s'agit d'organismes privés, publics ou associatifs, offrant des prestations diverses aux personnes âgées à domicile. Il peut s'agir d'aides à type d'entretien du logement et du linge, d'aide au lever, d'aide à la toilette, d'aide aux courses, de préparation et prise des repas, d'aide au coucher... Ces services permettent le maintien à domicile des personnes âgées avec ou sans troubles cognitifs.

10.1.3.2 Infirmier Diplômé d'État (IDE)

C'est un professionnel de la santé qui exerce en cabinet libéral.

Il intervient au domicile du patient afin de prodiguer sur prescription médicale des soins infirmiers (préparation et dispensation de médicaments, pansements, prélèvements...) et des

soins de nursing (toilettes, ...) Il joue un rôle primordial dans la surveillance de l'évolution des troubles cognitifs des patients au domicile et permet ainsi de donner l'alerte au médecin traitant. Leur prise en charge est assurée par l'organisme de sécurité sociale.

10.1.3.3 SSIAD (Service de Soins Infirmiers à Domicile)

Il s'agit de structure médico-sociale composée d'aides-soignants coordonnés par un infirmier. Ces professionnels réalisent des soins de nursing, des actes infirmiers au domicile (préparation et administration des médicaments, pansements...). (27) Ces structures permettent une coordination avec les autres intervenants médicaux et paramédicaux. Ils agissent sur prescription médicale et leur prise en charge est assurée par l'organisme de sécurité sociale.

10.1.3.4 Kinésithérapeutes à domicile

Ces professionnels de santé sont indispensables pour prendre en charge les patients âgés dans leur globalité. Ils sont sollicités pour rééduquer à la marche, pour mobiliser l'appareil locomoteur dans les cas de perte d'autonomie, de chutes à répétition... Ils agissent sur prescription médicale. Leur prise en charge est assurée par l'organisme de sécurité sociale.

10.1.3.5 Ergothérapeutes à domicile

Ils interviennent à domicile pour faciliter la réalisation des actes de la vie quotidienne de la personne accompagnée, en tenant compte de son environnement et de ses habitudes de vie. Ils permettent :

- La prévention des risques de chute,
- L'aménagement du domicile,
- Le conseil en aides techniques

10.1.3.6 Podologues à domicile

Ils contribuent au maintien de l'autonomie, à domicile et à la prévention des chutes des personnes âgées. Ils proposent des rééducations du pied et de l'équilibre avec traitements des lésions du pied. Ils confectionnent des orthèses pour améliorer le contact au sol.

10.1.3.7 Assistantes sociales

Elles permettent une aide aux démarches administratives après analyse de la situation sociale du patient. Elles rencontrent les personnes qui ont des difficultés économiques, sociales ou psychologiques et les informent de leurs droits. Elles épaulent les patients pour les démarches d'acquisition de l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie) réservée aux plus de 60 ans, allouée par le Conseil Départemental.

Elles peuvent dépendre des CCAS, du Conseil Départemental ou des grandes entreprises (Michelin, SNCF, EDF...). Elles peuvent également être rattachées aux caisses de retraite.

10.1.3.8 Équipes Spécialisées Alzheimer (ESA)

Il s'agit d'équipes composées de professionnels de santé, formés à l'accompagnement et à la réhabilitation cognitive des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (infirmière coordinatrice, ergothérapeute, psychomotricien, neuropsychologue et aides-soignants) intervenant au domicile des patients. (28)

Elles ont pour principal but de prévenir la perte d'autonomie et les troubles du comportement grâce à une prise en charge individualisée avec coordination des différents professionnels. Elles accompagnent la mise en place d'activités de stimulation et de stratégies de compensation pour maintenir les capacités du patient (Activités de bien être, de détente, d'aide à la mobilité, mise en situation...). Elles informent et accompagnent également les

aidants. Elles agissent sur prescription médicale et sont prises en charge par l'Assurance Maladie.

10.1.3.9 Accueils de jour

Il s'agit d'unités sociales et médico-sociales ouvertes en semaine destinées aux patients porteurs de TNC, permettant aux malades de bénéficier d'une réhabilitation cognitive et aux aidants de se reposer ou de se relayer.

Ce sont soit des structures autonomes, soit de structures adossées à un EHPAD. (29)

Leurs principales missions sont de prendre en charge ponctuellement les personnes en perte d'autonomie qui souhaitent rester à domicile, de permettre une période de répit et de suppléance de l'aidant et de répondre à des situations d'urgence en matière d'hébergement. Elles accueillent les patients en journée, demi-journée, du lundi au vendredi, sous forme d'ateliers. Ces ateliers sont des activités ludiques adaptées aux personnes âgées atteintes de troubles neurocognitifs qui permettent de maintenir l'autonomie et participent au ralentissement de l'évolution des troubles cognitifs. (Ateliers de stimulation de la mémoire et de stimulation cognitive, des ateliers de gymnastique douce pour entretenir la motricité ou encore des activités socio-culturelles).

10.1.3.10 Accueil de nuit

Il s'agit d'héberger le patient seulement la nuit notamment dans un contexte de trouble moteur aberrant (déambulation la nuit) le mettant en danger ou avec épuisement de l'aidant. Il permet de retarder l'entrée en institution des patients.

10.1.3.11 Hospitalisation A Domicile (HAD)

Il s'agit d'une structure de coordination de soins médicaux à domicile dans les suites d'une hospitalisation à temps complet. Elle s'adresse à des patients poly-pathologiques nécessitant des soins complexes longs et pluriquotidiens. (30)

Au sein de cette coordination, le médecin coordonnateur, le médecin traitant et l'équipe soignante de l'HAD élaborent, en concertation, un projet thérapeutique adapté au patient.

10.1.4 Structures d'hébergements

10.1.4.1 Hébergement temporaire

L'hébergement temporaire est de courte durée (maximum 3 mois par an) au sein d'une structure médico-sociale de type EHPAD, quel que soit l'autonomie de la personne. Elle permet aux familles de bénéficier de périodes de répit. La personne âgée bénéficie des mêmes prestations que les résidents permanents. (29)

10.1.4.2 Hébergement autonomie ou foyer logement

Ce sont des établissements médico-sociaux destinés aux personnes âgées autonomes de plus de 60 ans autonomes. Ils proposent des appartements et studios en location. (31)

L'établissement n'est pas médicalisé mais les personnes peuvent avoir recours à des services extérieurs (aides ménagères, aides-soignantes, IDE...). Ces résidences permettent aux personnes de vivre en autonomie dans un environnement sécurisé et rassurant.

10.1.4.3 Service de Soins et de Réadaptation (SSR)

C'est un service de soins hospitaliers, privé ou public, qui a pour objet de prévenir ou réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales des limitations des capacités des patients en permettant leur réadaptation. (32) Il assure les missions de soins médicaux, de rééducation et de réadaptation, des actions de prévention, d'éducation thérapeutique et aide à prévenir la perte d'autonomie. L'entrée dans ces structures se fait à la suite d'une hospitalisation en services de court séjour pour des patients de plus de 75 ans.

10.1.4.4 Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (E.H.P.A.D.)

C'est un établissement médico-social qui accueille des personnes âgées dépendantes de plus de 60 ans en perte d'autonomie mais qui ne propose pas de soins médicaux continus. Sur place, un médecin coordonnateur gère les admissions, coordonne les prises en charge par le médecin traitant et les soignants paramédicaux intervenants auprès du patient, personnel de l'EHPAD. (33)

Véritable lieu de vie pour personnes en perte d'autonomie, ces structures permettent de mettre en sécurité la personne âgée, de lutter contre son isolement social et de permettre une réactivité importante en cas de trouble aigu.

Ces structures peuvent être publiques, privées à but lucratif ou privées à visée associative.

Pour pouvoir payer le loyer mensuel, des aides financières telles que l'APA ou l'aide sociale peuvent être demandées sous certaines conditions.

10.1.4.5 Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA)

Au sein des EHPAD, le PASA est une unité proposant un accompagnement d'animations adapté à des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'autres maladies

neurodégénératives ayant des troubles neurocognitifs et de troubles du comportement modérés. Il accueille les patients de l'établissement, une ou plusieurs fois par semaine, au sein d'un espace dédié. (34) Son but est de maintenir l'autonomie, les liens sociaux et les fonctions cognitives en stimulant le patient via des ateliers thérapeutiques (ateliers de cuisine, de la musicothérapie, de l'activité physique, des ateliers de stimulation de la mémoire et des activités ludiques). Il est composé d'une équipe pluridisciplinaire avec un psychologue, un ergothérapeute ou un psychomotricien, un assistant de soins en gérontologie sous la responsabilité du médecin coordonnateur.

10.1.4.6 Unité de Soins de Longue Durée (USLD), Unité de Soins Médicotechniques Importants (SMTI)

L'USLD et/ou SMTI est une structure sanitaire et médicosociale dépendante d'un centre hospitalier. Elle s'adresse à des personnes âgées en perte d'autonomie totale et poly-pathologiques (pathologies non stabilisées, cancers...), nécessitant une surveillance médicale ou soins médicaux continus avec accès à un plateau technique. L'admission dans ce type d'hébergement se fait généralement à la suite d'une hospitalisation dans un service de médecine ou de soins de suite et de réadaptation, afin de poursuivre les soins médicaux, soit à l'issue d'un séjour dans un établissement médico-social ou directement du domicile. (35)

10.1.4.7 Unité Spécialisée Alzheimer (USA) ou Centre d'Activités Naturelles Tirées d'Occupation Utiles (CANTOU)

Ce sont des unités situées dans des EHPAD dédiées aux patients avec des troubles cognitifs sévères ayant des risques de fugue ou des troubles du comportement productifs (déambulation, comportement moteur aberrant, cris...). (36) Ces unités permettent de stimuler

les fonctions cognitives via des activités à visée thérapeutique dans le cadre d'un projet de soin individualisé mis en place par une équipe multidisciplinaire (aide-soignant, infirmier, aide médico psychologique, kinésithérapeutes, ergothérapeutes...). Ce sont des unités sécurisées offrant un environnement adapté aux troubles neurocognitifs (dispositif anti fugue, élément familial, décoration, libre circulation, horaires adaptés...).

10.1.4.8 Unités d'Hébergement Renforcée (UHR)

Ce sont des unités au sein des EHPAD ou des USLD qui hébergent totalement ou partiellement des patients avec des troubles du comportement sévères. Ces unités sont composées de médecin, d'infirmier, de psychomotricien ou d'ergothérapeute, d'aide-soignant, d'aide médico-psychologique, d'assistant de soins en gériatrie et de psychologue. Leur but est de diminuer les troubles du comportement, de maintenir et de réhabiliter les fonctions cognitives pour que les patients regagnent les unités d'hébergement classique ou leur domicile. (34)

Tout comme dans les USA, CANTOU et UVP (Unités de Vie Protégée) les locaux sont sécurisés et adaptés aux troubles moteurs des patients. Des ateliers divers sont proposés tels que des ateliers de stimulation sociale, des ateliers thérapeutiques variés à type de musicothérapie, de stimulation cognitive...

10.1.5 Soutien aux patients et à leurs familles

Plusieurs associations et structures sont présentes sur le territoire du Puy de Dôme afin d'aider les patients et leurs familles. Leurs missions sont multiples : informer, conseiller, aider les aidants et les malades à garder une vie sociale. Des ateliers aidants/ malades, des groupes de

paroles, des séjours de répit, des prestations de répit à domicile, des ateliers mémoire, des sorties culturelles ...sont proposées afin de lutter contre le repli du malade et de son aidant.

10.2 Listes des structures de la filière du Puy De Dôme

10.2.1 Consultations mémoire

Sur l'agglomération clermontoise, les consultations mémoire chez les personnes âgées de plus de 70 ans se trouvent au CHU (consultations d'évaluation gérontologique et de troubles de la mémoire CEGERM) basé au CH de Riom, ainsi qu'au Pôle Santé République et à la Chataigneraie dans les services de gériatrie respectifs.

Il existe des consultations mémoire pour les personnes âgées de moins de 70 ans qui sont réalisées au CM2R (Centre mémoire de ressources et de recherche) dépendant du CHU de Clermont Ferrand. Il y a également des bilans de mémoire réalisés chez des patients ayant des troubles psychiatriques associés, réalisés au CMP A (centre médico psychologique) CHU Clermont.

Dans les autres secteurs du Puy de Dôme, les consultations mémoire sont rattachés aux différents centres hospitaliers (CH Billom, CH Ambert, CH Issoire, CH Thiers).

10.2.2 CSG dans le Puy de Dôme

Il existe 8 services de Court séjour Gériatrique :

- CSG CH Guy Thomas Riom
- Service de gériatrie hôpital privé Chataigneraie
- Service de gériatrie Pôle santé république
- CSG CH Thiers

- CSG CH Ambert
- CSG CH Billom
- CSG CH Paul Ardier Issoire
- CSG CH Le Mont Dore
- CSG Clinique des Grands Prés à Durtol

10.2.3 Hôpital de jour

Il n'existe pas de structure de ce type dans le département.

10.2.4 UCC

Dans le Puy de Dôme, cette unité est rattachée à l'hôpital Louise Michel à Cébazat.

10.2.5 CLIC

Il existe 7 CLIC sur le territoire du Puy de Dôme :

CLIC d'Ambert

CLIC de Billom

CLIC de Clermont Ferrand

CLIC d'Issoire

CLIC Le mont Dore

CLIC de Thiers

CLIC de Riom

Concernant le CLIC de Clermont, il ne propose pas d'accueil de patients. Ces derniers sont adressés dans des structures nommées Lieux d'Information Séniors (LIS) présents dans 21 communes. Ils sont rattachés aux mairies ou aux CCAS.

-LIS Aubière

-LIS Aulnat

-LIS Beaumont

-LIS Blanzat

-LIS Cébazat

-LIS Ceyrat

-LIS Chamalières

-LIS Châteaugay

-LIS Clermont Ferrand

-LIS Cournon

-LIS Durtol

-LIS Gerzat

-LIS Le Cendre

-LIS Lempdes

-LIS Nohanent

-LIS Orcines

-LIS Pérignat

-LIS Pont du château

-LIS Romagnat

-LIS Royat

-LIS Saint Genès Champanelle

10.2.6 MAIA

Les différentes MAIA du Puy de Dôme sont :

-Agglomération Clermontoise

-Issoire

-Billom

-Thiers

-Ambert

-Riom

-Le Mont Dore

10.2.7 CCAS/CIAS

Dans le puy de Dôme, on récence 50 CCAS :

-CCAS Aigueperse

-CCAS Anzat le Luguët

-CCAS Aulnat

-CCAS Beauregard-l'évêque

-CCAS Beaumont

-CCAS Besse et Sainte Anastaise

-CCAS Billom

-CCAS Bourg Lastic

-CCAS Cébazat

- CCAS Chamalières
- CCAS Charensat
- CCAS Clermont Ferrand
- CCAS Cœur de Combrailles
- CCAS Combronde
- CCAS Cournon d'Auvergne
- CCAS Durtol
- CCAS Gerzat
- CCAS Giat
- CCAS Issoire
- CCAS La Monnerie le Montel
- CCAS La Roche Blanche
- CCAS Le Breuil sur Couze
- CCAS Le cendre
- CCAS Lempdes
- CCAS Martres de Veyre
- CCAS Mont Dore
- CCAS Nohanent

- CCAS Orcet
- CCAS Palladuc
- CCAS Perignat sur Allier
- CCAS Pont du Château
- CCAS Pontgibaud
- CCAS Puy Guillaume
- CCAS Riom
- CCAS Romagnat
- CCAS Royat
- CCAS Saint Amand Tallende
- CCAS Saint Antheme
- CCAS Saint Diery
- CCAS Saint Eloy les mines
- CCAS Saint Remy sur durolle
- CCAS Saint Sandoux
- CCAS Saint saturnin
- CCAS Saint sauves d'Auvergne
- CCAS Sayat

-CCAS Thiers

-CCAS Veyre Monton

Et -CIAS d'Ambert

-CIAS de la montagne Thiernoise

-CIAS Pays de Menat

10.2.8 ESA

On répertorie 5 ESA sur le Puy de Dôme :

-ESA Ambert

-ESA/ SSIAD le Montel (Issoire et Billom)

-ESA Clermont

-ESA des Combrailles

-ESA Mont dore

10.2.9 Accueils de jour

Il existe 11 établissements sur le puy de Dôme offrant ce type d'accueil.

-Accueil de jour Clermont EHPAD Le moulin

-Accueil de jour Clermont Résidence Renouard

-Accueil de jour Clermont EHPAD Les Hortensias

-Accueil de jour Aulnat : EHPAD Les Chênevis

-Accueil de jour Chamalières : EHPAD Les Savarounes

- Accueil de jour Ceyrat EHPAD Le Lys Blanc
- Accueil de jour Maringues : EHPAD L'ombelle
- Accueil de jour Beauregard l'Évêque : Résidence Gautier
- Accueil de jour Ambert : CH pré Bayle
- Accueil de jour Saint Eloy Les Mines : Résidence les jardins d'Alois
- Accueil de jour Issoire : EHPAD La Providence

10.2.10 Accueil de nuit

Actuellement, il n'existe qu'un seul établissement sur le puy de dôme le proposant (Accueil de nuit au sein de la Résidence Gautier à Beauregard l'Évêque).

10.2.11 HAD

Sur le département du Puy de Dôme, il existe 3 structures d'hospitalisation à domicile. (HAD Clinidom, HAD 63, HAD AURA Auvergne) qui n'interviennent que très peu dans la filière.

10.2.12 Hébergements temporaires

- hébergement temporaire Ardes sur couze : la roseraie
- hébergement temporaire Brassac les mines : Les vallons fleuris
- hébergement temporaire Arlanc : Saint Joseph
- hébergement temporaire Aulnat : Les chènevis

- hébergement temporaire Beaumont : Les Charmilles
- hébergement temporaire Besse : Saint Anastaise
- hébergement temporaire Blanzat : La colombe
- hébergement temporaire Ceyrat : Bois Vallon, Le Lys blanc
- hébergement temporaire Chabreloche : Résidence Chandalon
- hébergement temporaire Chamalières : Les Savarounes
- hébergement temporaire Champeix : Les campellis
- hébergement temporaire Chatel Guyon : Les candelies
- hébergement temporaire Clermont Ferrand : Korian L'Oradou
- hébergement temporaire Clermont Ferrand : La sainte famille
- hébergement temporaire Clermont Ferrand : Les Hortensias
- hébergement temporaire Clermont Ferrand : Les opalines
- Hébergement temporaire Clermont Ferrand : Résidence des 9 soleils
- Hébergement temporaire Clermont Ferrand : Résidence renouard
- hébergement temporaire Combronde : les orchies
- hébergement temporaire Cournon : George Sand
- hébergement temporaire Courpière : Les papillons d'or
- hébergement temporaire Gerzat : Le marronnier Blanc

- hébergement temporaire Issoire : La Cascade
- hébergement temporaire Issoire La providence
- hébergement temporaire La monnerie le montel : Les chatilles
- hébergement temporaire Le cendre : La croix marine
- hébergement temporaire Lempdes : Louis pasteur
- hébergement temporaire Lezoux : Saint joseph
- hébergement temporaire Maringues : L'ombelle
- hébergement temporaire Menat : pays de Menat
- hébergement temporaire Pont du château : les rives d'allier
- hébergement temporaire Puy guillaume : Le colombier
- hébergement temporaire Randan : Les tilleuls
- hébergement temporaire Randan : Villa Claudine
- hébergement temporaire Rochefort montagne : Saint Élisabeth
- hébergement temporaire Romagnat : Les tonnelles
- hébergement temporaire Royat Anatole France ORPEA
- hébergement temporaire Saint germain l'herme Maison de retraite roux de Berny
- hébergement temporaire Saint germain Lembron : Le verger
- hébergement temporaire Sauxillanges Charles Andraud

-hébergement temporaire Saint sauves d'auvergne : Résidence du parc

10.2.13 Hébergements Autonomie :

Il existe 23 établissements dans le Puy de Dôme :

-Hébergement autonomie Beaumont Les Charmilles

-Hébergement autonomie Chamalières : Les Florances

-Hébergement autonomie Clermont FD Marie et Marius Viple

-Hébergement autonomie Clermont FD : Alexandre Varennes

-Hébergement autonomie Clermont Fd : Résidence des 9 soleils

-Hébergement autonomie Clermont FD : Résidence Les Girandières

-Hébergement autonomie Clermont FD résidence les villages d'or

-Hébergement autonomie Cournon : Le Cornonet

-Hébergement autonomie Durtol : résidence les Oliviers

-Hébergement autonomie Lempdes : les nymphéas

-Hébergement autonomie Perignat les sarlièves : Le castel duval

-Hébergement autonomie La monnerie le montel : résidence les Figoulées

-Hébergements autonomie Puy guillaume le colombier

-Hébergement autonomie / MARPA Perignat es allier : résidence le Bruchet

-Hébergement personnes autonomes Ambert : Résidence Fontaine de Goye

-Hébergement personnes autonomes Arlanc : Saint Joseph

-Hébergement personnes autonomes Saint Antheme : les Tilleuls

-Hébergement autonomie Riom : jeanne d'arc

-Hébergement autonomie Saint Eloy les Mines

-Hébergement autonomie Saint Gervais d'auvergne : Les tilleuls`

- Hébergement autonomie Riom : Jeanne d'arc
- Hébergement autonomie Saint Eloy les Mines
- Hébergement autonomie Saint Gervais d'Auvergne : Les tilleuls
- Hébergement autonomie MARPA : Saint Sauves d'Auvergne : résidence du parc
- Hébergement autonomie Eglise Neuve d'Entraigues
- Hébergement autonomie Issoire : La cascade

10.2.14 SSR

Il en existe 15 sur le Puy de Dôme.

- SSR Beaumont Centre Michel Barbat
- SSR Cébazat
- SSR Centre Hospitalier Ambert
- SSR Centre hospitalier Thiers
- SSR Ceyrat les sapins
- SSR Chamalières les 6 lacs
- SSR Chamalières Notre dame
- SSR Chant la Mouteyre
- SSR Durtol Clinique cardio pneumologique
- SSR Enval Clémentel

-SSR Issoire Centre Hospitalier Paul Ardier

-SSR Issoire les Sorbiers

-SSR Pionsat, APAJH CMPR

10.2.15 PASA

Il existe 15 PASA sur le département.

-PASA EHPAD le Montel

-PASA EHPAD Aigueperse : Serge Bayle

-PASA EHPAD Pionsat : La Louisiane

-PASA EHPAD Ambert : Vimal Chabrier

-PASA EHPAD Cunlhat : Milles sourires

-PASA EHPAD Brassac les mines : Les vallons fleuris

-PASA EHPAD Culhat : Groisne Constance

-PASA EHPAD Courpière : Les papillons d'or

-PASA EHPAD Maringues : L'ombelle

-PASA EHPAD Ceyrat : Lys Blanc

-PASA Cébazat Centre Hospitalier Louise Michel

-PASA EHPAD Chamalières : Les Savarounes

-PASA EHPAD Lempdes : Louis Pasteur

-PASA EHPAD Clermont Les Mèlèzes

10.2.16 EHPAD

Il existe plus de 100 sur la région Puy de Dôme.

-EHPAD Aigueperse Serge Bayle

-EHPAD Ambert Centre Hospitalier Pré-Bayle

-EHPAD Ambert Vimal Chabrier

-EHPAD Ardes sur couze la roseraie

-EHPAD Arlanc Maison de retraite d'Arlanc

-EHPAD Aubière Les Rives d'Artière

-EHPAD Aulnat Les Chènevis

-EHPAD Beaumont : Les Charmilles

-EHPAD Beauregard L'Évêque Résidence Gautier

-EHPAD Besse Saint Anastaise La Couze Pavin

-EHPAD Billom La miséricorde

-EHPAD Blanzat La Colombe

-EHPAD Blanzat La Fontaine

- EHPAD Bourg Lastic Les Bruyères
- EHPAD Brassac les Mines : Les Vallons Fleuris
- EHPAD Cébazat Centre Hospitalier Louise Michel
- EHPAD Cébazat La Miséricorde
- EHPAD Ceyrat Boivallon
- EHPAD Ceyrat Le Lys Blanc
- EHPAD CH Billom
- EHPAD Chabreloche : Résidence Chandalon
- EHPAD Chamalières Saint Joseph
- EHPAD Chamalières Les Savarounes
- EHPAD Champeix : Les campellis
- EHPAD Charensat : Les mésanges bleues
- EHPAD Chatel Guyon : Les candelies
- EHPAD Clermont Alexandre Varennes
- EHPAD Clermont Korian l'Oradou
- EHPAD Clermont La sainte famille
- EHPAD Clermont Le Moulin
- EHPAD Clermont Les Hortensias

- EHPAD Clermont Les jardins de la charme
- EHPAD Clermont Les Mèlèzes
- EHPAD Clermont Les Opalines
- EHPAD Clermont Les Sources
- EHPAD Clermont Ma maison petites sœurs des pauvres
- EHPAD Clermont Résidence des 9 soleils
- EHPAD Clermont Résidence Renouard
- EHPAD Clermont Sainte Thérèse
- EHPAD Clermont Vent d'autan
- EHPAD Combronde Les orchis
- EHPAD Cournon Georges Sand
- EHPAD Courpière Les papillons d'or
- EHPAD Culhat Groisne Constance
- EHPAD Cunlhat Milles sourires
- EHPAD Durtol résidence les Oliviers
- EHPAD Effiat
- EHPAD Ennezat Le bosquet
- EHPAD Gerzat Le Marronnier blanc

- EHPAD Giat

- EHPAD Issoire CH Paul Ardier

- EHPAD Issoire La Providence

- EHPAD Jobe Les Versannes

- EHPAD La Monnerie le Montel Le Chatilles

- EHPAD La Roche Blanche Les rives d'Ithaque

- EHPAD La Tour d'Auvergne Le Grand Megnaud

- EHPAD Le Cendre Ambroise Croizat

- EHPAD Le Cendre La Croix Marine

- EHPAD Le Mont Dore Saint Paul

- EHPAD Lempdes Louis Pasteur

- EHPAD Les Ancizes Comps

- EHPAD Les Martres de Veyre : Résidence Jolivet

- EHPAD Lezoux Maison Saint Joseph

- EHPAD Lezoux Mon Repos

- EHPAD Loubeyrat Maison Saint Jean Baptiste

- EHPAD Manzat Le Montel

- EHPAD Maringues L'Ombrelle

- EHPAD Menat Pays de Menat
- EHPAD Montaigut en Combraille Maison Jean Paul Toucas
- EHPAD Mozac ORPEA L'Ambène
- EHPAD Olliergues Maison de retraite du Pays d'Olliergues
- EHPAD Pionsat La Louisiane
- EHPAD Pontaumur Les Roches
- EHPAD Pontgibaud Le relais de poste
- EHPAD Puy Guillaume Le Colombier
- EHPAD Randan Les Tilleuls
- EHPAD Randan Villa Claudine
- EHPAD Riom CH Les Jardins
- EHPAD Riom CH Pasteur
- EHPAD Rochefort Montagne Sainte Élisabeth
- EHPAD Romagnat Les Tonnelles
- EHPAD Royat Castel Bristol
- EHPAD Royat ORPEA Anatole France
- EHPAD Saint Amand Roche Savine
- EHPAD Saint Amand Tallende Le Montel

- EHPAD Saint Antheme Le Gonfalon
- EHPAD Saint Germain Lembron Le Verger
- EHPAD Saint Germain Lherm Roux de Berny
- EHPAD Saint Gervais d'Auvergne Maurice Savy
- EHPAD Saint Jean d'Heurs Michèle Agenon
- EHPAD Saint Jean des Ollières Villa Saint Jean
- EHPAD Saint Nectaire Résidence Jeanson
- EHPAD Saint Ours les Roches : Les Roches
- EHPAD Sauxillanges Charles Andraud
- EHPAD Tauves
- EHPAD Thiers L'Aquarelle CH
- EHPAD Thiers Le Belvédère
- EHPAD Veyre Monton Le Cap Veyre
- EHPAD Vic le Comte Bargoin
- EHPAD Viverols Pierre Herbecq
- EHPAD Volvic Au fil de l'eau

10.2.17 USLD

Il existe 8 structures dans le Puy de Dôme :

-SMTI/USLD Association hospitalière Sainte Jeanne D'arc

-SMTI/USLD Centre hospitalier Ambert

-SMTI/USLD Centre hospitalier Billom

-SMTI/USLD Centre hospitalier Le Mont Dore

-SMTI/USLD Centre hospitalier Nord Cébazat

-SMTI/USLD Centre hospitalier Thiers : Aquarelle

-SMTI/USLD CH Riom Guy Thomas

-SMTI/USLD Clinique du grand pré ORPEA

-SMTI/USLD CH Issoire

10.2.18 USA

Il existe 46 établissements dans le puy de dôme proposant des unités Alzheimer.

-USA/EHPAD Aubière : Les Rives d'Artière

-USA/EHPAD Aulnat : Les Chênevis

-USA/EHPAD Blanzat : La Fontaine

-USA/EHPAD Blanzat : La Colombe

-USA/EHPAD Ceyrat Le Lys Blanc

-USA/EHPAD Ceyrat Boivallon

- USA/EHPAD Chamalières Les Savarounes
- USA/EHPAD Chamalières Saint Joseph
- USA/EHPAD Clermont Le Moulin
- USA/EHPAD Clermont Les jardins de la charme
- USA/EHPAD Clermont La sainte famille
- USA/EHPAD Clermont Résidence Renouard
- USA/EHPAD Clermont Korian l'Oradou
- USA/EHPAD Clermont Les Hortensias
- USA/EHPAD Clermont Résidence des 9 soleils
- USA/EHPAD Cournon: Georges Sand
- USA/EHPAD Durtol : Résidence les Oliviers
- USA/EHPAD Gerzat : Le Marronnier blanc
- USA/EHPAD Le Cendre : La Croix Marine
- USA/EHPAD Lempdes : Louis Pasteur
- USA/EHPAD Royat : ORPEA Anatole France
- USA/ EHPAD Courpière : Les papillons d'or
- USA/ EHPAD La Monnerie le Montel : Le Chatilles
- USA / EHPAD Lezoux : Maison Saint Joseph

- USA/ EHPAD Lezoux : Mon Repos
- USA/ EHPAD : Maringues : L'Ombrelle
- USA/ EHPAD : Saint Jean d'Heurs : Michèle Agenon
- USA Ambert : Centre Hospitalier Pré-Bayle
- USA Job : Les Versannes
- USA EHPAD Rochefort Montagne : Sainte Élisabeth
- USA Ardes sur couze : la roseraie
- USA Besse : Saint Anastaise
- USA Champeix : Les campellis
- USA Billom Centre Hospitalier
- USA Billom EHPAD La Miséricorde
- USA La Roche Blanche : EHPAD Les rives d'Ithaque
- USA Les Martres de Veyre : Résidence Jolivet
- USA Saint Jean des Ollières : Villa Saint Jean
- USA Veyre Monton : EHPAD Le Cap Veyre
- USA Aigueperse : Serge Bayle
- USA Chatel Guyon : Les candelies
- USA Loubeyrat : Maison Saint Jean Baptiste

-USA Menat : Pays de Menat

-USA Mozac : ORPEA L'Ambène

-USA Randan : Les Tilleuls

-USA Saint Ours les Roches : Les Roches

10.2.19 UHR

Il n'existe qu'un seul établissement : UHR CHU Clermont site
Hôpital Nord

10.3 Questionnaire

GENERALITES

-Sexe : Femme Homme

-Durée d'exercice : <5 ans 5-15 ans >15 ans

-Milieu d'exercice : rural, semi rural, ville

Partie 1 : LA GERIATRIE ET VOUS

-Pourcentage de patient de plus de 75 ans dans votre patientèle :

P<20 % 20%< P<50% 50%<P

-Avez-vous eu une formation complémentaire en gériatrie :

DU Capacité Autre

Partie 2 : BILAN ET PRISE EN CHARGE DES PATIENTS AVEC TROUBLES COGNITIFS

-Vous sentez-vous à l'aise avec le repérage de troubles cognitifs au cabinet ?

Oui Non

-Pour le bilan des patients avec troubles cognitifs : (test de dépistage MMS, BREF, HORLOGE, 5 MOTS + imagerie cérébrale)

Vous le réalisez au cabinet et centre d'imagerie

Vous orientez votre patient vers un spécialiste (CEGERM)

-Connaissez-vous les CLIC ?

Oui Non

-Si oui, adressez-vous vos patients avec des troubles cognitifs à des CLIC ?

Oui Non

-Avez-vous déjà eu recours à un gestionnaire de cas pour gérer une situation complexe pour un patient avec des troubles cognitifs ?

Oui Non

-Avez-vous déjà fait appel à une équipe spécialisée Alzheimer ?

Oui Non

-Proposez-vous une prise en charge pour les aidants familiaux ?

Oui Non

Partie 3 : AIDE A L'ORIENTATION DES PATIENTS AVEC TROUBLES COGNITIFS

-Seriez-vous intéressé par un logiciel facilitant l'orientation de ce type de patient et de ce fait, l'optimisation de la prise en charge de leur pathologie ?

Oui Non

11 Serment Hippocrate

(Conseil national de l'ordre des médecins)

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté', sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité' ou leur dignité'. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité'.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité' des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

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

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

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

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette FACULTE et de mes chers CONDISCIPLES, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la Probité' dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

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

Que les HOMMES m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'OPPROBRE et méprisé' de mes confrères si j'y manque.

Résumé de thèse

Introduction : Les patients âgés de plus de 75 ans représentaient 9% de la population générale en 2016, en 2050 ce chiffre sera porté à 16%. Parmi ces patients, on estime que 17,8 % seraient atteints de troubles neurocognitifs (TNC). Les patients avec des troubles neurocognitifs nécessitent une prise en charge pluridisciplinaire précoce. Le médecin généraliste a un rôle clé dans le dépistage de ces troubles et la coordination des différents acteurs de santé intervenant auprès de ces patients. Le but de ce travail est de construire un outil informatique d'aide à la prise en charge de ces patients en soins primaires dans le Puy de Dôme. L'objectif secondaire est de décrire la filière gériatrique dans le Puy de Dôme et de faire un état des lieux de la pratique actuelle des médecins.

PARTIE 1

Méthodes : Nous avons réalisé une étude descriptive de la pratique actuelle des médecins généralistes du département concernant leur prise en charge des patients avec des TNC. Nous avons envoyé 436 questionnaires par mails ou courriers. Ceux-ci comportaient 13 items concernant leur sexe, leur milieu et durée d'exercice, leur formation en gériatrie, leur bilan des TNC et leur recours aux différents acteurs de la filière.

Résultats : Nous avons obtenu 170 réponses de médecins généralistes dont 84 hommes et 86 femmes. 46,5% exercent en semi rural, 38,8% en ville et 14,7% en rural. 59,4% des médecins exerçaient depuis plus de 15 ans, 24,7% entre 5 et 15 ans et 15,9% depuis moins de 5 ans. 88,8% des médecins n'avaient pas de formation complémentaire en gériatrie. 55,3% des médecins faisaient appel à un spécialiste pour le bilan des TNC. 82,9% des médecins interrogés, connaissaient les CLIC et parmi eux, 50,9% y orientaient leurs patients. 33,5% des médecins avaient déjà eu recours à des gestionnaires de cas alors que pour l'orientation vers les ESA, ce chiffre était porté à 63,5%. 76,1% des médecins proposaient une prise en charge pour les aidants.

PARTIE 2 :

Nous avons décrit de façon précise et exhaustive la filière gériatrique du Puy de Dôme qui est organisée autour de 7 CLIC. Nous avons construit un outil informatique destiné aux professionnels de santé proposant les intervenants susceptibles de prendre en charge ces patients sur le département. Pour ce faire, après choix d'une des zones géographiques et le degré de sévérité des TNC, le médecin généraliste choisit le type de prise en charge souhaitée pour son patient (orientation ou bilan). Il peut sélectionner des critères complémentaires (socio-économiques, fonctionnels et cliniques), définis comme pertinents par un comité d'experts composés de gériatres.

Conclusions : Il existe une disparité des structures dans le Puy de Dôme et une hétérogénéité de pratique des médecins généralistes du territoire pour les patients avec des TNC. Ce logiciel a été réalisé dans le but d'optimiser le recours aux intervenants de la filière gériatrique par les médecins afin de favoriser une prise en charge précoce et adaptée de ces troubles.

Mots clés : médecine générale, soins primaires, troubles neurocognitifs, gériatrie, logiciel