



HAL
open science

Connaissance et usage des réseaux de gérontologie par les médecins généralistes de la Somme (hors Amiens)

Camille Triquet

► **To cite this version:**

Camille Triquet. Connaissance et usage des réseaux de gérontologie par les médecins généralistes de la Somme (hors Amiens). Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02873458

HAL Id: dumas-02873458

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02873458>

Submitted on 18 Jun 2020

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

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

**UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE
FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS**

Année 2020

N°2020-12

**CONNAISSANCE ET USAGE DES RESEAUX DE GERONTOLOGIE
PAR LES MEDECINS GENERALISTES DE LA SOMME
(HORS AMIENS)**

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE
DOCTEUR EN MEDECINE GENERALE

Présentée et soutenue publiquement
le 6 mars 2020

Par
Camille TRIQUET

PRESIDENT DU JURY :

Monsieur le Professeur Frédéric BLOCH

MEMBRES DU JURY :

Monsieur le Professeur Vincent GOEB
Monsieur le Professeur Maxime GIGNON
Monsieur le Docteur Jean-Philippe LANOIX

DIRECTEUR DE THESE :

Monsieur le Docteur Marc BONY

REMERCIEMENTS

À mon Président de Jury,

Monsieur le Professeur Frédéric BLOCH

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

(Gériatrie)

Vous me faites l'honneur de présider le jury de ma thèse.

Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon profond respect.

Aux Membres de mon Jury,

Monsieur le Professeur Vincent GOEB

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Chef du service de Rhumatologie

(Rhumatologie)

Chef du Pôle Autonomie

Je suis très sensible à l'honneur que vous me faites de siéger parmi les membres de mon jury.

Soyez assuré de ma profonde estime.

Monsieur le Professeur Maxime GIGNON

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Épidémiologie, Hygiène Hospitalière et Santé Publique

Chef du Pôle PRIME

Vous me faites l'honneur de juger mon travail.

Veillez trouver ici l'expression de ma respectueuse considération.

Monsieur le Docteur Jean-Philippe LANOIX

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier

Maladies infectieuses et tropicales

Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à mon travail.

Veillez croire en ma sincère reconnaissance.

À mon Directeur de Thèse,

Monsieur le Docteur Marc BONY

Médecin généraliste à Amiens et maître de stage

Enseignant à la faculté de médecine d'Amiens

Je vous remercie d'avoir accepté d'être mon directeur de thèse. Merci de votre disponibilité, du temps passé à relire mon travail et de vos précieux conseils.

Merci également de m'avoir permis de découvrir la médecine générale lors de mon stage.

Je tiens à vous exprimer toute ma gratitude.

Aux médecins ayant répondu à mon questionnaire, merci du temps que vous y avez passé et de votre aide.

Aux réseaux Palpi 80 et Baie de Somme Picardie Maritime, merci d'avoir accepté de me rencontrer, merci pour les informations que vous m'avez communiqué et pour votre aide.

À mes proches,

À Arnaud, merci d'être là pour moi, et pour cette vie que nous construisons ensemble.

À Mamounette et Papou, merci pour tout. Merci pour votre amour, vos encouragements, votre soutien infailible depuis le début. Je ne serai pas arrivée jusqu'ici sans vous.

À ma famille, merci pour tous ces beaux moments passés ensemble.

À ma belle-famille, merci de m'avoir accueillie parmi vous.

À Léonie et Justin, je suis si heureuse d'être votre Marraine et Tata.

À mes amis, merci pour votre présence, pour tous ces souvenirs inoubliables, ces voyages, ces week-ends, ces soirées, ces fous rires...

SOMMAIRE

ABREVIATIONS	9
I) <u>INTRODUCTION</u>	11
1) Les personnes âgées et leur place dans la société.....	11
a) Population âgée et espérance de vie.....	11
b) Dépendance et autonomie.....	11
2) Où les personnes âgées veulent-elles finir leur vie ?.....	12
3) Choix du sujet.....	13
4) Les réseaux de santé.....	14
5) Objectifs de l'étude.....	14
II) <u>MATERIEL ET METHODES</u>	15
1) Question de recherche et type d'étude.....	15
2) Questionnaire (annexe 1).....	15
3) Population interrogée.....	16
4) Recueil des données.....	16
5) Traitement des données et présentation des résultats.....	17
III) <u>RESULTATS</u>	18
1) Taux de réponse.....	18
2) Caractéristiques de la population étudiée.....	18
a) Sexe et âge.....	18
b) Secteur et mode d'activité.....	18
c) Patientèle âgée.....	18
d) Temps d'installation.....	19
e) Formations supplémentaires.....	19
3) Questions générales sur l'usage des réseaux de gérontologie.....	20
a) Recours aux réseaux.....	20
b) Recours aux autres intervenants des filières gériatriques.....	20
c) Appel à d'autres services pour les personnes âgées.....	21
d) Intérêt porté aux actions des réseaux de gérontologie.....	22

4) Médecins ayant recours aux réseaux de gérontologie.....	23
a) Réseaux auxquels les médecins ont recours.....	23
b) Comment les médecins ont-ils connu les réseaux.....	24
c) Recours à un réseau dans les 12 derniers mois avant l'envoi du questionnaire.....	24
d) Nombre de patients, par médecin, pris en charge par les réseaux au cours des 12 mois précédents l'envoi du questionnaire.....	25
e) Réseau auquel les médecins font le plus appel.....	25
f) Connaissance de l'action des réseaux.....	25
5) Analyse du dernier patient pris en charge (sur 45 médecins).....	26
a) Choix du réseau.....	26
b) Dans quels buts avaient-ils fait appel au réseau.....	26
c) Initiation de la demande auprès du réseau.....	27
d) Informations sur ce qui a été proposé par le réseau et par quel(s) moyen(s).....	28
e) Informations sur ce qui a finalement été mis en œuvre.....	29
f) Maintien au domicile du patient pris en charge.....	29
g) Satisfaction concernant l'intervention du réseau.....	29
h) Les médecins referaient-ils appel au réseau pour d'autres patients et pour quelles raisons.....	30
i) Envoi d'un questionnaire d'évaluation/de satisfaction après la prise en charge de chaque patient.....	31
j) Commentaires libres sur l'usage et la satisfaction des réseaux.....	31
6) Médecins n'ayant pas recours aux réseaux de gérontologie.....	32
a) Autres actions pour lesquelles ils voudraient faire appel aux réseaux.....	32
b) Raisons pour lesquelles les médecins ne font pas appel aux réseaux.....	32
c) Accueil d'un membre des réseaux pour connaître leurs actions.....	33
d) Commentaires libres sur les réseaux.....	33
IV) DISCUSSION.....	34
1) Discussion méthodologique.....	34
a) Être « vieux ».....	34
b) Représentativité de la population	34
c) Forces de l'étude.....	36
d) Limites de l'étude.....	37
Population répondante.....	37

Biais de l'étude.....	37
Manque de références officielles.....	38
2) Discussion des résultats.....	39
a) Usage par les médecins ayant recours aux réseaux.....	39
Population répondante et données des réseaux.....	39
Qui déclenche la demande d'intervention du réseau.....	40
Pour quel usage (à partir du dernier patient pris en charge).....	40
Communication et retour du réseau	41
b) L'usage des intervenants des filières gériatriques (hors réseaux).....	42
c) Intérêt porté aux actions des réseaux.....	43
Qu'en dit ma bibliographie ?.....	44
d) Réponses aux objectifs de ma thèse.....	45
La place des réseaux de gérontologie dans la pratique des médecins généralistes.....	45
La satisfaction des médecins vis à vis des réseaux.....	47
e) Pistes d'amélioration pour optimiser l'usage des réseaux	48
V) <u>CONCLUSION</u>	50
BIBLIOGRAPHIE	51
ANNEXE 1 : Questionnaire de thèse	56
ANNEXE 2 : Lettre adressée aux médecins généralistes	61
ANNEXE 3 : Les réseaux Palpi 80 et Baie de Somme Picardie Maritime	62
ANNEXE 4 : Définitions et historique des réseaux	66
RESUME	68

ABREVIATIONS

ADMR : Aide à domicile en milieu rural

ARS : Agence régionale de santé

CCAS : Centre communal d'action sociale

CHU : Centre hospitalier universitaire

CLIC : Centre local d'information et de coordination

DU : Diplôme universitaire

ESA : Équipe spécialisée Alzheimer

FIR : Fond d'intervention régional

HAD : Hospitalisation à domicile

HDJ : Hôpital de jour

IFOP : Institut français d'opinion publique

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

MAIA : Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie

MSP : Maison de santé pluridisciplinaire

RCP : Réunion de concertation pluridisciplinaire

RIAP : Relevé individuel d'activité et de prescriptions

SIDA : Syndrome d'immunodéficience acquise

SPASAD : Service polyvalent d'aide et de soins à domicile

SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile

SSR : Soins de suite et de réadaptation

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

I) INTRODUCTION

1) Les personnes âgées et leur place dans la société

a) Population âgée et espérance de vie

Les personnes âgées représentent une part importante de nos patientèles et leur population tend à s'accroître.

La population mondiale de plus de 60 ans va presque doubler et passer de 12 à 22% entre 2015 et 2050 (soit de 900 millions à 2 milliards) selon l'organisation mondiale de la santé (OMS) [1]. Quant à la population de plus de 80 ans, elle sera multipliée par presque 4 entre 2000 et 2050 et atteindra 395 millions [2].

Selon l'institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), en 2019, l'espérance de vie, en France, à la naissance était de 85,6 ans pour les femmes et de 79,7 ans pour les hommes (contre 84,4 ans et 77,7 ans il y a 10 ans). L'espérance de vie à 60 ans était de 27,8 ans pour les femmes et de 23,4 ans pour les hommes [3]. Dans la Somme, en 2018, l'espérance de vie à la naissance pour les femmes était de 83,7 ans et de 26,6 ans à 60 ans. Pour les hommes, elle était, respectivement, de 77,5 ans et de 21,9 ans [4].

Au 1er janvier 2019, la population Samarienne âgée de 60 ans et plus représentait 26,4% de la population, dont 8,9% de personnes de 75 ans et plus [5]. Au niveau national, ces chiffres s'élevaient respectivement à 26,1% et 9,3% [5].

b) Dépendance et autonomie

La dépendance et l'autonomie sont des notions importantes : les réseaux de gérontologie vont nous aider à maintenir au domicile les personnes âgées dépendantes et en perte d'autonomie.

Selon l'INSEE, la dépendance d'une personne âgée est définie comme « un état durable de la personne entraînant des incapacités et requérant des aides pour réaliser des actes de la vie quotidienne » [6].

L'autonomie, elle, est définie comme « la capacité à se gouverner soi-même. Elle présuppose la capacité de jugement, c'est-à-dire la capacité de prévoir et de choisir, et la liberté de pouvoir agir, accepter ou refuser en fonction de son jugement » [7].

D'après l'INSEE, en 2014, dans les Hauts-de-France, 96% des personnes de 60 ans et plus vivaient à domicile. Plus de 30% de ces personnes déclaraient une diminution de leurs capacités fonctionnelles, engendrant une perte d'autonomie. C'était le taux le plus élevé de France (au niveau national, il était de 26%) [8]. Le taux de seniors en perte d'autonomie à domicile était également le plus élevé de France métropolitaine, avec 7,5% [8][9].

La région des Hauts-de-France était plus touchée par la pauvreté des personnes âgées. 10,3% des 60-74 ans et 8,9% des 75 ans vivaient sous le seuil de pauvreté monétaire (contre respectivement 9,5 et 8,6% en France métropolitaine) [8].

Cette pauvreté peut-être en lien avec la difficulté d'accès aux maisons de retraite et structures d'hébergement payantes.

2) Où les personnes âgées veulent-elles finir leur vie ?

La France est l'un des pays européens où l'on meurt le moins chez soi [10].

Selon un sondage de l'institut français d'opinion publique (IFOP) de 2010, 81% des français aimeraient « passer leur derniers instants chez eux » mais ils sont beaucoup moins à y décéder [10]. On s'en rend compte lors de notre pratique, le domicile est un lieu « sacré » pour nos patients. L'enquête « fin de vie en France » montre qu'en 2009, 25,5% des décès (137500) sont survenus à domicile contre 28,7% en 1990 (149977) [10].

Un mois avant leur décès, les personnes sont encore à leur domicile dans 50,6% des cas pour les hommes et 38,3% des cas pour les femmes [11] mais seul 1/3 d'entre eux y décéderont [10].

La grande majorité des personnes âgées est réticente à l'hospitalisation et souhaite être soignée chez elle.

De plus, les hospitalisations peuvent parfois être délétères pour les personnes âgées, les exposant à des risques de complications qui n'existeraient pas au domicile (escarres, phlébites, infections nosocomiales...) ou perturbant leurs repères [12]. Une hospitalisation est un facteur de risque de ré-hospitalisations à court terme, qui pourrait être évité [13]. Le maintien à domicile paraît alors une bonne option.

Les réseaux de gériatrie ont donc toute leur place pour nous aider dans ce maintien à domicile.

3) Choix du sujet

Nous sommes les premiers intervenants auprès des patients âgés en perte d'autonomie et souvent polyopathologiques. Leur prise en charge est complexe et le maintien à domicile peut s'avérer difficile. Beaucoup refusent les hospitalisations et le placement en maison de retraite, pour des raisons financières ou parce qu'ils veulent finir leurs jours chez eux.

Selon une étude de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) sur « la prise en charge en médecine générale des personnes âgées dépendantes vivant à domicile » de février 2014, 95% des médecins généralistes déclaraient avoir au moins une personne âgée dépendante dans leur patientèle et près de 40% d'entre eux déclaraient en avoir au moins vingt. Selon l'étude, les médecins généralistes prenaient en charge en moyenne vingt-et-une personnes âgées dépendantes [14].

Le maintien à domicile peut être difficile, tant pour la famille que pour nous, médecins traitants, qui n'avons pas toujours le temps de passer au domicile autant de fois que le nécessiterait le patient. De plus, le mode de rémunération à l'acte « rémunérant le soin et non la prévention et la coordination » ne permet pas d'optimiser les prises en charge [15].

Lors de mes remplacements j'ai souvent été confrontée à ces situations où j'étais partagée entre la « facilité » de l'hospitalisation et le souhait du patient de rester chez lui. Le maintien à domicile est possible à condition d'être entouré de nombreux professionnels de santé (infirmières, kinésithérapeutes, aides-soignantes...) et d'avoir le matériel adapté.

Suite à mes recherches et à mon expérience personnelle, j'ai donc constaté que le maintien à domicile des personnes âgées et le maintien de leur autonomie est un enjeu majeur dans notre société.

Devant l'augmentation des charges de travail en médecine libérale, les réseaux de gérontologie me semblent une bonne aide pour le maintien à domicile des patients âgés, pour prévenir les hospitalisations et pour coordonner l'action de tous les intervenants au domicile. J'ai choisi de prendre pour exemple deux réseaux gérontologiques de la Somme : le réseau Palpi 80 et le réseau gérontologique Baie de Somme Picardie Maritime (Baie de Somme).

Malgré leur utilité dans notre pratique et après des échanges avec les acteurs de ces réseaux, il me semble que les médecins généralistes ne font pas encore assez appel à eux.

4) Les réseaux de santé

Lorsque l'on pense réseau en médecine, on peut d'abord penser aux différents réseaux que nous avons avec nos confrères, pour permettre une prise en charge plus aisée de nos patients, d'un médecin à un autre ou d'un médecin à un autre professionnel de santé : on parle de « réseau professionnel informel » [16][17].

À côté de cela, il existe depuis quelques années des réseaux « officiels » qui constituent des « formes institutionnelles de coopération interdisciplinaire associant des praticiens hospitaliers ou libéraux et des professionnels de la santé et du secteur social » [16].

Un réseau de soins est une collaboration pluridisciplinaire de professionnels de santé sur une zone géographique donnée. C'est le patient qui est au centre du réseau, avec une prise en charge globale. Les intervenants du réseau mettent en place un projet médical commun afin d'améliorer la prise en charge d'une pathologie ou d'une population [18].

Je n'ai pas trouvé de données nationales officielles concernant le taux de participation des médecins généralistes aux réseaux de gérontologie.

Je me suis donc interrogée pour savoir où se situaient les médecins généralistes de la Somme concernant leur partenariat avec les réseaux de gérontologie. J'ai ainsi voulu étudier la connaissance qu'ils en avaient ainsi que l'usage qu'ils en faisaient et leur satisfaction lorsqu'ils y faisaient appel, et éventuellement dégager des pistes pour améliorer tant la connaissance que l'usage...

5) Objectifs de l'étude

L'objectif principal de mon travail était d'évaluer la place des réseaux de gérontologie dans la pratique des médecins généralistes de la Somme.

L'objectif secondaire était d'évaluer leur satisfaction vis à vis des réseaux lorsqu'ils y faisaient appel.

J'ai choisi d'y répondre par une étude descriptive quantitative par questionnaire auprès des médecins généralistes de la Somme.

II) MATERIEL ET METHODES

1) Question de recherche et type d'étude

Afin de répondre à la question de recherche de ma thèse « quelle est la place des réseaux de gérontologie dans la pratique des médecins généralistes de la Somme ? », j'ai décidé de réaliser une étude quantitative descriptive.

2) Questionnaire (annexe 1)

J'ai donc voulu interroger mes confrères pour évaluer la place qu'avaient les réseaux de gérontologie dans leur pratique, et également, dans le cadre de mon objectif secondaire, d'évaluer leur satisfaction lorsqu'ils y faisaient appel.

J'ai réalisé un questionnaire via Google Form, comprenant :

- 11 questions communes,
- puis 19 questions pour les médecins faisant appel à des réseaux de gérontologie,
- et 4 questions pour les médecins n'y faisant pas appel.

Les questions étaient en majorité des questions fermées (à choix unique ou multiples), quelques-unes étaient ouvertes.

Ce questionnaire a été élaboré et corrigé après avoir été testé auprès de 4 médecins et présenté à la commission du Département de Médecine Générale pour validation.

Pour *la question 10* concernant les actions des réseaux de gérontologie, j'ai déterminé ces actions en prenant connaissance des missions des deux réseaux de ma thèse (présentes sur le site internet de Palpi 80 [19] et sur le feuillet d'informations du réseau Baie de Somme (**annexe 3**)). Les autres actions de la liste qui n'apparaissaient pas sur les documents m'ont été communiquées lors d'une rencontre avec les membres de ces réseaux.

3) Population interrogée

Les deux réseaux de gérontologie ciblés par mon questionnaire couvraient à eux deux toute la Somme (**annexe 3**).

La population cible étaient constituée des médecins généralistes de la Somme.

J'ai exclu Amiens et son agglomération car une thèse similaire à la mienne était en cours concernant cette population (*Allonville, Bertangles, Blangy-Tronville, Bovelles, Boves, Cagny, Camon, Cardonnette, Clairly-Saulchoix, Creuse, Dreuil-les-Amiens, Dury, Estrées-sur-Noye, Ferrières, Glisy, Grattepanche, Guignemicourt, Hébecourt, Longueau, Pissy, Pont-de-Metz, Poulainville, Querrieu, Remiencourt, Revelles, Rivery, Rumigny, Sains-en-Amiénois, Saint-Fuscien, Saint-Saufieu, Saleux, Salouel, Saveuse, Thézy-Glimont, Saint-Vaast-en-Chaussée, Seux, Vaux-en-Amiénois, Vers-sur-Selle*).

4) Recueil des données

Je voulais initialement faire appel à l'union régional des professionnels de santé (URPS) pour m'aider dans l'envoi des questionnaires mais ces derniers voulaient élargir l'échantillonnage à tous les Hauts-de-France et modifier quelques questions. Bien qu'ils m'auraient été d'une grande aide, j'ai préféré garder mon questionnaire et ma population de départ et ne pas faire appel à eux.

J'ai également fait appel à Madame Isabelle VANDAELE, responsable communication chez APICRYPT pour que mon questionnaire apparaisse dans leur newsletter. Il a été publié dans celle du 29 octobre 2018.

J'ai constitué mon échantillon de médecins grâce à l'annuaire santé de l'Assurance Maladie [20] et recueilli ainsi les coordonnées de 357 médecins que j'ai listées dans un tableau Excel.

Parmi ces médecins, plusieurs exerçaient au même endroit, j'ai ainsi pu constituer 170 « groupes ». J'ai envoyé plusieurs lettres par enveloppe et ainsi envoyé 217 courriers par voie postale.

J'ai envoyé à chaque médecin une lettre expliquant mon travail, avec un lien à rentrer sur internet pour avoir accès à mon questionnaire (**annexe 2**).

Les envois ont eu lieu du 17/09/2018 au 08/10/2018. Du 22/10/2018 au 22/11/2018, j'ai relancé les médecins en les contactant par téléphone. Je les avais soit directement au téléphone, soit via leur secrétariat. Avec ces relances, j'ai parfois renvoyé les courriers par voie postale, par mail ou par fax. J'ai essayé de nombreux refus, laissé des messages sur des boîtes vocales. Certains médecins auxquels j'ai envoyé les questionnaires étaient en retraite. Après les envois et les relances, je n'ai récupéré que 58 questionnaires sur les 357 médecins sollicités.

5) Traitement des données et présentation des résultats

J'ai obtenu les données descriptives grâce à Google Form où les réponses des médecins étaient directement enregistrées. J'ai pu les transférer dans Libre Office Calc et obtenir un tableau avec tous les résultats que j'ai ensuite analysés.

Bien que les effectifs dans ma thèse soient faibles, j'ai réalisé des tests statistiques à la recherche de différences significatives, notamment entre les groupes de médecins ayant recours aux réseaux de gérontologie et ceux n'y ayant pas recours. Pour cela, j'ai utilisé le test du Chi² et le test exact de Fisher lorsque les effectifs étaient inférieurs à 5.

Je me suis aidée pour cela de BiostaTGV et de Pvalue, aides statistiques en ligne. Malheureusement, mes résultats ne retrouvaient quasiment jamais de différence significative. J'ai seulement retranscrit lorsqu'il en existait une.

Pour les réponses à choix unique ou multiples, les résultats étaient notés sous la forme de fréquence absolue (n = nombre de cas) et de fréquence relative (pourcentage arrondi au dixième).

Pour les questions ouvertes, les réponses des médecins ont été retranscrites et regroupées par « thème ».

III) RESULTATS

1) Taux de réponse

Après l'envoi des questionnaires et les relances téléphoniques, le taux de réponse s'est élevé à 16,2% (58/357). Tous les questionnaires ont pu être exploités.

2) Caractéristiques de la population étudiée

a) Sexe et âge (questions 1 et 2)

Parmi les médecins interrogés, 31 étaient des hommes (53,4%) et 27 étaient des femmes (46,6%).

La tranche d'âge la plus représentée était de 31 à 50 ans, avec 31 médecins (53,4%). 24 médecins avaient plus de 50 ans (41,4%) et 3 avaient entre 25 et 30 ans (5,2%).

b) Secteur et mode d'activité (questions 3 et 4)

Parmi les médecins interrogés, 25 exerçaient en secteur rural (43,1%), 23 en secteur semi-rural (39,7%) et 10 en secteur urbain (17,2%).

La majorité des médecins exerçaient en cabinet de groupe (47 médecins soit 81%).

c) Patientèle âgée (question 7)

J'ai interrogé les médecins sur la proportion de personnes âgées dans leur patientèle.

Ils avaient 3 choix de réponse : « < 25% de la patientèle », « entre 25 et 50% de la patientèle » ou « > 50% de la patientèle ».

Le dernier choix n'a représenté que très peu de réponses (5 médecins), ne permettant pas de faire d'analyse statistique. J'ai donc choisi de regrouper les réponses en 2 groupes : « < 25% de la population » et « > 25% de la population ».

Tableau 1. Représentation de la patientèle âgée chez les médecins interrogés

	Ensemble des médecins interrogés (n = 58)	Médecins ayant recours aux réseaux de gériatrie (n=45)	Médecins n'ayant pas recours aux réseaux de gériatrie (n = 13)
< 25% de la patientèle	28 (48,3%)	18 (40%)	10 (76,9%)
≥ 25% de la patientèle	30 (51,7%)	27 (60%)	3 (23,1%)

Les médecins ayant recours aux réseaux de gériatrie avaient plus de patients âgés dans leur patientèle que ceux n'y ayant pas recours ($p=0,027$).

d) Temps d'installation (question 5)

16 médecins étaient installés depuis moins de 5 ans (27,6%), 11 depuis 5 à 15 ans (19%), 14 depuis 16 à 25 ans (24,1%) et 17 depuis plus de 25 ans (29,3%).

e) Formations supplémentaires (question 6)

38 des médecins interrogés n'avaient pas de formation supplémentaire, soit 65,5%.

12 en avait une, soit 20,7% (1 en santé de l'enfant, 1 en mésothérapie, 1 en addictologie, 2 en soins palliatifs, 2 en gynécologie obstétrique et 5 en gériatrie (« gériatrie », « capacité », « gériatrie »).

8 médecins (13,8%) avaient plus d'une formation supplémentaire (médecine du sport, médecine d'urgence, ostéopathie, soins palliatifs, douleur, gériatrie, médecin coordonnateur d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), homéopathie, acupuncture, anthropologie, éthique, médecine légale, troubles de la mémoire).

3) Questions générales sur l'usage des réseaux de gérontologie

a) Recours aux réseaux (question 11)

Dans la population étudiée, 45 médecins, soit 77,6%, avaient recours à un réseau de gérontologie et 13 médecins, soit 22,4% n'y avaient pas recours.

b) Recours aux autres intervenants des filières gériatriques (question 8)

J'ai interrogé tous les médecins, ayant recours ou non aux réseaux de gérontologie, afin de savoir à quels acteurs de la filière gériatrique ils avaient recours.

Tableau 2. Recours aux autres intervenants des filières gériatriques

	Ensemble des médecins interrogés (n = 58)	Médecins ayant recours aux réseaux de gérontologie (n = 45)	Médecins n'ayant pas recours aux réseaux de gérontologie (n = 13)
Centre local d'information et de coordination (CLIC)	5 (8,6%)	5 (11,1%)	0
Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA)	6 (10,3%)	6 (13,3%)	0
Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	57 (98,3%)	44 (97,8%)	13 (100%)
Hospitalisation à domicile (HAD)	56 (96,6%)	44 (97,8%)	12 (92,3%)
Équipe spécialisée Alzheimer (ESA)	22 (37,9%)	19 (42,2%)	3 (23,1%)
Hébergement temporaire	38 (65,5%)	32 (71,1%)	6 (46,2%)
Hôpital de jour (HDJ)	43 (74,1%)	37 (82,2%)	6 (46,2%)
Services sociaux	44 (75,9%)	36 (80,0%)	8 (61,5%)

Les médecins ayant recours aux réseaux de gérontologie faisaient plus appel aux HDJ que les médecins n'y faisant pas appel ($p=0,026$). Pour les autres intervenants, il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes.

c) Appel à d'autres services pour les personnes âgées (question 9)

Sur les 45 médecins faisant appel aux réseaux de gérontologie, 17 d'entre eux, soit 37,8% disaient faire appel à d'autres services pour leurs patients âgés.

En fait, plusieurs médecins ont répondu faire appel au réseau Baie de Somme ($n=8$) et à Palpi 80 ($n=4$) (peut-être ne savaient-ils pas qu'il s'agissait en fait de réseaux de gérontologie) et d'autres ont répondu faire appel à d'autres réseaux ($n=3$) : réseau gérontologique du Pas de Calais, réseau gérontologique régional et un réseau gérontologique sans précision.

Si l'on retire ces médecins, seuls 3 médecins faisaient en fait appel à d'autres intervenants (puisque'un des médecins faisait appel à la fois au réseau Baie de Somme et à un autre réseau de gérontologie) : 1 au secteur privé, 1 au centre communal d'action social (CCAS), au service polyvalent d'aide et de soins à domicile (SPASAD) et à une maison de retraite (de Domart en Ponthieu) et 1 à la « douleur ».

Chez les médecins ne faisant pas appel aux réseaux, seulement 1 faisait appel à d'autres structures : aide à domicile en milieu rural (ADMR) et infirmières libérales.

d) Intérêt porté aux actions des réseaux de gérontologie (question 10)

J'ai interrogé la totalité des médecins afin de savoir, parmi plusieurs actions des réseaux de gérontologie, s'ils y trouvaient de l'intérêt. Pour toutes les actions listées, les médecins y trouvaient en majorité « beaucoup d'intérêt » et « de l'intérêt ».

Tableau 3. Intérêt porté par les médecins interrogés aux actions des réseaux

	Beaucoup d'intérêt	De l'intérêt	Peu d'intérêt	Pas d'intérêt
Aide au maintien à domicile	47 (81%)	11 (19%)	0	0
Aménagement du domicile	37 (63,8%)	20 (34,5%)	1 (1,7%)	0
Dépistage des risques de chute	32 (55,2%)	23 (39,7%)	2 (3,4%)	1 (1,7%)
Prévention des hospitalisations répétées	35 (60,3%)	19 (32,8%)	3 (5,2%)	1 (1,7%)
Aide au retour à domicile après une hospitalisation	41 (70,7%)	15 (25,9%)	2 (3,4%)	0
Évaluation thérapeutique et prévention de la iatrogénie	28 (48,3%)	17 (29,3%)	11 (19%)	2 (3,4%)
Aide dans l'articulation des différents intervenants au domicile (infirmiers, kinésithérapeute, ergothérapeute...)	24 (41,4%)	18 (31%)	13 (22,4%)	3 (5,2%)
Soutien aux aidants	31 (53,4%)	22 (37,9%)	5 (8,6%)	0

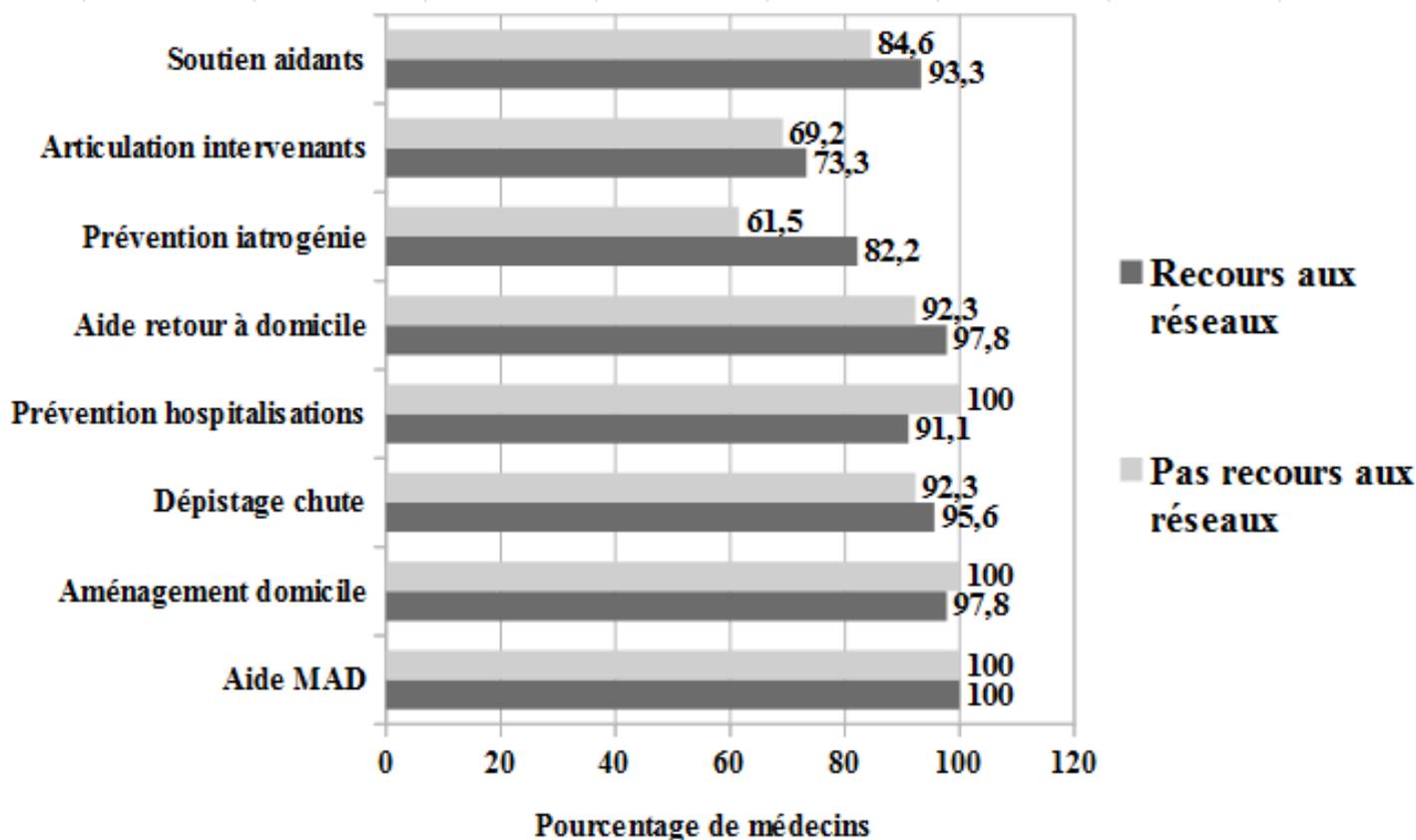


Figure 1. Pourcentage de médecins trouvant « beaucoup d'intérêt » et « de l'intérêt » aux actions des réseaux (MAD = maintien à domicile)

Les médecins n'ayant pas recours aux réseaux de gérontologie trouvaient autant d'intérêt aux actions des réseaux que ceux y ayant recours.

4) Médecins ayant recours aux réseaux de gérontologie

a) Réseaux auxquels les médecins ont recours (question 12)

20 médecins faisaient appel à Palpi 80, 10 au réseau gérontologique de la Baie de Somme. 13 médecins faisaient appel à ces deux réseaux et 5 médecins faisaient appel à d'autres « réseaux » (services de soins de suite et de réadaptation (SSR), services de gériatrie du centre hospitalier universitaire (CHU)).

b) Comment les médecins ont-ils connu les réseaux (question 13)

Tableau 4. Façon dont les médecins ont connu les réseaux

	Nombre de médecins
Grâce à leurs confrères	8 (17,8%)
Lors de formations médicales continues, enseignements post universitaires...	4 (8,9%)
Travaillent dans un réseau	3 (6,7%)
Grâce aux réseaux eux-mêmes	3 (6,7%)
Pendant un stage d'internat	2 (4,4%)
Grâce à des infirmières	2 (4,4%)
Grâce aux HAD de centres hospitaliers	2 (4,4%)
Autres	8 (17,8%)
Pas de réponse	13 (28,9%)

Parmi les autres réponses (n=8), les médecins avaient répondu avoir connu les réseaux : grâce à un courrier (sans précision), par des publicités, grâce à un patient y travaillant, par la communauté de commune, grâce au hasard, par du bouche à oreille, par des soins palliatifs.

c) Recours à un réseau dans les 12 derniers mois avant l'envoi du questionnaire (question 14)

42 médecins avaient eu recours à un réseau de gérontologie dans les 12 derniers mois avant l'envoi du questionnaire, soit 93,3%. 3 médecins n'y avaient pas eu recours, soit 6,7%.

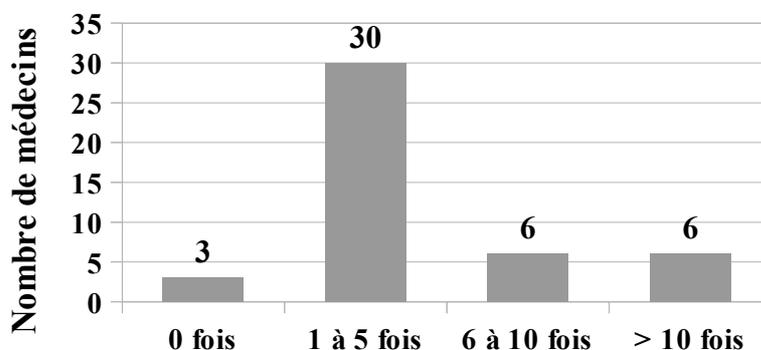


Figure 2. Recours à un réseau dans les 12 derniers mois précédent l'envoi du questionnaire

d) Nombre de patients, par médecin, pris en charge par les réseaux au cours des 12 mois précédant l'envoi du questionnaire (question 17)

Tableau 5. Avez-vous eu des patients ayant reçu les services des réseaux au cours des 12 derniers mois ?

Nombre de patients ayant reçu les services du réseau (par médecin)	Nombre de médecins ayant des patients pris en charge (par réseau)	
	Palpi 80	Baie de Somme
0	17 (37,8%)	22 (48,9%)
1 ou 2	17 (37,8%)	9 (20%)
3 ou 4	6 (13,3%)	6 (13,3%)
Plus de 4	5 (11,1%)	8 (17,8%)

Au cours des 12 derniers mois précédant l'envoi du questionnaire, 28 médecins (62,2%) avaient eu au moins 1 patient pris en charge par Palpi 80 et 23 médecins (51,1%) avaient eu au moins 1 patient pris en charge par le réseau Baie de Somme.

e) Réseau auquel les médecins font le plus appel (question 16)

Les médecins faisaient appel autant à Palpi 80 (n=20) qu'au réseau Baie de Somme (n=21).

f) Connaissance de l'action des réseaux (question 15)

30 médecins (66,7%) connaissaient l'action des deux réseaux Palpi 80 et Baie de Somme.

5) Analyse du dernier patient pris en charge (sur 45 médecins)

a) Choix du réseau (question 18)

Pour 26 médecins (57,8%), le dernier patient pris en charge par un réseau l'avait été par Palpi 80. Pour 17 d'entre eux (37,8%), il l'avait été par le réseau Baie de Somme.

Pour 2 médecins, il s'agissait d'une autre structure (confondue avec la notion de réseau).

b) Dans quels buts avaient-ils fait appel au réseau (question 19)

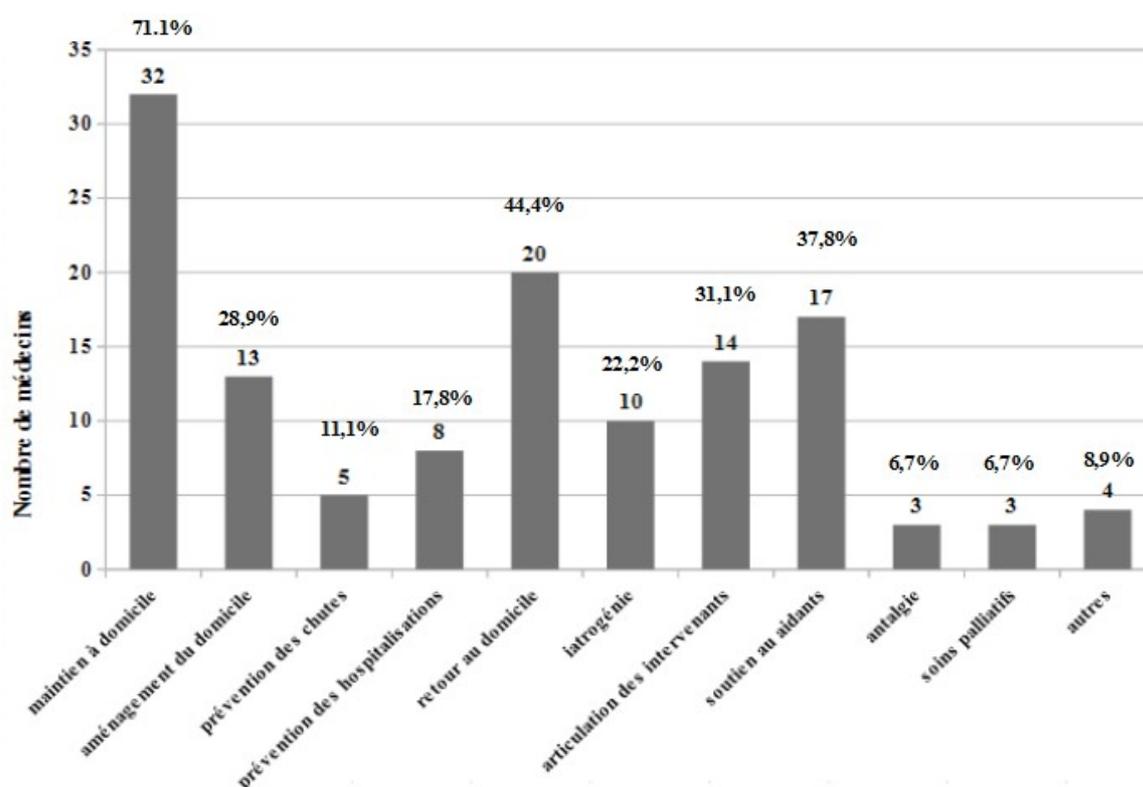


Figure 3. Motifs pour lesquels les médecins ont fait appel au réseau

Certains médecins avaient fait appel aux réseaux pour d'autres actions que celles citées dans la liste de la question 10 :

- 3 médecins pour les aider dans la prise en charge antalgique de leurs patients ;
- 3 médecins dans le cadre de soins palliatifs ;
- et 4 médecins pour d'autres motifs : soutien psychologique, mise en place d'une anxiolyse, allègement de la charge de travail, procédure collégiale.

c) Initiation de la demande auprès du réseau (question 20)

Plus de la moitié des médecins (n=25) avaient initié eux même la demande de prise en charge par le réseau.

Tableau 6. Répartition des motifs d'intervention du réseau selon qui a initié la demande

	Le médecin a initié la demande (n=25)	Quelqu'un d'autre a initié la demande (n=20)
Aide au maintien à domicile	17 (68%)	15 (75%)
Aménagement du domicile	6 (24%)	7 (35%)
Dépistage des risques de chute	2 (8%)	3 (15%)
Prévention des hospitalisations répétées	6 (24%)	2 (10%)
Aide au retour à domicile après une hospitalisation	12 (48%)	8 (40%)
Évaluation thérapeutique et prévention de la iatrogénie	7 (28%)	3 (15%)
Aide dans l'articulation des différents intervenants au domicile	8 (32%)	6 (30%)
Soutien aux aidants	11 (44%)	6 (30%)
Autres motifs	9 (36%)	1 (5%)

Il n'y avait pas de différence significative concernant les motifs d'intervention du réseau (*actions de la question 10*) selon qui avait initié la demande d'intervention.

d) Informations sur ce qui a été proposé par le réseau et par quel(s) moyen(s)

(questions 21 et 21 bis)

Tous les médecins ont répondu. Ils n'étaient que 2 à ne pas avoir reçu d'information.

Ils avaient parfois eu les informations par plusieurs moyens. Dans 44 cas (97,8% des médecins répondants), l'information avait été donnée par le réseau, soit via un appel téléphonique (pour 62,2% des médecins), soit par un courrier (pour 35,6% des médecins). Dans 10 cas (22,2% des répondants), c'est le patient qui avait transmis l'information. Dans 6 cas (13,3% des répondants), cela s'était fait par un autre moyen que ceux cités dans le questionnaire : par une infirmière dans 2 cas, lors d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) avec le réseau, par l'HAD, par un appel du médecin, lors d'une visite du réseau.

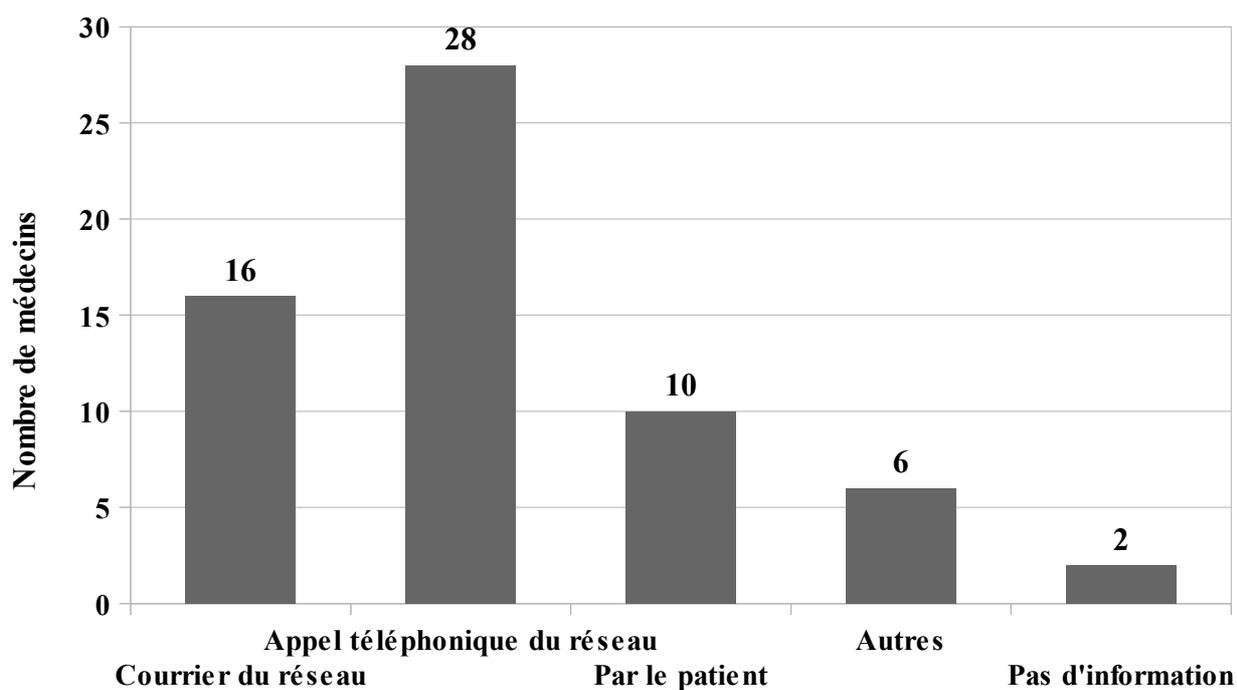


Figure 4. Mode d'information des médecins sur ce qui a été proposé par le réseau

e) Informations sur ce qui a finalement été mis en œuvre (question 22)

36 médecins (80 %) avaient été informés sur ce qui avait finalement été mis en œuvre par le réseau. Sur les 17 médecins ayant fait appel au réseau Baie de Somme, 3 n'avaient pas su ce qui avait finalement été mis en œuvre (17,6%). Sur les 26 médecins ayant fait appel à Palpi 80, 6 n'avaient pas eu l'information (23,1%).

f) Maintien au domicile du patient pris en charge (question 23)

32 patients (71,1%) étaient toujours au domicile après l'action du réseau.

g) Satisfaction concernant l'intervention du réseau (questions 24 et 24 bis)

Tableau 7. Satisfaction des médecins et des patients concernant les réseaux

Satisfaction des médecins		Satisfaction des patients selon les médecins			
		Patients très satisfaits	Patients satisfaits	Patients moyennement satisfaits	NSP
		11 (24,4%)	18 (40%)	2 (4,4%)	14 (31,1%)
Médecins très satisfaits	21 (46,7%)	10	5	1	5
Médecins satisfaits	22 (48,9%)	1	13	0	8
Médecins moyennement satisfaits	2 (4,4%)	0	0	1	1

**h) Les médecins referaient-ils appel au réseau pour d'autres patients (question 25)
et pour quelles raisons (question 25 bis)**

Tous les médecins interrogés referaient appel à un réseau de gérontologie.

41 médecins ont expliqué pourquoi ils referaient appel au(x) réseau(x) et à chaque fois de manière positive.

Beaucoup mettaient en avant **les compétences et les qualités des équipes des réseaux** : « bon contact », « excellente équipe », « professionnelle », « pertinence des conseils ».

Les termes « compétence », « efficacité » et « disponibilité » ont beaucoup été utilisés.

Le relationnel avec les équipes a également beaucoup été mis en avant : « confiance et échange confraternel », « bonne relation avec » le réseau, « entraide », « très à l'écoute et réactif », « travail collaboratif et complémentaire », « bonne relation médecins/IDE ».

Un médecin soulignait « l'adéquation des soins proposés avec la demande », un autre le « bon retour des informations ».

Un médecin qui travaille avec Palpi 80 **a témoigné** : « je travaille lorsque j'en ai besoin avec Palpi 80 depuis plusieurs années et je suis ravi de notre collaboration : ils sont disponibles pour se déplacer si besoin, me conseillent par téléphone si j'ai juste besoin d'un avis thérapeutique. Toujours très pertinents et efficaces sans jamais être directifs ou intrusifs ».

Plusieurs médecins **referaient appel au réseau** pour le « maintien à domicile », pour « l'aide aux familles », « aux aidants », mais aussi « aux patients » et « aux médecins », pour « réduire les hospitalisations » et permettre « un meilleur retour au domicile au décours d'une hospitalisation ».

L'un d'eux **referait appel au réseau** pour « faire le point sur les possibilités du réseau ».

Un autre car cela « permet d'éviter l'isolement du patient et d'optimiser sa prise en charge ».

Les médecins **trouvaient les réseaux** « très utiles en médecine générale », apportant une « aide à l'organisation des soins » et dans « la prise en charge du patient » et permettant un « gain de temps ».

Un médecin trouvait le réseau « très utile pour proposer des solutions aux patients ».

Un des médecins **rapportait ne connaître le réseau** « que dans le cadre du palliatif » et avoir découvert en lisant le questionnaire « ses autres missions ».

i) Envoi d'un questionnaire d'évaluation/de satisfaction après la prise en charge de chaque patient (question 26)

Les médecins étaient une majorité à ne pas vouloir recevoir de questionnaire d'évaluation après la prise en charge de chaque patient : 26 (57,8%) contre 19 (42,2%) à le vouloir.

j) Commentaires libres sur l'usage et la satisfaction des réseaux (question 27)

8 médecins ont répondu.

Certaines réponses restaient très positives : les réseaux sont une « grosse aide pour la prise en charge globale et le soutien aux aidants », ils « libèrent du temps médical au médecin », « la collaboration est facile ».

Un médecin **très impliqué dans les structures gériatriques** a témoigné (la phrase a été anonymisée) : « ancien président [d'une structure gériatrique], expérimentateur SPASAD, investi depuis [plus de 20 ans] dans le SSIAD de [...], âgé de 64 ans, j'espère voir arriver une relève à la hauteur dont vous êtes les acteurs. Merci pour ce sujet de thèse ».

D'autres mettaient en avant **de possibles pistes d'amélioration** pour les réseaux : « les réseaux gériatriques devraient couvrir l'ensemble du territoire », il devrait y avoir « plus d'informations médecins/réseau » ; un médecin « aimerait avoir plus de compte rendu sur les actions effectivement faites et le suivi de ces actions dans le temps ». Un autre souligne qu'il n'y a « pas d'accès » au réseau « le week-end ».

Un médecin parlait de la « cotation de l'acte des RCP uniquement possible en maison de santé pluridisciplinaire (MSP) et non pour un médecin de ville installé seul ou en cabinet de groupe ».

Un médecin **semblait septique** : « espérons qu'il y ait toujours des subventions pour que ces réseaux existent... Bien utile compte tenu du vieillissement de la population et du maintien à domicile le plus longtemps possible ».

6) Médecins n'ayant pas recours aux réseaux de gériatrie

Ils ont été peu à répondre au questionnaire : n=13 (22,4 % des médecins répondants).

a) Autres actions (que celles citées à la question 10) pour lesquelles ils voudraient faire appel aux réseaux (question 28)

Seulement 3 médecins sur les 13 ont répondu, et leur réponse était « non ».

b) Raisons pour lesquelles ils ne font pas appel aux réseaux (question 29)

En majorité, les médecins ne se sentaient pas assez informés sur les actions des réseaux (10 médecins, soit 76,9%). 5 médecins (38,5%) ne connaissaient pas les démarches pour adresser un patient au(x) réseau(x). 4 médecins (30,8%) ne connaissaient pas l'existence des réseaux. 2 médecins (15,4%) disaient faire appel à d'autres services pour leurs patients âgés et 1 médecin (7,7%) « n'avait pas le temps ».

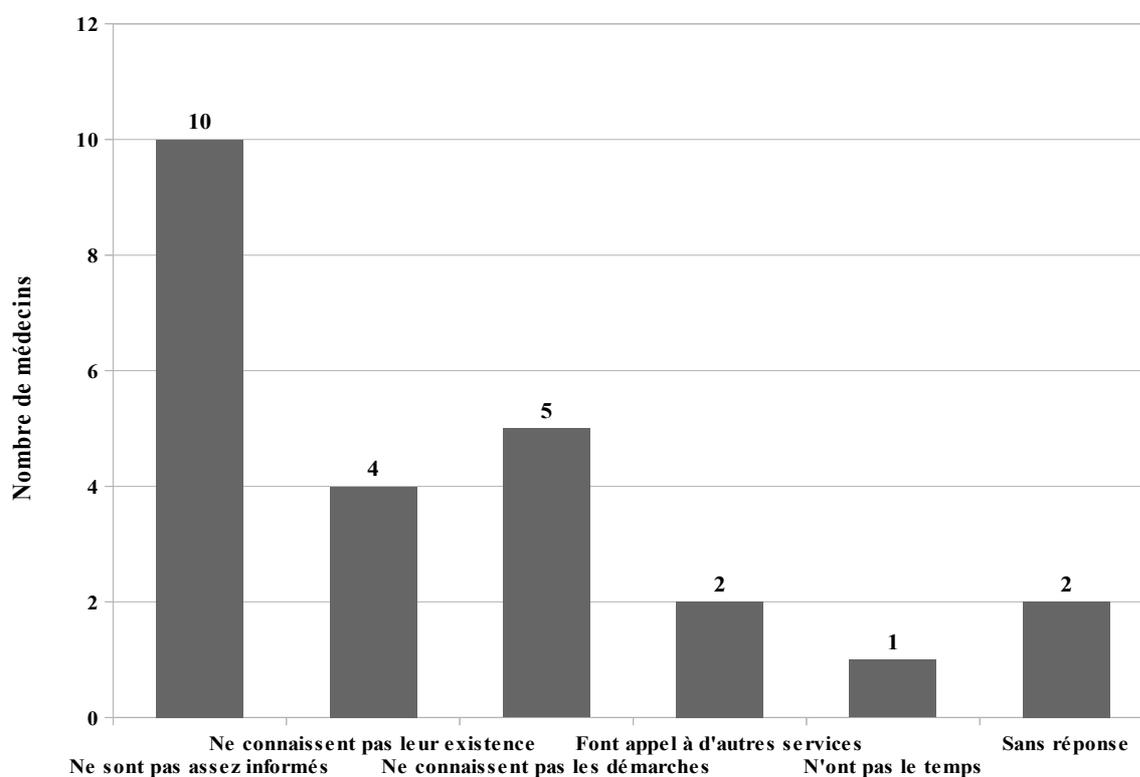


Figure 5. Raisons pour lesquelles les médecins ne font pas appel aux réseaux

c) Accueil d'un membre des réseaux pour connaître leurs actions (question 29 bis)

La majorité des médecins (10/13) se disaient prêts à recevoir des membres des réseaux pour connaître leurs actions.

d) Commentaires libres sur les réseaux (question 30)

Seuls 2 médecins ont répondu : « je ne suis pas une assistante sociale » et « site internet global avec patient géolocalisé ».

IV)DISCUSSION

1) Discussion méthodologique

a) Être « vieux »

Je n'ai pas trouvé d'âge officiel de la vieillesse, mais plusieurs définitions.

Dans le Larousse, elle est définie comme la « dernière période de la vie normale, caractérisée par un ralentissement des fonctions, c'est le fait d'être vieux » [21].

Selon l'étude « les Français et le bien vieillir » du groupe PREVOIR réalisée du 1er au 3 février 2011 par l'IFOP, les français considèrent que l'on devient vieux à partir de 69 ans, avec des réponses variables selon l'âge des sondés et leur catégorie sociale [22][23].

Selon l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) attribuée par le conseil départemental, une personne est considérée comme âgée à partir de 60 ans [24].

Plusieurs autres enquêtes ou sondages ont voulu répondre à la question de l'âge de la vieillesse avec des réponses variables à chaque fois : entre 60 et 69 ans [22][25], à partir de 72 ans [22]..., avec toujours des variations selon les âges et catégories socio-professionnelles.

J'ai finalement choisi de fixer l'âge de 70 ans pour mon questionnaire (*question 7*) pour ensuite comparer mes résultats à ceux du relevé individuel d'activité et de prescriptions (RIAP), auxquels chaque médecin généraliste a accès.

b) Représentativité de la population

Mon échantillon de médecins était une population plutôt jeune puisque 58,6% des médecins avaient moins de 50 ans. En 2017, dans la Somme, la moyenne d'âge des médecins était de 50 ans [26]. Au niveau national, au 1er Janvier 2018, elle était de 50,6 ans [27].

Ma population semble donc plus jeune que la population médicale de la Somme mais je ne peux pas être plus précise puisque j'ai interrogé les médecins sur une tranche d'âge et non sur leur âge exact.

Concernant le sexe, ma population était représentée par 46,6% de femmes. La, encore, elle diffère de celle de la Somme puisqu'en 2017, il y avait 34,7% de femmes médecins généralistes Samariennes [26]. Au niveau national, au 1er Janvier 2018, les femmes représentaient 48,2% des médecins généralistes [27].

Dans mon échantillon, 43,1% des médecins exerçaient en secteur rural, 39,7% en secteur semi-rural et 17,2% en secteur urbain.

Dans la thèse de Fouad-François El Dirani, faite à Amiens en 2016 sur « la place des outils d'évaluation des syndromes gériatriques en consultation de médecine générale », les médecins généralistes Picards étaient interrogés. Le nombre de répondants était proche du mien (n=46). 30,2% des médecins exerçaient en milieu urbain, 30,2% en milieu rural et 39,5% en milieu semi-rural [28].

Mes résultats sont proches de cette thèse concernant les milieux ruraux et semi-ruraux. Cependant, mon questionnaire n'était pas envoyé aux médecins Amiénois et de l'agglomération, (une autre thèse étant réalisée sur ce secteur). La plus grosse ville du département n'a donc pas été prise en compte. De plus, la thèse citée ci-dessus concernait les médecins généralistes de toute la Picardie.

Les médecins interrogés étaient une grande majorité à exercer en groupe (81%).

Sur le plan national, début 2019, les médecins généralistes libéraux étaient 61 % à exercer en groupe. Chez les moins de 50 ans, ce taux augmente à 81 % [29].

Cela est cohérent avec ma population puisque les médecins étaient une majorité à avoir moins de 50 ans.

La population gériatrique des médecins interrogés s'est élevée à au moins 25 % de la patientèle chez 51,7% des médecins. Les médecins ayant recours aux réseaux de gérontologie avaient une population plus âgée que ceux n'y faisant pas appel, ce qui est cohérent : ils devaient y trouver plus d'intérêt dans leur pratique.

J'avais précisé dans mon questionnaire que ces informations se trouvaient dans le RIAP mais je ne sais pas si les médecins l'ont réellement consulté. Je ne peux donc pas certifier que ces résultats soient précis.

Les réponses des médecins interrogés ont été données fin 2018. En juin 2019, selon le RIAP, au niveau régional, la part de la patientèle gériatrique de 70 ans et plus s'élevait à 13,25%.

Je ne peux encore la pas être très précise car je n'ai pas demandé un chiffre exact mais un

intervalle, mais les médecins généralistes répondants semblent avoir une population gériatrique plus importante que celle des médecins généralistes de la Picardie.

Les seules informations dont je dispose pour savoir si mon échantillon se comporte comme les médecins de la Somme concernant l'usage des réseaux de gérontologie est la communication avec les deux réseaux : en 2018, les réseaux Palpi 80 et Baie de Somme comptaient à eux deux 149 médecins généralistes hors Amiens (sur les 357 que j'ai listés), soit 41,7% des médecins généralistes de la Somme (hors Amiens). Ces médecins ont-ils été à l'origine de la demande de prise en charge ou sont-ils « juste » les médecins traitants des patients ? Je n'ai pas eu la précision.

Dans ma thèse, près de 78% des médecins répondants faisaient appel à un réseau.

Je peux donc dire que mon échantillon n'est probablement pas représentatif des médecins généralistes de la Somme, car plus jeune, plus féminin et plus rural. Par ailleurs, les médecins répondants sont probablement plus investis dans une patientèle âgée et plus souvent en lien avec un réseau que leurs collègues.

c) Forces de l'étude

La prise en charge des personnes âgées au domicile est un sujet d'actualité et un sujet de santé publique. Comme dit dans l'introduction, les personnes âgées représentent une part importante de nos patientèles et leur population tend à augmenter.

La plupart de ces patients, ou leur famille, est réfractaire aux hospitalisations ou au placement en maison de retraite. Les réseaux sont une aide importante dans nos pratiques pour permettre le maintien au domicile. Ils peuvent également nous aider dans plusieurs autres domaines.

De part cette étude, j'ai également voulu mettre en avant la connaissance ou non des différentes actions des réseaux par les médecins généralistes. Toutes ces actions peuvent nous être d'une grande aide et nous libérer du temps de travail. Certaines d'entre elles étaient peut être méconnues des médecins. Ce travail a pu leur faire découvrir et les inciter à augmenter leur demande de prise en charge dans des domaines auxquels ils ne pensaient pas.

Avec les résultats, nous pourrions mettre en avant les points de communication et d'action à développer par les réseaux pour élargir le panel de médecins faisant appel à eux.

d) Limites de l'étude

- **Population répondante**

Malgré l'envoi de plus de 350 questionnaires, mon échantillon de médecins ne s'est élevé qu'à 58 soit 16,2%. Cela a limité les possibilités statistiques, et la significativité de l'étude, d'autant plus que les 58 médecins étaient répartis en 2 populations : les médecins ayant recours aux réseaux (n=45) et ceux n'y ayant pas recours (n=13). En réalisant mon questionnaire, je voulais pouvoir comparer ces deux populations de médecins. Il a été difficile de le faire au vu de l'effectif très bas et donc de la difficulté sur le plan statistique.

Il ne pourra être question que de tendances. D'ailleurs, les comparaisons à l'aide du test du Chi² et du test exact de Fisher n'ont que rarement démontré de résultats significatifs. Peut-on dire qu'il y avait une absence réelle d'effet ou que ces résultats étaient liés au manque de puissance ? Il était souvent impossible de conclure : soit il n'y avait vraiment pas d'effet, soit l'effet était trop petit pour être décelable, soit les conditions de mesures de l'expérience ne permettaient pas de conclure (variance trop grande).

Concernant les médecins ne faisant pas appel aux réseaux, on ne pourra faire que des suppositions sur comment les intéresser car l'échantillon était très petit.

- **Biais de l'étude**

Avec le recul, je me suis rendue compte que la méthode d'envoi du questionnaire n'était peut-être pas appropriée. Il pouvait être chronophage et peu pratique, en recevant le courrier, de rentrer le lien dans une barre de recherche pour accéder au questionnaire. J'ai donc probablement obtenu les réponses de médecins intéressés et plus jeunes car plus à l'aise avec ce type de questionnaire par internet.

Concernant la diffusion dans la newsletter d'Apycript, je ne sais pas quel impact cela a eu, les résultats étant directement envoyés dans Google Form, sans distinction.

Pour les médecins les plus âgés, un questionnaire papier aurait peut-être été plus adapté.

Lors des relances que j'ai effectuées, plusieurs médecins m'ont demandé de leur renvoyer par mail le lien du questionnaire. J'aurais dû mettre mon adresse mail dans la lettre de présentation pour que les médecins puissent me joindre directement.

Il existait également un biais de représentativité : les médecins faisant appel aux réseaux devaient être plus intéressés par mon sujet que ceux n'y faisant pas appel, expliquant leur pourcentage élevé dans notre population de 77,6%.

- *Manque de références officielles*

Comme dit dans l'introduction, je n'ai pas trouvé de données nationales concernant l'usage des réseaux par les médecins généralistes. Il existait en revanche plusieurs thèses sur le thème du maintien au domicile des personnes âgées.

Dans deux thèses, celle de Caroline Corvaisier Barbot sur « l'implication des médecins généralistes dans les réseaux de santé », faite en 2008 à Créteil [30] et celle de Nadia Ben Saad Azim sur le « maintien à domicile du sujet âgé : pratiques des médecins généralistes et apport des réseaux de gérontologie » faite en 2016 à Nice [31], les taux de participation des médecins aux réseaux de gérontologie était de 13% sur 201 médecins répondants [30], et de 56% sur 25 médecins interrogés [31].

Dans mon étude, sur 58 médecins, 77,6% participaient à des réseaux de gérontologie. Ce résultat est plus élevé que ceux des deux thèses citées ci-dessus. La majorité des médecins qui ont répondu à mon questionnaire sont ceux qui font appel aux réseaux et qui ont donc plus d'intérêt pour ce sujet.

Encore une fois, je ne pense pas ma population représentative de la population générale.

J'ai lu plusieurs autres thèses ayant pour thème le maintien à domicile des personnes âgées ou les réseaux, mais la plupart étaient des thèses qualitatives. Il était donc difficile de comparer avec mes résultats.

Les limites et les forces de mon étude m'amènent donc à dire qu'elle ne peut être représentative et ne permet pas de comparaison chiffrée entre les groupes utilisateurs de réseaux et non utilisateurs mais qu'elle aura un véritable intérêt pour les structures dont je parle pour dégager des pistes d'amélioration concernant leurs pratiques auprès des deux populations de médecins de l'étude.

Cela m'interroge sur le choix que j'ai fait de réaliser une thèse quantitative. N'aurait-il pas été plus pertinent que cette dernière soit qualitative ?

2) Discussion des résultats

a) Usage par les médecins ayant recours aux réseaux

- Population répondante et données des réseaux

J'ai pris comme exemple dans mon étude deux réseaux gérontologiques de la Somme : Palpi 80 qui a développé son activité gérontologique en septembre 2015 et le réseau Baie de Somme Picardie Maritime basé à Saint Valéry sur Somme.

Les médecins étaient 33 à avoir recours aux réseaux Palpi 80 et 23 à avoir recours au réseau Baie de Somme. Le réseau Baie de Somme a élargi son champ d'action depuis peu, cela explique probablement ces résultats.

On peut remarquer que des médecins ont déclaré faire appel à d'autres « réseaux » qui n'en sont en fait pas : le SSR et les services de gériatrie du CHU. On peut se poser la question de la définition du réseau par le médecin, qui y inclut possiblement et indistinctement tous ses partenaires gérontologiques.

Dans ma thèse, 23 médecins étaient des femmes (48,9%) et 22 étaient des hommes (51,1%). 16 femmes (48,5%) et 17 hommes (51,5%) faisaient appel à Palpi 80. 13 femmes (56,5%) et 10 hommes (43,5%) faisaient appel au réseau Baie de Somme. Parfois, un médecin faisait appel aux 2 réseaux.

Les réseaux Palpi 80 et Baie de Somme m'ont fait parvenir la liste des médecins traitants de leurs patients pris en charge. Pour le réseau Palpi 80, ils étaient 36 médecins (hors Amiens) : 19 femmes (52,8%) et 17 hommes (47,2%). Pour le réseau Baie de Somme, ils étaient 116 médecins : 43 femmes (37,1%) et 73 hommes (62,9%).

Il semble donc que la majorité des médecins faisant appel à Palpi 80 hors Amiens (33/36) m'aient répondu alors que les médecins faisant appel au réseau Baie de Somme ont moins répondu à mes sollicitations (23/116).

Dans les 12 mois précédents l'envoi du questionnaire les médecins avaient pour 93,3% d'entre eux fait appel à un réseau au moins une fois.

28 médecins avaient au moins 1 patient pris en charge par Palpi 80 au cours des 12 derniers mois avant l'envoi du questionnaire et 23 médecins au moins 1 patient par le réseau Baie de Somme. 8 médecins avaient fait appel au réseau Baie de Somme pour plus de 4 patients, et 5 médecins au réseau Palpi 80. Cette différence n'était pas significative.

- **Qui déclenche la demande d'intervention du réseau**

Dans plus de la moitié des cas (n=25), les médecins interrogés ont dit avoir fait eux même la demande de prise en charge auprès du réseau.

En 2018, pour le réseau Palpi 80, 29 médecins traitants ont contacté le réseau pour faire la demande initiale (premier contact avec le réseau). Cela représente un pourcentage de 23,4 % sur le nombre de patients orientés (un médecin traitant peut avoir orienté plus d'un patient).

Je n'ai pas eu l'information concernant le réseau Baie de Somme.

- **Pour quel usage (à partir du dernier patient pris en charge)**

Pour le dernier patient pris en charge, c'est majoritairement le réseau Palpi 80 qui était intervenu (pour 26 des 45 médecins). Pour 2 médecins, il s'agissait d'un autre réseau que Palpi 80 ou le réseau Baie de Somme. Pour les 17 médecins restants, c'est donc le réseau Baie de Somme qui était intervenu.

Une grande majorité des patients (71,1%) étaient encore au domicile après l'action du réseau. Je trouve ce résultat encourageant.

Les médecins avaient fait le plus appel au réseau pour l'aide au maintien à domicile (n=32), pour aider au retour à domicile après une hospitalisation (n=20) et pour le soutien aux aidants (n=17). Ils avaient le moins fait appel au réseau pour la prévention des chutes (n=5) et la prévention des hospitalisations répétées (n=8)

Cela est cohérent avec les attentes qu'ils en avaient pour ce qui est du maintien à domicile et de l'aide au retour à domicile puisqu'ils étaient respectivement n=45 et n=44 à y trouver « beaucoup d'intérêt » et « de l'intérêt ».

Pour le soutien aux aidants, cela l'est moins puisque 42 médecins sur 45 trouvaient que cela avait un intérêt et seulement 17 y ont fait appel pour leur dernier patient. De même pour les autres actions, les médecins y trouvaient de l'intérêt mais y ont peu fait appel pour leur dernier patient.

Pour la prévention des hospitalisations répétées, le résultat est étonnant puisque que finalement, normalement corrélé à l'aide au maintien à domicile.

J'ai émis plusieurs hypothèses pouvant expliquer cela :

- les médecins avaient peut être découvert ces actions des réseaux en lisant le questionnaire de la thèse. Un médecin l'a d'ailleurs affirmé à *la question 25 bis* : il ne connaissait les réseaux que dans le cadre des soins palliatifs, et a découvert leurs autres missions en lisant le questionnaire ;
- les médecins trouvaient peut-être ces actions finalement peu utiles dans leur pratique de médecine générale ;
- certaines de ces actions étaient peut-être « gérées » par les structures ayant initié la demande (ce n'est pas toujours le médecin traitant qui l'initie).

Pour étayer certaines de ces hypothèses, j'ai différencié les « actions » concernant le dernier patient en fonction de qui avait fait la demande (médecin traitant, donc médecin interrogé ou autre « déclencheurs » (SSIAD, entourage, structure hospitalière...)).

Je m'attendais à des résultats plus tranchés. En effet, il n'a pas été trouvé de différence significative entre les différents motifs d'intervention du réseau selon qui avait initié la demande. Les différentes actions des réseaux semblent donc bien utiles en médecine générale.

- **Communication et retour du réseau**

Les médecins sont la quasi-totalité (n=43) à avoir eu des informations sur ce qui a été proposé par le réseau, et parfois de plusieurs manières. Les 2 médecins n'ayant pas eu l'information avaient fait appel au réseau Baie de Somme.

Dans la majorité des cas (n=46), l'information est venue directement du réseau grâce à un

appel téléphonique ou par courrier (n=44) ou par autre contact avec le réseau (n=2).

La grande majorité des médecins (n=36) a également eu des informations par le réseau sur ce qui a finalement été mis en œuvre pour leur patient.

Ces résultats montrent qu'une fois le patient pris en charge, la communication se fait bien entre le réseau et le médecin généraliste et ce par plusieurs moyens (appel, courrier, contact direct).

Avec ces résultats, on peut soulever le fait que les réseaux ont une bonne communication avec les médecins lorsque le patient est pris en charge puisqu'ils les informent des mesures mises en place dans la quasi majorité des cas.

b) L'usage des intervenants des filières gériatriques (hors réseaux)

Outre les réseaux, d'autres « structures » sont très utiles dans nos pratiques.

J'ai trouvé intéressant de savoir auxquelles faisaient appel les médecins interrogés et de savoir s'il y avait des différences entre ceux faisant appel aux réseaux et ceux n'y faisant pas appel : ces derniers sont-ils « réfractaires » aux autres structures d'aides aux personnes âgées ou uniquement aux réseaux (qu'ils ne connaissent peut-être pas assez) ?

Les médecins faisaient beaucoup appel aux HAD (n=56) et aux SSIAD (n=57), dans les deux groupes étudiés. Il s'agirait en effet des services les plus connus et peut être considérés comme les plus « accessibles » par les médecins.

Les hébergements temporaires (n=38), HDJ (n=43) et services sociaux (n=44) étaient également beaucoup utilisés mais par moins de la moitié des médecins ne faisant pas appel aux réseaux pour les hébergements temporaires (n=6) et les HDJ (n=6). Les ESA étaient moyennement utilisées (n=22).

Les CLIC (n=5) et MAIA (n=6) étaient très peu utilisés, voire pas du tout chez les médecins ne faisant pas appel aux réseaux.

Ces deux intervenants sont je pense, peu connus des médecins libéraux. Je ne les connaissais en tout cas pas avant de faire ce travail.

Il n'y avait finalement pas de différence significative sur l'utilisation des intervenants des filières gériatrique entre les deux groupes de médecins, sauf pour les HDJ, que les médecins ayant recours aux réseaux utilisaient significativement plus.

Trois des médecins faisant appel aux réseaux faisaient également appel à d'autres services pour leurs patients que ceux que j'avais cités : secteur privée, SPASAD, CCAS et maison de retraite. Un seul des médecins ne faisant pas appel aux réseaux faisait appel à d'autres services : ADMR et infirmières libérales.

Je n'ai pas trouvé de données officielles sur l'usage des intervenants des filières gériatriques au niveau du département ni au niveau national. Je n'ai donc pas pu comparer avec mes résultats.

L'ensemble des médecins fait donc appel aux autres intervenants des filières gériatriques. On peut ainsi dire que ceux ne faisant pas appel aux réseaux ne sont pas réfractaires à l'utilisation de ces intervenants. Il semble alors important pour les réseaux de travailler auprès de ces médecins pour qu'ils les utilisent plus.

c) Intérêt porté aux actions des réseaux

Il m'a semblé très intéressant de connaître l'intérêt des médecins aux actions des réseaux. Certaines actions semblent évidentes quand d'autres le sont moins (*question 10*).

L'aide au maintien à domicile est une action « reine » des réseaux de gérontologie et 100% des médecins interrogés y trouvaient de l'intérêt.

L'aménagement du domicile et la prévention du risque de chute (engendrant des hospitalisations) étaient également recherchés par les médecins puisqu'ils étaient respectivement 57 et 55 à y trouver de l'intérêt.

L'aide au retour à domicile après les hospitalisations, pouvant permettre une diminution des temps d'hospitalisation et la prévention des hospitalisations répétées, problème de santé publique, étaient également trouvées intéressantes pour la majorité des médecins (respectivement n=56 et n=54).

Les médecins trouvaient les réseaux très utiles pour le soutien aux aidants (n=53). Cela permet de les décharger d'une tâche primordiale mais chronophage.

Les actions trouvées les moins intéressantes mais tout de même à plus de 50% étaient la prévention de la iatrogénie (n=45) et l'aide dans l'articulation des intervenants (n=42) (*figure 1 des résultats*).

La répartition de ces résultats entre les médecins ayant recours aux réseaux et ceux n'y ayant pas recours étaient à peu près similaire, et même les médecins n'ayant pas recours aux réseaux trouvaient de l'intérêt dans leurs actions. Les deux populations de médecins trouvaient autant d'intérêt à ces actions.

- **Qu'en dit ma bibliographie ?**

Plusieurs difficultés au maintien à domicile sont soulevées dans la thèse de Rajemisa Gérard, faite à Paris en 2011, sur « les obstacles rencontrés par les médecins traitants pour le maintien à domicile des personnes âgées » [32], notamment « le temps nécessaire à consacrer au patient », avec des visites à domicile qui peuvent être longues et complexes, la coordination des aides au domicile, le manque d'intervenants para-médicaux à domicile (kinésithérapeutes, orthophonistes...).

Elle y parle également de l'aménagement du domicile, qui « contribue à l'autonomie, rendant la déambulation non dangereuse ». Il permet de limiter le risque de chute (retrait des tapis, éclairage adapté, chaussage adéquat, modification des baignoires...) et ainsi le nombre de passages aux urgences et d'hospitalisations, potentiellement délétères pour le patient. Elle met également en avant l'importance du rôle des aidants et la nécessité de les « préserver ».

Dans une autre thèse, celle de Vanessa Vouaux, faite à Nancy en 2010, sur le « maintien à domicile impossible » [33], il est soulevé le problème du passage inapproprié aux urgences des personnes âgées, dont les situations relèvent le plus souvent de motifs sociaux. Les réseaux ont un rôle pour limiter le nombre de ces passages et ainsi améliorer la qualité de vie et le confort des personnes âgées.

Il est également mis en avant le rôle de l'aidant et le fait que sa prise en charge permettrait « de retarder l'entrée en institution ».

Dans une troisième thèse réalisée à Amiens en 2016 par Philippine Foulon sur « les personnes âgées au domicile : un maintien à domicile difficile ? » [34] où elle interroge des internes de médecine générale, une fois de plus, la difficulté du maintien à domicile des personnes âgées est pointée du doigt. Les internes parlent du temps que cela prend de mettre des aides en place, des consultations dédiées à cela qui sont chronophages et sous cotées. Ils parlent également de l'importance de l'aménagement du domicile. Les effets délétères des

hospitalisations sont également cités.

Certains internes font notion de l'utilité d'un interlocuteur unique à qui se référer pour un gain de temps. Cet interlocuteur pourrait être le réseau.

Les actions des réseaux que j'ai mises en avant dans mon questionnaire (*question 10*) répondent bien à ces difficultés rencontrées par les médecins, et par les internes de médecine générale qui seront confrontés au maintien à domicile des personnes âgées.

d) Réponses aux objectifs de ma thèse

- ***La place des réseaux de gérontologie dans la pratique des médecins généralistes***

L'objectif principal de mon travail était d'évaluer la place des réseaux de gérontologie dans la pratique des médecins généralistes de la Somme.

Après analyse des résultats, on voit que la majorité des médecins généralistes interrogés font appel à ces réseaux (mais n'oublions pas les limites de mon étude) mais ne connaissent pas toutes leurs actions. Ils sont un peu plus de 30 % à ne pas les connaître.

Il semble donc important pour les réseaux d'optimiser la communication et leurs interventions chez les médecins généralistes pour permettre une meilleure connaissance de toutes leurs actions et ainsi augmenter leur champ d'action.

Il se dégage en effet leur rôle important dans le maintien à domicile des personnes âgées, pour le retour à domicile après une hospitalisation et pour le soutien aux aidants. Les autres actions sont plus méconnues. J'en ai moi-même découvertes en réalisant cette thèse.

J'ai ainsi trouvé intéressant de connaître la façon dont les médecins interrogés avaient connus les réseaux : ils disent les avoir connus essentiellement grâce à leurs confrères ou d'une autre manière que celles que j'avais citées (grâce à un courrier, par des publicités, grâce à un patient y travaillant, par la communauté de commune, grâce au hasard, par du bouche à oreille, par des soins palliatifs). Dans seulement 6,7% des cas, c'est le réseau qui s'est fait connaître auprès d'eux. Ce pourcentage semble très faible et soulève le fait que les réseaux ne se font peut-être pas assez connaître. Ils pourraient intervenir auprès des médecins pour mieux informer sur leur fonctionnement et leurs actions.

Dans *les questions 25 et 25 bis* les médecins ont pu indiquer pourquoi ils feraient appel aux réseaux de gérontologie : les compétences et les qualités des équipes des réseaux ont été soulignées. Les médecins ont également mis en avant le « relationnel » avec les équipes. Il semble y avoir de bonnes interactions entre les équipes du réseau et les médecins généralistes. Pour beaucoup de médecins, les réseaux sont très utiles en médecine générale, notamment pour nous aider dans notre pratique, dans la prise en charge des patients. Ils sont un gain de temps pour nous aider dans un domaine très chronophage.

Pour les médecins n'y faisant pas appel, il en ressort un manque d'information (*question 29*) puisqu'ils étaient 10 sur les 13 à ne pas se sentir assez informés, 5 ne connaissaient pas les démarches à entreprendre pour y faire appel et 4 ne connaissaient pas leur existence. Pourtant ils étaient une majorité (10/13) à accepter de recevoir les réseaux pour avoir plus d'informations.

Dans la thèse de Caroline Corvaisier Barbot [30], sur les 70% des médecins ne participant pas à des réseaux, 56% ne s'estimaient pas assez informés sur leurs missions (contre 76,9% des médecins de ma thèse, mais l'effectif n'était pas le même). Seulement 22% des médecins envisageaient la possibilité de rejoindre un réseau dans le futur (8,3% pour un réseau de gérontologie).

Les médecins avaient également été interrogés sur la raison de leur non-participation aux réseaux, mais hormis une question les autres étaient différentes des miennes donc non comparables. Dans cette étude, la majorité des médecins n'y participaient pas par manque de temps (pour 73 % d'entre eux). 1 seul médecin sur les 13 qui ont répondu à mon questionnaire a donné cette réponse.

Il faut cependant prendre ces résultats avec prudence car la thèse interrogeait sur l'implication des médecins dans les réseaux donc sur leur participation et non leur « recours » aux réseaux.

- *La satisfaction des médecins vis à vis des réseaux*

L'objectif secondaire de mon travail était d'évaluer la satisfaction des médecins vis à vis des réseaux lorsqu'ils y faisaient appel.

Tous les médecins interrogés referaient appel au(x) réseau(x).

Pour évaluer leur satisfaction, les médecins avaient 5 choix de réponses : très satisfait, satisfait, moyennement satisfait, très peu satisfait, pas satisfait.

Les médecins étaient en majorité satisfaits de l'intervention du réseau pour leur dernier patient. En effet, seuls 2 médecins étaient moyennement satisfaits, quand tous les autres étaient très satisfaits (n=21 ; 46,7%) ou satisfaits (n=22 ; 48,9%).

Selon les médecins, leurs patients étaient en grande majorité satisfaits également : 2 l'étaient moyennement, les autres étaient très satisfaits (n=11 ; 24,4%) ou satisfaits (n=18 ; 40%). Les médecins avouaient ne pas connaître la satisfaction de leurs patients pour 13 d'entre eux.

Dans 24 cas, la satisfaction du médecin et son ressenti concernant la satisfaction de son patient étaient concordants (très satisfaits : n=10 ; satisfaits : n=13 ; moyennement satisfaits ; n=1).

On peut supposer que la satisfaction du médecin est liée à l'expression de celle de son patient ou de son entourage si celui-ci en a fait part. Si ce dernier n'a rien dit, le médecin imagine probablement sa satisfaction à partir de la sienne, ou dit simplement qu'il ne sait pas.

Dans la thèse de Caroline Corvaisier Barbot [30], les médecins participants à un réseau (n=60/201) devaient répondre à la question « vous qualifieriez votre expérience du travail en réseau de : très positive, assez positive, plutôt négative ou très négative » ? 85% des médecins avaient une vision positive de la pratique en réseau et leurs attentes en matière de réseau étaient satisfaites pour 57% d'entre eux. 36% n'estimaient pas leurs attentes satisfaites. Il faut bien tenir compte dans cette thèse que ce sont les réseaux en général et non juste les réseaux de gériatrie qui ont été étudiés (13% des médecins participaient aux réseaux de gériatrie).

Dans la thèse de Nadia Ben Saad Azim [31], sur les 25 médecins ayant participé à l'étude, les 56% participants aux réseaux en étaient globalement satisfaits. Mais la thèse était qualitative donc difficilement comparable avec mes résultats, bien que les médecins de mon étude étaient également « globalement » satisfaits de l'intervention du réseau.

Au vu de l'intérêt que les réseaux représentent auprès des médecins et de leur retour positif, il est fondamental de renforcer tous les moyens de communication auprès de ceux qui n'y font pas appel et qui disent manquer d'informations.

e) Pistes d'amélioration pour optimiser l'usage des réseaux

Certains médecins ont mis en avant des possibles pistes d'amélioration pour les réseaux :

- **Extension des zones d'action à tout le territoire :** « les réseaux gérontologiques devraient couvrir l'ensemble du territoire ». Aucun des 2 réseaux ne couvre l'ensemble du département (sur le plan gérontologique) mais à eux deux ils le couvrent. Palpi 80 intervient à l'Est du département et le réseau Baie de Somme à l'Ouest.
- **Optimisation des informations médecins/réseaux :** il devrait y avoir « plus d'informations médecins/réseaux » et de « compte-rendu sur les actions [...] et leur suivi dans le temps ». Presque tous les médecins disaient pourtant avoir eu des informations sur les actions proposées (n=43) et 80 % avaient été informés sur ce qui avait finalement été mis en œuvre (n=36). Ces résultats ne semblent pas en cohérence avec la proposition faite par les médecins lors des commentaires libres.

Peut-être les médecins devraient ils également contacter les réseaux pour parler de leurs patients et s'informer des missions mis en place ? Mais prendront-ils le temps de le faire ?

Dans le questionnaire, ils étaient une majorité à ne pas vouloir recevoir de questionnaires d'évaluation après la prise en charge de chaque patient (n=26). On peut s'imaginer qu'ils trouveraient cela trop chronophage ou qu'ils y verraient peu d'intérêt.

On peut penser que la principale évaluation des réseaux est le fait que les médecins refont appel à eux et qu'ils montrent ainsi leur satisfaction.

- **Accès aux réseaux le week-end :** les 2 réseaux ne sont joignables que la semaine et pas après 17h. Dans le cadre du « simple » maintien à domicile de la personne âgée en perte d'autonomie, je pense que cela n'est pas un frein à l'usage du réseau. En revanche dans le cadre de la prise en charge à domicile de la personne âgée en soins palliatifs ou dans le cadre de soins palliatifs chez tout patient, cela peut engendrer des difficultés si nous nous retrouvons seuls en cas de problème le week-end ou le soir.

Il faut anticiper ces situations avec les réseaux et mettre en place des protocoles en cas de besoin lorsqu'ils ne sont pas joignables.

- **Revoir la cotation des réunions concernant les patients du réseau** : la cotation de l'acte est « uniquement possible en MSP », cela peut freiner les médecins travaillant seul ou en cabinet de groupe à s'impliquer dans la prise en charge du réseau et dans les réunions qu'ils pourraient proposer.
- Un médecin se demande si **les subventions existeront toujours** pour que les réseaux existent. Les réseaux de santé sont financés par le fond d'intervention régional (FIR) depuis la loi n°2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012 [35][36]. Le FIR permet aux agences régionales de santé (ARS) plus de « souplesse » pour gérer leurs crédits. Le montant de ces derniers est déterminé chaque année par un arrêté [37].

Dans la thèse de Nadia Ben Saad Azim [31], les médecins interrogés ont également proposé des améliorations pour les réseaux de gériatrie. Plusieurs étaient semblables à celles proposées par les médecins de ma thèse : « mieux informer les médecins et les familles de l'existence des réseaux de gériatrie et des aides proposées pour mieux se faire connaître », « rendre le réseau de gériatrie plus accessible, plus disponible [...] », « avoir un interlocuteur tous les jours de la semaine, assurant une permanence téléphonique continue [...] ».

V. CONCLUSION

Notre étude s'intéressait à la place des réseaux de gérontologie dans la pratique des médecins généralistes de la Somme et à leur satisfaction dans leur utilisation.

Malgré le faible taux de réponse, nous avons pu dégager des conclusions concernant les objectifs.

Les réseaux de gérontologie semblent faire partie du carnet d'adresses de nombreux médecins généralistes, qui les utilisent avec satisfaction.

Ils font surtout appel à eux pour les aider au maintien de leurs patients âgés à domicile, pour les aider au retour à domicile après une hospitalisation et pour intervenir comme soutien auprès des aidants. Les autres actions des réseaux sont plus méconnues.

Les médecins étaient tous satisfaits du travail des réseaux auprès de leur patient et de la communication avec ceux-ci.

Il a été mis en évidence plusieurs pistes d'amélioration pour que les réseaux optimisent leur travail. Ils pourraient se baser sur les résultats de la thèse.

On se rend compte que les médecins ne faisant pas appel aux réseaux trouvent tout de même de l'intérêt dans leurs actions. Savent-ils tous ce qu'est vraiment un réseau, ce qu'il peut apporter et comment le solliciter ? Les réseaux pourraient ainsi se centrer sur les actions listées dans la thèse et aller à la rencontre de ces médecins, qui se disent d'accord pour recevoir leurs intervenants.

Les réseaux peuvent également se baser sur la satisfaction des médecins interrogés dans la thèse. Ils sont en quasi-totalité satisfaits de leur intervention et referaient tous appel à eux. Cela pourrait être un argument de plus pour inciter les médecins ne faisant pas appel aux réseaux à y avoir recours.

Les réseaux pourraient également intervenir de nouveau vers les médecins généralistes qui les utilisent déjà pour faire connaître les prestations qui pourraient avoir de l'intérêt et qu'ils ne connaissent pas.

Il y a également une part qui importe aux médecins généralistes qui doivent prendre le temps de recevoir les réseaux.

BIBLIOGRAPHIE

1. OMS. Vieillesse et santé [en ligne]. 5 février 2018. [consulté le 10 novembre 2019]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
2. OMS. Faits marquants sur le vieillissement [en ligne]. [consulté le 10 novembre 2019]. Disponible sur: <https://www.who.int/ageing/about/facts/fr/>
3. INSEE. Espérance de vie à divers âges, données annuelles de 1994 à 2019 [en ligne]. Paru le 14/01/2020. [consulté le 26 octobre 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2416631>
4. INSEE. Statistiques locales - Indicateurs : cartes, données et graphiques [en ligne]. [consulté le 26 octobre 2019]. Disponible sur: https://statistiques-locales.insee.fr/#c=indicator&i=ec_evol.decesdnn&i2=trcd050.esperance_vie_femmes_naissance&s=2017&s2=2018&view=map2
5. INSEE. Estimations de population par sexe et âge au 1er janvier 2019, comparaisons régionales et départementales [en ligne]. Paru le 30/01/2019. [consulté le 26 octobre 2019]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012692#tableau-TCRD_021_tab1_departements
6. INSEE. Tableaux de l'Économie Française - Personnes âgées dépendantes [en ligne]. Paru le 19/02/2014. [consulté le 24 août 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1288358?sommaire=1288404>
7. Franco A, Couturier P. Autonomie et dépendance chez le sujet âgé. La revue du Praticien. 15 sept 2002;52(14):1599- 604.
8. Belhakem N, Gicquiaux C. Une perte d'autonomie chez les seniors plus fréquente qu'au niveau national - Insee Flash Hauts-de-France n°46 [en ligne]. Juin 2018. [consulté le 24 août 2019]. Disponible sur : <http://www.insee.fr/fr/statistiques/3561203>
9. Michel M. La part de seniors à domicile en situation de perte d'autonomie varie d'une région à l'autre - Insee Focus n°115 [en ligne]. Paru le 13/06/2018. [consulté le 24 août 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3554333>

10. Observatoire National de la Fin de Vie (ONFV). Vivre la fin de vie chez soi [en ligne]. Mars 2013. [consulté le 3 avril 2019]. Disponible sur: <https://sites.google.com/site/observatoirenationalfindevie/publications/rapport/rapport-2012>
11. Pennec S, Gaymu J, Monnier A, Riou F, Aubry R, Pontone S, et al. Le dernier mois de l'existence : les lieux de fin de vie et de décès en France. *Population*. 2013;Vol. 68(4):585- 615.
12. Devaux B. Le généraliste et le patient très âgé. *Laennec*. 2005;Tome 53(3):43- 54.
13. HAS - Haute Autorité de Santé. Comment réduire les réhospitalisations évitables des personnes âgées ? [en ligne]. Saint-Denis. [consulté le 3 avril 2019]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1602735/fr/comment-reduire-les-rehospitalisations-evitables-des-personnes-agees
14. Buyck J-F, Casteran-Sacreste B, Cavillon L, Lelièvre F, Tuffreau F, Mikol F. La prise en charge en médecine générale des personnes âgées dépendantes vivant à domicile, études et résultats, DREES n°869 [en ligne]. Février 2014. [consulté le 24 août 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/la-prise-en-charge-en-medecine-generale-des-personnes-agees-dependantes-vivant>
15. Leroux P, Dubourg D. Création d'un réseau gérontologique. *Gérontologie et société*. 2002;25 / n° 100(1):111- 22.
16. Bournot M-C, Goupil M-C, Tuffreau F. Les médecins généralistes : un réseau professionnel étendu et varié, études et résultats, DREES n°649 [en ligne]. Août 2008. [consulté le 3 avril 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/les-medecins-generalistes-un-reseau-professionnel-etendu-et-varie>
17. Aussert-Raymond F. Prise en charge à domicile des patients en soins palliatifs par le médecin généraliste : analyse des pratiques au sein d'un réseau de soins palliatifs dans le Sud de l'Essonne [Thèse d'exercice]. Université René Descartes-Paris 5 ; 2004.

18. Etienne D. Medcost : En savoir plus sur les réseaux de soins [en ligne]. Juin 2000. [consulté le 6 octobre 2018]. Disponible sur: https://www.medcost.fr/asp/reseaux/savoir_plus.htm
19. Site internet du réseau Palpi 80 [en ligne]. [consulté le 6 octobre 2018]. Disponible sur: <https://sites.google.com/a/esante-picardie.com/palpi80/>
20. L'Assurance Maladie. Trouver un professionnel de santé Médecin généraliste dans le département Somme [en ligne]. [consulté le 10 août 2018]. Disponible sur: <http://annuaire.sante.ameli.fr/trouver-un-professionnel-de-sante/medecin-generaliste/80-somme>
21. Définitions : vieillesse - Dictionnaire de français Larousse [en ligne]. [consulté le 5 janvier 2020]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/vieillesse/81921>
22. Ennuyer B. À quel âge est-on vieux ? *Gérontologie et société*, 2011, vol. 34 / 138 (3), 127-142.
23. IFOP. Les Français et le Bien Vieillir. Étude Groupe Prevoir/IFOP [en ligne]. 1er mars 2011. [consulté le 9 septembre 2019]. Disponible sur: <https://www.ifop.com/publication/les-francais-et-le-bien-vieillir/>
24. Ministère des solidarités et de la santé. L'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) | Pour les personnes âgées [en ligne]. Paru le 12 janvier 2015. [consulté le 19 décembre 2020]. Mise à jour le 23 septembre 2019. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/beneficier-daides/lallocation-personnalisee-dautonomie-apa>
25. Pech T. La confusion des âges. *Alternatives Économiques Hors-Série n°085* [en ligne]. 01/07/2010. [consulté le 24 août 2019]. Disponible sur: <https://www.alternatives-economiques.fr/confusion-ages/00059092>
26. L'Assurance Maladie - Démographie [en ligne]. [consulté le 5 janvier 2020]. Mise à jour le 25 juillet 2019. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/professionnels-de-sante-liberaux/demographie/effectifs-et-densite.php>

27. La démographie médicale. Conseil National de l'Ordre des Médecins. [en ligne]. 17 avril 2019. [consulté le 1 février 2020]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/lordre-medecins/conseil-national-lordre/demographie-medicale>
28. El Dirani F-F. Place des outils d'évaluation des syndromes gériatriques en consultation de médecine générale : connaissances, utilisations, obstacles et perspectives [Thèse d'exercice]. Université de Picardie Jules Verne ; 2016.
29. Chaput H, Monziols M, Fressard L, Verger P, Ventelou B, Zaytseva A. Plus de 80 % des médecins généralistes libéraux de moins de 50 ans exercent en groupe, études et résultats, DREES n°1114 [en ligne]. Mai 2019. [consulté le 5 janvier 2020]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/plus-de-80-des-medecins-generalistes-liberaux-de-moins-de-50-ans-exercent-en>
30. Corvaisier Barbot C. Implication des médecins généralistes dans les réseaux de santé [Thèse d'exercice]. Université Paris Val-de-Marne ; 2008.
31. Ben Saad Azim N. Maintien à domicile du sujet âgé : pratiques des médecins généralistes et apport des réseaux de gérontologie [Thèse d'exercice]. Université de Nice-Sophia-Antipolis ; 2016.
32. Gérard R. Les obstacles rencontrés par les médecins traitants pour le maintien à domicile des personnes âgées [Thèse d'exercice]. Université Paris Diderot-Paris 7 ; 2011.
33. Vouaux V. Maintien à domicile impossible : anticiper la situation des personnes âgées en ambulatoire (étude analytique de 10 cas au Centre Hospitalier de Lunéville) [Thèse d'exercice]. Université de Nancy I ; 2010.
34. Foulon P. Les personnes âgées au domicile : un maintien difficile? Enquête qualitative auprès des internes de médecine générale de Picardie [Thèse d'exercice]. Université de Picardie Jules Verne ; 2016.

35. République Française. Loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012 - Article 65. 2011-1906 décembre, 2011 [en ligne] [consulté le 19 décembre 2019]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=BC650082CE5C6B089C4AEDA223C1E41F.tplgfr25s_1?idArticle=JORFARTI000025006286&cidTexte=JORFTEXT000025005833&dateTexte=29990101&categorieLien=id
36. Sénat. Financement des réseaux de santé [en ligne]. 17/01/2013. [consulté le 19 décembre 2019]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/questions/base/2012/qSEQ120901704.html>
37. ARS. Le fonds d'intervention régional [en ligne]. 1 novembre 2018. [consulté le 19 décembre 2019]. Disponible sur: <http://www.ars.sante.fr/le-fonds-dintervention-regional>

Annexe 1 : Questionnaire de la thèse

CONNAISSANCE et USAGE DES RESEAUX DE GERONTOLOGIE PAR LES MEDECINS GENERALISTES DE LA SOMME (hors médecins amiénois) : exemple du « Réseau Gériatologique Baie de Somme Picardie Maritime » et de « PALPI 80 ».

PRESENTATION :

1. Vous êtes :

Une femme Une homme

2. Votre tranche d'âge :

25-30 ans 31-50 ans > 50 ans

3. Votre lieu d'exercice :

Urbain Semi rural Rural

4. Votre mode d'exercice :

Seul En groupe

5. Depuis combien de temps êtes-vous installés ?

Moins de 5 ans Entre 5 et 15 ans Entre 16 et 25 ans Plus de 25 ans

6. Avez-vous une formation supplémentaire (DU, DIU...) ?

Non Addictologie Antibiothérapie
 Maladie de Parkinson et autres pathologies du mouvement chez le sujet âgé
 Plaies et cicatrisation Soins palliatifs (DU) Soins palliatifs (DIU) Autre :

7. A combien s'élève la population gériatrique (patients de plus de 70 ans) dans votre patientèle ? (informations disponibles sur le RIAP (Relevé Individuel d'Activité et de Prescriptions))

< 25% Entre 25 et 50% > 50%

8. À quels intervenants des filières gériatriques faites-vous appel (hormis les réseaux de gérontologie) ? Plusieurs réponses sont possibles.

- SSIAD** (*service de soins infirmiers à domicile*)
- CLIC** (*centre locaux d'information et de coordination gérontologique*)
- MAIA** (*méthode d'action pour l'intégration des services d'aides et de soins dans l'autonomie*)
- HAD** (*hospitalisation à domicile*)
- ESA** (*équipes spécialisées Alzheimer*)
- Accueil de jour/Hôpital de jour**
- Hébergement temporaire**
- Services sociaux**

9. Faites-vous appel à d'autres services pour vos patients âgés que ceux cité ci-dessus ?

- Oui : lesquels ? Non.

10. Parmi les actions suivantes, trouvez-vous qu'il y ait un intérêt à ce qu'elles soient prises en charge par un réseau de gérontologie ? (Cochez une case par proposition).

	1. Beaucoup d'intérêt	2. De l'intérêt	3. Peu d'intérêt	4. Pas d'intérêt
Aide au maintien à domicile.				
Aménagement du domicile.				
Dépistage des risques de chute.				
Prévention des hospitalisations répétées.				
Aide au retour à domicile après une hospitalisation.				
Évaluation thérapeutique et prévention de la iatrogénie.				
Aide dans l'articulation des différents intervenants au domicile (infirmiers, kinésithérapeute, ergothérapeute...).				
Soutien aux aidants.				

11. Avez-vous recours ou déjà eu recours à un ou des réseaux de gérontologie ?

Oui Non

Si vous avez répondu oui : répondez aux **questions 12 à 27.**

Si vous avez répondu non : répondez aux **questions 28 à 30.**

GENERALITES SUR LES RESEAUX :

12. A quel(s) réseau(x) de gérontologie avez-vous recours ?

Réseau de gérontologie Baie de Somme Picardie Maritime Palpi 80 Autre :

13. Comment avez-vous connu ce(s) réseau(x) ?

14. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous fait appel à un réseau de gérontologie ?

Aucune fois Entre 1 et 5 fois Entre 6 et 10 fois Plus de 10 fois

LE RESEAU GERONTOLOGIQUE BAIE DE SOMME PICARDIE MARITIME et PALPI 80

15. Connaissez-vous les actions de ces réseaux ?

Oui Non, mais je connais un ou ces deux réseaux. Non, je ne connais aucun de ces deux réseaux.

16. À quel réseau faites-vous le plus appel ?

Baie de Somme Picardie Maritime Palpi 80 Autre :

17. Avez-vous des patients ayant reçu les services de ces réseaux au cours des 12 derniers mois ?

BAIE DE SOMME PICARDIE : Non 1 ou 2 3 ou 4 plus de 4

PALPI 80 : Non 1 ou 2 3 ou 4 plus de 4

Concernant votre dernier patient pris en charge :

18. Avec quel réseau était-ce ?

- Réseau gérontologique Baie de Somme Picardie Maritime Palpi 80 Autre :

19. Dans quel but était-ce ? (Plusieurs réponses sont possibles).

- Aide au maintien à domicile.
 Aménagement du domicile.
 Dépistage des risques de chute.
 Prévention des hospitalisations répétées.
 Aide au retour à domicile après une hospitalisation.
 Évaluation thérapeutique et prévention de la iatrogénie.
 Aide dans l'articulation des différents intervenants au domicile (infirmiers, kinésithérapeute, ergothérapeute...).
- Soutien aux aidants.
 Autre :

20. Est-ce vous qui avez initié la demande ?

- Oui Non

21. Savez-vous ce qui a été proposé par le réseau ?

- Oui Non

21 bis. Par quel biais avez-vous eu l'information ?

- Courrier du réseau Appel téléphonique du réseau Par le patient Autre :

22. Savez-vous ce qui a été finalement mis en œuvre ?

- Oui Non

23. Votre patient pris en charge est-il toujours à domicile ?

- Oui Non

24. Êtes-vous satisfait de l'intervention du réseau ?

Très satisfait Satisfait Moyennement satisfait Très peu satisfait Pas satisfait

24 bis. Savez-vous si vos patients sont satisfaits de l'intervention du réseau ?

Très satisfait Satisfait Moyennement satisfait Très peu satisfait Pas satisfait
 Ne sais pas

25. Referiez-vous appel à ce réseau pour d'autres de vos patients ?

Oui Non

25 bis. Pourquoi ?

26. Aimeriez-vous recevoir un questionnaire d'évaluation/de satisfaction après la prise en charge de chaque patient ?

Oui Non

27. Commentaires libres sur l'usage et la satisfaction des réseaux (facultatif) :

Si vous avez répondu NON à la question 11 :

28. Y a-t-il d'autres actions que celles citées à la question 10 pour lesquelles vous feriez appel à un réseau de gérontologie ?

29. Pourquoi ne faites-vous pas appel à ces réseaux ?

- Vous ne connaissez pas leur existence. Si c'est le cas, seriez-vous prêt à recevoir des membres du réseau pour connaître leurs actions ?
- Vous n'êtes pas assez informés quant à leurs actions.
- Vous ne savez pas quelles démarches faire pour leur adresser un patient.
- Vous faites appel à d'autres services pour vos patients âgés.
- Autres :

29bis. Si vous ne connaissez pas l'existence des réseaux de gérontologie, seriez-vous prêt à recevoir des membres de réseaux pour connaître leurs actions ?

30. Commentaires libres sur l'usage et les attentes d'un réseau de gérontologie (facultatif) :

Annexe 2 : Lettre adressée aux médecins généralistes

À l'attention du Dr X

Cher Confrère, Chère Consoeur,

Je suis interne de médecine générale, et dans le cadre de ma thèse, je sollicite votre attention afin de m'aider dans mon travail sur le thème :

« CONNAISSANCE ET USAGE DES RESEAUX DE GERONTOLOGIE PAR LES MEDECINS GENERALISTES DE LA SOMME », dirigé par le Dr Marc BONY.

Les personnes âgées représentent une part importante de nos patientèles. Beaucoup de ces patients sont en perte d'autonomie mais souhaitent rester le plus longtemps possible chez eux.

Les réseaux de gérontologie sont présents sur tout le territoire de la Somme pour nous aider dans notre pratique afin de permettre le maintien à domicile.

Mon travail s'intéressera à la connaissance que vous avez de ces réseaux (en particulier les réseaux gérontologiques Baie de Somme Picardie Maritime et Palpi 80), à l'usage que vous en faites ou non dans votre pratique et à d'éventuelles pistes d'amélioration que vous pourriez apporter.

Un questionnaire en ligne est disponible à l'adresse suivante :
<http://goo.gl/forms/YZHax8k6YszPssxi1>

Les résultats de cette thèse seront transmis aux deux réseaux cités ci-dessus, ainsi qu'à vous si vous le souhaitez.

Je vous remercie de l'intérêt que vous porterez à mon travail.

Camille TRIQUET

Annexe 3 : Les réseaux Palpi 80 et Baie de Somme Picardie Maritime

Le réseau PALPI 80

Le réseau PALPI 80 est un **réseau de soins palliatifs et de gériatrie basé à Boves**. Ma thèse ne s'intéresse qu'à son activité de gériatrie, qui existe depuis septembre 2015.

Il a été créé en 2004 par le Dr Sylvain CHARBONNEL.

Son territoire d'action de gériatrie comporte *les cantons de la Somme de Acheux en Amiénois, Ailly sur Noye, Albert, Amiens, Boves, Bray-sur-Somme, Chaulnes, Combles, Corbie, Ham, Montdidier, Moreuil, Nesle, Péronne, Roisel, Rosières-en-Santerre, Roye, Villers-Bocage*. C'est le territoire de MAIAGE 80 Est.

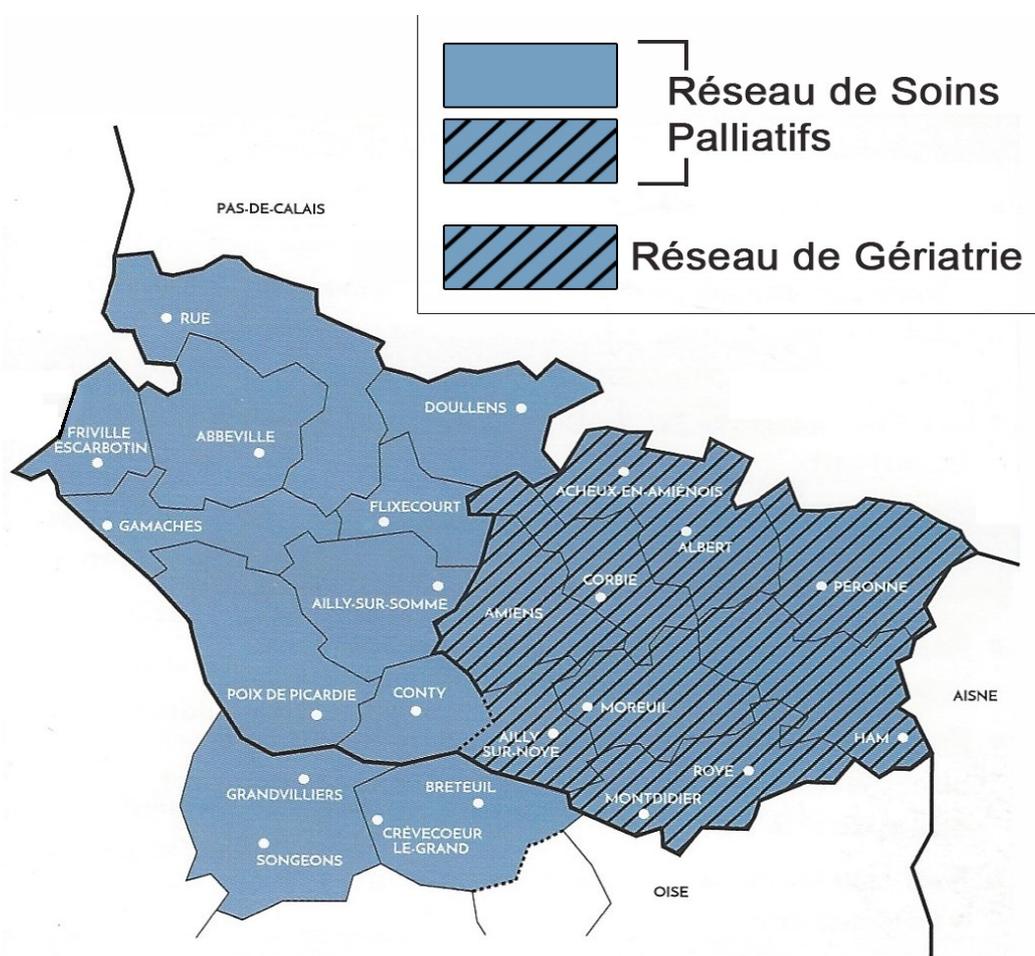


Figure 6. Territoire d'action du réseau Palpi 80

Le réseau PALPI 80 **est financé** par l'ARS, avec un soutien actif du CHU. Il est également financé par les organismes privés et les dons de particuliers.

L'équipe de coordination est composée de médecins (les Docteurs Julie ONCLE et Julie MOITIER), d'infirmières (Chantal de LAMARLIÈRE, Helen ZABOROWSKI et Sabine MARTIN), d'une assistante sociale (Françoise de CLERCK), d'une psychologue (Françoise BENALET), d'une secrétaire (Ingrid GUFFROY) et d'une responsable administrative (Camille WEBER OBRY).

La présidente du **conseil d'administration** est Nathalie PETTOELLO. Le conseil est composé de professionnels de santé libéraux (médecins, biologistes, infirmiers, kinésithérapeutes, orthophoniste, pharmaciens...), de représentants d'établissements publics et privés, de représentants des usagers et de bénévoles d'accompagnement.

Le réseau de gériatrie a plusieurs missions :

- Aider les personnes atteintes de pathologies graves à rester au domicile si elles le souhaitent et soutenir leur entourage.
- Répondre à une problématique pour améliorer la prise en charge et la qualité de vie des patients.
- Prévenir les épisodes d'hospitalisations inadaptées ou répétées, et les passages par les urgences pouvant déstabiliser les patients.
- Favoriser le retour précoce à domicile en sortie d'hospitalisation.
- Optimiser le parcours de santé des personnes âgées en favorisant le lien et la coordination entre les acteurs au domicile et les acteurs des établissements de santé et médico-sociaux.
- Soutenir et soulager les aidants impliqués auprès des patients.

Le médecin traitant est informé du travail de coordination et au terme de la prise en charge des patients, le réseau envoie un questionnaire d'évaluation aux professionnels de santé et aux proches.

Le réseau gérontologiques Baie de Somme Picardie Maritime

Le Réseau Gérontologique Baie de Somme Picardie Maritime est un service de santé publique soutenu par l'ARS. **Son siège** se situe à Saint Valéry sur Somme.

Il intervient chez les sujets âgés de 75 ans et plus mais également à partir de 60 ans chez les patients polypathologiques, **sur plusieurs cantons de la Somme** (*Rue, Abbeville, Friville-Escarbotin, Gamaches, Flixecourt, Ailly sur Somme, Poix de Picardie*, et depuis peu, sur certaines communes des cantons de *Doullens et d'Ailly sur Noye*).

Notre territoire d'intervention :



Figure 7. Territoire d'intervention du réseau Baie de Somme Picardie Maritime

L'équipe est composée, entre autres, d'un médecin gériatre coordonnateur (le Docteur Jérôme Demouy), d'infirmières coordinatrices (Catherine Bianchi, Claudine Le Brun et Valérie Accard) et d'une secrétaire (Sylvie Caudron).

Les objectifs du réseau sont multiples.

Dans le cadre d'une sortie d'hospitalisation :

- Assurer la continuité de la prise en charge entre hôpital et ville.
- Favoriser un retour à domicile durable et de qualité en accompagnant la personne âgée et son entourage à la reprise des repères du quotidien après le séjour hospitalier.
- Prévenir la survenue d'événements de santé défavorables incluant les ré-hospitalisations évitables.

Dans le cadre d'une expertise gériatrique :

- Dépister les pathologies gériatriques en collaboration avec le médecin traitant.
- Repérer entre autre, les facteurs physiques, psychologiques, sociaux, cognitifs et environnementaux pouvant affecter la personne âgée fragile et compromettre sa sécurité au domicile.
- Établir un diagnostic des besoins de la personne âgée et l'orienter si nécessaire et de manière ciblée vers la filière gériatrique de territoire.
- Favoriser le maintien à domicile dans des conditions sanitaires et sociales optimales.

Le réseau peut être contacté par le médecin traitant, par un autre professionnel de santé libéral, par un pharmacien, par un service hospitalier ou par un proche du patient.

La demande est validée par le médecin traitant puis les infirmières du réseau ou le médecin gériatre réalisent une évaluation gériatrique standardisée du patient à son domicile.

Un plan d'aide est mis en place, ainsi qu'un plan personnalisé de santé, présenté au médecin traitant. Un suivi est ensuite instauré par l'équipe du réseau pour d'assurer de la mise en place des préconisations.

Annexe 4 : Définitions et historique des réseaux

Définitions des réseaux de santé

Les réseaux de santé n'ont été reconnus officiellement qu'en 1991 avec l'ordonnance du 4 juin, dans le cadre de l'infection virus de l'immunodéficience humaine (VIH) [1].

En 1999, l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) a défini les réseaux de santé : « un réseau de santé constitue une forme organisée d'action collective apportée par des professionnels en réponse à un besoin de santé des individus et/ou de la population, à un moment donné, sur un territoire donné. Le réseau est transversal aux institutions et aux dispositifs existants [...]. La coopération des acteurs dans un réseau est volontaire et se fonde sur la définition commune d'objectifs. L'activité d'un réseau de santé comprend non seulement la prise en charge de personnes malades ou susceptibles de l'être mais aussi des activités de prévention collective et d'éducation pour la santé » [2].

En 2002, l'article 84 de la loi Kouchener du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de soins, précise la définition des réseaux : « les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins [...]. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations [...] [3].

Quelques grandes étapes dans l'histoire des réseaux

En 1914, la lutte contre la tuberculose pendant la première guerre mondiale, avec le vote d'une loi demandant d'ouvrir des dispensaires, est à l'origine des premiers réseaux de santé en France [4].

Dans les années 1980, l'apparition du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) met en évidence les difficultés du système de soins français et engendre le développement de nombreux réseaux de santé. Ces derniers reposent sur le bénévolat [5].

En 1991, et face à l'épidémie du SIDA, le ministère de la Santé, par la circulaire du 4 juin reconnaît officiellement l'existence des réseaux avec la mise en place des réseaux ville-hôpital dans le cadre de l'infection VIH [1].

En 1996, les ordonnances Juppé du 24 avril [6] officialisent les réseaux en leur donnant une base légale. Ces ordonnances encouragent la prise en charge en réseau.

L'article L712-3-2 précise que « les réseaux de soins ont pour objet d'assurer une meilleure orientation du patient, de favoriser la coordination et la continuité des soins qui lui sont dispensés et de promouvoir la délivrance de soins de proximité de qualité » [6].

1. Durieux B, Ministère de la solidarité, de la santé et de la protection sociale. Circulaire DH/DGS n°612 du 4 juin 1991 relative à la mise en place des réseaux ville-hôpital dans le cadre de la prévention et de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes atteintes d'infection à VIH. 1991 [en ligne] [consulté le 30 janvier 2020]. Disponible sur: https://bdoc.ofdt.fr/index.php?lvl=notice_display&id=303
2. Charvet-Protat S, Falcoff H, Jarlier A, Lairy G. Principes d'évaluation des réseaux de santé. ANAES [en ligne]. Août 1999. [consulté le 30 janvier 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_266823
3. République Française. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002-303 mars 4, 2002 [en ligne] [consulté le 30 janvier 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00000227015>
4. Vinas J-M, Larcher P, Duriez M. Réseaux de santé et filières de soins, le patient au centre des préoccupations, adsp n° 24 [en ligne]. Septembre 1998 [consulté le 30 janvier 2020]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/Adsp?clef=46>
5. Fanjeaux A. Ressenti des professionnels de santé libéraux du Territoire Sud Meusien vis-à-vis de la réorganisation des réseaux de santé : étude qualitative par Focus Groups [Thèse d'exercice]. Université de Nancy I ; 2012.
6. République Française. Ordonnance no 96-346 du 24 avril 1996 portant sur la réforme de l'hospitalisation publique et privée [en ligne] [consulté le 30 janvier 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00000742206>

RESUME

Connaissance et usage des réseaux de gérontologie par les médecins généralistes (MG) de la Somme (hors Amiens)

INTRODUCTION : Les personnes âgées représentent une part importante de nos patientèles et leur population tend à augmenter. Leur maintien à domicile (MAD) est en enjeu majeur de notre société. L'objectif principal de mon travail était d'évaluer la place des réseaux de gérontologie dans la pratique des MG de la Somme. L'objectif secondaire était d'évaluer leur satisfaction lorsqu'ils y faisaient appel.

MATERIEL ET METHODE : L'étude était quantitative descriptive et réalisée auprès des MG de la Somme, hors Amiens et son agglomération, du 17/09/2018 au 22/11/2018, via un questionnaire.

RESULTATS : Le taux de réponse était de 16,2%. Sur les 58 médecins répondants, 77,6% avaient recours à un réseau de gérontologie essentiellement pour l'aide au MAD (71,1%), l'aide au retour à domicile après une hospitalisation (44,4%) et le soutien aux aidants (37,8%). Les médecins étaient satisfaits de l'intervention de réseau et 100% y referaient appel. Ceux n'y faisant pas appel ne se sentaient pas assez informés sur leurs actions (76,9%).

DISCUSSION : L'étude ne permettait pas de conclure statistiquement mais avait un intérêt pour les réseaux. Tous les médecins trouvaient de l'intérêt dans leurs actions mais ne semblaient pas toutes les connaître. Leur satisfaction quant à l'usage des réseaux était très bonne. Ceux n'y faisant pas appel se disaient prêts à recevoir leurs membres pour connaître leurs actions.

CONCLUSION : Les réseaux de gérontologie semblaient faire partie du carnet d'adresses de nombreux MG. Plusieurs pistes d'amélioration ont été dégagées pour qu'ils puissent optimiser leur communication auprès des MG faisant appel à eux mais également auprès de ceux ne les utilisant pas.

Mots-clés : réseau ; gérontologie ; personne âgée ; maintien à domicile ; médecine générale.

ABSTRACT

Knowledge and use of gerontology networks by general practitioners (GP) in the region of Somme (excluding Amiens)

INTRODUCTION: The elderly represent an important part of our patients and their population tends to increase. Their home support is a major issue in our society. The main objective of my work was to assess the place of gerontology networks in the practice of GP in the region of Somme. The secondary objective was to assess their satisfaction.

MATERIAL AND METHOD: The study was descriptive quantitative and carried out with the GP of the Somme, excluding Amiens and its agglomeration, from 17/09/2018 to 22/11/2018. It was carried out with a questionnaire.

RESULTS: The response rate was 16.2%. Out of the 58 GP who answered, 77.6% used a gerontology network mainly for assistance with home support (71.1%), assistance in returning back to home after hospitalization (44.4%) and support family carers (37.8%). GP were satisfied with the network intervention and 100% would reuse them. Those who did not use the networks did not feel informed enough about their actions (76.9%).

DISCUSSION: The study did not allow to conclude statistically but had an interest for the networks. All the GP found interest in their actions but did not seem to know them all. Their satisfaction with the use of the networks was very good. Those who did not use the networks were ready to meet their teams to learn about their actions.

CONCLUSION: The gerontology networks seem to be part of the address book of many GP. Several avenues of improvement have been identified, to optimize the network's communication with GP who use it, and with the others.

Keywords: network ; gerontology ; elderly ; home support ; general medicine.