



HAL
open science

Équipe mobile de gériatrie extra hospitalière de Perpignan : analyse du ressenti des médecins généralistes y ayant recouru vis à vis de la prise en charge effectuée

Sarah Lomero

► To cite this version:

Sarah Lomero. Équipe mobile de gériatrie extra hospitalière de Perpignan : analyse du ressenti des médecins généralistes y ayant recouru vis à vis de la prise en charge effectuée. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03142006

HAL Id: dumas-03142006

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03142006v1>

Submitted on 15 Feb 2021

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

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



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

THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

LOMERO Sarah

Le 05/11/2020

**Équipe mobile de gériatrie extra hospitalière de Perpignan :
analyse du ressenti des médecins généralistes y ayant recouru
vis à vis de la prise en charge effectuée**

Directrice de thèse : Docteur BUJ-HARDY Claudine

Jury

Président :

Monsieur le Professeur LAMBERT Philippe : Professeur des Universités, Médecine Générale

Assesseurs

Monsieur le Professeur BLAIN Hubert : Professeur des Universités, Praticien Hospitalier

Madame le Docteur REBOUL Marie-Catherine : Maître de Conférence associé, Médecine générale

Madame le Docteur BUJ-HARDY Claudine : Praticien Hospitalier, Médecine gériatrique

THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

LOMERO Sarah

Le 05/11/2020

**Équipe mobile de gériatrie extra hospitalière de Perpignan :
analyse du ressenti des médecins généralistes y ayant recouru
vis à vis de la prise en charge effectuée**

Directrice de thèse : Docteur BUJ-HARDY Claudine

Jury

Président :

Monsieur le Professeur LAMBERT Philippe : Professeur des Universités, Médecine Générale

Assesseurs

Monsieur le Professeur BLAIN Hubert : Professeur des Universités, Praticien Hospitalier

Madame le Docteur REBOUL Marie-Catherine : Maître de Conférence associé, Médecine générale

Madame le Docteur BUJ-HARDY Claudine : Praticien Hospitalier, Médecine gériatrique

ANNEE UNIVERSITAIRE 2019 - 2020

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves	BOURGEOIS Jean-Marie	FABRE Serge
ALRIC Robert	BRUEL Jean Michel	FREREBEAU Philippe
ARNAUD Bernard	BUREAU Jean-Paul	GALIFER René Benoît
ASTRUC Jacques	BRUNEL Michel	GODLEWSKI Guilhem
AUSSILLOUX Charles	CALLIS Albert	GRASSET Daniel
AVEROUS Michel	CANAUD Bernard	GUILHOU Jean-Jacques
AYRAL Guy	CHAPTAL Paul-André	HERTAULT Jean
BAILLAT Xavier	CIURANA Albert-Jean	HUMEAU Claude
BALDET Pierre	CLOT Jacques	JAFFIOL Claude
BALDY-MOULINIER Michel	COSTA Pierre	JANBON Charles
BALMES Jean-Louis	D'ATHIS Françoise	JANBON François
BALMES Pierre	DEMAILLE Jacques	JARRY Daniel
BANSARD Nicole	DESCOMPS Bernard	JOURDAN Jacques
BAYLET René	DIMEGLIO Alain	LAFFARGUE François
BILLIARD Michel	DUBOIS Jean Bernard	LALLEMANT Jean Gabriel
BLARD Jean-Marie	DUJOLS Pierre	LAMARQUE Jean-Louis
BLAYAC Jean Pierre	DUMAS Robert	LAPEYRIE Henri
BLOTMAN Francis	DUMAZER Romain	LE QUELLEC Alain
BONNEL François	ECHENNE Bernard	

LESBROS Daniel	MIRO Luis	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
LOPEZ François Michel	NAVARRO Maurice	SAINTE AUBERT Bernard
LORIOT Jean	NAVRATIL Henri	SANCHO-GARNIER Hélène
LOUBATIERES Marie Madeleine	OTHONIEL Jacques	SANY Jacques
MAGNAN DE BORNIER Bernard	PAGES Michel	SEGNARBIEUX François
MARY Henri	PEGURET Claude	SENAC Jean-Paul
MATHIEU-DAUDE Pierre	PELISSIER Jacques	SERRE Arlette
MEYNADIER Jean	POUGET Régis	SOLASSOL Claude
MICHEL François- Bernard	PUJOL Henri	THEVENET André
MION Charles	RABISCHONG Pierre	VIDAL Jacques
MION Henri	RAMUZ Michel	VISIÈRE Jean Pierre
	RIEU Daniel	
	ROCHFORT Henri	

Professeurs Émérites

ARTUS Jean-Claude	DAUZAT Michel	VOISIN Michel
MARES Pierre	DAVY Jean-Marc	ZANCA Michel
BLANC François	DEDET Jean-Pierre	MILLAT Bertrand
MAUDELONDE Thierry	ELEDJAM Jean- Jacques	MONNIER Louis
BOULENGER Jean- Philippe	GROLLEAU RAOUX Rober	MOURAD Georges
MAURY Michèle	TOUCHON Jacques	PREFAUT Christian
BOURREL Gérard	GUERRIER Bernard	PUJOL Rémy
BRINGER Jacques	GUILLOT Bernard	RIBSTEIN Jean
CLAUSTRES Mireille	LANDAIS Paul	SCHVED Jean-François
DAURES Jean-Pierre	UZIÈRE Alain	SULTAN Charles

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ALRIC Pierre	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Éric	Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick	Parasitologie et mycologie
BLAIN Hubert	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BONAFE Alain	Radiologie et imagerie médicale
CAPDEVILA Xavier	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CHAMMAS Michel	Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
COMBE Bernard	Rhumatologie
COTTALORDA Jérôme	Chirurgie infantile
COUBES Philippe	Neurochirurgie
COURTET Philippe	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CRAMPETTE Louis	Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul	Biochimie et biologie moléculaire
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel	Médecine d'urgence
DE WAZIERES Benoît	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DELAPORTE Éric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal	Pneumologie ; addictologie
DOMERGUE Jacques	Chirurgie viscérale et digestive
DUFFAU Hugues	Neurochirurgie
ELIAOU Jean François	Immunologie
FABRE Jean Michel	Chirurgie viscérale et digestive
FRAPIER Jean-Marc	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
HAMAMAH Samir	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale

HEDON Bernard	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
HERISSON Christian	Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
JEANDEL Claude	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JONQUET Olivier	Médecine intensive-réanimation
JORGENSEN Christian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
LABAUGE Pierre	Neurologie
LARREY Dominique	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LEFRANT Jean-Yves	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
LUMBROSO Serge	Biochimie et Biologie moléculaire
MARTY-ANE Charles	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MERCIER Jacques	Physiologie
MESSNER Patrick	Cardiologie
MONDAIN Michel	Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis	Pédiatrie
PAGEAUX Georges-Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PUJOL Pascal	Biologie cellulaire
QUERE Isabelle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
RENARD Éric	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques	Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIPART Jacques	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
ROUANET Philippe	Cancérologie ; radiothérapie
SOTTO Albert	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TAOUREL Patrice	Radiologie et imagerie médicale
VANDE PERRE Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc	Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ	Hématologie ; transfusion
Patricia ASSENAT Éric	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
AVIGNON Antoine	Nutrition
AZRIA David	Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria	Pédopsychiatrie ; addictologie
BEREGI Jean-Paul	Radiologie et imagerie médicale
BLANC Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric	Chirurgie viscérale et digestive
BOULOT Pierre	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAMBONIE Gilles	Pédiatrie
CAMU William	Neurologie
CANOVAS François	Anatomie
CAPTIER Guillaume	Anatomie
CARTRON Guillaume	Hématologie ; transfusion
CAYLA Guillaume	Cardiologie
CHANQUES Gérald	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CORBEAU Pierre	Immunologie
COSTES Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
COULET Bertrand	Chirurgie orthopédique et traumatologique
CYTEVAL Catherine	Radiologie et imagerie médicale
DADURE Christophe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DAUVILLIERS Yves	Physiologie
DE TAYRAC Renaud	Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DE VOS John	Histologie, embryologie et cytogénétique
DEMARIA Roland	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEREURE Olivier	Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane	Urologie

DUCROS Anne	Neurologie
DUPEYRON Arnaud	Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud	Oto-rhino-laryngologie
GENEVIEVE David	Génétique
HAYOT Maurice	Physiologie
KLOUCHE Kada	Médecine intensive-réanimation
KOENIG Michel	Génétique
LAFFONT Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry	Histologie, embryologie et cytogénétique
LAVIGNE Jean-Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LECLERCQ Florence	Cardiologie
LEHMANN Sylvain	Biochimie et biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis	Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan	Physiologie
MEUNIER Laurent	Dermato-vénéréologie
MOREL Jacques	Rhumatologie
NAVARRO Francis	Chirurgie viscérale et digestive
NOCCA David	Chirurgie viscérale et digestive
PETIT Pierre	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PERNEY Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel	Anatomie
PUJOL Jean Louis	Pneumologie ; addictologie
PURPER-OUAKIL Diane	Pédopsychiatrie ; addictologie
TOUITOU Isabelle	Génétique
TRAN Tu-Anh	Pédiatrie
VERNHET Hélène	Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

BOURDIN Arnaud	Pneumologie ; addictologie
CANAUD Ludovic	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
CAPDEVIELLE Delphine	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CLARET Pierre-Géraud	Médecine d'urgence
COLOMBO Pierre-Emmanuel	Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent	Radiologie et imagerie médicale
CUVILLON Philippe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DAIEN Vincent	Ophtalmologie
DORANDEU Anne	Médecine légale et droit de la santé
FAILLIE Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
FUCHS Florent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
GABELLE DELOUSTAL Audrey	Neurologie
GAUJOUX Viala Cécile	Rhumatologie
GODREUIL Sylvain	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILLAUME Sébastien	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
GUILPAIN Philippe	Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
GUIU Boris	Radiologie et imagerie médicale
HERLIN Christian	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlologie
HOUEDE Nadine	Cancérologie ; radiothérapie
JACOT William	Cancérologie ; Radiothérapie
JUNG Boris	Médecine intensive-réanimation
KALFA Nicolas	Chirurgie infantile
KOUYOUMDJIAN Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence	Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin	Oto-rhino-laryngologie
LE QUINTREC DONNETTE Moglie	Néphrologie

LETOUZEY Vincent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas	Neurochirurgie
LOPEZ CASTROMAN Jorge	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric	Rhumatologie
MAURY Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
MILLET Ingrid	Radiologie et imagerie médicale
MORANNE Olivier	Néphrologie
MURA Thibault	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NAGOT Nicolas	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
PANARO Fabrizio	Chirurgie viscérale et digestive
PARIS Françoise	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PASQUIE Jean-Luc	Cardiologie
PELLESTOR Franck	Histologie, embryologie et cytogénétique
PEREZ MARTIN Antonia	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
POUDEROUX Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François	Pédiatrie
ROGER Pascal	Anatomie et cytologie pathologiques
ROSSI Jean François	Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François	Cardiologie
SEBBANE Mustapha	Médecine d'urgence
SIRVENT Nicolas	Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme	Biologie cellulaire
STOEBNER Pierre	Dermato-vénérologie
SULTAN Ariane	Nutrition
THOUVENOT Éric	Neurologie
THURET Rodolphe	Urologie
VENAIL Frédéric	Oto-rhino-laryngologie

VILLAIN Max	Ophthalmologie
VINCENT Denis	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry	Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne	Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques (Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes)

2^{ème} classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila (Biochimie et biologie moléculaire) VISIER Laurent (Sociologie, démographie)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

2^{ème} classe :

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

DAVID Michel

GARCIA Marc

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine

BESSIS Didier (Dermato-vénéréologie)

MEUNIER Isabelle (Ophtalmologie)

MULLER Laurent (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

PERRIGAULT Pierre-François (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

QUANTIN Xavier (Pneumologie)

ROUBERTIE Agathe (Pédiatrie)

VIEL Éric (Soins palliatifs et traitement de la douleur)

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe

BADIOU Stéphanie	Biochimie et biologie moléculaire
BOULLE Nathalie	Biologie cellulaire
CACHEUX-RATABOUL Valère	Génétique
CARRIERE Christian	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
GIANSILY-BLAIZOT Muriel	Hématologie ; transfusion
HILLAIRE-BUYS Dominique	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PUJOL Joseph	Anatomie
RICHARD Bruno	Médecine palliative
RISPAIL Philippe	Parasitologie et mycologie
SEGONDY Michel	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH de 1^{re} classe

BERTRAND Martin	Anatomie
BOUDOUSQ Vincent	Biophysique et médecine nucléaire
BOURGIER Céline	Cancérologie ; Radiothérapie
BRET Caroline	Hématologie biologique
COSSEE Mireille	Génétique
GIRARDET-BESSIS Anne	Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine	Hématologie ; transfusion

LESAGE François-Xavier	Médecine et Santé au Travail
MATHIEU Olivier	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas	Radiologie et imagerie médicale
MOUZAT Kévin	Biochimie et biologie moléculaire
OLIE Émilie	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
PANABIERES Catherine	Biologie cellulaire
PHILIBERT Pascal	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
RAVEL Christophe	Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris	Physiologie
STERKERS Yvon	Parasitologie et mycologie
THEVENIN-RENE Céline	Immunologie
TUAILLON Édouard	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH de 2^{ème} classe

CHIRIAC Anca	Immunologie
DE JONG Audrey	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DU THANH Aurélie	Dermato-vénérologie
GOUZI Farès	Physiologie
HERRERO Astrid	Chirurgie viscérale et digestive
JEZIORSKI Éric	Pédiatrie
KUSTER Nils	Biochimie et biologie moléculaire
MAKINSON Alain	Maladies infectieuses, Maladies tropicales
PANTEL Alix	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie	Thérapeutique ; addictologie
ROUBILLE Camille	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SZABLEWSKY Vanessa	Anatomie et cytologie pathologiques

Maîtres de Conférences des Universités - Médecine Générale

MCU-MG de 1^{re} classe

COSTA David

MCU-MG de 2^{ème} classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice

OUDE ENGBERINK Agnès

Maîtres de Conférences associés - Médecine Générale

LOPEZ Antonio

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe

Praticiens Hospitaliers Universitaires

BARATEAU Lucie	Physiologie
BASTIDE Sophie	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
DAIEN Claire	Rhumatologie
GATINOIS Vincent	Histologie, embryologie et cytogénétique
GOULABCHAND Radjiv	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
LATTUCA Benoit	Cardiologie
MIOT Stéphanie	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PINETON DE CHAMBRUN Guillaume	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
SOUCHE François-Régis	Chirurgie viscérale et digestive

Remerciements

À Monsieur le Professeur Philippe Lambert,

Pour l'honneur qu'il me fait en acceptant de présider ce jury, veuillez trouver ici l'expression de ma plus sincère gratitude.

À Monsieur le Professeur Hubert Blain,

Pour l'honneur qu'il me fait en acceptant de siéger dans ce jury, qu'il veuille bien accepter l'expression de ma sincère reconnaissance.

À Madame le Docteur Marie-Catherine Reboul,

Pour avoir accepté de participer à ce jury, veuillez accepter l'expression de ma sincère reconnaissance.

À Madame le Docteur Claudine Buj-Hardy,

Pour avoir accepté de diriger ce travail, pour ton aide et tes conseils, je te remercie respectueusement.

À mes parents,

Merci d'être à mes côtés dans toutes les étapes de ma vie, de m'avoir donné le goût de l'effort et des belles choses. J'espère vous rendre fiers aujourd'hui. Je vous aime.

À Mamie Nana,

Tu es là depuis le tout premier instant, merci pour tout ton amour, ton soutien et les crêpes.

À Papi Émile,

Pour tout ce que tu m'as appris et pour ton aide.

À mes grands-parents Clo et Charly,

Pour votre aide, la voile, la couture et la rhétorique.

À Philippe,

Pour me faire voir les choses différemment.

À Domi,

Pour le sport, le bon vin, les bons plats et les bons mots.

To Jennifer and Munir,

Thank you for your help.

À Lorène,

Ma canarde, 10 ans de rires, de voyages, de révisions. Tu es une personne brillante, sur qui je peux compter. Je suis heureuse d'être ton amie. Nos stages ensemble sont mes meilleurs souvenirs d'externat.

À Maca, Charlie-Rose, Barbara

Tant de souvenirs de lycée à vos côtés. Maca, reviens vite dans le sud, j'aimerais voir grandir tes enfants. Charlie, merci de nous avoir confié Plume, elle ne fait que des bêtises, mais on l'adore. Barbara, je pense que tu as trouvé ta voie, je suis fière de toi.

À Juliette,

Je vais mettre en place un service de télémédecine juste pour toi. Travaille bien pour m'emmener monter les marches à Cannes l'an prochain !

To Gemma, Nick, Hannah, Cormac and Gaby,

My dear friends, thank you for your support. I can't wait to see us gathered again.

À Éloïse, Médéric, Aurélie M et Guillaume,

Le chemin a été long depuis l'externat, je vous remercie pour votre amitié et cette jolie entraide.

À Willy,

Mon coloc' préféré, te rencontrer a été un beau cadeau. Continue d'être un viking curieux et brave.

À Nico,

Je chéris les souvenirs de nos randonnées, j'espère que nous pourrons repartir bientôt tous ensemble. Profite bien de la Réunion !

À Aurélie B,

Pour ton aide dans la méthodologie de cette thèse.

À l'équipe mobile de gériatrie de Perpignan,

Pour l'apprentissage de la gériatrie qui me sert quotidiennement et pour votre soutien indéfectible dans la réalisation de cette thèse. Pierre-Antoine, Chantal, Caroline, Martine, Lara, Stéphanie et Myriam, je vous remercie du fond du cœur.

À Philippe, Alain et Gisèle,

Pour votre accueil, votre bonne humeur, le bonheur d'apprendre mon métier à vos côtés. Merci d'avoir fait de cette escale Carcassonnaise une si belle expérience.

Aux membres de l'Unité de Soins Palliatifs de Nîmes,

Travailler à vos côtés m'a apporté beaucoup. Votre empathie et votre humanité sont des exemples pour moi. **Joelle**, merci pour ton amitié.

À Anneso, Yves, Carine et Eve,

Vous êtes une équipe de choc, je suis heureuse d'avoir été votre interne et d'avoir terminé ce parcours d'étudiante avec vous.

À Yannick,

Mon trésor, merci pour m'avoir soutenue (et nourrie) durant toute la préparation de cette thèse.

J'ai une chance incroyable de t'avoir à mes côtés.

Tu es une merveilleuse personne et je suis tellement fière de toi.

Nos aventures ne font que commencer. Je t'aime.

À la mémoire de Raphaël et Aurore.

Liste des abréviations

ALD : Affection Longue Durée

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

ARS : Agence Régionale de Santé

CCP : Coordination Clinique de Proximité

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CLIC : Centres Locaux d'Information et de Coordination

DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins

DRESS : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

EGS : Évaluation Gériatrique Standardisée

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personne Âgées Dépendantes

EMG : Équipe Mobile de Gériatrie

EMGEH : Équipe Mobile de gériatrie Extra-Hospitalière

GDS : Geriatric Depression Scale

HAD : Hospitalisation Au Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

IADL : Instrumental Activities of Daily Living

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

IFOP : Institut Français d'Opinion Publique

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

IMC : Indice de Masse Corporelle

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

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

MMS : Mini-Mental State

MNA : Mini Nutritional Assessment

PAERPA : Personnes Âgées En Risque de Perte d'Autonomie

PPS : Plan Personnalisé de Santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SFGG : Société Française de Gériatrie et de Gérontologie

SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile

SUDOC : Système Universitaire de Documentation

TAVI : Transcatheter Aortic Valve Implantation

Table des matières

I. Introduction	21
II Généralités :	22
A. Démographie.....	22
B. La filière gériatrique	22
1. Historique :.....	23
2. Les équipes mobiles de gériatrie.....	25
a) <i>Mission</i> :.....	25
b) <i>Modalités d'intervention</i> :	25
c) <i>Composition</i>	25
d) <i>Outils</i>	26
3. Les équipes mobiles de Perpignan	27
a) <i>Démographie</i> :	27
b) <i>Création et activité</i> :	28
c) <i>Composition de l'équipe mobile extra-hospitalière de Perpignan</i>	28
d) <i>Outils</i>	28
e) <i>Compte rendu et Plan Personnalisé de Santé</i>	32
4. Projet de thèse, question de recherche et objectifs	32
III. Matériel et méthode	34
A. Équipe de recherche	34
B. Recueil bibliographique	34
C. Type d'étude	34
D. Recrutement des participants à l'étude	34
E. Entretien semi-directif et guide d'entretien :	35
F. Déroulement des entretiens	35
G. Analyse des données	36
IV. Résultats	37
A. Population.....	37
B. Entretiens.....	38
C. Arbres thématiques	39
1. Prise en charge de la personne âgée en médecine générale	39
a) <i>Prise en charge des patients âgés</i>	40
b) <i>Pathologies de la personne âgée</i>	57
c) <i>Entourage des patients âgés</i>	61
d) <i>L'environnement de la personne âgée</i>	71
2. Réflexions sur la pratique de la médecine générale	75
3. Ressenti sur la prise en charge de l'équipe mobile de gériatrie extra-hospitalière	78
a) <i>Connaissances relatives à l'EMGEH</i>	79
b) <i>Apports de l'équipe mobile de gériatrie extra-hospitalière pour le médecin généraliste</i>	81
c) <i>Difficultés rencontrées lors de la prise en charge</i>	97
d) <i>Suggestions d'amélioration</i>	103
V. Discussion	106
A. Forces de l'étude	106
B. Limites de l'étude	106
C. Synthèse des résultats et comparaison à la littérature	107

1.	La personne âgée : des difficultés de prise en charge malgré un intérêt clinique	107
2.	L'EMGEH : un outil adapté mais perfectible.....	111
VI.	Conclusion.....	118
VII.	Bibliographie	119
VIII.	Annexes	122
	Annexe 1 : Dossier d'évaluation du patient	122
	Annexe 2 : Dossier d'évaluation de l'aidant principal	144
	Annexe 3 : Guide d'entretien	148
	Annexe 4 : Questionnaire et consentement	149
	Annexe 5 : Entretiens.....	149
	Annexe 6 : Grille du Mini-Zarit	150
	Annexe 7 : Grilles de repérage de la fragilité, gérontopole de Toulouse	151
	Annexe 8 : Plaquette de l'EMGEH	152
	Annexe 9 : Arbres thématiques.....	153
	Figure 1 : Ressenti sur la personne âgée	153
	Figure 2 : Réflexions sur la pratique de la médecine générale	154
	Figure 3 : Ressenti sur la prise en charge de l'équipe mobile de gériatrie extra-hospitalière	155
IX.	Serment	156
X.	Permis d'imprimer.....	157

I. Introduction

En raison du vieillissement de la génération des baby-boomers, la proportion des personnes âgées de plus de 65 ans augmente fortement en France (1). Les projections démographiques de l'INSEE prévoient qu'en 2040, un habitant sur quatre relèvera de la gériatrie (≥ 65 ans) et ce, quelles que soient les hypothèses retenues sur l'évolution de la fécondité, les migrations ou l'espérance de vie (2).

Ces patients sont pour la plupart fragiles et polyopathologiques et nécessitent une prise en charge médico-sociale complexe et chronophage.

Des hospitalisations itératives peuvent découler des difficultés d'adaptation à l'augmentation de la dépendance au domicile. En plus de générer des coûts de santé importants (3), ces hospitalisations sont sources de décompensations physiques et psychiques de la personne âgée, privée de son environnement habituel. Éviter une hospitalisation nécessite beaucoup d'énergie de la part du médecin traitant souvent seul face au patient et à sa famille.

Le maintien au domicile du patient dans de bonnes conditions est un enjeu de santé qui a été à la base de la création des Équipes Mobiles de Gériatrie Extra Hospitalière ou EMGEH.

Le rôle de ces équipes est d'agir en amont de l'hospitalisation ou d'une situation de décompensation d'une polypathologie, au domicile du patient, après signalement ou avec l'accord du médecin traitant. De cette visite découle la rédaction d'un ensemble de suggestions de prise en charge proposé au médecin traitant.

Le Centre Hospitalier de Perpignan possède depuis octobre 2017 une équipe mobile de gériatrie extra hospitalière.

Ce travail a pour objectif primaire de fournir un retour sur l'expérience des médecins généralistes ayant sollicité l'EMGEH. Améliorer la prise en charge grâce à cette étude en est l'objectif secondaire. Pour cela nous avons utilisé la méthode de l'entretien semi-directif.

II Généralités :

A. Démographie

La population âgée française est en forte augmentation en raison de l'accroissement de l'espérance de vie (79,5 ans pour les hommes et 85,4 ans pour les femmes en 2017) couplée à l'entrée des « Baby-boomers » dans la classe d'âge des plus de 75 ans.

Cette augmentation démographique est à mettre en parallèle avec l'espérance de vie en bonne santé : cet indicateur mesure le nombre d'année sans limitation d'activité ou incapacité majeure qu'une personne peut s'attendre à vivre. En 2016 elle est de 62,7 ans pour les hommes et de 64,1 ans pour les femmes (4). La différence entre l'espérance de vie et l'espérance de vie en bonne santé est importante, les personnes âgées vont donc vivre de nombreuses années avec des limitations ou des incapacités.

Ce phénomène est à l'origine de l'augmentation importante d'une patientèle âgée à très âgée, polypathologique, fragile (ce concept sera évoqué dans un second temps), présentant un fort risque de dépendance physique, psychique ou sociale. L'enjeu de la prise en charge de ces patients consiste en la prévention de leur perte d'autonomie par un abord global.

B. La filière gériatrique

La filière gériatrique correspond aux moyens mis en place pour « permettre à chaque personne âgée de pouvoir accéder à une prise en charge globale médico-psycho-sociale, graduée, répondant aux besoins de proximité » (5).

La circulaire du 18 mars 2002 déclare : « *le réseau est une réponse pertinente à la prise en charge spécifique des personnes âgées fragiles. Il trouve sa place en amont et en aval de l'hospitalisation et permet, dans certains cas, de l'éviter* » (6)

La filière gériatrique comprend :

- Un court séjour gériatrique situé dans l'établissement de santé support de la filière,
- Une équipe mobile de gériatrie,
- Une unité de consultations et d'hospitalisation de jour gériatrique de court séjour,

- Un ou plusieurs soins de suite et de réadaptation appropriés aux besoins des personnes âgées polypathologiques dépendantes ou à risque de dépendance (SSR gériatriques) à temps complet ou en hôpital de jour,
- Un ou plusieurs soins de longue durée.

1. Historique :

Alors que les équipes mobiles de gériatrie sont apparues au sein d'équipes pionnières dans les années 1990 (Orléans, Grenoble, Strasbourg, Niort), elles sont créées officiellement par la **circulaire DHOS n° 2002-157 du 18 mars 2002 relative à « l'amélioration de la filière de soins gériatriques »** qui décrit leurs missions et leur organisation.

Elle préconise l'amélioration de l'articulation ville-hôpital et le développement de circuits rapides d'hospitalisation comprenant des unités de court séjour gériatrique ainsi que des équipes mobiles de gériatrie dans les centres hospitaliers de grande capacité. La mise en place d'une équipe mobile n'est toutefois possible que s'il existe un court séjour gériatrique dans l'établissement. (6).

Le **plan « Urgences » 2004-2007** réaffirme l'importance d'une évaluation gériatrique précoce dans le service des Urgences pour favoriser l'orientation du patient, éviter des hospitalisations superflues en organisant le retour au domicile ou encore étayer une admission en court séjour gériatrique (7).

Le **rapport national IGAS 2005 « Les équipes mobiles de gériatrie au sein de la filière de soins »** décrit que certaines EMG ont spontanément élargi leur champ de compétence en agissant en extra-hospitalier, pour pallier les limitations d'un travail uniquement intra-hospitalier. Devant l'insuffisance de prévention des situations de crise en amont et le manque de lits d'hospitalisation, elles ont développé des formations, des référentiels et des procédures à la demande des partenaires médicaux et paramédicaux, coordonné le réseau des correspondants médicaux et médico-sociaux, mis en place des consultations avancées programmées au rang des hôpitaux locaux ou des EHPAD.

En 2006, le **rapport « Un programme pour la Gériatrie : 5 objectifs, 20 recommandations et 45 mesures pour atténuer l'impact du choc démographique gériatrique sur le fonctionnement des hôpitaux dans les 15 ans à venir »** déplore la perte de chance des patients âgés dans les services non gériatriques. La prise en charge globale que ces patients requièrent exige un grand investissement et elle est peu valorisée. Pour améliorer l'accès à un soin approprié, le

rapport préconise l'instauration d'un label « filière gériatrique » dans chaque établissement de santé doté d'un service d'Urgences.

La création de 86 à 187 EMG est conseillée et il est également spécifié que les centres référents doivent doter les EMG des moyens nécessaires afin d'étendre leur mission au sein des établissements et structures membres et partenaires de la filière (établissements de santé, EHPAD, HAD...) (8).

Le **Plan solidarité – Grand âge** présenté en juin 2006 crée 86 EMG *à la disposition des Urgences, des services de l'hôpital et des partenaires de la filière gériatrique (maisons de retraite, hospitalisation à domicile, services de soins infirmiers à domicile)* (9).

La **Circulaire DHOS/02 n° 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la « filière de soins gériatriques »** élargit officiellement le champ de compétences des EMG en leur permettant d'intervenir dans un cadre expérimental au sein des EHPAD à leur demande ou à la demande du médecin traitant, au domicile du patient lorsque ce dernier est pris en charge dans le cadre d'un SSIAD ou d'un réseau de santé « personnes âgées », afin de conseiller les personnels des établissements médico-sociaux et les intervenants à domicile dans la gestion des situations de crise (5).

Mis en place sur des zones pilotes en 2014 puis élargi à l'ensemble du territoire en 2017, le **dispositif PAERPA** (Personnes Âgées En Risque de Perte d'Autonomie) a pour objectif de préserver l'autonomie des personnes âgées. Il renforce la prise en charge préventive en agissant sur les quatre principaux facteurs d'hospitalisation évitable (dépression, chute, iatrogénie et dénutrition) et en optimisant la coordination des professionnels autour des personnes âgées.

Pour cela, le dispositif s'articule autour de 5 axes :

- Renforcer le maintien à domicile : *les professionnels de santé de proximité, formant une coordination clinique de proximité (CCP) élaborent le plan personnalisé de santé ou PPS*
- Améliorer la coordination des intervenants et des interventions
- Sécuriser la sortie d'hôpital
- Éviter les hospitalisations inutiles
- Mieux utiliser les médicaments

La **Concertation « Grand âge et autonomie »** de mai 2018 prévoit de renforcer le nombre et les effectifs des équipes mobiles de gériatrie pour soutenir les EHPAD et les professionnels exerçants en ville. 16 millions d'euros seront déployés à cet effet d'ici 2022 (10).

2. Les équipes mobiles de gériatrie

a) *Mission :*

Les missions de l'équipe mobile intra-hospitalière sont détaillées dans l'annexe 3 de la **circulaire DHOS n° 2002-157 du 18 mars 2002 relative à « l'amélioration de la filière de soins gériatriques » (6) :**

- *Évaluation globale de la personne âgée, c'est-à-dire une évaluation médico-psycho-sociale pour une prise en charge adéquate de situations complexes ;*
- *Participation à l'élaboration du projet de soins et du projet de vie ;*
- *Orientation de la personne âgée dans la filière gériatrique intra-hospitalière ;*
- *Orientation à la sortie d'hospitalisation ;*
- *Participation à l'organisation de la sortie.*

Elle a également un rôle de *conseil, information et formation pour les équipes soignantes.*

Les missions des équipes mobiles extra-hospitalières sont moins détaillées et comprennent la dispensation d'un conseil aux *personnels des établissements médico-sociaux et les intervenants à domicile dans la gestion des situations de crise (5).*

b) *Modalités d'intervention :*

Les équipes mobiles intra-hospitalières interviennent à la demande des services hospitaliers de l'établissement dont elles dépendent. Elles réalisent une évaluation gériatrique mais la prise en charge médicale reste sous la responsabilité du service dans lequel le patient est hospitalisé.

Les équipes mobiles extra-hospitalières se déplacent sur le lieu de vie du patient suite à la sollicitation du médecin traitant, *de l'établissement médico-social, des intervenants à domicile, du CLIC ou du réseau de santé « personnes âgées »(5).* Ici encore l'équipe n'est pas prescriptrice et la responsabilité du patient incombe au médecin traitant (5,6).

c) *Composition*

Comme décrit dans la **circulaire DHOS/02 n° 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la « filière de soins gériatriques » (5),** l'équipe mobile gériatrique comprend au minimum :

- un équivalent temps plein de médecin gériatre ;
- un équivalent temps plein d'infirmier ;
- un équivalent temps plein d'assistante sociale ;
- du temps de psychologue, d'ergothérapeute, de diététicien et de secrétaire.

Les effectifs de l'équipe sont à moduler en fonction des besoins de l'établissement.

Le rapport IGAS « Les équipes mobiles gériatriques au sein de la filière de soins » relève que les équipes mobiles intra et extra hospitalières présentent une grande variété dans leurs missions, fonctionnement et composition (11).

Toutefois les EMG possèdent des points communs : des moyens modestes, un même type de patientèle et des outils identiques pour l'évaluation médico-sociale.

d) Outils

Le docteur Warren (1935-1948) remarque qu'une identification globale des problèmes médico-sociaux des personnes institutionnalisées permet une amélioration significative de leur état de santé (12). De cette constatation naît le concept de « l'évaluation gériatrique standardisée ».

Définie officiellement en 1990 par Epstein et en 1997 par Rubenstein, c'est une « *procédure diagnostique multidimensionnelle et pluridisciplinaire visant à l'identification de l'ensemble des problèmes médicaux, fonctionnels, psychologiques et sociaux des sujets âgés dans le but d'établir un projet de prise en charge à court, moyen voire long terme* ». L'EGS permet également de dépister l'état de fragilité (13,14).

La notion de fragilité, telle que définie par la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie (SFGG) en 2011 est « *un syndrome clinique reflétant une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression clinique est modulée par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux. Le syndrome de fragilité est un marqueur de risque de mortalité et d'événements péjoratifs, notamment d'incapacités, de chutes, d'hospitalisation et d'entrée en institution. L'âge est un déterminant majeur de fragilité mais n'explique pas à lui seul ce syndrome. La prise en charge des déterminants de la fragilité peut réduire ou retarder ses conséquences. Ainsi, la fragilité s'inscrirait dans un processus potentiellement réversible* » (15).

Le dépistage de la fragilité de la personne âgée permet de réduire la dépendance évitable et de prévenir la survenue d'événements défavorables

L'étude de Rubenstein en 1984 et la méta-analyse Cochrane de 2016 ont démontré que les patients âgés ayant bénéficié d'une EGS lors de l'admission à l'hôpital sont plus susceptibles d'être en vie et à leur domicile lors du suivi tout en étant plus autonomes. (16,17).

Bien que les différents outils d'évaluation soient modulables en fonction des équipes, cet outil multidimensionnel et interdisciplinaire est composé d'une partie administrative, d'une évaluation de l'état physique, de l'état cognitif, de l'état psychologique, de l'autonomie, des fonctions sensorielles, de l'état nutritionnel, du risque de chute, d'une évaluation sociale et du contexte familial, d'une évaluation de la qualité de vie et du logement.

L'EGS est le support rédactionnel du compte rendu d'évaluation et des recommandations de l'équipe mobile, constituant le « Plan Personnalisé de Santé » ou PPS.

Le concept du PPS a été développé dans le cadre du dispositif PAERPA. Le PPS est un *plan d'action concernant les personnes dont la situation rend utile un travail formalisé entre acteurs de proximité* (18,19). Il doit être validé et peut être coordonné par le médecin traitant.

Dans le cadre des équipes mobiles de gériatrie, le PPS est élaboré sous forme de suggestions de soin.

Le contenu de l'EGS de l'EMGEH de Perpignan sera détaillé dans un second temps.

3. Les équipes mobiles de Perpignan

a) Démographie :

En 2016, les plus de 60 ans représentaient 31,7% de la population des Pyrénées Orientales (+3% depuis 2011). (20).

La « Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie » ou MAIA est une méthode permettant d'associer tous les acteurs engagés dans l'accompagnement des personnes âgées de plus de 60 ans et en perte d'autonomie (et leurs aidants) en intégrant les services d'aide et de soins (21).

Le département des Pyrénées Orientales comprend une MAIA Sud et une MAIA Nord.

L'équipe mobile extra-hospitalière de Perpignan intervenait sur le territoire de la MAIA Perpignan-Nord Pyrénées Orientales jusqu'à janvier 2019, date à laquelle son action a été étendue à l'ensemble du département des Pyrénées-Orientales en raison des demandes d'interventions concernant cette zone.

b) Création et activité :

Un premier projet de création d'EMGEH avait été déposé en 2012 auprès de l'ARS, accompagnant le projet d'extension de l'EMG intra-hospitalière.

En 2015, un nouveau projet fut présenté faisant suite à la mise en place du projet PAERPA et des nouvelles politiques de santé. Une enquête auprès des médecins généralistes libéraux a démontré qu'ils étaient favorables à la création de l'EMGEH et prévoyaient d'utiliser cet outil.

L'équipe mobile de Perpignan fut créée le 23 octobre 2017. Elle a réalisé 666 interventions de sa création au 31 décembre 2019 (70 interventions en 2017, 310 interventions en 2018, 286 interventions en 2019).

c) Composition de l'équipe mobile extra-hospitalière de Perpignan

L'équipe mobile extra-hospitalière de Perpignan est composée :

- d'un équivalent temps plein de médecin gériatre
- d'un équivalent temps plein d'infirmier
- d'un demi équivalent temps plein de secrétaire
- de 0,4 équivalent temps plein d'assistance sociale

d) Outils

Lors de son évaluation gériatrique, l'EMGEH utilise un dossier médical au format papier (annexe 1) afin de collecter les données du patient de manière exhaustive. Un dossier similaire existe pour évaluer l'état de santé de l'aidant principal (annexe 2).

Ce dossier médical comprend les éléments suivants :

- Description des conditions d'évaluation : ce premier volet s'intéresse aux conditions dans lesquelles se déroule l'intervention, à savoir une description du domicile ou de la structure où l'équipe se rend, les tiers présents, l'identité du médecin traitant et celui du médecin demandeur (s'il ne s'agit pas du médecin traitant), le motif de la demande, la personne de confiance désignée par le patient, s'il existe des mesures de protection juridique.
- Description de l'environnement social et mode de vie : description de la famille proche du patient, de son cursus scolaire et de sa profession, de son autonomie de vie quotidienne (conduite d'un véhicule, courses, cuisine, gestion administrative, ménage et linge, présence d'une téléalarme, portage de repas).
- Évaluation de l'entourage soignant : nombre d'intervenants et tâches réalisées, présence ou absence d'un dossier APA
- Appréciation de la présence d'un aidant
- Estimation de l'autonomie du patient :
 - Grille d'évaluation de l'autonomie pour les activités basales de la vie quotidienne de Katz (Activities of Daily Living (ADL)) (22). Ce score évalue les items suivants : Toilette, habillage, aller aux toilettes, déplacement à l'intérieur, alimentation, continence. Les items sont cotés de 0 point correspondant à « le patient ne fait pas », 0,5 points pour « nécessité d'une aide partielle », 1 point correspondant à « le patient fait seul ».
 - Une dépendance fonctionnelle est mise en valeur pour un score inférieur ou égal à 5, une dépendance sévère si le score est strictement inférieur à 3.
 - Score IADL de Lawton (23): Ce test évalue la capacité du patient utiliser le téléphone, les moyens de transport, la gestion de son traitement, de ses finances. Il est coté de 0 à 4 et on observe une dépendance fonctionnelle si le score est strictement inférieur à 4. Ce questionnaire permet d'apprécier le retentissement des troubles cognitifs sur les activités de la vie quotidienne, donc sur l'autonomie de la personne.
 - Estimation des activités de loisir réalisées par le patient
 - Évaluation de la capacité de marche et de l'aménagement du domicile : Appréciation du matériel en place au domicile (lit médicalisé, barrières, matelas anti-escarre, potence...), des aides techniques à la marche (cannes, déambulateur, fauteuil roulant...), du chaussage (prévention du risque de chute), possibilité de sortie en extérieur et dans quelles conditions, présence d'escaliers
- Volet médical : recueil des antécédents et comorbidité du patient, des allergies, évaluation des fonctions sensorielles (audition, vision, présence d'appareils dentaires), statut vaccinal, traitements en cours, toxiques (tabac, alcool)

- Évaluation nutritionnelle :
 - Poids actuel, poids de forme, cinétique de l'éventuelle perte de poids, taille, IMC, qualité de l'appétit
 - Calcul du score Mini Nutritional Assessment ou MNA (24): Permet d'évaluer l'état nutritionnel du patient et dépister le risque de dénutrition. Il comporte une première partie « dépistage » côté de 0 à 14 points : Si le score est supérieur à 12, le patient ne présente pas de risque de dénutrition. Si le score est inférieur à 11 points, il est nécessaire de réaliser la seconde partie du test « évaluation globale » pour préciser le risque de malnutrition.
Le score total est de 30 points. De 17 à 23,5 points, le patient présente un risque de malnutrition. Un score inférieur à 17 démontre un mauvais état nutritionnel.
- Évaluation cognitive :
 - Niveau socio-culturel, existence d'un suivi en consultation mémoire, qualité du sommeil, existence de troubles du comportement
 - Calcul du Mini-mental-state ou MMS (25): Côté de 0 à 30, ce test permet une exploration cognitive globale du patient. S'il existe un test MMS préexistant, il permet également la surveillance des troubles neuro-cognitifs. Il explore l'orientation dans le temps et l'espace du patient, sa mémoire à court et moyen terme, le calcul mental, le langage, la construction, la praxie constructive. Un score inférieur à 26 doit amener à faire des examens complémentaires pour explorer l'axe cognitif.
 - 5 mots de Dubois (26) : ce test côté sur 10 permet d'évaluer trois étapes de la mémoire : l'encodage, la consolidation et la récupération . Il consiste à faire apprendre une liste de 5 mots au patient, de lui faire réciter une première fois pour s'assurer de sa mémorisation immédiate. Dans un second temps, après avoir distrait l'attention du patient, on lui demande de réciter de nouveau la liste de mot en fournissant si nécessaire des indices de catégorisation sémantique. Un test strictement inférieur à 10/10 doit amener à des explorations complémentaires.
 - Test de l'horloge (27): Ce test consiste à faire dessiner dans un cercle représentant une horloge les chiffres indiquant les heures et de positionner les aiguilles sur une certaine heure (telle que onze heures dix). Ce test est un moyen simple et rapide d'apprécier notamment les atteintes visuo-spatiales et les fonctions exécutives, il ne permet pas de réaliser un diagnostic précis.

- Évaluation thymique :
 - Mini GDS (Geriatric Depression Scale) (28): Ce test comprend 4 items (Vous sentez vous découragé et triste ? Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ? Êtes-vous heureux la plupart du temps ? Avez-vous la sensation que votre situation est désespérée ?). Chaque réponse positive est cotée d'un point. Si le score est supérieur ou égal à 1, le patient présente une forte probabilité de dépression.
 - L'équipe mobile recherche également la présence d'une anxiété ou d'idée noire pour compléter l'évaluation thymique.
- Examen clinique : estimation de la coopération du patient, prise des constantes (dont la tension couchée, assise et debout pour diagnostiquer une hypotension orthostatique), évaluation de la douleur (Échelle verbale simplifiée et ALGOPLUS simplifié), examen clinique par organe (cardio vasculaire, pulmonaire, abdominal, neurologique, ostéo-articulaire, téguments et cavité buccale) ainsi qu'un examen des éventuels escarres et plaies chroniques. Description de la marche et tests de marche (Appui monopodal, lever d'une chaise sans appui des mains, vitesse de marche sur 4 m, Get up and Go test (consistant à se lever d'une chaise avec accoudoir, marcher 3 mètres, faire demi-tour et retourner s'asseoir)).
- Description des principaux syndromes gériatriques relevés
- Score OMS :
 - 0 = Capable d'avoir une activité normale sans restriction ;
 - 1 = Activité physique discrètement réduite, mais ambulatoire moins de 25% du temps de jour au lit ;
 - 2 = Ambulatoire, indépendant, mais incapable d'activité soutenue, debout moins de 50% du temps de jour ;
 - 3 = Capable uniquement de satisfaire ses besoins propres. Confiné au lit près de 75% du temps de jour ;
 - 4 = Invalide, ne peut satisfaire seul à ses besoins propres. Alité toute la journée.
- Relevé des bilans biologiques éventuels
- Orientation(s) préconisée(s) par l'équipe mobile : préconisations médicales ciblées, aménagement du domicile, mise en place d'aidants professionnels, orientation vers une structure de soin, proposition sur un autre lieu de vie, nécessité d'une réévaluation par l'EMGEH.

Le dossier concernant l'aidant principal comprend :

- Un relevé de l'identité de l'aidant
- Ses antécédents
- Évaluation des critères de Fried : perte de poids, diminution de l'endurance, diminution de la vitesse de marche, force musculaire. Ce test permet de dépister la fragilité des patients, il est coté de 0 à 4, 0 correspondant aux patients robustes, un score supérieur ou égal à 3 signe les patients fragiles.
- Mini GDS
- Relevé des plaintes et des doléances de l'aidant
- Propositions de l'EMGEH

e) Compte rendu et Plan Personnalisé de Santé

Les médecins traitants et le médecin demandeur (si différent du médecin traitant) reçoivent au décours de l'évaluation par l'équipe mobile un compte rendu contenant :

- Une synthèse du dossier médical utilisé pendant l'évaluation
- Le Plan Personnalisé de Santé du patient : Il est présenté sous forme de suggestions pouvant concerner les diagnostics médicaux réalisés, une adaptation des thérapeutiques du patient, l'aménagement du lieu de vie, la mise en place d'aidants et/ou de structures professionnelles, l'apport d'une aide sociale...

Un suivi par l'EMGEH peut être proposé en fonction de l'état du patient et des propositions. Un contact téléphonique est réalisé dans les six mois après l'intervention.

4. Projet de thèse, question de recherche et objectifs

L'étude préalable à la création de l'EMGEH de Perpignan révélait que les médecins généralistes y étaient favorables. Deux ans après sa mise en place, il paraît important de recueillir leur expérience relative à la prise en charge, dans un souci de l'améliorer.

Ayant réalisé mon stage en équipes mobiles de gériatrie hospitalières au centre Hospitalier de Perpignan, j'ai pu assister à des évaluations au domicile. Cet apprentissage m'a été utile auprès des patients âgés lors de mes stages de médecine générale et plus tard lors de mes remplacements. L'intérêt que je porte à la médecine gériatrique et la volonté d'aider à améliorer un outil qui m'a apporté beaucoup sont à la base de ce travail de thèse.

La question de recherche était : Quel est le vécu des médecin généralistes ayant fait appel à l'EMGEH vis-à-vis de la PEC effectuée ?

L'objectif principal consiste à analyser le vécu des médecins généralistes ayant fait appel à l'EMGEH vis-à-vis de la prise en charge effectuée. L'objectif secondaire cherche à déterminer les attentes et les besoins des médecins généralistes à l'encontre de l'EMGEH et proposer des pistes d'amélioration de la prise en charge à l'aide de leurs suggestions.

III. Matériel et méthode

A. Équipe de recherche

L'équipe de recherche était composée du docteur Claudine Buj-Hardy, praticienne hospitalière au centre hospitalier de Perpignan, et de moi-même, interne en 6^e semestre de médecine générale. Un ouvrage de P. Paillé et la grille COnsolidated criteria for REporting Qualitative research (COREQ) (29,30) m'ont aidé à comprendre la méthode nécessaire à ce premier travail de recherche et d'analyse qualitative.

B. Recueil bibliographique

La recherche bibliographique a été réalisée à l'aide des bases de données Pubmed et Medline.

L'équation de recherche utilisée était : ("Mobile Health Units "[Mesh:NoExp]) AND "Geriatrics"[Majr:NoExp].

La recherche a été complétée par la consultation sur le SUDOC des thèses françaises relatives au travail des équipes mobiles de gériatrie.

C. Type d'étude

Ce travail est une étude observationnelle, compréhensive et qualitative. La méthode qualitative, issue des sciences humaines et sociales, permet d'étudier les représentations et les comportements des acteurs du système de soin (29). Les résultats ont été analysés par une analyse thématique.

Ce type d'étude était le plus à même d'étudier l'expérience des médecins généralistes.

D. Recrutement des participants à l'étude

La population cible de cette étude était celle des médecins généralistes ayant fait appel à l'EMGEH. Il n'y avait pas de critère d'exclusion. Le critère de non inclusion correspondait au refus de participer à l'étude.

Le recrutement des médecins a été effectué à partir de la liste des praticiens ayant fait appel à l'EMGEH en 2018, fournie par le secrétariat de l'équipe. La prise de contact a été réalisée par téléphone à l'aide de la trame suivante :

« Allô bonjour je m'appelle Sarah Lomero, je suis interne de médecine générale en fin de cursus. Je réalise actuellement ma thèse sur l'équipe mobile de gériatrie extra hospitalière. Vous avez fait appel à cette équipe pour l'un de vos patients et j'aimerais vous rencontrer afin de faire un retour sur votre expérience lors de cette intervention. Je souhaiterais réaliser un entretien d'une vingtaine de minutes, enregistré puis anonymé afin d'avoir votre avis sur cette intervention. Seriez-vous d'accord pour me recevoir ? »

La prise de rendez-vous était effectuée à la suite de l'entretien téléphonique, la date et le lieu étant laissé à la convenance du médecin. Je leur indiquais que je pouvais me déplacer.

32 praticiens ont été contactés, soit directement soit via leur secrétariat. Un médecin a refusé de participer à l'étude car le temps nécessaire pour l'entretien lui semblait trop long tandis que d'autres n'ont pas rappelé après que j'ai laissé un message à leur secrétariat.

E. Entretien semi-directif et guide d'entretien :

L'entretien semi-directif a été utilisé pour cette étude. Il permet d'établir une liste de thèmes à aborder avec les sujets de l'étude. L'entretien libre aurait pu générer un égarement dans les réponses tandis que l'entretien directif, à réponses fermées, est utilisé en recherche quantitative. Afin de recueillir les données de l'étude, un guide d'entretien a été rédigé (annexe 3). Il a été testé au préalable sur deux internes puis il a été remanié à plusieurs reprises afin de préciser les réponses obtenues lors des entretiens. Il a permis d'aborder les différents thèmes de la recherche : le rapport du médecin généraliste avec la prise en charge gériatrique, l'expérience vis-à-vis de la prise en charge par l'EMGEH.

F. Déroulement des entretiens

Les entretiens se sont déroulés en face-à-face dans des lieux appropriés au recueil de données (dans la majorité des cas au cabinet du médecin, dans un cas dans un salon de thé, dans un autre au domicile du praticien).

Les praticiens n'étaient pas connus du chercheur avant la réalisation de l'étude.

Un bref rappel oral était fait sur les objectifs de l'étude et les conditions de réalisation de l'entretien. Un questionnaire contenant des questions générales (annexe 4) était distribué au médecin ainsi qu'un rappel écrit des conditions d'entretien à signer pour consentir à l'étude. Le guide d'entretien et les questions n'étaient pas connus à l'avance des participants.

L'entretien était enregistré au moyen d'un enregistreur électronique Olympus WS-806 ainsi que la fonction dictaphone d'un smartphone et j'ai effectué une prise de notes afin de relever les thèmes principaux.

G. Analyse des données

La retranscription des verbatims a été réalisée à l'aide du logiciel Word de Microsoft Office ®. Tous les entretiens ont été retranscrits au mot près. Ils constituent les verbatim M1 à M11, disponibles en annexe (annexe 5). L'ensemble des données a été anonymisé. Les participants ont exprimé le souhait de recevoir les résultats de l'étude.

La création du journal et des arbres de thématisation a été effectuée sur le logiciel Xmind.

Les retranscriptions n'ont pas été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction.

IV. Résultats

A. Population

Au total, 4 femmes et 7 hommes ont été interrogés, avec un âge moyen de 55,4 ans et un âge médian de 59 ans, un âge maximum de 69 ans un âge minimal de 32 ans.

Parmi les médecins interrogés, 18,2% exercent en milieu semi-rural, 81,8% en milieu urbain. Aucun n'exerce en milieu rural.

À propos de leur mode d'exercice, 27,3% des praticiens exercent seuls, tandis que 72,7% exercent en cabinet de groupe.

Seuls 18,2% possèdent la capacité de gériatrie, les autres n'ont pas de formation complémentaire en gériatrie.

La population d'étude est hétérogène en termes de sexe, âge, année d'installation, lieu et mode d'exercice.

Tableau 1 : Caractéristiques de la population

Médecin	Sexe	Age	Année d'installation	Lieu d'activité	Mode d'exercice	Formation complémentaire en gériatrie	Durée de l'entretien
M1	Homme	69 ans	1978	Urbain	Groupe	Non	29:28
M2	Homme	62 ans	1986	Semi-Rural	Groupe	Non	24:33
M3	Femme	52 ans	2012	Urbain	Groupe	Capacité gériatrie	26:20
M4	Homme	54 ans	1998	Urbain	Groupe	Capacité de gériatrie, formation de médecin coordonnateur en EHPAD	18:40
M5	Homme	68 ans	1981	Urbain	Seul	Non	32:19
M6	Homme	32 ans	2016	Urbain	Groupe	Non	28:45

M7	Femme	55 ans	1997	Semi-Rural	Seul	Non	26:43
M8	Femme	65 ans	1987	Urbain	Seul	Non	49:35
M9	Femme	38 ans	2016	Urbain	Groupe	Non	39:26
M10	Homme	59 ans	1988	Urbain	Groupe	Non	27:05
M11	Homme	60 ans	1988	Urbain	Groupe	Médecin coordonnateur en EHPAD	16:16

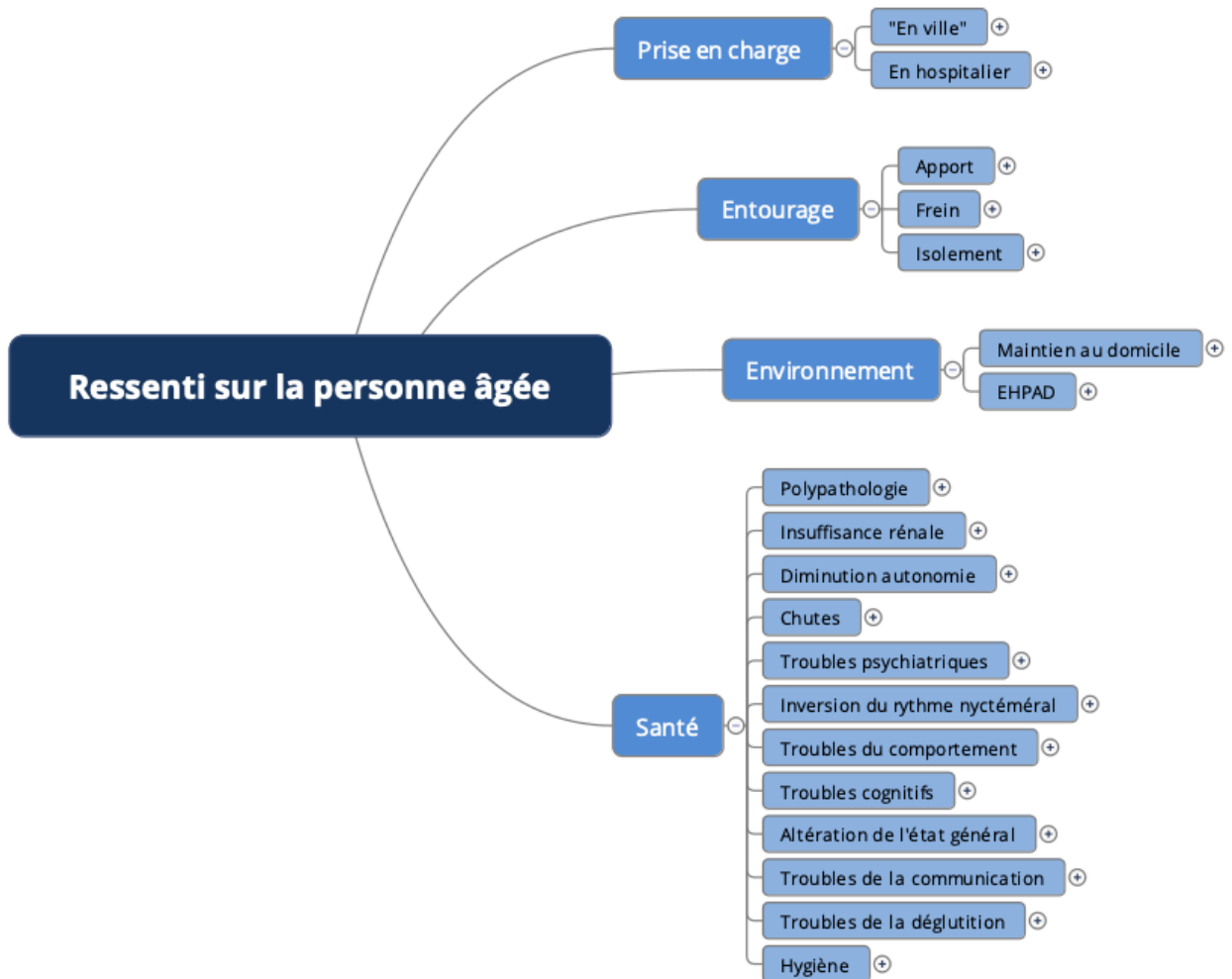
B. Entretiens

Le recueil de données s'est déroulé du 7 juin 2019 au 4 octobre 2019. Les entretiens ont duré de seize à quarante minutes, avec une moyenne de vingt-neuf minutes. La saturation des données a été atteinte au bout de neuf entretiens. Au total, onze entretiens ont été réalisés.

C. Arbres thématiques

1. Prise en charge de la personne âgée en médecine générale

Afin de mieux appréhender le vécu des médecins interrogés vis-à-vis de leurs patients âgés, nous les avons interrogés sur ce que représentait pour eux leur prise en charge.



a) Prise en charge des patients âgés



La prise en charge des personnes âgées **en ville par le médecin traitant** est vécue comme présentant des **singularités** par les praticiens consultés, bien qu'ils la considèrent comme faisant partie du **champ de la médecine générale**.

- M4 "ça représente la quintessence de la médecine générale"
- M10 "ça reste de la médecine générale"

Les seniors représentent une **part importante de l'activité**.

- M10 "Ça représente une grande partie de mon activité. C'est-à-dire pas mal de personnes âgées"

- M11 *"en ville comme je ne suis plus tout jeune (rire) j'ai de plus en plus de malades qui ont un certain âge"*

Un des médecins considère la prise en charge gériatrique comme une **prise en charge spécifique**.

- M6 *"les prises en charge sont un peu différentes"*

Tandis qu'un autre **ne traite pas les personnes âgées différemment de ses autres patients**.

- M10 *"non moi y'a pas de spécificité, non, c'est la même médecine"*

Certains soulignent l'importance de l'**anticipation** dans les soins qu'ils apportent.

- M1 *"C'est penser d'emblée à tout ça"*
- M3 *"J'essayais d'anticiper avec eux en fait mais c'est parfois difficile"*
- M4 *"on essaye d'agir plus sur les facteurs de risque et sur la prévention"*
- M5 *"si on s'occupe d'elles un minimum il y a plein de pathologies qui n'arrivent pas"*
- M7 *"Là on arrive avant les autres dossiers où on était beaucoup plus perturbés donc on va pouvoir anticiper un petit peu plus sur la dégradation et la maintenir un peu plus longtemps"*

Les médecins déclarent qu'ils doivent être plus **réactifs** qu'avec les autres patients.

- M3 *"ce qui nous pose problème, c'est plutôt la situation de crise", "parfois, il y a un évènement qui met en péril cette organisation et du coup il faut réagir vite"*
- M7 *"Il y a un moment où ça s'emballe et il faut être très très réactif, en 24 heures tout part... ", "Il faut que ça soit réactif"*

Et **adapter** leur prise en charge.

- M1 *"une attention particulière"*
- M3 *"notre de rôle de médecin généraliste c'est (...) de s'adapter, les aider à s'adapter à cette période-là", "D'arriver à les soigner, ça demande de beaucoup s'adapter et de comprendre leur position, de voir comment on peut trouver des solutions ensemble"*

Un médecin met en exergue l'importance de la **réassurance** dans la relation médecin patient avec les personnes âgées.

- M1 *"j'intervenais et quand je le faisais ça s'apaisait, on pouvait discuter tranquillement", "Elle demandait à être rassurée"*

Les médecins interrogés retirent des **avantages** à la prise en charge des patients âgés. Les soins apportés aux seniors sont considérés comme **valorisants**.

- M6 *"c'est une belle médecine", "on peut faire son travail correctement et prendre en charge des gens et être utile"*
- M11 *"un vrai plaisir aussi"*

Le fait que les patients doivent être abordés dans leur **globalité** est considéré comme intéressant par les praticiens.

- M3 *"Ça représente une prise en charge dans différentes dimensions, à la fois médicale, également familiale et sociale", "C'est une prise en charge d'une personne dans son environnement, avec ses pathologies"*
- M4 *"ça représente la quintessence de la médecine générale, à savoir qu'on a une prise en charge organique et individuelle et de l'entourage, du social. Voilà, une prise en charge globale et pas uniquement une prise en charge organique", "on est obligés de tenir compte de beaucoup de choses, du contexte, de la famille, de l'âge physique, de l'âge physiologique, l'âge d'état civil, pleins de choses pour essayer de trouver le suivi le plus adapté et la prise en soin la plus adaptée"*
- M6 *"L'avantage c'est qu'on s'intéresse complètement à la personne", "c'est une prise en charge globale"*
- M7 *"j'essaye d'être très systématique"*
- M9 *"vraiment voir tout le patient âgé dans toute sa globalité", "c'est pas quelqu'un qui vient pour une entorse et on regarde le problème de la cheville uniquement, là c'est vraiment beaucoup plus complet"*

Deux médecins considèrent que la prise en charge est **facile**.

- M1 *"ça représente une personne exactement comme les autres", "ce n'est pas très compliqué au point de vue médical"*

- M5 *"les personnes âgées elles sont pas difficiles à soigner, pas plus que les jeunes", "sur le plan médical à soigner, la plupart du temps ça ne me pose pas de problème", "sur le plan médical, j'ai pas de problème"*

D'autres apprécient le fait qu'il s'agit d'une médecine **multidisciplinaire**.

- M6 *"C'est une belle médecine parce que c'est multidisciplinaire", "ça fait intervenir souvent des soins qui sont multidisciplinaires avec des spécialistes un peu en tout genre"*
- M9 *"une prise en charge pluridisciplinaire", "je m'appuie sur les infirmières pour qu'elles puissent me donner d'autres informations que moi je ne peux pas avoir", "en fonction de l'autonomie de la mobilité, on s'entoure de par exemple de kiné, de beaucoup d'aidants"*

Et trouvent valorisant d'**accompagner leurs patients**.

- M3 *"il s'agit de l'accompagner", "notre rôle de médecin généraliste c'est justement d'être proche des personnes âgées"*
- M7 *"à un moment donné on les accompagne"*

Les généralistes déplorent des **difficultés** en lien avec la prise en charge des personnes âgées. Ces individus sont décrits comme étant **des patients à risque** par un des praticiens.

- M1 *"risque d'une perte d'autonomie", "cette personne-là a un risque de dépendance ou de perte d'autonomie", "on perçoit quand même que les choses ne vont pas s'arranger"*

M4 remarque que leur état de santé peut se **dégrader de façon irréversible**.

- M4 *"pour les personnes âgées c'est plus important parce que ce qui est perdu est perdu", "suivi beaucoup plus longitudinal que la prise en charge aigue qu'on a chez l'adulte jeune où on soigne et puis on a une récupération ad integrum"*

La majorité des médecins interrogés considère que les dossiers de ces patients sont **complexes et sources de problèmes**.

- M1 *"c'est une situation complexe et fatigante pour tout le monde"*
- M2 *"une source de problème"*

- M3 *"affronter cette période difficile qu'est le « grand âge »"*
- M4 *"j'arrivais pas à me faire une idée : soit troubles du comportement soit des éléments confusionnels", "on a des situations qui stagnent un petit peu on a des pertes d'autonomie progressives, un état général qui s'altère petit à petit et on arrive pas à stopper un petit peu les évènements"*
- M6 *"ça reste difficile et qu'il y a parfois des freins : la famille, le domicile, les visites, et la difficulté"*
- M8 *"La situation était déjà ingérable"*
- M11 *"il y a des fois où c'est vraiment compliqué de faire le point", "c'est compliqué. Polypathologique, iatrogénie, voilà ça me fait penser à tout ça, problèmes sociaux qui vont avec", "Un vrai problème"*

La complexité de ces dossiers peut amener à une situation vécue par les praticiens comme une **impasse thérapeutique**.

- M6 *"Je ne voyais plus quoi faire de plus", "On a multiplié les consultations et finalement ça ne servait pas à grand-chose une fois que j'avais corrigé le problème somatique "*
- M7 *"sur des insuffisants cardiaques sévères qui ont déjà eu leurs stents, leur TAVI, bon ils ont tout eu ils disent là maintenant on fait du symptomatique", "à un moment donné tout a été fait quelque part"*
- M9 *"j'ai essayé d'appeler la gériatrie où ils m'ont dit en gros « on n'a pas de solution, mettez le sous neuroleptique s'il devient agressif »"*

Les praticiens déplorent le fait que la gestion de ces dossiers soit **chronophage**.

- M6 *"ça prend du temps, ça c'est le côté négatif", "La gériatrie ? Chronophage surtout"*
- M7 *"il fallait quand même se déplacer, prendre du temps"*
- M11 *"on n'a pas le temps en médecine libérale de prendre le temps de faire un bilan gériatrique complet comme vous pouvez le faire et comme les hospitaliers peuvent le faire", "c'est souvent des polypathologies, des personnes moins mobiles et donc ça prend du temps, de l'énergie et voilà"*

Et qu'ils **manquent de temps** en consultation en ville.

- M9 *" on n'a qu'un regard sur un moment court"*

- M10 *"C'est difficile de donner un traitement de ce style quand il y a une demande forte de la famille, ou donner des calmants ou de mettre en maison de retraite parce que comme je disais on ne voit les gens qu'un quart d'heure", "Il faut pas oublier qu'on voit les gens un quart d'heure vingt minutes, c'est un peu court quoi"*

Tout en étant **fortement sollicités** par les patients.

- M6 *"je l'ai visité une dizaine de fois en deux mois"*
- M9 *"la patiente elle-même et la famille ils sont hyper demandeurs de soins"*
- M10 *"il demande toujours des choses, en permanence, il n'y a rien qui lui va"*

Les généralistes interrogés se sentent **isolés** face à ces prises en charge.

- M7 *"On est tout seul avec ces gens qui sont perdus qui ne sont plus autonomes"*
- M9 *"clairement en étant en consultation dans mon bureau je me sens un peu démunie pour gérer tous ces problèmes-là"*

Deux d'entre eux se sentent **négligés par les spécialistes d'organe** dans ces prises en charge.

- M7 *"jusqu'à au moins 85 ans, après les spécialistes nous lâchent et on allège", "Les cardios à un moment donné ils disent « on veut plus les revoir, voilà »", "quand on se retrouve sur des pathologies où on n'a plus personne qui nous aide, des pathologies comme ça où on peut plus les amener en consultations ces gens-là"*
- M11 *"Aux dernières nouvelles l'endocrinologie a refusé cette malade donc elle est toujours chez elle ", "j'avais envisagé une chirurgie bariatrique mais ça va certainement être récusé"*

La gériatrie est considérée par un praticien comme une **médecine délaissée**.

- M6 *"C'est un peu trop souvent délaissé d'ailleurs je trouve."*

D'autres difficultés résident dans **les relations avec les personnes âgées**.

- M1 *"ce qui est compliqué, c'est le relationnel, c'est les interactions entre les uns et les autres etc."*

Les **refus de soins** de la part des patients peuvent entraîner des **conflits**.

- M7 *"Elle était dans le refus total"*

Les praticiens relatent des cas de **refus de traitement**.

- M9 *"le patient n'a plus voulu prendre aucun traitement, notamment un traitement par insuline"*
- M10 *"Évidemment la mère refuse tout traitement, refuse les examens", "puis il refuse le traitement donc c'est difficile de mettre en place un traitement dans son dos alors qu'il est pas dément quoi"*

Des **refus de consultation chez les spécialistes d'organe**.

- M7 *"Ce sont des gens dans le déni, qui refusent les consultations"*
- M9 *"« je ne veux plus aller voir de médecin à l'hôpital, je ne veux vous voir que vous ». Et puis ensuite ça a progressé avec « je ne veux plus prendre mon traitement », "qu'il voulait plus aller à l'hôpital faire les consultations"*

Ou une **opposition à l'hospitalisation**.

- M9 *"il voulait bien sûr pas se faire hospitaliser"*

Les patients refusent les **placements en maison de retraite**.

- M10 *"ils avaient conseillé la maison de retraite, elle n'a pas voulu y aller, "c'est des gens qui devaient aller en maison de retraite depuis très longtemps. Évidemment ils ont pas voulu"*

La **mise en place d'intervenants extérieurs**.

- M1 *"j'avais proposé depuis longtemps des interventions extérieures, en particulier pour la toilette et les soins d'hygiène et ça a toujours été refusé par la patiente, c'était pas dans ses coutumes, habitudes"*
- M7 *"elle avait été dans le refus de la rééducation, des séances de rééducation proposées"*
- M9 *"Je n'ai jamais pu mettre en place une infirmière, je n'ai jamais pu mettre en place des aides à la maison ", "du coup les infirmiers ont été remerciés et on leur a dit de ne plus venir à la maison", "avec une anosognosie de ses troubles"*

donc « je vais très bien je ne suis pas malade je n'ai pas besoin de vous donc ce n'est pas la peine de venir à la maison » "

Les généralistes interrogés sont **indécis sur la manière de gérer ces refus.**

- M9 *"l'accompagnement a été super compliqué parce que j'avais pas envie de le laisser en lui disant « c'est vrai c'est votre choix ", "Avec un petit peu de recul je me suis dit que si c'est elle qui le souhaite et elle qui le fait ben on va suivre ce qu'elle veut"*
- M10 *"il demande rien à personne, il veut qu'on lui foute la paix. Bon. Pendant des années j'ai dit « ok » mais après on se dit est ce qu'il ne faut pas être plus interventionniste ?", "Moi j'ai réglé le problème ensuite parce que j'ai refusé de la voir", "il y a un moment où on ne peut pas accepter de suivre les gens comme ça parce qu'on entretient la situation"*

La prise en charge de la personne âgée est également modulée par la **connaissance que les praticiens ont de l'individu.**

La **gestion des dossiers de patients connus du médecin** est décrite comme plus **confortable.**

- M1 *"Une personne qu'on voit évoluer dans le temps au fur et à mesure que les années s'écoulent, à mon avis là on est beaucoup plus tranquilles"*
- M2 *"qu'on est beaucoup mieux avec des patients qu'on a soignés depuis longtemps", "alors quand on les suit depuis longtemps, on arrive à maîtriser tout ça"*

Les praticiens peuvent **anticiper les situations.**

- M1 *"a déjà des connaissances autour de cette personne là et qu'on pourra les utiliser au moment venu"*
- M2 *"je les ai accompagnés, je les ai vus, j'ai anticipé les problèmes "*

En revanche, un médecin déplore le **manque de recul** que peut générer une bonne connaissance du patient.

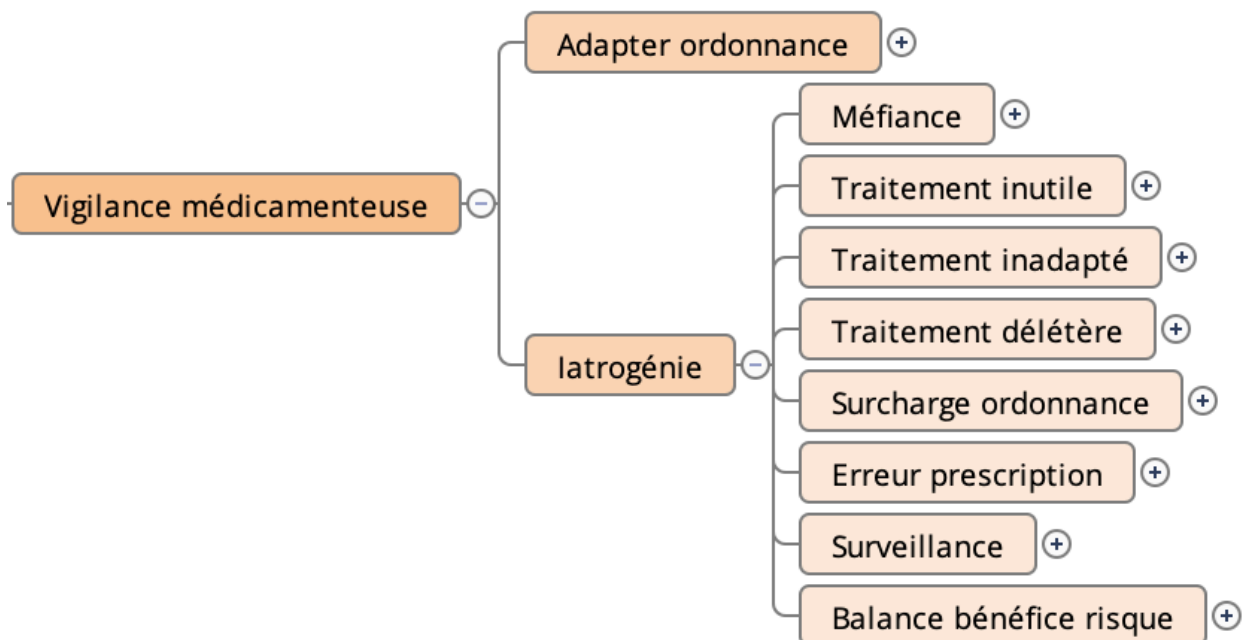
- M1 *"il est trop près, il participe, c'est difficile d'avoir du recul", "on peut avoir le recul, pour la famille on ne l'a plus", "moi je fais partie de la famille, donc j'arrange pas les choses"*

Les **nouveaux patients âgés** sont vécus négativement par les praticiens interrogés qui regrettent **une prise en charge difficile.**

- M1 *"C'est plus difficile quand on tombe chez quelqu'un qu'on ne connaît pas, qu'on voit depuis peu, récemment ou pour la première fois"*
- M2 *"On les connaît pas bien, on connaît pas les accompagnants, et puis on a les traitements qui nous tombent dessus et on n'a pas le suivi ", "il y a une grosse différence entre les gens qu'on suit depuis 40 ans et ceux qui nous tombent dessus parce qu'ils sont nouvellement arrivés"*

Entre autres secondaire à **l'impossibilité à anticiper les problèmes.**

- M2 *"les autres c'est des problèmes qui n'ont pas été anticipés, enfin... et donc ça me tombe dessus à gérer"*



Selon les médecins généralistes interrogés, la prise en charge médicale des personnes âgées implique une **vigilance médicamenteuse.**

L'évolution de l'état de santé des patients âgés implique **d'adapter les ordonnances**.

- M2 *"si on voit le débit de filtration qui commence à descendre, faut l'arrêter et passer par l'insuline en fait", "on peut se dire « tiens je vais arrêter ça, je vais arrêter ça »", "le lithium on voulait l'arrêter il avait un début d'insuffisance rénale"*
- M8 *"la sédation de la douleur avec la morphine et un anxiolytique on gère très bien"*

La **iatrogénie** est un sujet qui inquiète la majorité des praticiens interrogés. Ils se **méfient** des traitements instaurés.

- M2 *"c'est vrai que même quand ils vont bien j'enlève tous les thiazidiques, je me méfie beaucoup", "Moi j'ai toujours peur de les calmer et puis de les abrutir en fait"*
- M7 *"moi je ne sais pas quel traitement, je demande un traitement à visée psychiatrique quelque part mais il ne faut pas qu'ils fassent de chutes"*

Pour deux d'entre eux, les médicaments peuvent se révéler **inutiles**.

- M1 *"On lui avait introduit, le SAMU, un neuroleptique en goutte. J'étais un peu pris dans cette histoire des médicaments c'était difficile de revenir en arrière mais en fin de compte je pense que ça ne changeait pas grand-chose"*
- M2 *"les statines, il y a une étude qui a montré que passé 70 ans ça n'a aucun intérêt, or ils ont tous une statine", "Je les arrête, il ne se passe absolument rien", "Celle-là à qui j'ai tout arrêté, elle est toujours en vie, c'est celle qui va le mieux"*

La mise en place de certains traitements paraît **inadaptée**.

- M2 *"il faut les donner le plus tôt possible, mais comme c'est une maladie qu'on diagnostique jamais tôt"*

Et certains traitements sont perçus comme ayant un **effet délétère** sur la santé du patient.

- M2 *"manifestement c'était délétère", "pour moi ça les fait maigrir et ça les tue"*

Les ordonnances des patients âgés sont décrites comme **surchargées**.

- M2 *"à l'EHPAD ils arrivent ils ont des listes des fois c'est impressionnant"*
- M8 *"une fin de vie il n'y a pas besoin de trente-six milles molécules"*

Ce qui peut donner lieu à des **erreurs de prescription**.

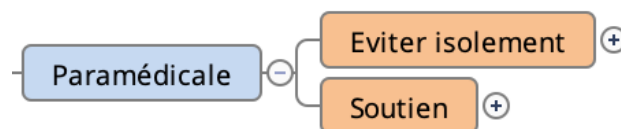
- M2 *"j'en ai même vu un une fois il est arrivé à l'EHPAD il en avait deux, il y a un médecin qui en avait mis un, l'autre il n'a pas su ce que c'était, il en a mis un deuxième"*

Les praticiens déclarent **surveiller les traitements**.

- M2 *"mais en fait il faut surveiller ça de près"*
- M6 *"les posologies sont pas les mêmes, on a un peu de prudence quant à l'usage de certains médicaments "*

Et prennent en compte la **balance bénéfice risque**.

- M8 *"le lysanxia, c'est pas la molécule de choix chez la personne âgée parce que la demi-vie est longue. Mais quand une personne a une maladie neurodégénérative à un stade terminal, qu'elle est grabataire, franchement on s'en fout des effets iatrogènes", "qu'il y a une anxiété, le lysanxia il est facile à avoir, il est facile à donner, on peut moduler la posologie"*



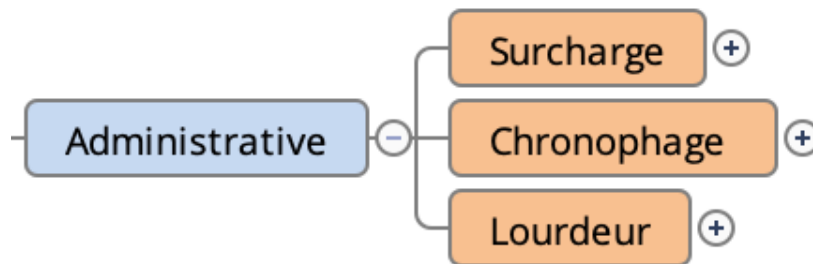
Afin de prendre en charge les personnes âgées, les médecins interrogés déclarent s'entourer de **l'équipe paramédicale** afin de bénéficier de **soutien**.

- M2 *"j'en ai plein dans le village qui sont... qui restent chez eux et qui sont quand même « limite » mais on arrive à les laisser chez eux avec les infirmières " "si on a une équipe infirmier etc., on arrive à maintenir des gens à domicile dans des états assez problématiques, mais on arrive à les maintenir chez eux..."*

- M3 *"Je sais pas ils ont réussi là ou plusieurs équipes ont échouées", "la situation s'est notablement améliorée depuis que l'équipe infirmière intervient"*

Et ainsi **éviter l'isolement.**

- M1 *"comment on va ne pas être seul avec cette personne là si on a besoin", "on peut régler ces problèmes là avec l'équipe infirmière, s'ils ont une bonne relation avec la famille et tout ça on peut apaiser les tensions, on peut reprendre les choses "*



La gestion des personnes âgées en ville par le médecin généraliste s'accompagne de **tâches administratives**. Ces tâches donnent lieu à une **surcharge** de démarches.

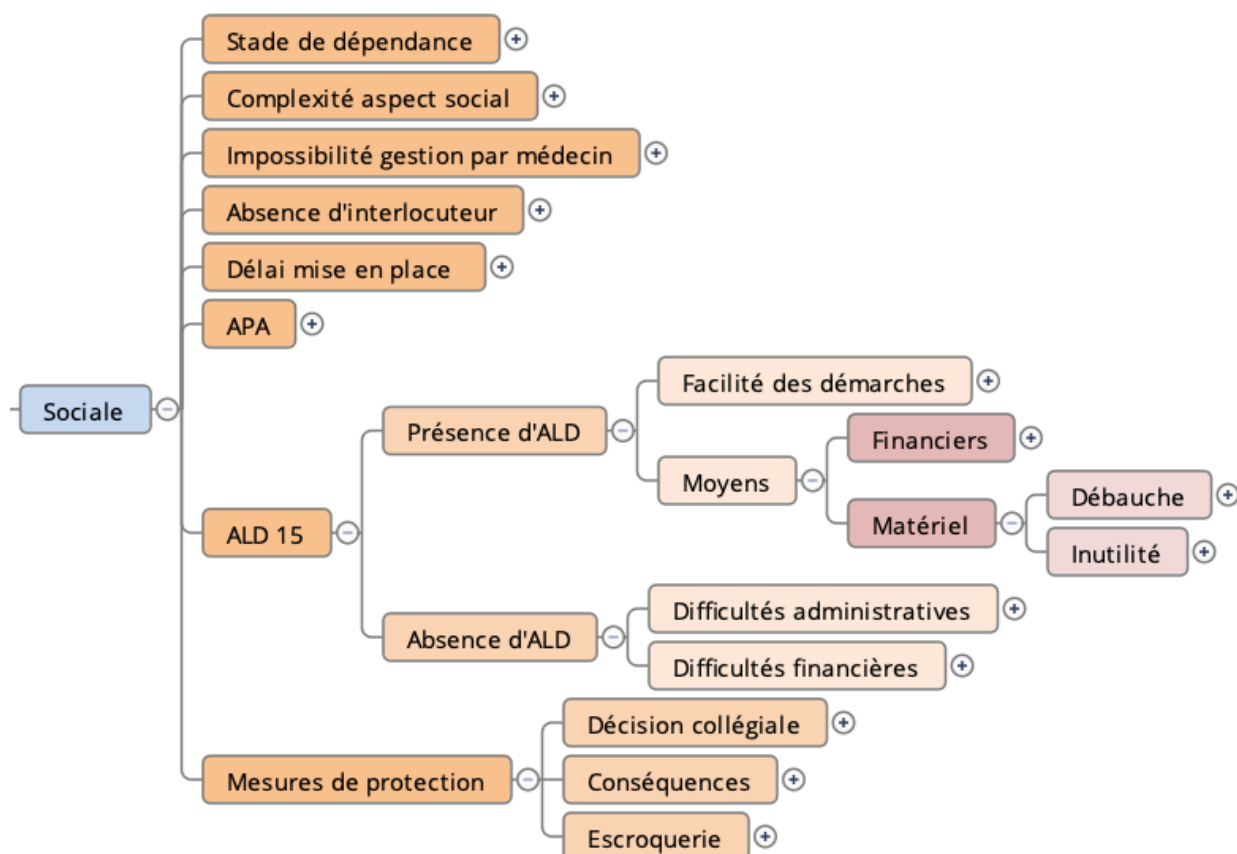
- M5 *"On croule sous la paperasserie", "Mais alors en plus quand on a plein de monde qui vient et qui nous balance le papier"*

Elles sont dépeintes par les médecins interrogés comme une **lourdeur administrative**.

- M5 *"c'est la lourdeur de l'administration vis à vis de ces personnes âgées quand il faut les mettre quelque part, quand il faut les placer ou quand il faut demander des aides"*
- M5 *"Vous avez une contrainte administrative."*

Un médecin les décrit comme des œuvres **chronophages**.

- M5 *"Faut remplir des tas de dossiers qui nous prennent un temps fou", "Moi j'ai pas le temps de m'en occuper de ça"*



La prise en charge des seniors intègre également un **versant social**. Celui-ci est corrélé au **stade de dépendance du patient**.

- M7 "De la dépendance relative qui est gérable avec une équipe à la dépendance totale et il faut vraiment accentuer les aides"

La gestion sociale des personnes âgées est ressentie comme **complexe** par un des médecins.

- M7 "C'est par rapport à tout ce qui est social, peut-être il y a des moments où ça devient vite très très compliqué"

Et comme étant **impossible à gérer** pour le médecin traitant.

- M7 "moi je ne peux pas faire l'assistante sociale"

Un médecin déplore l'**absence d'interlocuteur** pour l'assister dans la prise en charge sociale.

- M5 "Les assistantes sociales elles viennent quand elles ont envie de venir"

Un autre regrette le **décal important de mise en place des mesures sociales**.

- M9 *"quand on demande des aides humaines via l'APA, c'est quelque chose qui met du temps à se mettre en place", "quand on passe à la phase de « on met en place des aides » des fois l'aidant il est déjà un peu à bout de souffle et le temps d'attendre cette aide c'est encore un temps en plus"*

Trois mesures sociales ont été abordées lors des entretiens par les médecins. L'**APA** (ou Allocation Personnalisée d'Autonomie) est utilisée par les médecins.

- M7 *"on commence déjà par l'APA, on a l'impression que tout est à peu près cadré et que ça colle"*
- M9 *"est ce qu'il y a besoin d'aide humaine en plus. Et donc je sollicite souvent l'APA"*

Selon un des médecins interrogés, la prise en charge des patients âgés est également intriquée avec l'**Affection de Longue Durée 15**, « Maladie d'Alzheimer et autres démences ». En cas de présence d'ALD, il reconnaît que les **démarches sont simples**.

- M5 *"si par malheur elles ont quelque chose de plus grave, avec une affection exonérante alors là ça devient beaucoup plus facile parce qu'il y a tout qui se met en branle"*

Des **moyens financiers** sont développés pour les patients.

- M5 *"Surtout que là tout est pris en charge"*

Au niveau des **moyens matériels**, le médecin déclare avoir été face à une **débauche de moyens**.

- M5 *"c'est une débauche de moyens", "chez monsieur X, il m'a dit « arrêtez arrêtez, on a du monde constamment chez nous, constamment. Il y a le kiné qui vient, il y a l'infirmière matin et soir",*

Les mesures mises en place peuvent se révéler **inutiles** selon le praticien.

- M5 *"on leur met un lève malade qui reste dans le placard personne ne s'en sert"*

A contrario, en cas d'**absence d'ALD**, les démarches ont été décrites comme complexes.

- M5 *"S'ils n'ont pas d'ALD par exemple pour une maladie d'Alzheimer, voilà c'est beaucoup plus compliqué que s'ils ont une maladie d'Alzheimer"*

Les patients n'ayant pas d'ALD mise en place peuvent rencontrer des **difficultés financières**.

- M5 *"ils ont pas d'ALD donc (...) tout n'est pas remboursé intégralement"*

Un autre généraliste a été impliquée au niveau social pour des patients âgés dans des cas de mise en place de **mesure de protection**. Il relate l'importance de **décisions collégiales** dans ce type de cas.

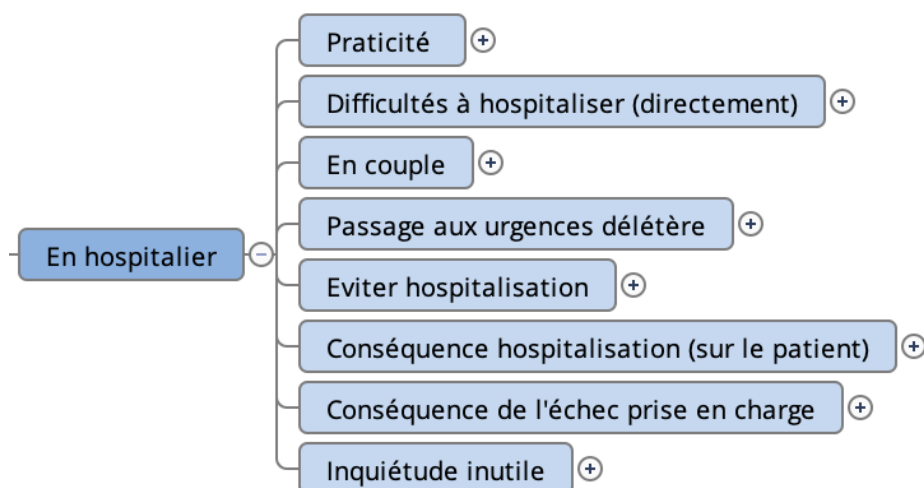
- M8 *"je pense que quand on est dans une réflexion sur une demande de sauvegarde de justice il faut toujours que ça soit une décision collégiale, il faut jamais la prendre tout seul"*

Notamment car les mesures de protection peuvent avoir des **conséquences sur l'équilibre familial**.

- M8 *"faire une demande de mesure de sauvegarde de justice, de curatelle ou de mise sous tutelle, c'est quand même très lourd de conséquence"*

Ces mesures permettent néanmoins selon ce praticien d'**éviter les escroqueries** dont peuvent être victimes les personnes âgées.

- M8 *"il s'était fait circonvenir par des gens indéliçats et il s'était mis dans le rouge complet à la banque et tous les comptes épargnes complètement siphonnés donc c'était urgent d'intervenir"*



Les praticiens de l'étude ont évoqué **la prise en charge des seniors dans le cadre hospitalier**. Un des médecins considère l'hospitalisation des patients comme **pratique** dans certaines situations.

- M11 *"L'avantage de l'hospitalisation c'est que c'est plus simple pour faire les examens secondaires, les examens éventuels nécessaires"*

Les praticiens relatent en revanche **une difficulté à hospitaliser directement les patients âgés dans un service**.

- M3 *"Souvent j'appelle directement en gériatrie mais... bien que les secrétaires soient extrêmement à l'écoute, elles me signalent que j'ai pas d'espoir avant quinze jours trois semaines"*
- M5 *"quand je veux hospitaliser une personne âgée c'est pratiquement impossible", "Quand je dois faire hospitaliser une personne âgée j'essaye toujours de la faire rentrer quelque part"*
- M9 *"quand on demande des hospitalisations en gériatrie, on nous dit « oui mais on sait pas trop quand »"*
- M10 *"j'avais appelé directement la gériatrie à l'hôpital pour avoir l'équipe pour des gens que je voulais hospitaliser mais il y avait un mois d'attente"*

D'autant plus que ces patients doivent dans certains cas être **hospitalisés en couple**.

- M8 *"Alors j'ai réussi à les faire hospitaliser parce que le monsieur avait en plus une hémopathie, je voulais que ça soit un petit peu bilanté et vu qu'on pouvait pas laisser la dame toute seule..."*

Le passage par les Urgences est décrit comme délétère pour ces patients fragiles.

- M3 *"qu'on sait très bien que cette personne va être encore plus déstabilisée, au départ, par des heures d'attentes"*
- M3 *"Les Urgences, éviter les Urgences"*
- M5 *"des fois c'est dans l'urgence alors après c'est « faites la passer par les Urgences » mais les Urgences c'est des fois pendant 7 ou 8 heures puis après on les renvoie à la maison", "Même maintenant quand je veux hospitaliser quelqu'un on fait en sorte qu'elle passe pas par les Urgences quand je sais que de toute façon il va y avoir une hospitalisation"*

Cependant, pour les autres praticiens, l'hospitalisation des personnes âgées est **à éviter**.

- M3 *"Nous aimerions faire autrement que d'envoyer cette personne à l'hôpital"*
- M7 *"Madame D elle a dû être hospitalisée pour son pied et ça a été très compliqué déjà. Donc on évitait vraiment", "Moi comme j'essaye de les maintenir le plus longtemps possible au domicile on a évité des hospitalisations"*

Spécialement car l'hospitalisation est perçue par les praticiens comme ayant **des conséquences négatives** sur les personnes âgées.

- M1 *"à l'hôpital les choses se sont dégradées et elle est décédée à l'hôpital"*
- M2 *"j'ai dû l'hospitaliser je sais plus trop pourquoi, et en fait il est revenu, bon c'est normal, avec des escarres énormes"*
- M3 *"pour éviter le traumatisme supplémentaire d'une hospitalisation", "on sait très bien que cette personne va être encore plus déstabilisée (...) par une prise en charge qui va être peut-être longue"*

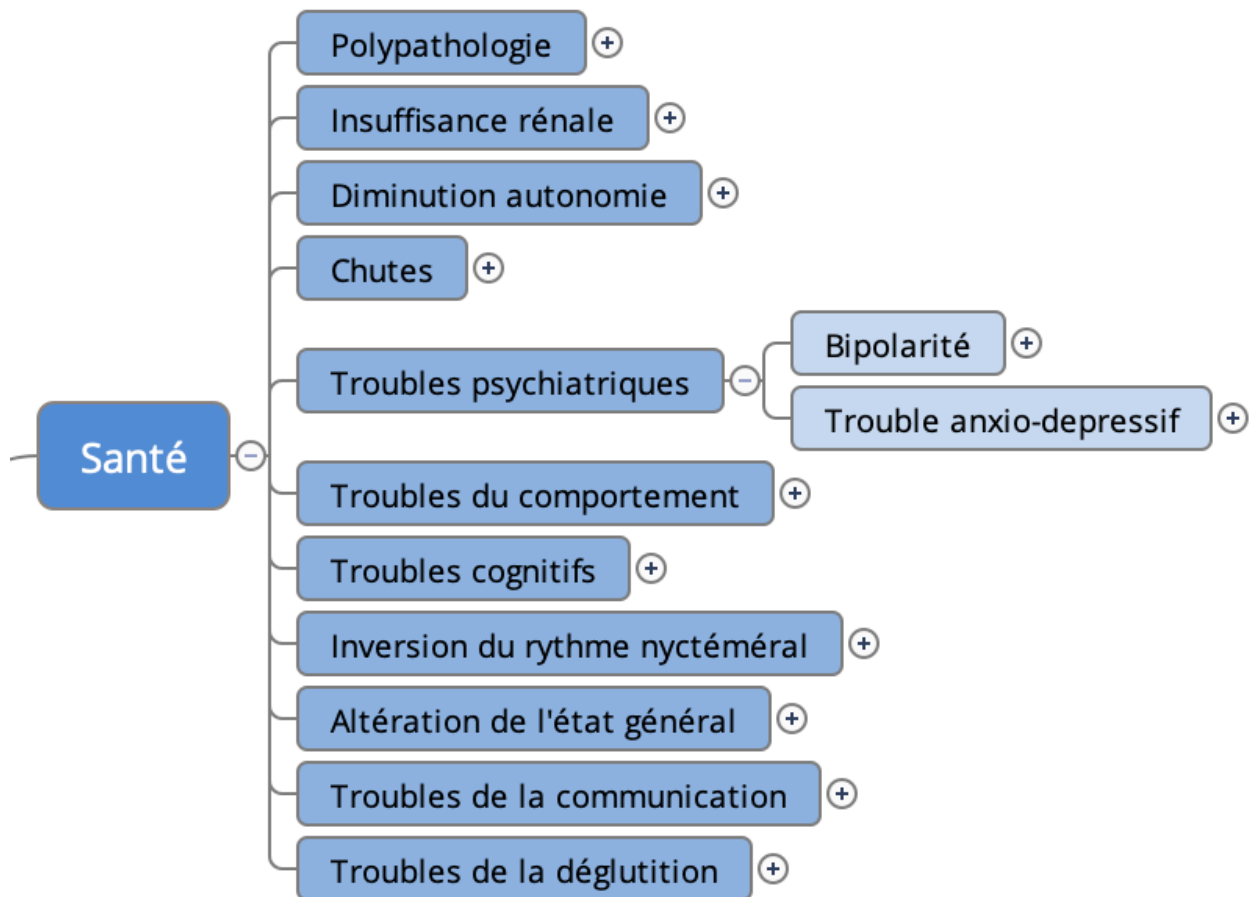
Un praticien estime que l'hospitalisation est une **conséquence d'un échec de prise en charge au domicile**.

- M7 *"sinon en général si on ne s'en sort pas ça finit par une hospitalisation pour placement"*

M3 admet que **la plupart des situations d'hospitalisations se déroulent bien, malgré ses inquiétudes**.

- M3 *"en définitive en général ça se passe très bien"*

b) Pathologies de la personne âgée



Lors des entretiens, les médecins ont évoqué les **problèmes de santé** fréquemment rencontrés chez leurs patients âgés. Les patients âgés présentent des **polypathologies**.

- M2 "après il y a des gens qui ont plusieurs pathologies, le diabète, hypertension, après il y a l'insuffisance rénale qui commence à arriver et puis ça commence",
- M7 "c'est souvent des pathologies quand même chroniques", "ils ont une insuffisance cardiaque, une insuffisance rénale... enfin voilà, multipathologies"
- M9 "cette population est la plupart du temps polypathologique, fragile"
- M10 "on se situe dans des gens qui ont des polypathologies"

Les seniors présentent des insuffisances d'organes notamment des **insuffisances rénales**.

- M2 "c'est devenu un peu obsessionnel l'insuffisance rénale, j'ai remarqué que quand ça commence à arriver les embêtements arrivent de tous côtés après"
- M4 "problèmes d'insuffisance rénale très sévère très terminale"

Leurs pathologies peuvent entraîner **une diminution d'autonomie**.

- M1 *"est devenue de plus en plus dépendante"*
- M2 *"il y avait un type qui avait toute sa tête mais qui arrivait plus à bouger car on avait un diabète qui avait 40 ans derrière"*
- M6 *"il s'est déconditionné, il perdait du muscle il faisait des malaises, il arrivait plus à se lever, il se grabatait", "alors que c'était quelqu'un qui était vif, très vivant auparavant hyperdynamique ; il avait tout perdu"*
- M7 *"c'est des dossiers où il n'y avait pas encore l'équipe d'Alzheimer mais ils sont en train de perdre leur autonomie"*
- M9 *"c'est une patiente qui est en perte d'autonomie"*
- M10 *"c'est quelqu'un qui a fait une chute, il a fait une chute ben il s'est un peu grabatisé, c'est-à-dire qu'il va au fauteuil et fauteuil-lit. Il remarque un peu avec les kinés mais il a perdu un peu de l'autonomie"*
- M11 *"qui ne sort plus de son lit depuis des années maintenant. On ne sait plus quoi faire pour elle"*

La perte d'autonomie peut survenir suite à une **chute** ou en être la cause.

- M7 *"chutes répétées"*
- M9 *"Vu qu'elle était Parkinsonienne il y avait des chutes derrière, des risques par rapport aux chutes qui étaient conséquents"*
- M10 *"qu'elle est tombée, elle est retombée, à la cinquième chute et à la cinquième hospitalisation, à l'hôpital ils ont dit « elle rentre plus chez elle » "*
- M11 *"il y avait un problème de chute et de démence "*

Les **troubles psychiatriques** tels que la **bipolarité** sont rencontrés dans la pratique.

- M4 *"une dame que je suis régulièrement (...) qui a une pathologie bipolaire"*
- M2 *"il avait un vieux diagnostic de démence, psychose maniaco dépressive. Qui n'existe plus, en fait c'est un bipolaire très profond"*

Les praticiens rencontrent fréquemment des patients âgés avec des **troubles anxio-dépressifs**.

- M2 *"Elle était dépressive", "oui c'est parce qu'il était très dépressif"*
- M4 *"il est angoissé ça prend des proportions importantes"*

- M6 *"le moral s'améliorait pas, il était toujours dans sa petite vie un peu tristounet", "Une altération de son moral, un gros syndrome anxio-dépressif il passait sa vie au lit il ne se levait pas"*
- M9 *"ce qui était difficile chez ce patient c'est qu'il a ces troubles cognitifs avec par moment de la persécution mais qu'il a aussi dessous un syndrome dépressif"*
- M10 *"tout en se plaignant qu'il est un peu déprimé quand même, il le dit"*

La majorité des médecins ont relaté les **troubles du comportement** de leurs patients.

- M2 *"les infirmières qui m'ont dit qu'elle était super agressive vis à vis des gens, méchante et agressive "*
- M5 *"elle a commencé à faire des choses un peu curieuses", "son fils était obligé de faire attention à tous les chèques qu'elle faisait à tout contrôler parce que n'importe qui qui rentrait chez elle il lui vendait un aspirateur. Elle signait le chèque. "*
- M7 *"il déambulait la nuit, il faisait pipi partout, caca partout, des diarrhées, il enlevait ses couches, il cassait les coussins", "il se baladait avec un couteau et il menaçait son voisin"*
- M8 *"qui avait un comportement totalement inadapté", "il continuait, ce qui était touchant sur un sens, à lui mettre du vernis à ongle par contre il ne se préoccupait pas du tout de fournir du linge adéquat"*
- M9 *"c'est une patiente compliquée, parkinsonienne, qui posait le problème d'être à domicile et de faire des fugues ", "elle pouvait se montrer agressive quand elle demandait de l'alcool"*
- M10 *"qui a un comportement tyrannique vis-à-vis de l'entourage. Il m'a fait penser qu'il y avait un trouble psychiatrique de type un peu paranoïaque"*

Ces troubles peuvent apparaître dans un contexte de **troubles cognitifs**.

- M2 *"démence de type sous cortico frontale d'origine vasculo dégénérative, avec syndrome de régression psycho motrice"*
- M4 *"lui qui commence à avoir des gros troubles de la mémoire"*
- M7 *"c'est un Alzheimer qui était très très perturbé"*
- M9 *"une dame qui a des troubles cognitifs avancés, assez agressive"*
- M10 *"il a des troubles cognitifs mais vraiment isolés, ça l'empêche pas de prendre sa douche, de manger. C'était plus une espèce de laisser aller qu'autre chose"*

Les troubles du comportement peuvent également se manifester par une **inversion du rythme nyctéméral**.

- M2 *"le problème numéro un chez les personnes âgées qui sont en institution, pour moi c'est vraiment cette inversion du jour et de la nuit, c'est un truc que j'arrive pas à comprendre. Ils sont complètement abattus dans la journée et la nuit ils font la nouba", "c'est vraiment la démence avec une hyperactivité la nuit, courir partout et le jour à dormir, voilà ça c'est vraiment le problème principal"*

Les médecins interrogés évoquent des patients présentant des **altérations de l'état général**.

- M4 *"qui était cachexique, qui perdait du poids"*
- M6 *"c'est un homme de 85 ans qui perdait du poids", "la fameuse altération de l'état général qui veut rien dire, dans laquelle il y a avait une fatigue, une perte de poids importante non expliquée"*

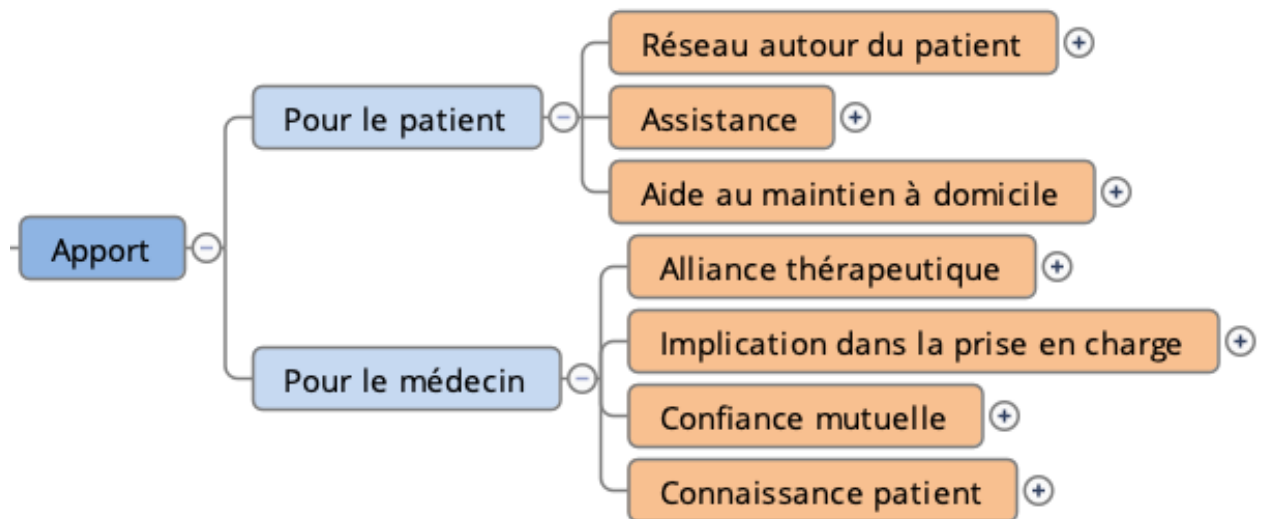
Les patients présentent des **troubles de la communication**.

- M8 *"il avait une maladie de Charcot qui commençait à être très évoluée, il commençait... les jambes ça allait, ça fonctionnait bien, mais le problème c'est qu'il n'arrivait plus du tout à parler "*
- M9 *"qui a des troubles cognitifs mais qui a surtout des troubles de la parole"*

Ou encore des **troubles de la déglutition**.

- M4 *"qui avait des troubles de la déglutition sur une image un petit peu bizarroïde au niveau du carrefour"*

c) Entourage des patients âgés



Les médecins ont évoqué le rôle de l'entourage du patient. Pour certains médecins, **l'entourage du patient est un apport** sur plusieurs plans. En effet, l'entourage forme un **réseau autour du patient**.

- M1 *"la première des choses à faire c'est ça, c'est de vérifier qui est disponible autour d'elle, et à qui s'adresser en cas de problème"*
- M5 *"sont-ils encadrés ou pas par leur famille ou pas, première des choses"*
- M8 *"géographiquement il y avait quand même des gens "*
- M9 *"qu'ils ont deux filles qui sont très présentes et des petits enfants qui sont très présents aussi, donc c'est pas des gens qui sont seuls"*
- M10 *"C'est quand même plus simple s'il y a quelqu'un aux alentours "*

De plus, **l'entourage assiste le patient**.

- M2 *"sa femme qui s'en occupait vraiment bien"*
- M7 *"Des fois c'est des femmes qui géraient un petit peu le domicile "*

Ce qui aide à les **maintenir au domicile**.

- M7 *"On avait pu la maintenir à domicile car son mari cadrait un peu"*

L'entourage du patient est également un soutien pour les médecins interrogés. Ils forment ensemble une **alliance thérapeutique** dans l'intérêt du patient.

- M1 *"s'entourer d'alliés, c'est à dire la famille "*

- M3 *"La plupart des cas les familles sont aidantes"*
- M10 *"Quand vous avez de la famille autour c'est facile de dire « bon ben voilà vous allez prendre rendez-vous chez le spécialiste, il faudrait faire ci il faudrait faire ça »"*

Il est **impliqué dans la prise en charge.**

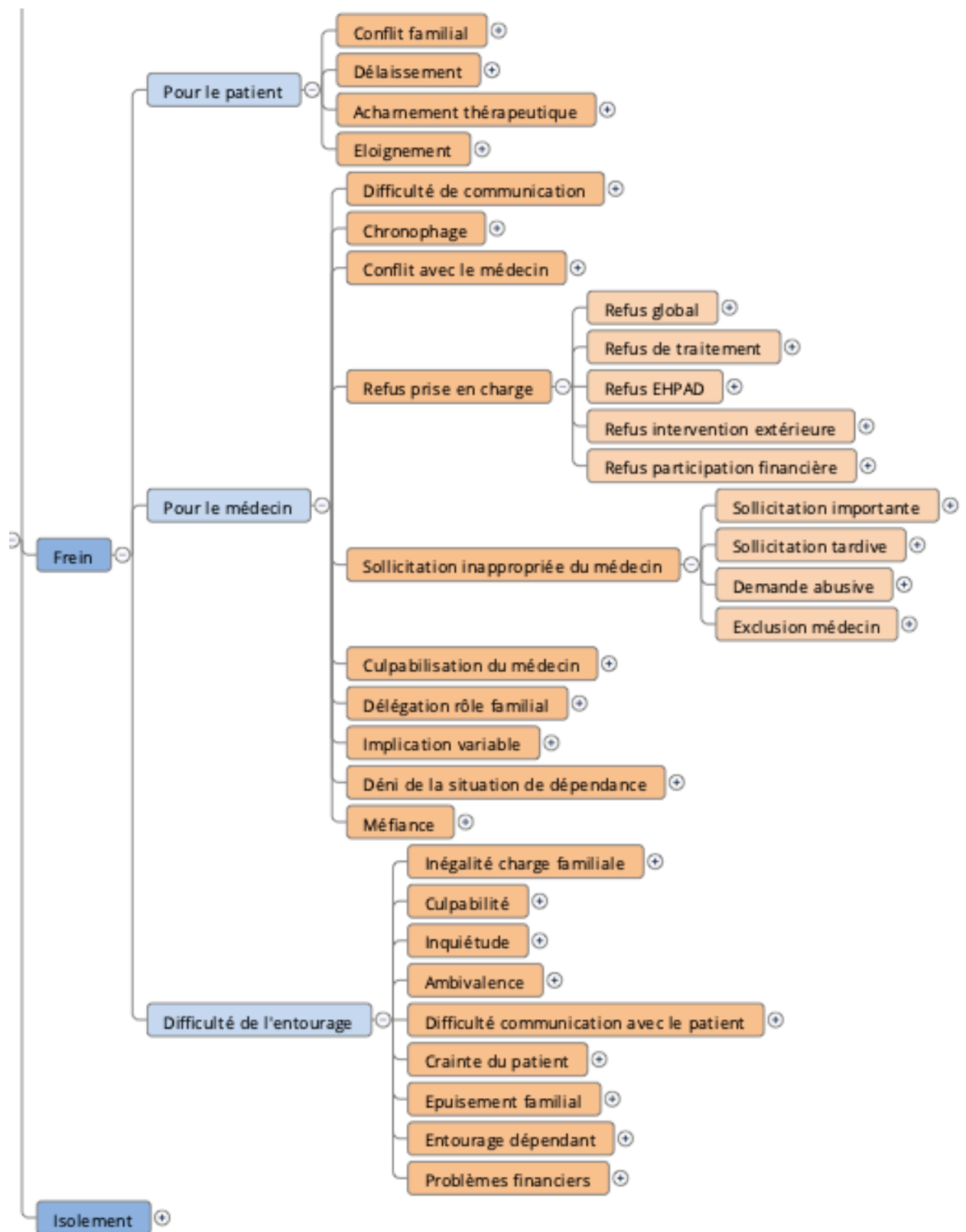
- M2 *"on connaît bien la famille, on les a prévenus, on leur a donné un coup de téléphone en disant (...) que ça commence à aller mal"*
- M3 *"on demande ce qu'ils se sentent capables de pouvoir supporter", "on discute ensemble, on voit ce qu'on fait"*
- M9 *"sa femme lui cachait le, lui mettait le Kardégic en sachet dans un verre pour qu'il puisse continuer à prendre le Kardégic"*

Un médecin évoque une **confiance mutuelle** avec les proches du patient.

- M3 *"il y a une relation de confiance qui a pu se nouer bien qu'elle soit souvent remise en cause", "Dans la plupart des cas je peux compter sur les gens"*

Enfin, l'entourage est un apport pour M10 car **il connaît le patient.**

- M10 *"ça permet des fois de se donner une meilleure idée de la façon dont la personne vit"*



En revanche, l'entourage est perçu par certains médecin comme **un frein à la prise en charge** notamment **pour le patient**.

Il peut en effet exister un climat de **conflit familial**.

- M1 *"le système familial est devenu très difficile à gérer, c'était très tendu les relations "*
- M2 *"je parle pas de la bisbille entre les familles "*
- M5 *"elle dit « de toute façon mes enfants je ne les vois pas, ma fille ne s'occupe pas de moi, chaque fois qu'elle me voit c'est pour m'engueuler »"*
- M8 *"la belle-sœur non, peu de temps après il l'a mise à la porte. La belle sœur qui était effectivement quelqu'un sur qui on pouvait s'appuyer"*
- M10 *"il se dispute avec tout le monde"*

Les proches du patient peuvent aussi le **délaisser**.

- M2 *"Ils vont les mettre en maison de retraite"*
- M5 *"c'est bien 25% qui s'en désintéressent complètement", "à mon avis elle le fait sa fille un peu pour s'en débarrasser"*

Un médecin perçoit l'attention que l'entourage a pour le patient comme un **acharnement thérapeutique**.

- M9 *"qu'on pourrait essayer de diminuer un petit peu les choses, de diminuer un petit peu les médicaments, de la laisser un petit peu plus tranquille ». Ils m'ont dit « non nous on veut qu'elle continue »"*

L'éloignement de l'entourage est également vu comme un obstacle à une prise en charge de qualité.

- M2 *"des fois ils habitaient loin"*
- M4 *"il a une fille qui est loin, qui a pas trop prise sur la situation "*
- M7 *"la famille qui habite loin"*

Selon les praticiens, les relations qu'ils entretiennent avec les proches du patient peuvent être sources de problèmes. Ils déplorent notamment des **difficultés de communication** avec eux.

- M1 *"C'était un peu chaotique quoi"*
- M3 *"des enfants avec qui j'arrive pas à communiquer"*
- M6 *"il y a des gens qui ont des connaissances, des avis, qui sont pas forcément toujours les bons"*

- M6 *"la famille a cru que je m'étais en place un espèce d'acharnement thérapeutique parce que pour eux la perfusion, enfin l'aiguille, c'était une espèce de perception très négative"*
- M7 *"vous essayez d'expliquer les choses mais plus personne n'écoute car ils sont en épuisement"*
- M7 *"j'avais beau lui expliquer, des fois il y a des gens qui ont un peu du mal à être dans l'écoute"*

Ce qui amène un médecin à considérer les contacts avec l'entourage comme **chronophages**.

- M6 *"Donc c'est beaucoup de temps à expliquer à la famille les choix qu'on fait"*

Les relations sont également décrites comme potentiellement **conflictuelles**.

- M1 *"on étaient coincés dans un système où on était face à face"*
- M2 *"l'accompagnant d'une personne, c'est souvent eux les problèmes"*
- M2 *"ils sont pénibles"*
- M6 *"la dernière famille qui m'a embêté, parce que là c'était juste pour m'embêter"*

Notamment dans les situations où **les proches refusent les prises en charges** proposées par le médecin :

- M6 *"Il y a des gens qui sont pas toujours d'accord avec ce qu'on leur propose"*

Ce refus peut concerner un certain **traitement**.

- M3 *"Il y a un refus de vaccination, un refus de certains traitements... "*

Une **décision de placement**.

- M1 *"la famille disait « non, elle ne doit pas aller en maison de retraite, elle reste là, elle ne supportera pas »"*
- M8 *"le couple il a des revenus suffisants pour que madame F aille en EHPAD mais monsieur F ne voulait pas"*

Ou encore la mise en place d'un **intervenant extérieur**.

- M1 "*«on ne peut pas faire venir quelqu'un de l'extérieur, ça va être pire et de toute façon elle ne veut pas »*"
- M3 "*ça a été compliqué de pouvoir faire intervenir les gens de l'extérieur parce qu'il y avait je pense une situation familiale assez fermée*"
- M7 "*Des fois ils acceptent pas ils veulent tout dominer*"
- M9 "*il y a aussi une fille qui a des troubles psychiatriques qui a dit « c'est bon que plus personne vienne à la maison, moi je m'occupe de mes parents » sauf qu'elle ne s'en occupe pas*"

Un des médecins interrogés a été également confronté à un refus de **participation financière**.

- M8 "*quand on demandait des achats de choses vraiment basiques il n'y avait pas l'argent par contre on l'arrêtait avant qu'il fasse installer un système de siège pour monter les escaliers*", "*l'état de la dame aurait justifié trois passages par jour mais le conjoint, du moment qu'il fallait payer une petite participation, commençait à dire qu'il n'avait pas d'argent, ce qui est faux*"

Certains médecins ont remarqué une **sollicitation inappropriée** de la part des proches :

Dans certains cas, il peut d'agir d'une **sollicitation importante**, ce qui peut être vécu comme une difficulté par le praticien.

- M1 "*il arrivait que le fils exaspéré me téléphonait, il fallait que j'y aille tout de suite, c'était toujours dans l'urgence*"
- M2 "*qu'ils vous sollicitent beaucoup*"
- M7 "*Ils nous épuisent on est appelés tout le temps et ça part en cacahuète totale*", "*Quand c'est complexe, quand on a un accompagnant qui s'épuise qu'on peut plus gérer, des appels permanents de l'accompagnant qui est épuisé*"
- M9 "*j'étais sur-sollicitée par la famille pour trouver des solutions et trouver des solutions en urgence*"

La sollicitation pouvait dans d'autres situations être **tardive**, ce qui empêchait les médecins d'anticiper sur des situations.

- M7 "*J'ai pas pu anticiper sur la prise en charge donc vous arrivez devant une catastrophe*"

- M9 *"les filles elles ont bien évidemment dit qu'il y avait d'énormes problèmes, je leur ai dit « oui mais ça fait quelques temps que j'essaye de trouver des solutions et je n'y arrive pas »"*

Enfin, certains accompagnants avait des demandes considérées comme **abusives** par les praticiens interrogés.

- M2 *"j'ai des fois des pressions d'un accompagnant qui les ont jamais vus, je les ai jamais vus, qui veulent les mettre en maison de retraite"*
- M5 *"Et là elle me téléphone en me disant « il faudrait lui faire une prescription pour que l'équipe Alzheimer de l'hôpital vienne la voir » je lui dis « mais pourquoi », elle me dit que on a constaté chez elle... on n'a rien constaté du tout !"*
- M7 *"Elle me demandait de temps en temps une ordonnance mais je voyais bien que c'était pas adapté"*

M1 s'est senti **culpabilisé** par les aidants des personnes âgées.

- M1 *"il faut bien qu'il y ait quelqu'un qui soit responsable que les choses ne vont pas bien, donc c'est le médecin généraliste ça ", "la famille il faut bien qu'elle trouve un bouc émissaire à ce moment-là et « pourquoi ça va pas » et « c'est le docteur ! Il ne lui donne pas les bons médicaments, qu'il faut » "*

Selon les médecins, certains proches leur **délèguent leur rôle familial**.

- M7 *"la famille elle en veut pas, elle veut pas gérer ça car ils sont au travail, ils ont leur vie, c'est compliqué hein de gérer la dépendance ", "quelque part il faudrait quasiment qu'on les prenne à la maison "*
- M8 *"il y avait une personne à qui il fait confiance mais qui géographiquement est présente, passe même tous les jours mais considère que quand la TV est en panne on appelle le dépanneur TV et quand il y a un problème avec les personnes âgées il y a les soignants", "elle voyait très bien que sa tante était en train de mourir mais « oh c'est pas mon problème moi je dois bosser ! Il y a des soignants pour ça qui s'occupent de ça ! »"*

Un autre médecin a relevé une **implication variable**.

- M6 *"qui sont plus ou moins présents"*

D'autres **dénient la situation de dépendance** du patient.

- M7 *"quand la famille est loin elle ne se rend pas du tout compte de l'évolution de ces passages à la dépendance totale", "la famille n'a pas encore compris qu'elles ne sont pas autonomes et nous disent « mais faites quelque chose docteur », "*
- M8 *"il s'était mis dans l'idée que sa femme grabataire elle pourrait remonter dormir dans la chambre en haut mais elle pouvait pas tenir sur le fauteuil et monter l'escalier"*

Les difficultés de relations entre médecins et entourage amènent à un **climat de méfiance**.

- M3 *"j'avais peur", "Mais quand je sens qu'à côté il y a une situation familiale très tendue je prends pas de risque", "Il y a des gens, on ne sait pas quelle va être leur réaction, c'est pas clair", "quand il y a une situation difficile, il faut mieux être prudent"*
- M6 *"J'ai l'impression qu'on se justifie plus en gériatrie qu'en pédiatrie. Quand on a affaire aux descendants qu'aux parents"*
- M10 *"quand la famille demande par exemple un placement c'est toujours un peu délicat, est ce que c'est justifié, est ce que c'est pas justifié...", "tout le monde n'a pas des intentions parfaites"*

Enfin, les médecins relèvent que l'entourage peut rencontrer **des difficultés liées à leur rôle auprès du patient**.

Dans certains cas, les difficultés sont liées à l'**inégalité de la charge familiale**.

- M1 *"le fils disant « c'est moi qui fais tout c'est insupportable c'est trop lourd mon frère ne s'en occupe pas » "*

Les praticiens rapportent des situations de **culpabilité**.

- M1 *"on a fait quelque chose qui a diminué un peu leur culpabilité de pas pouvoir être dans la résolution du problème, qu'eux-mêmes entretenaient"*
- M2 *"ils ont certainement mauvaise conscience "*

Ou d'**inquiétude**.

- M4 *"qui s'inquiète du fait de la distance"*

Certaines familles sont décrites comme **ambivalentes** dans leurs souhaits de prise en charge.

- M1 *"il formulait cette plainte « j'en peux plus j'en ai assez » mais en même temps « on ne peut pas faire autrement »"*
- M2 *"ils téléphonent, après vous avez la fille qui vous dit ceci, le fils qui vous dit cela"*
- M3 *"des enfants qui sont ambivalents, qui s'inquiètent, qui ne s'inquiètent pas, qui la sortent d'hospitalisation"*

Les proches rencontrent des **difficultés de communication avec le patient**.

- M7 *"Elle me dit « je lui ai expliqué dix fois » et je lui dis ça sert à rien de vous épuiser ", "ils s'épuisent à essayer d'expliquer des choses et de recevoir des mots qui sont difficiles à entendre "*

M9 relate une situation de **Crainte** du proche envers le patient.

- M9 *"que lui il osait pas affronter sa femme et dès qu'elle lui demandait il la servait "*

La plupart des praticiens décrivent un **épuiement de la part de l'entourage** des patients âgés.

- M1 *"Ils vivent ensemble tout le temps et elle devient dépendante, elle se plaint sans arrêt", "pour son fils ça devenait de plus en plus lourd à supporter"*
- M3 *"l'aidant était débordé"*
- M6 *"son épouse était désespérée au quotidien", "ça s'est peu à peu amélioré, jusqu'à ce que ce soit son épouse qui s'écroule... "*
- M7 *"Le problème c'est les accompagnants qui s'épuisent en fait", "Après quand ils sont dans l'épuisement c'est un peu le bazar", "Ces dossiers ce sont des accompagnants qui s'épuisent et moi je me retrouve seule à essayer de porter ça "*
- M9 *"c'est une famille qui s'épuise "*
- M10 *"sa fille se plaint depuis au moins deux ans d'être dans un état d'épuisement du fait des plaintes de sa mère, qui est tout le temps en train de demander quelque chose"*

L'entourage peut être également en situation de **dépendance**.

- M2 *"Sa femme elle, elle a fait un accident vasculaire cérébral puis elle est jamais remontée"*
- M4 *"épouse qui est en EHPAD"*
- M8 *"Le problème c'est qu'il y avait d'une part la dame qui avait une maladie neuro dégénérative, et donc elle c'est sûr que ça allait plus"*
- M9 *"il y a eu un problème avec sa femme qui était son aidante mais en même temps qui n'était pas fiable car elle aussi pouvait commencer à manifester (...) des petits troubles cognitifs"*
- M10 *"Sa femme est très dépendante du fait d'un Parkinson sévère"*

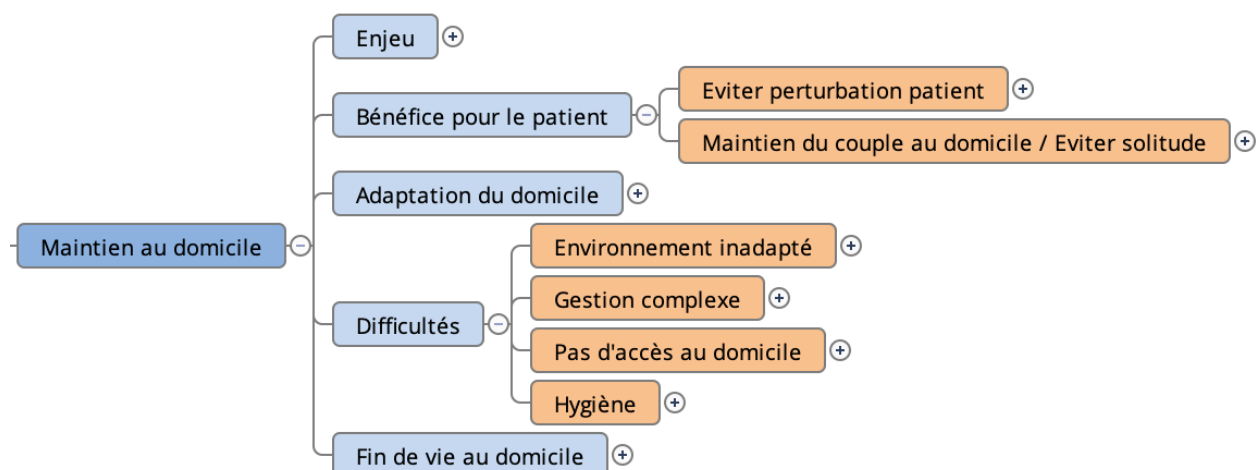
Ou rencontrer des **problèmes financiers** qui impactent la prise en charge du patient âgé.

- M10 *"il y avait un problème financier pour la placer ", "il va se retrouver seul, la famille n'a pas les moyens pour payer une deuxième maison de retraite, une deuxième place, donc ils veulent le laisser à la maison"*

Malgré les difficultés rencontrées avec les entourages, les médecins rapportent que la **solitude** du patient est toujours problématique.

- M3 *"qu'il soit tout seul"*
- M4 *"qu'il est tout seul il est isolé, il est pas aidé "*
- M5 *"C'est la solitude des personnes âgées qui pose problème", "la première pathologie des personnes âgées c'est un peu l'abandon et la solitude", "Mais ça pourrait être un traitement pour elle, simplement le fait qu'elle se retrouve pas toute seule"*
- M10 *"il y a souvent un contexte social des gens qui sont isolés", "c'est encore le problème de quelqu'un qui était à moitié seul, "il y a souvent un contexte d'isolement, on voit souvent des gens qui sont seuls, y'a pas forcément de famille, il n'y a pas forcément d'aidant, donc c'est plus compliqué pour gérer les problèmes"*

d) L'environnement de la personne âgée



L'environnement de la personne âgée est un élément important de la prise en charge selon les médecins consultés. Le **maintien à domicile** des seniors est un **enjeu majeur**.

- M2 "le but c'est vraiment de les maintenir à la maison", "C'est vrai que je préfère les garder chez eux"
- M3 "Notre souhait ça va être de garder le maximum possible les gens à domicile"
- M7 "le maintien à domicile le plus longtemps possible aussi"

Conserver les seniors dans leur environnement est considéré comme un **bénéfice** pour eux. Selon les praticiens interrogés, cela permet **d'éviter les perturbations** liées au changement de milieu.

- M2 "elle est dans son rythme, elle est chez elle"
- M7 "on évite de les changer d'environnement, quand ils sont déjà tellement perturbés"
- M1 "Il était arrivé depuis peu chez sa fille et son état s'était dégradé "

Un autre avantage selon un praticien est de **maintenir les patients en couple**, pour éviter la solitude.

- M7 "quand ils sont en couple qu'ils tiennent le plus longtemps ensemble", "Moi c'est mes deux leitmotivs, c'est qu'ils vivent ensemble et chez eux", "essayer de tout gérer les pathologies pour qu'ils puissent tenir ensemble parce que seul c'est pas très marrant en général "

Afin de permettre le maintien au domicile, une **adaptation de l'environnement** est importante.

- M2 *"si vous anticipez ça marche bien", "si on s'y prend à l'avance, si on voit des problèmes arriver à l'avance, on peut s'organiser", "je trouve que quand on construit une maison, ici ça construit, derrière il devrait y avoir des obligations, de prévoir à l'avance un problème de mobilité"*

Les généralistes ont évoqué les **difficultés liées à la prise en charge au domicile**. Comme mentionné ci-dessus, un **environnement inadapté** est source de problèmes.

- M3 *"L'adaptation du domicile était pas du tout prévue, elle chutait à de nombreuses reprises"*
- M9 *"le logement n'était pas forcément super adapté parce que c'est des maisons de village, tout en étage"*

La gestion d'un patient âgé au domicile est parfois **complexe**.

- M7 *"c'était un peu compliqué à gérer à domicile"*
- M8 *"je lui ai dit « ce patient je ne peux plus le garder au domicile, on arrive pas à mettre en place la mesure de sauvegarde et en plus là il commence à faire des bêtises » "*

M9 traite des patients qui ne lui **autorisent pas l'accès à leur domicile**.

- M9 *"Je ne suis jamais venue à leur domicile, c'est tout le temps eux qui viennent au cabinet "*

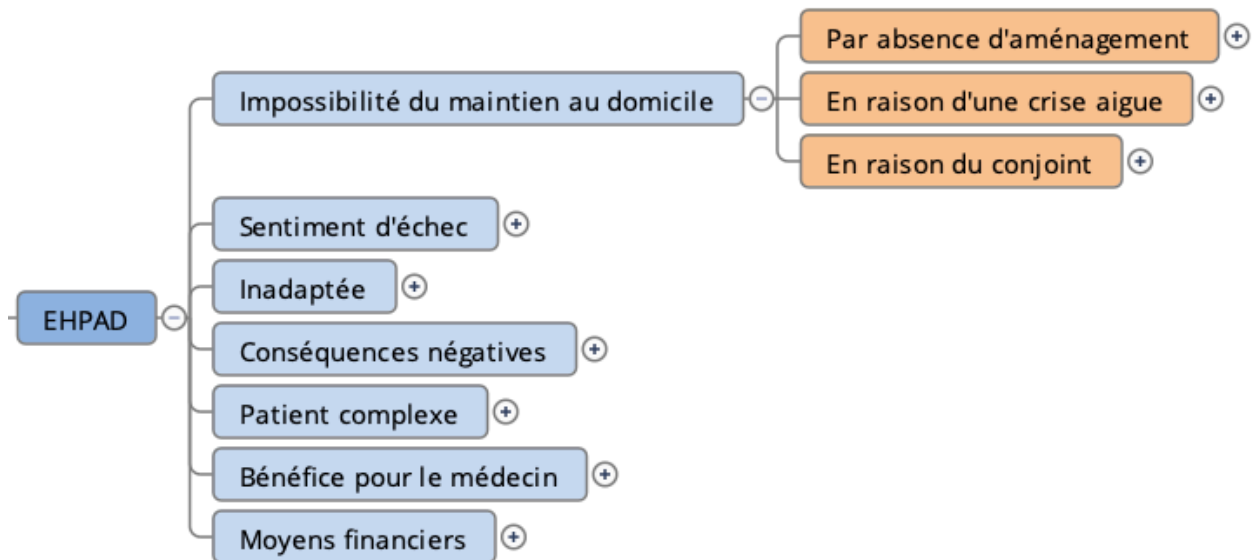
Ce médecin relate des **problèmes d'hygiène** chez certains patients âgés.

- M9 *"ils me disent toujours qu'il n'y a jamais de problème sauf que je vois très bien qu'il y a un problème rien qu'au niveau de l'hygiène, "comment on peut gérer un problème d'hygiène quand on n'a pas d'eau à la maison, quand on a de l'eau juste sur un robinet c'est un peu compliqué"*

Deux des médecins interrogés se sont exprimés sur la **gestion de la fin de vie au domicile**.

- M2 *"il faut peut-être accepter de retrouver la personne âgée morte chez elle"*
- M8 *"j'assume beaucoup mes patients en fin de vie ou âgés à domicile, ça me dérange pas", "quand un patient ne souhaite pas spécialement mourir à l'hôpital"*

et qu'objectivement l'hôpital ne peut rien proposer de plus et quand la famille est aussi disponible parce que malheureusement des fois il y a pas forcément un entourage familial proche, moi j'assure des fins de vie à domicile", "on meurt à la maison et le médecin généraliste est là pour accompagner la famille et la personne âgée"



Les praticiens évoquent également les personnes âgées vivant en **EHPAD**. Une des raisons d'institutionnalisation évoquée est une **impossibilité du maintien au domicile**, notamment en raison **d'une absence d'aménagement du lieu de vie**.

- M1 *"se posait à ce moment-là le fait de la maintenir à la maison ou pas", "le maintien à domicile était impossible "*
- M2 *"Elle a fini en maison de retraite alors qu'elle voulait pas y aller, alors qu'elle aurait aménagé sa maison pas de problème hein", "Y'a des gens qui quittent leur maison car ils ne peuvent plus y vivre"*

La survenue d'un **évènement aigu** peut être une autre cause.

- M2 *"Quand on y arrive c'est très bien, mais quand vous y arrivez pas, tout d'un coup à la faveur d'une maladie autre, ils peuvent plus vivre chez eux quand même"*

Certains patients vivent en EHPAD **en raison de leur conjoint**.

- M2 *"Lui on l'aurait gardé à la maison sans aucun problème mais sa femme courait partout et il a fallu les mettre en maison de retraite", "Et là en fait c'est la maladie de sa femme qui l'a mis"*
- M7 *"madame D n'est plus à domicile car son mari est décédé"*
- M7 *"elle l'a mis aux dernières nouvelles en EHPAD"*

L'admission de patient en maison de retraite est **vécue comme un échec** par un médecin.

- M2 *"quand c'est des patients à moi que je retrouve à l'EHPAD c'est un peu dur. Ça m'est très peu arrivé"*
- M2 *"C'est terrible parce que quand on suit quelqu'un depuis longtemps et que vous allez en maison de retraite, c'est vraiment terrible"*

La présence de certains patients en EHPAD est perçue comme **inadaptée** par ce même médecin.

- M2 *"je vais à la maison de retraite ici, il y en a au moins deux, elles n'ont rien à y faire"*

Et l'institutionnalisation pourrait avoir des **conséquences négatives** sur les personnes âgées.

- M2 *"Jusqu'à ce qu'il y ait sa femme, avec les infirmières, l'escarre était remonté et tout, et depuis qu'on l'a mis là-bas, c'est reparti..."*

Cependant, la vie en maison de retraite peut être un avantage dans le cadre des **patients complexes**.

- M2 *"il a fallu le mettre en maison de retraite. Du coup il ne peut plus en ressortir mais bon il est très lourd"*

Le **travail en EHPAD est perçu comme un bénéfice** pour le médecin par un praticien.

- M2 *"c'est bien par contre de travailler à l'EHPAD parce qu'on est pas embêtés"*

Quand elle est indiquée, l'institutionnalisation peut être rendue impossible par un **manque de moyens financiers**.

- M5 *"Parce que des fois ils ont une petite retraite et ils ont pas le droit à grand-chose. Ils ne peuvent pas aller en maison de retraite parce qu'ils n'ont pas d'argent"*
- M7 *"En plus souvent c'est des gens qui ont des petits revenus et les mettre en EHPAD ce n'est pas souvent possible"*

2. Réflexions sur la pratique de la médecine générale



Tout en relatant les enjeux de la prise en charge de la personne âgée, les médecins interrogés ont évoqué leur **ressenti sur leur pratique** de la médecine générale.

Un médecin considère qu'un des rôles du médecin généraliste est de réaliser **une approche globale de la situation** de ses patients.

- M8 *"au contraire je pense que le médecin généraliste a un rôle de synthèse des informations des différents spécialistes pour garder l'approche globale", "Le vrai généraliste fait la synthèse et permet de garder l'approche globale du patient"*

Les médecins généralistes déclarent lors des entretiens être **isolés**.

- M2 *"j'étais un peu isolé", "Vous êtes isolé"*
- M3 *"La médecine générale c'est quand même un métier où on est assez isolés", "en ville on est un peu démunis quand même", "Je me sentais un peu isolée dans cette prise en charge "*

- M6 *"même si c'est un cabinet de groupe je suis un peu toujours tout seul ", "Parce que la solitude c'est pas évident, c'est vrai", "mes collègues c'est pas possible pour eux de m'accompagner"*
- M7 *"des fois on est un peu tout seuls"*
- M8 *"Des fois on finit par dire « flûte on est bien isolés »"*

Un des médecins déclare se sentir **vulnérable** en raison de cet isolement.

- M3 *"nous on n'est pas protégés par une institution comme les collègues"*

Les médecins sont **inquiets pour leurs patients**.

- M3 *"je craignais vraiment pour elle"*

Mais également par rapport aux **situations rencontrées**.

- M3 *"Parce que c'est une situation qu'il n'a jamais rencontrée"*

M3 est témoin d'une **diminution du nombre de médecins**.

- M3 *"Surtout qu'en ce moment il y a un problème : dans le quartier il y a eu deux-trois médecins qui sont partis", "Parce que ceux qui vont en faire les frais en premier ce sont les gens fragiles", "Ces gens vont se retrouver démunis sans suivi avec toutes les conséquences qui vont s'en suivre"*

Et ils présentent une **importante charge de travail** :

- M3 *"ça peut arriver qu'on soit débordés", "on a tellement de lièvres à courir en même temps"*
- M6 *"j'ai déjà une grosse activité, "j'ai pas forcément le temps parce que mes journées sont bien remplies"*

Le travail du médecin généraliste est également décrit comme étant **disparate**.

- M5 *"le boulot du médecin généraliste c'est de faire à peu près tout"*

Les médecins déplorent des **difficultés de communication** avec les autres spécialités.

- M5 *"On refait une lettre, par contre en retour on reçoit rien, rien, on n'a pas de courrier", "Mais nous les médecins traitant on a perdu la main sur tout ça, personne ne nous écoute"*
- M8 *"j'ai l'impression que c'est moi qui sers d'agent de communication"*

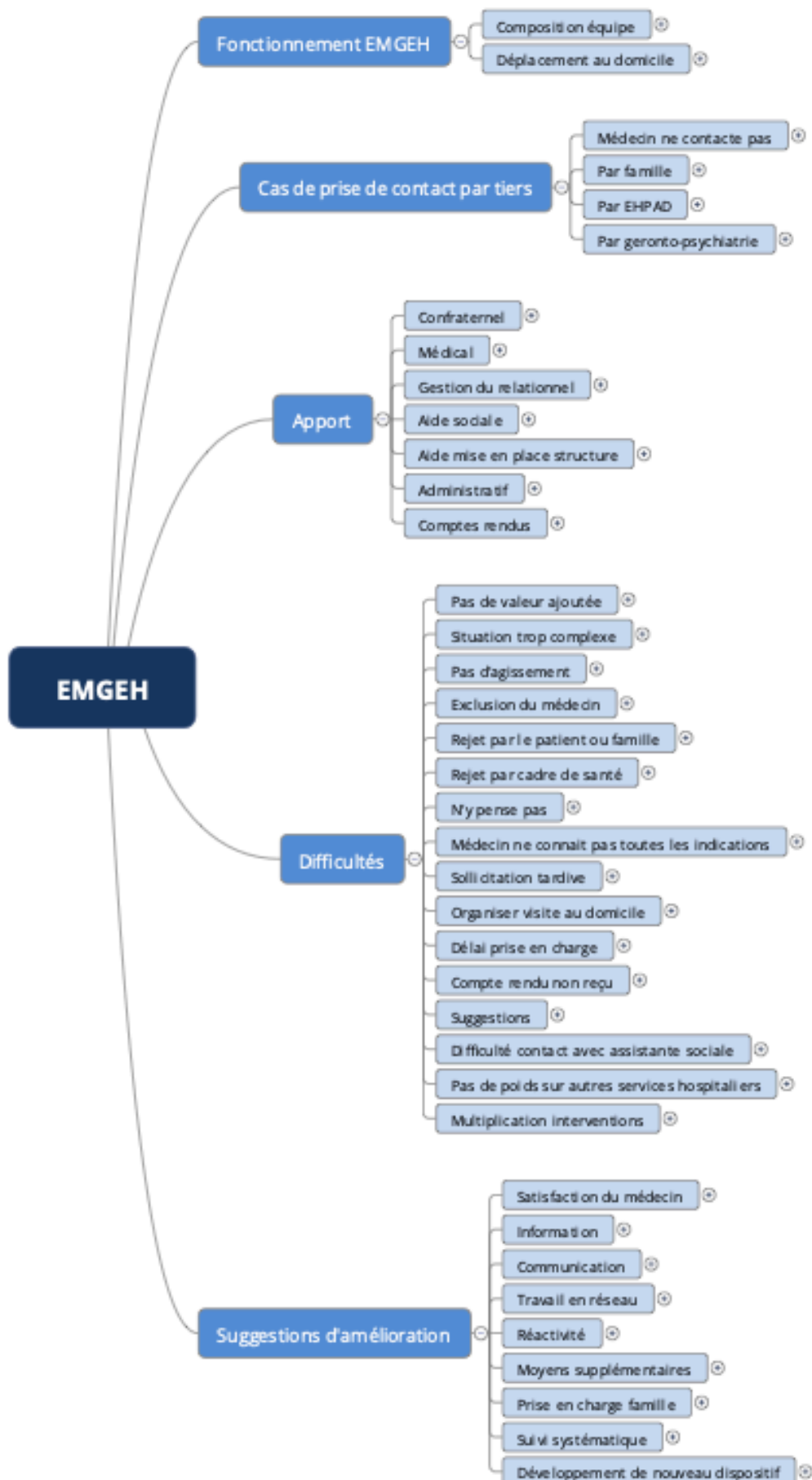
Un praticien a une **crainte des reproches** qui peuvent lui être fait.

- M2 *"vous avez peur qu'après on vous reproche des trucs aussi (rire)"*

Un autre médecin **dévalorise la pratique** de la médecine générale.

- M5 *"il fait de la bobologie"*

3. Ressenti sur la prise en charge de l'équipe mobile de gériatrie extra-hospitalière

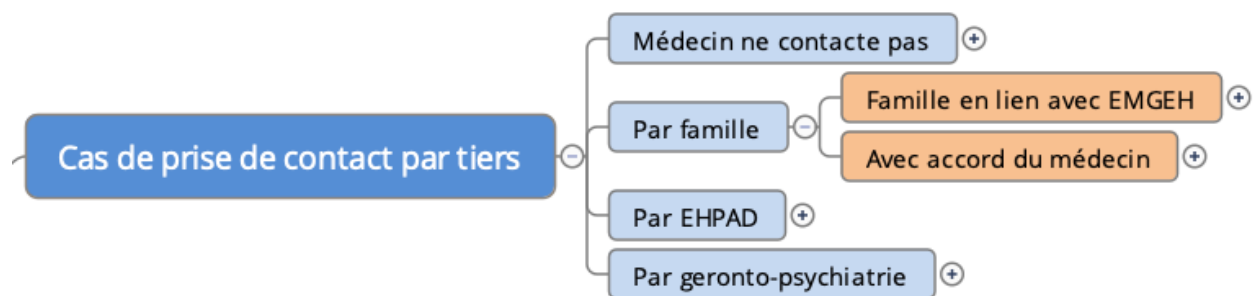


a) *Connaissances relatives à l'EMGEH*



La troisième partie de cette étude concerne l'Équipe Mobile de Gériatrie extra-hospitalière de l'hôpital de Perpignan. Les médecins ont partagé leurs connaissances de la **composition de l'équipe mobile** et de la notion de **déplacement au domicile**.

- M4 *"je crois qu'ils sont renforcés par une assistante sociale"*
- M9 *"Un infirmier et un médecin qui viennent à domicile sur une demande"*
- M10 *"c'est une équipe avec un médecin, infirmière, et ils sont en lien avec l'assistante sociale"*
- M6 *"je sais comment ça fonctionne parce que j'ai fait mon stage en médecine quand j'étais interne dans l'hôpital", "Je vois très bien comment ça fonctionne : le médecin, l'interne, l'infirmière...et puis la secrétaire dans l'équipe"*
- M3 *"c'est une équipe qui peut venir faire une évaluation à domicile"*



Dans la majorité des cas, l'équipe mobile extra-hospitalière est contactée par les médecins généralistes de l'étude. Mais quelques-uns n'ont **pas directement demandé cette évaluation**.

- M1 *"ce n'est pas moi qui les ai appelés, l'EMGEH", "ce n'est pas moi qui ai fait la demande directement"*

Dans un cas, **la famille a demandé le passage de l'équipe**, car elle entretenait des liens avec l'EMGEH. Le médecin a néanmoins **donné son accord pour l'évaluation**.

- M1 *"c'est le parent d'une des infirmières de gériatrie", "elle connaissait bien le médecin de l'EMGEH", "c'est elle qui avec mon accord"*

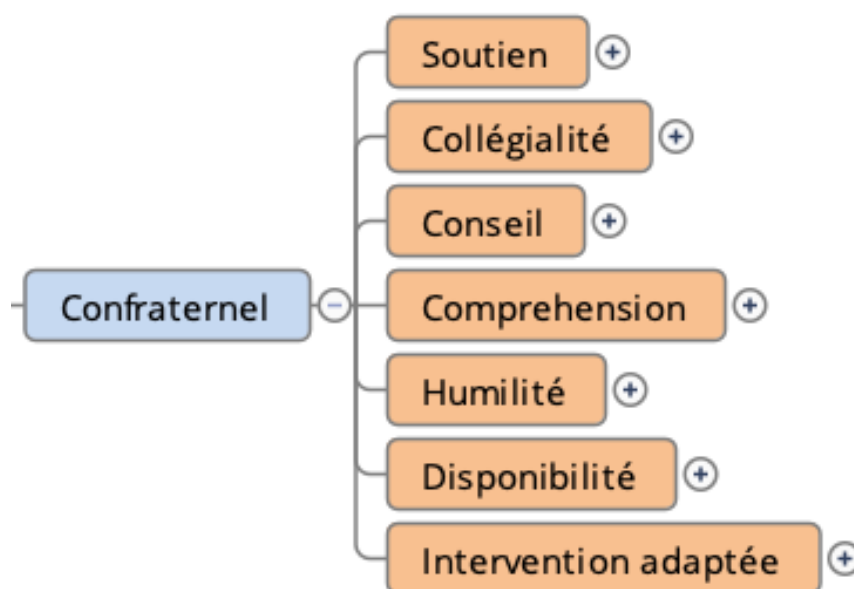
Dans un cas, c'est l'**équipe de l'EHPAD** qui a suggéré l'évaluation.

- M2 *"c'est plutôt à l'EHPAD qu'ils m'ont dit « on pourrait faire appel »", "c'est les EHPAD qui ont dit « vous voulez pas que », (...) j'ai dit « oui, oui »", "dans ce cas-là c'était quand même les infirmières de l'EHPAD qui ont pris contact"*

L'équipe de géro-psi-chiatrie de l'hôpital de Thuir travaille conjointement avec l'EMGEH, un médecin pense que la prise de contact s'est faite par ce biais.

- M1 *"Elle a dû être contactée par la géro-psi-chiatrie"*

b) *Apports de l'équipe mobile de gériatrie extra-hospitalière pour le médecin généraliste*



L'intervention de l'équipe mobile de gériatrie est vécue comme **un apport** par les praticiens interrogés, notamment sur le plan **confraternel**. La majorité des médecins décrivent l'équipe mobile comme un **soutien**, une solution contre la solitude et la complexité ressentie lors de la prise en charge de la personne âgée.

- M1 *"qui vont être un soutien pour vous", "on est bien content de ne pas être seuls"*
- M2 *"quand on est débordé il faut mieux avoir un avis extérieur", "j'étais un peu débordé quand il était là-bas en maison de retraite, j'ai dû faire appel à eux"*
- M3 *"c'est quand le médecin se sent isolé et dépassé qu'il appelle les collègues, quand il ne sait plus comme on s'y prend en fait", "qui vient en soutien pour nous aider à trouver des solutions"*
- M4 *"c'est vrai que ça a été un bon coup de main dans sa prise en soin", "pour aider un peu le médecin traitant qui est un peu en difficulté"*
- M6 *"quand on les appelle je pense que c'est bien de passer la main, au moins de demander un petit peu d'aide auprès de personnes qui sont habituées", "je sais que ça peut être un bon soutien quand on mouline un peu dans la semoule", "je trouve que c'est bien de pouvoir travailler avec des filets de temps en temps"*
- M7 *"quand on se sent un petit peu perdu", "avoir cet intermédiaire au moins quelques temps ça me soulage", "Je sais quand je les appelle c'est que je suis épuisé que je n'y arrive plus"*
- M7 *"Ça a été bien qu'on ait pu avoir une aide"*

- M10 *"On se sent un peu seul, ça fait du bien d'avoir le sentiment d'une équipe médicale extérieure"*
- M11 *"ça pouvait m'aider d'abord, largement", "je suis ouvert à toute aide en tant que médecins généralistes on est un peu esseulés donc c'est bien d'avoir d'autres avis"*

Les relations entretenues avec l'équipe mobile sont décrites comme **collégiales**. L'avis de médecins tiers facilite la prise de décision.

- M1 *"c'est des médecins comme nous avec qui on peut discuter on peut échanger", "c'est des gens en qui on a confiance et avec qui on aime bien travailler"*
- M4 *"quand il y a des décisions difficiles à prendre c'est quand même mieux la collégialité que de prendre des décisions tout seul"*
- M6 *"Puis travailler un peu en équipe aussi"*
- M8 *"ce qui est appréciable, c'est de pouvoir s'appuyer sur des structures, de pouvoir collaborer et échanger", "J'ai beaucoup apprécié, j'ai pu rappeler le docteur B, on a pu discuter "*
- M9 *"clairement cette patiente ça a été une prise en charge optimum pour moi parce que toute seule j'aurai pas réussi à faire ce qui a été fait pour cette patiente", "je trouve que j'ai eu un travail pluridisciplinaire avec eux "*
- M10 *"si j'ai un spécialiste qui m'écrit « je vous propose un traitement par anti dépresseur » (...), à ce moment-là si je le fais, je fais pas « comme ça », j'ai l'ai pas décidé tout seul"*

Les médecins soulèvent le rôle de **conseiller** de l'équipe mobile.

- M4 *"moi je l'utilise surtout pour un conseil (...) à un certain moment du parcours de soins", "je voulais quand même faire un bilan somatique, avoir une approche somatique avant de partir sur des troubles du comportement "*
- M5 *"J'ai compris déjà qu'on pouvait les appeler quand on a un problème pour résoudre, (...) les problèmes médicaux"*
- M7 *"ils nous conseillent"*
- M9 *"surtout ils répondent à mes questions. Et là jusqu'à maintenant à chaque fois que je leur ai demandé leur avis, que je les ai sollicités, ils ont toujours répondu à mes questions"*

De par leur expérience, les membres de l'équipe font preuve de **compréhension** quant aux situations vécues par les praticiens interrogés.

- M8 *"Dr C c'est quelqu'un que je connais bien, qui était autrefois généraliste en milieu rural donc il sait très bien tout ce que je gère à domicile "*

Un médecin apprécie le fait que l'équipe fasse preuve d'**humilité**.

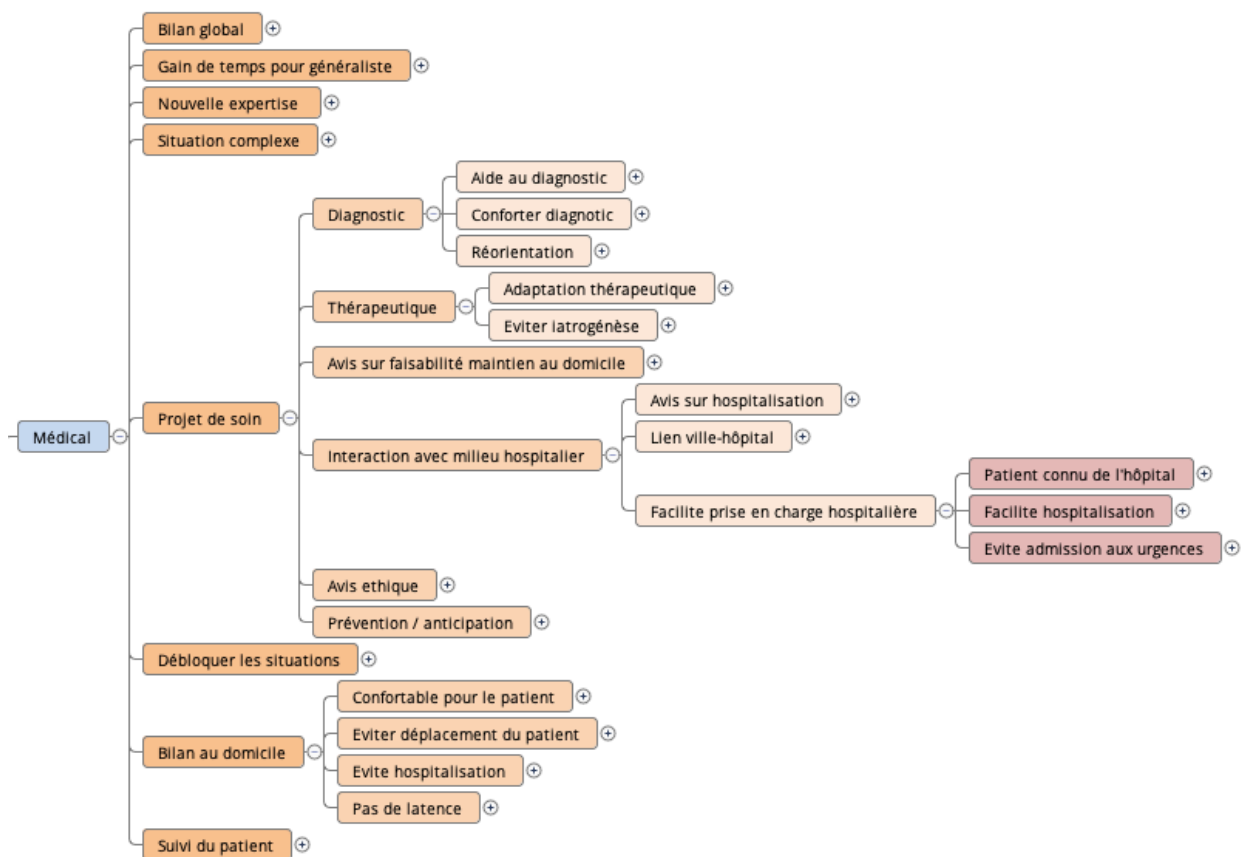
- M6 *"j'ai trouvé qu'ils avaient une position qui était une position d'expert avec des suggestions tout en restant assez humble et sans être directif"*

L'équipe mobile est également décrite comme étant **disponible** par certains praticiens.

- M3 *"si je leur signale que c'est un peu urgent ils viennent. Ils l'ont toujours fait, c'était assez rapidement, je les ai toujours vu très disponibles", "Vraiment ils ont été disponibles, ils ont toujours répondu"*
- M6 *"ils sont sympas et dispos"*
- M8 *"le docteur B a vraiment été très à l'écoute et on a beaucoup rediscuté. Je me souviens on a discuté une heure au téléphone. Il y a une disponibilité "*
- M9 *"je trouve qu'ils sont disponibles"*

Enfin l'intervention de l'équipe mobile est dépeinte comme étant **adaptée à la demande**.

- M6 *"Ils font le boulot quand on leur demande, ils répondent aux questions qu'on leur a posées, ils étendent le champ de compétence et ils suggèrent plutôt qu'ils n'imposent"*



Sur le plan de la **prise en charge médicale**, l'équipe mobile contribue en réalisant un **bilan global de la personne âgée**.

- M3 "évaluation très précise de la situation, de manière un peu holistique"
- M4 "évaluation globale par une équipe formée ", "évaluation complète de la situation et d'où on en est dans l'évolution gérontologique de la personne sur ses fragilités, ses facteurs de risque, ses pathologies »
- M9 « c'était des demandes orientées. Et leur réponse est quelque chose de globale. Et c'est ça qui est intéressant, c'est-à-dire qu'ils ont une vue générale", "c'est ce que j'aime vraiment quand je les appelle c'est qu'ils répondent à ma question mais qu'ils s'arrêtent pas pour autant à ça et ils font une évaluation de tout le patient "
- M11 "l'équipe a quand même le temps ou prend le temps d'aller au bout des choses et de reprendre tout le dossier ", "je suis content parfois qu'on me dise « il n'y a plus rien à faire » mais au moins je suis sûr qu'il n'y a rien de plus à faire, que je n'oublie pas des trucs"
- M10 "ça m'a permis d'avoir un bilan gériatrique plus poussé"

Les médecins soulevaient en première partie les difficultés à réaliser une évaluation gériatrique durant en consultation. Un médecin apprécie le fait **qu'une équipe puisse faire ce bilan chronophage mais indispensable** auprès des personnes fragiles.

- M9 *"ils font des évaluations qui sont longues et qui m'apportent des choses que moi j'aurai pas le temps de faire en consultation", "c'est énormément de travail ce qu'ils font"*

Ils permettent aussi aux médecins de l'étude de disposer d'une **nouvelle expertise**.

- M3 *"c'est intéressant d'avoir une façon différente, parce que moi je peux percevoir les choses d'une certaine manière mais l'équipe va le percevoir d'une autre", "ça permet aussi de voir un peu à quel point on était d'accord ou pas, de voir s'il y a eu d'autres idées que les miennes"*
- M4 *"Les gens on les connaît depuis longtemps donc quand on a un œil vraiment neuf et avec un autre angle de vue parfois ça peut aider un petit peu", "avoir vraiment une expertise distanciée"*
- M6 *"L'intérêt pour moi c'est d'avoir un avis extérieur quand je n'arrive pas à me sortir d'une situation", "j'avais fait appel à l'équipe mobile gériatrique pour avoir leur avis parce qu'il fallait un avis extérieur"*
- M7 *"ça c'est des petites choses mais moi j'y avais pas pensé"*
- M9 *"des fois on n'avait pas pensé à cet élément là", "ça peut m'aider car je me dis « ah tien j'avais pas pensé à ça »"*
- M10 *"le but de l'équipe c'est d'avoir une aide un petit peu objective, essayer un petit peu de le recadrer", "ça permet de mieux cadrer les choses, j'y vois un peu plus clair"*
- M11 *"C'est une manière très élégante d'avoir un autre avis que le mien", "Comme quand j'envoie à n'importe quel spécialiste, je veux un autre avis que le mien et qu'il m'apporte des solutions auxquelles j'ai pas pensé"*

Les praticiens font appel à l'équipe dans le cadre de **prise en charges complexes**.

- M4 *"sur l'EHPAD c'était plutôt des situations gérontologiques un peu complexes", "qui était un petit peu complexe à prendre en charge"*
- M6 *"Quand j'ai un doute ou que ça devient très complexe "*
- M7 *"le lit médicalisé est mis, les infirmières sont mises, mais c'est là où on sait plus, on est dépassés, on est épuisés par tout ça"*

- M9 *"Dernièrement je les ai sollicités, c'est une situation hyper complexe"*

L'intervention de l'équipe mobile permet également d'aider les médecins traitants au niveau du **projet de soin** des patients âgés. Dans les cas complexes, l'expertise de l'EMGEH a aidé les praticiens à **poser des diagnostics** relatifs aux troubles de leurs patients.

- M4 *"je voulais vraiment avoir éliminé quelque chose de facilement curable "*
- M6 *"ça me permet de compléter quand je fais un diagnostic de démence ou de trouble de la cognition "*
- M7 *"il y a plein de conseils alors des fois ça fait avancer et des fois on a même le diagnostic d'Alzheimer", "poser des diagnostics des fois, des fois on fait des erreurs"*
- M8 *"L'équipe mobile je l'avais demandé plutôt par rapport au fait que le mari, le conjoint avait des comportements inappropriés depuis l'été dernier"*
- M10 *"ça permet des fois de mieux cadrer les patients avec des diagnostics plus précis sur des pathologies, notamment sur les pathologies dégénératives cérébrales, ou sur les pathologies psychiatriques"*

Les médecins ont déclaré avoir fait appel à l'équipe pour **conforter des diagnostics** réalisés en amont.

- M4 *"ça permet de se conforter dans ce qu'on pensait", "pour pouvoir nous conforter dans notre prise en charge "*
- M7 *"même le diagnostic ça nous permet d'avoir un ALD et une prise en charge adaptée"*
- M9 *"je me posais la question de savoir s'il n'y avait pas une note Parkinsonienne à son trouble "*
- M10 *"ils ont évoqué une dépression sous-jacente mais ça je l'avais déjà marqué aussi", "Mais là ça me conforte dans ce que je pensais et en tout cas de ce que disait sa fille"*

En cas difficultés, l'évaluation permet de **réorienter la prise en charge**.

- M4 *"réorienter le projet de soin tout simplement"*

Une grande partie des médecins interrogés décrivent que l'intervention de l'équipe mobile a été une assistance au niveau **thérapeutique**, dans **l'adaptation des traitements** des personnes âgées.

- M1 *"rationaliser certaines prescriptions ou habitudes thérapeutiques"*
- M2 *"C'est vrai que pour calmer un patient âgé, c'est vrai que je préfère faire appel à eux"*
- M6 *"C'est très bien parce qu'ils me donnent un avis sur la iatrogénie et les traitements, les adaptations qu'on peut donner", "Il y a eu une modification de traitement qui a été proposée"*
- M7 *"Il y a une réévaluation du traitement sans hospitalisation ", "ils simplifient alors que moi je reste très collée à ce qui avait été mis depuis 10 ans en fonction de leur pathologie"*
- M8 *"ça peut être intéressant d'avoir des suggestions thérapeutiques sur le maniement de certaines molécules", "qu'il peut y avoir un rôle utile de discussion de choix de traitement, de posologie "*
- M9 *"je posais une question ponctuelle « est ce qu'il y a besoin d'instaurer un traitement antiparkinsonien » ", "si instaurer un médicament ça pouvait l'aider"*
- M10 *"pour adapter le traitement psychiatrique", "On questionnait jusqu'où on allait au niveau antalgique"*
- M11 *"Quand il y a des suggestions médicamenteuses, pourquoi pas, j'essaye de faire ce qu'ils me proposent, ça marche ou ça marche pas, mais c'est une tentative"*

Les médecins estiment que l'avis de l'équipe mobile permet **d'éviter la iatrogénie.**

- M1 *"ça aide bien de les avoir pour essayer d'enlever des médicaments qui ne sont pas justifiés", "éviter la iatrogénèse"*
- M8 *"Parce que le psychotrope c'est pas évident et on a vite fait de faire des bêtises", "Parce que l'Haldol ok, mais des fois il y a des méchantes surprises avec"*

L'intervention évalue **la faisabilité du maintien au domicile.**

- M3 *"C'était pour le maintien à domicile. Pour voir s'il était possible oui ou non"*
- M5 *"J'avais demandé à ce qu'elle soit vue de manière à faire en sorte qu'elle puisse rester chez elle avec les aides qui fallait", "voilà cette personne elle a tel besoin tel besoin on va mettre en place quelque chose pour qu'elle puisse rester chez elle, ou pas ! "*
- M7 *"pour le maintien à domicile"*

- M7 *"nous a quand même permis d'avoir des pistes si un maintien meilleur à domicile"*

Les médecins rapportent que l'expertise de l'équipe mobile permet également d'**évaluer le bénéfice d'une hospitalisation** pour le patient.

- M1 *"on voit bien que ça allait mal pour lui et qu'il fallait peut-être l'hospitaliser", "on va en discuter ensemble et après il va falloir le faire rentrer à l'hôpital,"*
- M3 *"ils peuvent m'aider, me dire si oui ou non, une hospitalisation, serait nécessaire"*
- M10 *"ça m'est arrivé de faire venir l'équipe mobile pour des patients que je voulais hospitaliser au départ, il y avait beaucoup d'attente et donc c'était une solution aussi pour évaluer le patient et éventuellement éviter une hospitalisation, ou l'inverse, ou la justifier"*

L'intervention de l'EMGEH **renforce le lien ville-hôpital.**

- M6 *"C'est bien dans la continuité des soins je trouve que c'est pas mal, c'est un pont entre l'hôpital et la médecine de ville"*
- M6 *"Ça me permet d'échanger, d'avoir un lien à l'hôpital quand j'ai une situation difficile"*

Si la situation justifie une hospitalisation, les médecins interrogés ont relaté que la **prise en charge hospitalière était facilitée**. Les comptes rendus des patients évalués au domicile étant informatisés, les équipes hospitalières peuvent y avoir accès et les **patients sont déjà connus de l'hôpital**.

- M3 *"ça permet aussi aux interlocuteurs gériatres de connaître la personne et peut être d'agir plus efficacement quand elle arrive"*

De plus, l'équipe peut **faciliter l'hospitalisation du patient**.

- M3 *"une hospitalisation était possible au moment où vraiment, j'ai dit qu'on était dépassés à domicile", "j'ai pu reprendre contact avec eux quand j'ai vu que j'y arrivais pas malgré les préconisations, et la patiente a été prise en hospitalisation"*

- M6 *"si c'est pour négocier une place, une entrée directe dans le service de gériatrie, au moins j'ai quelqu'un à l'hôpital que je peux joindre facilement"*
- M9 *"par contre ça m'a aidé dans le fait qu'ensuite ils ont pu être en contact avec le service de gériatrie, qu'ils ont pu rapidement l'hospitaliser et surtout qu'ils ont pu rapidement trouver une solution avec une maison de retraite"*
- M9 *"j'ai vraiment eu l'impression que l'équipe mobile de gériatrie ça a activé les choses et que par rapport à ça, ça pu être un confort pour moi"*

Tout en évitant le passage par les Urgences, redoutée par les médecins interrogés.

- M3 *"elle n'a pas transité par les Urgences", "ça a été moins traumatique pour la patiente je pense"*
- M6 *"faire appel à l'équipe mobile de gériatrie ça me permet quand je sais plus quoi faire, ça arrive pas souvent mais ça arrive encore, de ne pas adresser les patients comme des patates chaudes aux Urgences, en balançant une lettre « altération de l'état général » et puis tout le monde se démerde", "Ça permet de prendre en charge les patients et de pas les abandonner je trouve"*

La venue d'une équipe extérieure est également perçue comme un avantage lors de la **prise de décisions éthiques**.

- M4 *"qu'est-ce qui est raisonnable, qu'est-ce qui est moins raisonnable", "se posait la question de « est-ce que ça vaut le coup d'être un petit peu invasif à certains moments », "est-ce que vu l'état de santé est-ce qu'il est licite de mettre en place une stomie éventuellement"*
- M9 *"il est venu quand le patient ne voulait plus aller voir les spécialistes à l'hôpital et la conclusion c'était « ben c'est un monsieur qui veut rester chez lui donc qu'il reste chez lui »"*

Enfin, l'assistance dans l'élaboration du projet de soin permet également aux praticiens d'**anticiper** sur les situations.

- M10 *"sachant qu'il allait y avoir des problèmes avec sa femme qui n'allait pas rester éternellement au domicile, je pensais qu'il fallait une évaluation", "est ce qu'on va pas avoir des catastrophes ? Donc c'est pour ça le passage de l'équipe, c'est en prévention d'une future aggravation"*

- M11 *"C'est une dame (...), qui déambule beaucoup et qui se mettait en danger et c'était pour savoir comment on pouvait faire. Pour éviter que ça s'aggrave ou pour éviter les chutes"*

Les médecins interrogés ont fait références à des circonstances inextricables dans lesquels la venue de l'EMGEH a permis de **débloquer la situation**.

- M1 *"il y a un moment dans des situations comme ça il faut qu'il y ait des gens de l'extérieur qui viennent pour casser la dynamique infernale"*
- M9 *"j'arrive pas à mettre en place des aides à la maison donc peut être que le fait que quelqu'un vienne à la maison ça peut peut-être débloquer des situations"*
- M10 *"c'est une situation qui perdure depuis longtemps donc je trouve que c'est une solution de faire passer l'équipe mobile pour évaluer la situation au niveau gériatrique et éventuellement débloquer la situation", "ça peut permettre de débloquer une situation", "Elle aura quand même eu un avis extérieur médical, elle n'aura pas eu que l'avis de sa fille ou le mien. Il y a des dossiers où ça fait bouger les choses"*

L'intervention au domicile est décrite comme un avantage. Elle est **confortable pour le patient**.

- M9 *"c'est une patiente qui est en perte d'autonomie, c'est compliqué pour l'emmener en consultation à l'hôpital, donc j'ai fait appel à l'équipe mobile de gériatrie"*
- M11 *"le fait que ce soit mobile ben c'est agréable pour plusieurs raisons : il y a des gens qui préfèrent rester chez eux donc pourquoi les faire hospitaliser si on peut faire le boulot à la maison ", "Si on peut faire un bilan gériatrique sans être hospitalisé c'est pas mal"*

Elle **évite le déplacement** des patients, difficile à mettre en place dans ces situations.

- M9 *"c'est une patiente qui vient encore au cabinet, mais la faire venir en consultation spécialisée, je voulais éviter ça et c'est pour ça que j'avais fait appel à l'équipe de gériatrie", "c'est pour ça que j'avais fait venir l'équipe mobile de gériatrie, c'était pour éviter de déplacer la patiente"*

De la même manière, elle permet **d'éviter l'hospitalisation des personnes fragiles afin de faire un bilan gériatrique.**

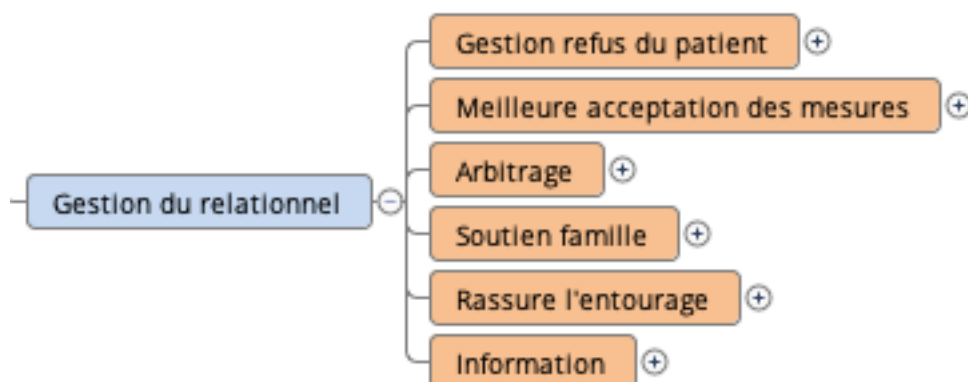
- M11 " des fois on se retrouve face à des malades qui veulent pas être hospitalisés, où on hésite à faire hospitaliser justement parce que ça va les déstabiliser et cette équipe mobile peut rendre de gros services"
- M7 " Il y a une réévaluation du traitement sans hospitalisation parce que ces patients sont tellement fragiles que souvent en cours d'hospitalisation, voilà... "

Ce bilan est réalisé sans latence, en **évitant l'attente relative à une place d'hospitalisation.**

- M11 "c'est agréable aussi parce que quand on cherche une place en gériatrie ça met parfois beaucoup de temps "

Enfin, les médecins ont relevé la possibilité d'un **suivi de la situation clinique** par l'EMGEH.

- M6 "Ils assurent le suivi en donnant au patient des petits coups de téléphone pour voir comment ça va"
- M10 "Je crois qu'ils le font des fois. Mais il faut le demander je crois, qu'ils reviennent"



Dans la première partie, les médecins ont confié leurs difficultés à régir les relations avec les patients et leurs proches. Quand ils ont été interrogés sur leur ressenti par rapport à l'EMGEH, certains ont notifié que l'intervention de l'équipe les a soutenus dans la **gestion du relationnel.**

Un médecin a contacté l'équipe pour obtenir une **aide dans la gestion du refus du patient.**

- M10 "Moi je leur demande de l'aide surtout quand j'ai un problème avec une personne seule et chez qui j'arrive pas à faire quelque chose que je veux faire. Ou qui est en danger. Ou en rupture de soin", "si j'avais appelé l'équipe c'est parce que c'était quelqu'un qui était en refus : refus de soin, refus de prise en

charge, refus de médicament. Refus de tout quoi", "il refuse tout médicament. Alors j'avais voulu une équipe pour savoir qu'est-ce qu'on pouvait faire de plus"

Des praticiens ont remarqué que les suggestions thérapeutiques étaient **mieux acceptées quand elles étaient conseillées par un tiers.**

- M1 *"ça permet voilà de réduire un peu la pression et de faire accepter des choses qui n'étaient pas acceptées jusqu'à présent", "quand ça devient un peu chaotique il faut bien qu'il y ait quelqu'un qui vienne et qui remette un peu d'ordre"*
- M3 *"Mais parfois les gens protestent mais malgré tout ils entendent un peu"*
- M7 *"d'avoir cet avis au moins ça aide la famille à prendre conscience qu'il y a un problème des fois", "ça va permettre d'être dans l'acceptation"*
- M9 *"je pensais qu'il y avait besoin d'aide à la maison et que s'il l'entendait d'un autre professionnel ça serait un poids un petit plus grand pour l'accepter"*

L'équipe mobile a un **rôle d'arbitre** dans certaines situations relatives.

- M4 *"il y a des moments (...) où la famille comprend pas toujours ce qu'il se passe ou aimerait qu'on fasse plus ou voilà d'avoir un peu une sorte d'arbitrage"*
- M2 *"quand vous avez des difficultés avec des accompagnants qui comprennent pas quelque chose. Donc ça fait une autre voix et ça fait du bien"*
- M2 *"la famille est un peu énervée donc ça vous soulage"*
- M10 *"Donc c'est bien qu'il y ait un tiers dans l'affaire"*

Par ailleurs, elle est appréciée pour être un **soutien envers les proches.**

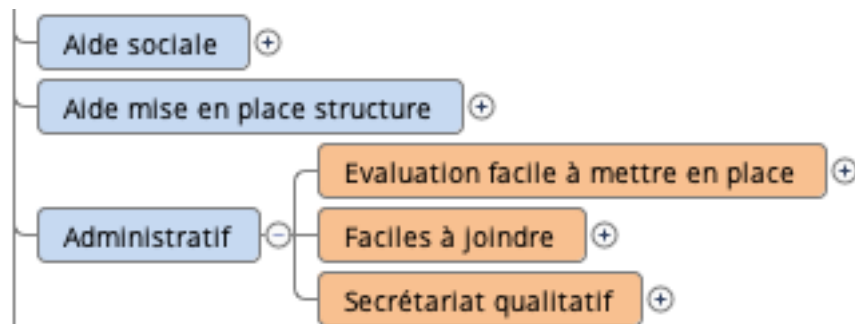
- M6 *"il leur a été proposé la mise en place d'un soutien psychologique à domicile"*
- M7 *"la famille apprécie car elle se sent prise en compte, prise en charge", "Souvent quand on appelle c'est qu'il y a un épuisement familial et qu'ils nous disent on y arrive plus"*
- M9 *"je me suis rendue compte qu'ils ont pu aider une famille. Parce que la fille qui est l'aidante principale, elle a pu dire qu'elle en pouvait plus", "j'ai senti que ça avait donné du souffle à cette famille qui était un peu en difficulté", "je m'étais pas rendue compte de la souffrance de l'aidante et cette consultation-là elle a permis ça"*

L'entourage est rassuré par la mise en place d'une intervention gériatrique.

- M1 *"il y avait « les spécialistes qui sont venus à la maison s'occuper de maman »", "sa fille était rassurée de voir le médecin du service"*

Un médecin pense que les intervenants peuvent **informer les proches**.

- M4 *"pouvoir expliquer où on en est exactement"*



L'équipe mobile est dépeinte comme apportant une **aide sociale** aux praticiens de notre étude.

- M5 *"qu'ils étaient aptes aussi à résoudre les problèmes sociaux qui peuvent se présenter", "Moi la raison pour laquelle je les avais appelés c'était pour voir comment avoir toutes ces aides"*
- M7 *"c'est une aide plutôt sociale parce que tout le reste ça devient gérable"*
- M8 *"« Nous avons demandé à notre service social de reprendre la situation du couple pour finaliser le dossier APA ». Ça oui ça a été fait et c'était bien"*
- M10 *"il y a un contact entre la famille et l'assistante sociale" "il y a quand même l'assistante sociale, ça va peut-être déboucher sur une révision de l'APA"*

Pareillement, les médecins se sont sentis épaulés pour **mise en place de structures**.

- M7 *"il va y avoir des mises en place de service de rééducation", "Alors en plus là l'avantage d'avoir l'ALD 15 c'est qu'on peut leur faire faire l'hôpital de jour et c'est intéressant pour la famille car ça les soulage"*
- M9 *"une prise en charge par Mr F qui vient au domicile, l'ergothérapeute", "c'est eux qui ont organisé le séjour de répit pour la patiente, c'est même pas moi qui ai eu à le faire"*

D'un point de vue administratif, certains médecins trouvent que l'évaluation est facile à mettre en place.

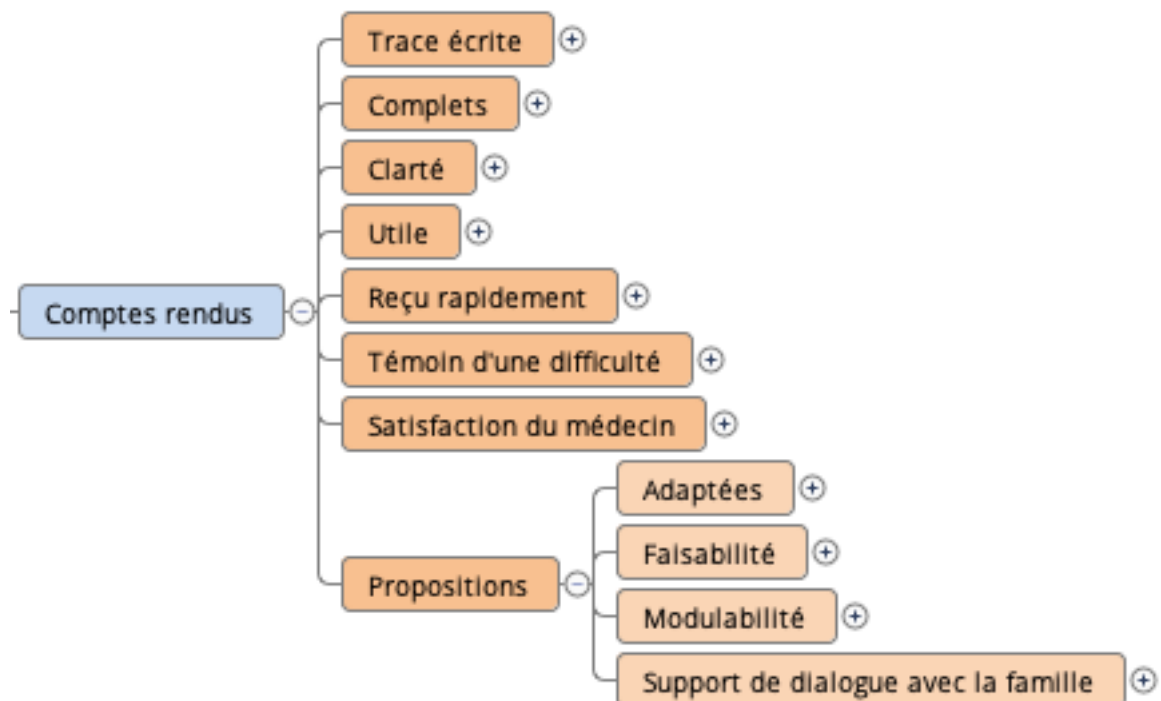
- M4 "ils rappellent pour donner la date, franchement il n'y a pas de difficulté pour la mise en place de l'évaluation"
- M9 "ils interviennent de façon relativement rapide quand je les appelle"

L'équipe est décrite comme étant facile à joindre,

- M4 "ils sont faciles à joindre"

Avec un secrétariat qualitatif.

- M4 "le secrétariat c'est carré, ça tourne"



Les comptes rendus de l'équipe mobile sont évoqués par les médecins dans les entretiens.

- M10 "on a une trace écrite"

Ils sont considérés comme complets par les sujets de l'étude.

- M7 "Oui, ils sont hyper complets"

- M8 *"Ils sont très bien, très détaillés, de toute façon il n'y a rien à dire, la gériatrie c'est « le top ten » des meilleurs comptes rendus, hyper détaillés, il y a tout, pas de problème"*
- M9 *"Alors ils sont hyper complets, ils voient vraiment le patient dans sa globalité", "je trouve qu'ils ont toujours des courriers qui sont bien complets et ils s'arrêtent pas juste à la question"*
- M10 *"C'est les comptes rendus qui sont très précis, très détaillés, avec une bonne évaluation gériatologique"*

Les résultats décrits dans les courriers sont **clairs**.

- M4 *"C'est très bien c'est clair il y a vraiment le rappel de la situation qui est généralement bien comprise par les collègues"*
- M4 *"c'est bien c'est carré c'est facilement compréhensible"*
- M6 *"J'ai des courriers qui sont clairs", "Et la conclusion donc très bien présentée le courrier à la fin, des observations très pertinentes, bien présentées, très organisées. Concis, clair, réutilisable"*

Et **utiles**.

- M3 *"c'est très utile, je les garde avec moi", "ça fait comme un repère en fait"*

Les praticiens trouvent que les analyses leurs sont **envoyées rapidement**.

- M6 *"reçu en temps et en heure"*
- M9 *"j'ai des comptes rendus qui sont rapides quand même"*

Un médecin considère les comptes rendus comme le **témoin d'une difficulté avec les patients**.

- M3 *"Quand j'en suis à emporter la lettre de l'équipe de gériatrie c'est qu'il y a un souci"*

Certains médecins se déclarent **satisfaits des comptes rendus**.

- M10 *"il est excellent"*
- M2 *"oui, c'était très bien"*
- M11 *"Ça me va, c'est bien, ça montre que vous avez réfléchi au truc, ça le prouve. Moi je suis content de ces évaluations gériatriques"*

Au niveau des suggestions de prise en charge, correspondant à la dernière partie des comptes rendus, certains médecins les trouvent **adaptées à la situation**.

- M3 *"toujours eu des avis pertinents"*
- M4 *"C'est logique c'est en fonction de la situation"*
- M9 *"la plupart du temps elles sont aidantes"*

Elles semblent **faisables**.

- M3 *"J'essaye", "Non jamais (ndlr : à propos d'éventuelles difficultés de mise en place)"*
- M4 *"ça représente l'idéal qui serait possible", "on fait en fonction de ce qui est possible"*
- M7 *"Il y a des mesures qui sont simples, changer de traitement y'a pas de soucis", "c'est assez simple à les mettre en place"*
- M9 *"la plupart du temps je les suis"*

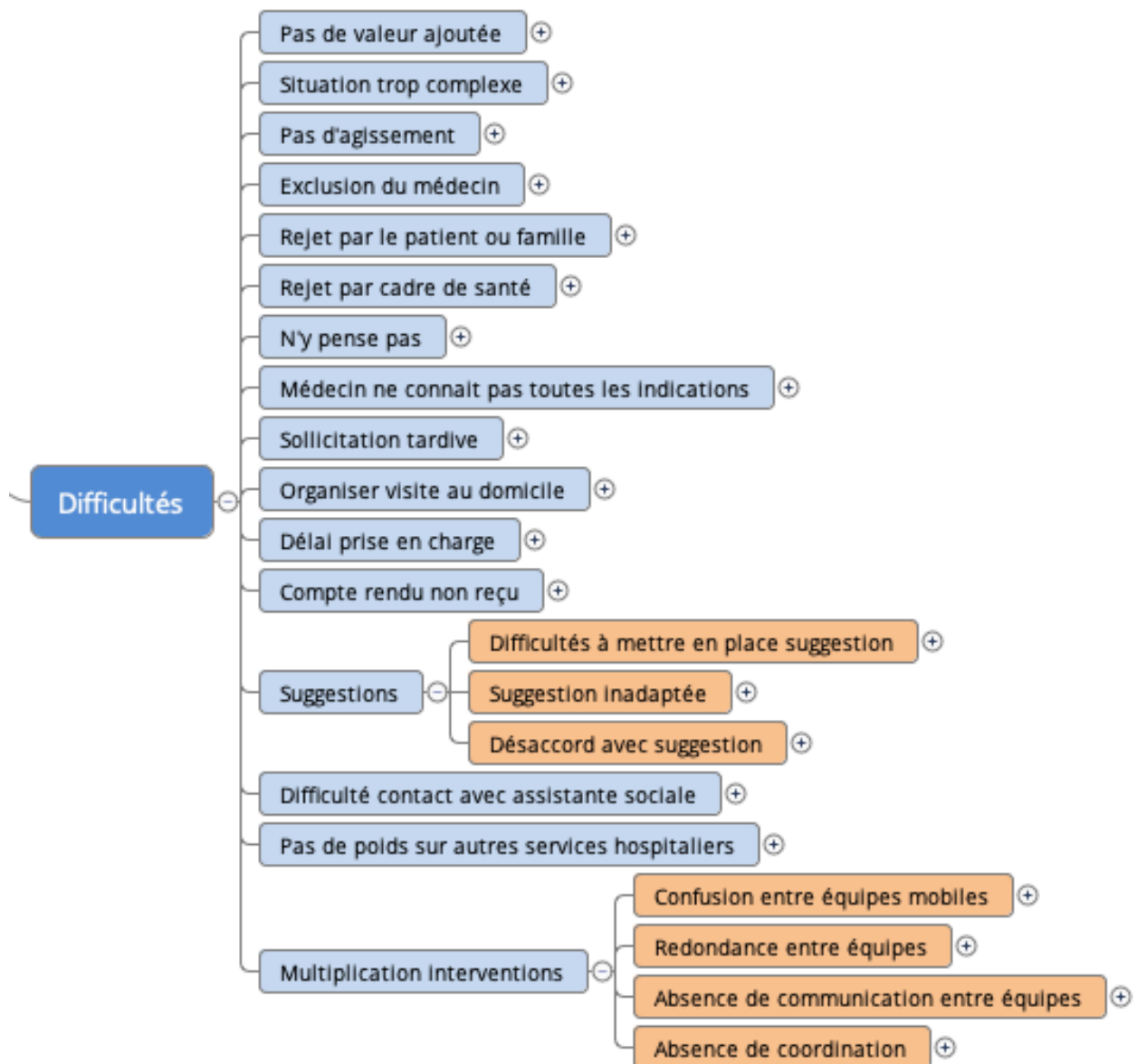
Dans le cas où leur réalisation n'est pas possible, les suggestions leurs semblent **modulables**.

- M4 *"parfois aussi on peut avoir des réponses qui sont hypothétiques (...), partir sur une option ou sur une autre", "on fait en fonction (...) de ce qu'on pense"*
- M9 *"ils font une synthèse de leur évaluation où ils me donnent des pistes pour la suite"*
- M11 *"les suggestions m'allaient très bien sauf qu'elles ont pas pu être adoptées. Mais bon c'est pas grave j'ai appelé et il y a d'autres choses qui se mettent en route"*

Enfin, un médecin utilise le compte rendu comme un **support de dialogue avec la famille**.

- M7 *"c'est listé donc on peut dire à la famille « est ce que vous l'avez fait ou pas ? »"*

c) *Difficultés rencontrées lors de la prise en charge*



Les médecins sondés pour notre étude ont également retracé les **difficultés** qu'ils ont rencontré au cours de la prise en charge de l'EMGEH. Quelques praticiens **ne considèrent pas que l'intervention ait présenté de valeur ajoutée** dans la prise en charge de certains seniors. M1 a déclaré préférer prendre contact directement avec le service de gériatrie pour un conseil téléphonique que de faire déplacer une équipe au domicile.

- M1 *"J'appelais en gériatrie pour discuter pour avoir un conseil, donc je ne voyais aucune utilité à les faire venir en plus à la maison", "je n'en voyais pas l'utilité pour moi en tout cas (rire) mais c'est personnel", "j'aurai même pas pensé à faire venir en plus les gens de gériatrie, alors que la solution c'était de la placer dans un établissement "*

- M9 *"L'intervention en elle-même de l'équipe mobile de gériatrie, ça m'a pas apporté grand-chose parce que je ne suis pas sûre que dans ce genre de situation on puisse faire des choses extraordinaires malheureusement "*
- M11 *"vous êtes venus essayer de m'aider mais ça n'a pas été d'une efficacité folle car le but c'était de la sortir de son lit, de voir ce qu'on pouvait faire pour la faire maigrir, pour la faire remarcher"*

M9 considère que la situation complexe pour laquelle il a fait appel requérait une réponse **trop spécialisée**.

- M9 *"Et là pour le coup, c'est pas tant l'équipe mobile de gériatrie qui a... j'avais demandé un avis ponctuel où j'avais déjà les réponses mais en même temps je pense qu'ils ne pouvaient pas m'apporter d'autre réponse", "c'était peut-être aussi une question un peu trop spécialisée"*

Certains médecins regrettent le fait que l'équipe mobile **n'agissent pas plus** à leurs côtés en mettant en place les suggestions.

- M3 *"Mais ils ne peuvent donner que des conseils, ils ne peuvent pas agir avec moi en fait"*
- M7 *"il y a des suggestions mais il n'y a pas d'aide, peut-être qu'il y ait une aide", "peut-être une aide plus directe car eux ils font des suggestions mais ils ne font rien"*

M1 relate s'être senti **exclu de la prise en charge**.

- M1 *"Moi je me suis tenu à l'écart et je ne suis pas du tout intervenu là-dedans", "ça s'est passé entre eux", "j'étais un peu perdu je ne sais pas trop comment ça se fait mais ça se fait un peu à mon insu quoi"*

Tandis que d'autres médecins rapportent que la prise en charge a été compliquée du fait d'un **rejet par le patient ou ses proches**.

- M3 *"ça n'a pas été très bien accepté sur le coup", "La famille dont on a parlé ça a été très difficile à mettre en place"*
- M6 *"en définitive je crois qu'il ne l'a pas accepté parce que c'est un dur à cuire.", "Je crois qu'il l'a pas accepté au final"*

- M7 *"pour moi c'est souvent un problème car ils ne sont pas compliants à ce moment-là"*
- M9 *"ils ont fait une évaluation en disant qu'il y avait besoin, effectivement d'aide à la maison mais ensuite il a refusé les aides"*
- M10 *"Des fois ça leur passer au-dessus de la tête. Il y en a une qui a dit « oui ils sont venus mais je changerai rien hein »", "c'est pas toujours suivi de résultats. Ça malheureusement c'est l'inconvénient", "c'est que les gens refusent de les appliquer, (...) on fait des propositions par rapport au patient mais si le patient il s'y oppose, ou si la famille s'y oppose on est bloqués quoi "*

Dans un cas, **le personnel soignant de l'établissement** où se trouvait le patient a fait obstacle à la prise en charge.

- M4 *"ça s'était pas très bien passé sur l'EHPAD (...) avec la collègue qui n'avait pas été très bien accueillie par la cadre de santé "*

Certains médecins considèrent qu'ils font peu appel à l'équipe mobile **car ils ne pensent pas à utiliser cet outil.**

- M1 *"j'étais plus ou moins au courant que ça existait"*
- M2 *"C'est pas que j'étais contre mais je les connaissais pas bien en fait", "c'est pas moi qui ai eu l'idée quand même"*
- M4 *"c'est pas moi qui a eu l'initiative de la prise en charge"*
- M11 *"je me dis que je devrai y avoir recours plus souvent à l'équipe mobile, que je ne suis pas assez demandeur", "Je devrai faire plus appel"*

Un médecin **ne connaît pas toutes les indications de prise en charge.**

- M2 *"c'est vrai j'ai jamais fait chez des gens qui sont chez eux"*

Un autre généraliste considère qu'il fait **appel trop tardivement** à l'équipe mobile.

- M7 *"C'est peut-être moi qui ai appelé trop tard", "Il faut peut-être appeler plus tôt mais il faut que nous en tant que médecin on anticipe un peu plus sur la demande "*

L'organisation d'une visite à domicile a été complexe pour M8.

- M8 *"j'ai demandé au Dr M de l'hospitaliser parce que je ne pouvais pas organiser, c'est pas toujours évident d'organiser l'intervention d'une équipe mobile, ça dépend de l'entourage"*

De plus, M8 trouve que **les délais de prise en charge sont importants.**

- M8 *"c'est pas évident d'avoir des rendez-vous", "pour reprendre le dossier, il y a une telle liste d'attente et de choses que c'est vraiment long"*

Concernant les comptes rendus d'évaluation, un médecin déclare **ne pas avoir reçu ceux de ses patients.**

- M5 *"J'ai pas toujours reçu des comptes rendus", "Non non j'ai jamais rien reçu"*

Quant aux **suggestions**, un praticien a éprouvé des **difficultés à les mettre en place.**

- M10 *"des conseils qui sont en général logiques mais pas toujours applicables malheureusement", "Si après c'est pas mis en pratique c'est pas forcément notre faute quoi"*

Certaines suggestions ont paru **inadaptées aux situations.**

- M5 *"vous allez voir ils vont me demander de faire une demande d'ALD pour l'Alzheimer et tout ça, sans qu'elle ait eu un scanner, sans qu'elle ait vu de neurologue", "il faut que je fasse des ordonnances pour des séances de réadaptation... Je vois pas pourquoi"*
- M7 *"c'est pas très compliqué sauf quand il y a des examens, des fois il y a certains examens qui sont... par exemple une IRM cérébrale chez quelqu'un qui est dément c'est pas possible à faire"*
- M9 *"la conclusion c'était peut-être l'orienter chez le néphrologue... (rire), je m'attendais pas à ça comme réponse", "allez voir le néphrologue ben non justement moi j'avais voulu une évaluation gériatrique parce que je pensais que la patiente était plus gériatrique que néphrologique"*

Certains praticiens expriment un **désaccord vis-à-vis des suggestions**.

- M8 : *"Dr B je l'avais même rappelée car je lui ai dit à mon avis « vous avez un peu sous-estimé la situation » ", " « Monsieur F est bien entouré de sa belle-sœur et semble bien accepter les aides à domicile ». Ça c'est du pipeau ! ", "j'ai rappelé madame B pour lui dire « ah non justement c'est pour ça qu'on voulait votre avis ». Parce que déjà nous à l'époque on pensait qu'il aurait fallu une mesure de sauvegarde de justice "*
- M9 : *"C'est en gros la seule fois où j'ai pas suivi, j'ai dit « oh ben non là je suis pas d'accord, le but c'est pas de faire courir la patiente partout »", "j'ai pas suivi la réponse parce que le but c'était pas de l'adresser"*

M7 a rencontré des **difficultés pour contacter l'assistante sociale**.

- M7 *"j'ai pas les numéros de téléphone", "quand on appelle on nous dit que c'est sensé nous aider mais il n'y a jamais personne au téléphone", "des fois il faudrait qu'on puisse les contacter pour avoir des solutions rapides pour des dossiers où on est tout seul"*

Un autre médecin a remarqué que dans certains cas, **l'équipe mobile n'a pas de portée sur les autres services hospitaliers pour faire admettre un patient**.

- M11 : *"Mais même en faisant partie des murs vous arrivez pas, visiblement, (...) à faire rentrer cette dame", "J'espérais que faisant partie de l'équipe mobile de l'hôpital elle pourrait aider à ce qu'elle rentre à l'hôpital cette dame pour être soignée"*

Enfin, **l'existence de plusieurs équipes mobiles à visée gériatrique dans le secteur a été un élément de confusion**.

- M8 *"il y a beaucoup de structures"*
- M10 *"Parce que j'ai les deux qui interviennent donc ça se mélange un petit peu mais pour moi c'est un peu la même chose."*

Le travail effectué par ces équipes paraît **redondant** à un médecin.

- M10 : *"Ah le docteur G c'est l'équipe mobile de géronto psychiatrie. Mais ils font un peu la même chose ", "Je vois pas trop de différence entre la gérontopsychiatrie et la gérontologie. C'est souvent intriqué"*

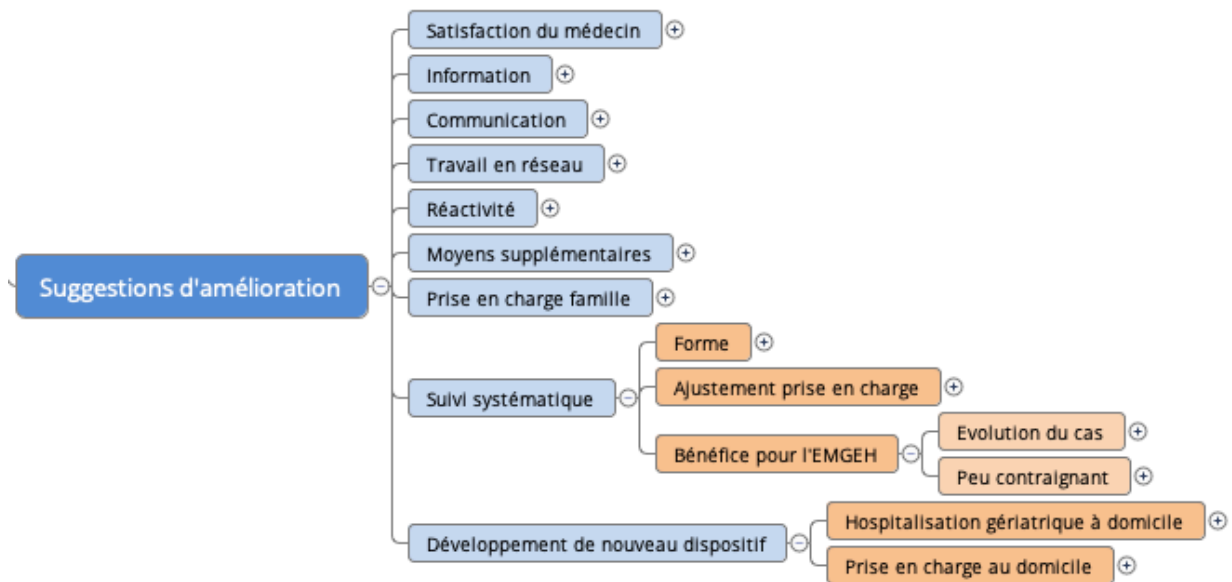
Un autre médecin déplore un **manque de communication** entre les différentes équipes mobiles.

- M8 : *"plutôt que travailler en parallèle il faudrait que les deux services travaillent en communication à mon avis", "on a l'impression qu'ils travaillent les uns à côté des autres sans communiquer"*

Ainsi qu'un **manque de coordination**.

- M8 *"le manque de coordination abouti parfois à un gaspillage d'énergie", "S'il y a eu des petites choses de faites par rapport à l'énergie qui a été dépensée je pense qu'on aurait pu être plus efficaces"*

d) Suggestions d'amélioration



Afin de conclure, les médecins interrogés ont été invités à émettre des **suggestions afin d'améliorer les futures prises en charge de l'EMGEH.**

Quelques praticiens se sont déclarés **entièrement satisfaits du travail effectué.**

- M1 "j'ai aucun reproche à faire à personne"
- M4 "c'est bien, ça fait avancer les choses "
- M6 "Aucun reproche, je ne vois pas ce qu'on pourrait faire de mieux. Bonne initiative", "Je sais pas qui je serais pour donner mon avis pour des choses à améliorer alors que c'est déjà très bien"
- M11 "Moi je suis content, j'ai pas de suggestions particulière, qu'ils continuent voilà"

Un médecin souhaiterait être plus **informé sur les indications de prise en charge par l'équipe mobile.**

- M5 "qu'il faudrait faire une réunion uniquement liée à ça pour qu'on sache comme ça marche, dans quel cas on va les demander, à quoi ça sert", "peut être que je vais mieux l'utiliser parce que j'avais plutôt l'impression que tout était groupé, j'avais même pas le bon numéro"

Les praticiens souhaitent **renforcer la communication avec l'équipe.**

- M2 *"c'est toujours avoir des numéros pour avoir quelqu'un facilement", "Faudrait qu'on ait... Je sais pas si on en a, des numéros vraiment agréés médecins quoi. Pour les joindre directement"*
- M5 *"Qu'on parle plus entre nous, plus de communication, mais aussi bien de ma part que de la part du service de gériatrie"*
- M8 *"il faudrait rappeler à tous les intervenants qu'il faut avoir une dimension humaniste et voilà c'est qu'on communique", "communiquer et qu'il y ait quelqu'un qui fasse une synthèse"*

Et **consolider le travail en réseau.**

- M3 *"on puisse travailler vraiment en réseau"*

Un praticien aimerait que le **délai avant une prise en charge soit diminué.**

- M7 *"Il faut que ça soit réactif, si on me donne un délai dans 15 jours, tout a déjà...", "raccourcir ce temps de flottement pour que tout soit bien cadré"*

Il suggère également des **moyens technique et humain supplémentaires.**

- M7 *"qu'on ait un électro à domicile des examens spécialisés à domiciles ", "des fois on avait des cardios à domicile avant, on n'a plus"*

Ainsi que de **mettre en place des aides pour les familles.**

- M7 *"Peut-être des aides d'accompagnants aussi des fois, ça serait bien de prendre en charge"*

Selon les médecins interrogés, il serait bénéfique de **mettre en place un suivi systématique des patients. Différents formats de suivi** ont été proposés.

- M4 *"peut être avoir un entretien confraternel ", "ce qu'on pourrait éventuellement proposer c'est qu'on puisse faire un point à distance en fonction des propositions ", "pas obligatoirement revoir le patient"*
- M10 *"Moi ce qui serait bien c'est qu'il y ait une nouvelle visite à distance pour voir si les choses ont bougé. Proposer une nouvelle visite à distance"*

Ce suivi systématique à distance pourrait permettre d'**ajuster la prise en charge**.

- M4 *"Pouvoir réajuster éventuellement à l'aune de ce qu'on aura pu découvrir par la suite ou des examens qu'on aurait pu faire", "éventuellement de prévoir une autre orientation"*
- M10 *"Ça ferait peut-être bouger les gens parce qu'ils voient passer une équipe là et puis bon ils disent « ils sont passé ils reviendront plus, voilà hein »"*

M4 considère que ce travail serait bénéfique pour l'EMGEH, leur permettant de **suivre l'évolution du cas clinique**.

- M4 *"je pense que ça peut être aussi intéressant pour eux d'avoir des retours sur les choses et de voir les choses avec leur évolution", "je pense qu'il y a des fois où ils ne savent pas beaucoup plus que nous mais qu'entre ce qu'ils ont proposé et avoir les diagnostics plus précis en fonction des examens complémentaires éventuels"*

Tout en étant **peu contraignant** selon lui.

- M4 *"ça serait pas très long non plus, ça leur prendrait pas spécialement beaucoup beaucoup de temps de faire un petit point à distance"*

Enfin, un médecin souhaiterait que de **nouveaux dispositifs se développent**.

- M3 *"Si on avait eu un service qui pouvait venir en renfort et à domicile, mais un service qui comprenait aussi un aspect technique, on aurait pu le laisser à domicile", "c'est qu'il y ait ce service là avec une possibilité de réfléchir à une espèce d'hospitalisation gériatrique à domicile"*

Pour **gérer uniquement les personnes âgées au domicile**.

- M3 *"Je pense qu'on pourrait maintenir à domicile s'il y avait un service qui nous aidait à ça, qui pouvait faire rapidement intervenir et nous aider dans la logistique et le suivi", "pour ne plus ou presque plus hospitaliser les gens"*

V. Discussion

A. Forces de l'étude

Cette étude est la première à explorer le ressenti des médecins ayant recouru à l'EMGEH du centre hospitalier de Perpignan vis-à-vis de la prise en charge effectuée.

Le choix de la méthode d'analyse qualitative est adapté pour explorer le ressenti.

La réalisation d'entretiens semi-directifs a permis aux médecins d'évoquer leur expérience en évitant d'être influencés. Les entretiens ont été réalisés par une même enquêtrice formée à la conduite de ces derniers. La modification du guide d'entretien au cours de l'étude en a augmenté la richesse.

L'enquête a été réalisée à l'aide de deux moyens d'enregistrement, la transcription des entretiens a été fidèle et il n'y a pas eu de problème technique.

L'échantillon étudié était hétérogène, représentant des médecins des deux sexes, de tout âge et avec des pratiques différentes, ce qui permet de limiter le biais de sélection.

B. Limites de l'étude

Le recueil et l'analyse de données ont été faites par la même personne, il n'y a pas eu de triangulation des données, ce qui limite la validité de l'étude.

Il existe un biais d'investigation car l'enquêtrice était novice dans la réalisation d'étude qualitative, bien qu'elle ait suivi une formation à cet effet.

Aucun médecin de milieu rural n'a été inclus dans l'étude.

Le recrutement des médecins a été réalisé sur la liste d'intervention de l'année 2018, ce qui induit un biais de sélection mais également un biais de mémoire, les interventions de l'équipe mobile étant éloignées dans le temps. Le recrutement des sujets de l'étude a été laborieux. Nous supposons

que les médecins ayant accepté de participer y avaient un intérêt, ce qui peut nous faire conclure à tort. Ce biais est minimisé par la saturation des données obtenues.

Les médecins connaissaient le sujet de l'étude à l'avance, ce qui a pu leur permettre de préparer leurs réponses.

L'enquêtrice était fréquemment associée à l'EMGEH et un des médecins y travaillant est un ancien médecin généraliste de la région. Les médecins interrogés ont pu moduler leur critique.

Le lieu et l'horaire de l'entretien était laissés à la convenance du médecin. Certains entretiens ont été réalisés durant les horaires de consultation du médecin, ce qui a pu en raccourcir la durée.

Bien que les entretiens aient été réalisés dans des conditions propices au recueil de données, la neutralité de l'environnement n'a pas été respectée. Un entretien a été réalisé au domicile du praticien, un autre a eu lieu dans un salon de thé.

C. Synthèse des résultats et comparaison à la littérature

1. La personne âgée : des difficultés de prise en charge malgré un intérêt clinique

La pratique de la gériatrie par les médecins généralistes fait partie intégrante de leur quotidien. Elle est appréciée des sujets de notre étude car la prise en charge du patient dans sa globalité, l'anticipation des décompensations et la réactivité face aux événements médicaux font appel aux fondamentaux du métier de généraliste : l'accompagnement des patients au long de leur vie et la coordination des soins.

Ces rôles prennent une place plus importante dans la prise en charge de la personne âgée fragile que chez le patient jeune en bonne santé, vu sporadiquement en consultation.

Cependant, les généralistes rapportent des difficultés dans la gestion des personnes âgées en médecine générale.

Soigner les personnes âgées demande de leur consacrer un temps important : la clinique est modifiée, la polyopathie augmente le risque de complications, il faut adapter les traitements, faire la synthèse des apports des différents acteurs de soin, anticiper les complications.

Une enquête de la DRESS (Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques) de 2006 retrouve que les durées de consultation augmentent avec le nombre d'ALD, le nombre de pathologies, en cas de présence d'un accompagnant et également en visite à domicile (31). Ces situations sont fréquemment rencontrées lors de consultations gériatriques.

Certaines pathologies liées à l'âge, notamment les démences, complexifient les prises en charge. Les patients sont plus enclins à refuser des traitements par manque de compréhension et leur mise en place nécessite l'appui d'une tierce personne.

D'autres maladies chroniques présentent des modifications avec l'arrivée du grand âge : les pathologies psychiatriques, par exemple, peuvent avoir une présentation atypique, plus difficile à appréhender.

Les médecins de l'étude font preuve de prudence dans leur prise en charge, notamment en se méfiant des thérapeutiques. Les patients de plus de 65 ans sont deux fois plus exposés au risque iatrogène (les chiffres étant sous-estimés en raison de la sous notification des événements iatrogènes) et les effets indésirables des médicaments ont des conséquences plus graves chez cette population (32).

Toutefois, l'aspect médical n'est pas la principale complexité rencontrée par les médecins de notre étude. Dans la majorité des situations relatées, l'abord du patient devient problématique en raison de facteurs surajoutés : relationnels, sociaux, administratifs.

La relation médecin-malade dans le cadre gériatrique se complexifie. Le refus du patient de mettre en place des thérapeutiques ou des aides est un obstacle.

Le refus de soin en gériatrie est une problématique fréquemment rencontrée. Elle peut résulter d'une incompréhension du traitement, d'une douleur ou d'une souffrance morale, d'une recherche du contrôle sur l'état de santé alors que l'autonomie diminue.

La gestion de ce refus est une préoccupation importante des médecins interrogés : il remet en cause leur objectif professionnel premier qui est de procurer des soins. Le refus peut être source de tension pour le médecin : il peut provoquer un sentiment d'échec de sa mission, pouvant générer de la culpabilité.

L'isolement de la personne âgée est une entrave aux soins. La solitude gêne la mise en place des traitements, leur compréhension et leur observance. Par ailleurs, les déplacements du patient sont limités par manque d'accompagnant.

Lorsque des aidants naturels sont présent, la relation médecin-malade devient tripartite. Tous les médecins de notre étude ont cité les relations qu'ils entretiennent avec les proches des patients, tout en révélant les ambivalences : les aidants peuvent être un apport indéniable en évitant l'isolement de la personne âgée, en en prenant soin et en formant une alliance thérapeutique avec les professionnels soignants.

Cependant, la présence d'un entourage peut aussi être un obstacle pour le travail du médecin ou le bien-être du patient. Certains proches sollicitent les médecins de façon inappropriée (sollicitation trop importante, trop tardive, inadaptée...) ou, au contraire les excluent de la prise en charge. Les raisons de refus évoquées dans l'étude sont un manque de compréhension du traitement, un déni de la situation, des difficultés financières, une expression de l'épuisement de l'aidant, une volonté de gérer seul la personne âgée. Ces motifs sont similaires à ceux retrouvés dans la littérature (33).

Les médecins interrogés remarquent que l'épuisement de l'aidant est souvent un facteur qui influence leur stratégie thérapeutique. Il est effectivement prouvé par plusieurs études que le fardeau de l'aidant naturel a des conséquences sur sa santé (majoration du risque cardio vasculaire, stress, dépression...)(34), et sur la santé du patient (maltraitance, hospitalisations et institutionnalisation non justifiées médicalement).

Le fardeau de l'aidant peut être analysé grâce au score du « fardeau de Zarit », composé de 22 items. Il existe également un mini-Zarit, facilement utilisable en consultation (annexe 6). Des mesures de santé publique ont été mises en place pour analyser l'état de santé des aidants de personnes à risque de dépendance. Une consultation annuelle est conseillée dans la mesure n°3 du Plan Alzheimer 2008-2012 : « amélioration du suivi sanitaire des aidants naturels ».

Enfin, un aidant naturel peut être lui-même un patient âgé fragile.

La prise en charge s'effectue souvent au domicile, ce qui peut la complexifier (absence de matériel, difficulté à accéder au dossier du patient, patient opposant à accueillir le praticien) en plus de l'augmentation du temps de consultation générée par la visite au domicile.

Les médecins conviennent de l'intérêt d'une équipe paramédicale auprès du patient. Outre l'apport de leur implication thérapeutique, elles sont un soutien pour le patient et pour le médecin traitant. Elles luttent contre l'isolement du patient. Elles aident le médecin grâce à leur connaissance approfondie du patient et sont également un rempart contre la solitude du médecin traitant. Bien que les données de la littérature retrouvent que 47,5% des médecins généralistes ont du mal à trouver des infirmières disponibles, cette difficulté n'a pas été évoquée dans notre étude.

Outre le temps important employé aux personnes âgées lors des consultations médicales, les médecins relèvent un temps conséquent consacré aux démarches administratives et sociales. Celles-ci sont complexes et génèrent une surcharge de travail, majorée parfois par l'absence d'interlocuteur.

Ces démarches administratives ont souvent pour but de permettre un meilleur maintien à domicile en obtenant des aides financières et humaines. C'est un élément essentiel de la prise en charge retrouvé dans notre étude. Il permet de garder la personne âgée dans son environnement et ainsi éviter les perturbations.

Les difficultés à aménager le lieu de vie du patient peuvent mener à son transfert en maison de retraite.

L'entrée en EHPAD peut résulter de facteurs inévitables (survenue d'un évènement aigu ou aggravation de pathologie chronique, le rapprochement avec un conjoint) ou évitables (l'absence d'aménagement du domicile).

Ces derniers génèrent de la culpabilité et de la tristesse chez les médecins de notre étude qui le ressentent comme un échec de leur prise en charge. On ne retrouve pas d'étude dans la littérature relative au ressenti des médecins lors de l'institutionnalisation de leurs patients, à contrario de celui des aidants.

Lorsque les patients requièrent une hospitalisation, des délais importants en raison d'un manque de lit d'aval sont à déplorer. Une difficulté à joindre ou à prévoir des consultations avec les spécialistes d'organe a également été relevée. Les délais nécessaires pour obtenir un rendez-vous chez les spécialistes ont augmenté depuis cinq ans, toutes régions et toutes spécialités confondues selon une étude de l'IFOP pour le cabinet Jalma (35). Cette tendance va se maintenir en raison de l'augmentation du nombre de patients âgés et la diminution du nombre de médecins. Il faudrait donc développer d'autres moyens d'accès aux soins.

Les difficultés à anticiper les complications, la survenue d'évènements aigus et l'impossibilité de faire hospitaliser des patients directement en service peuvent entraîner une admission aux Urgences. Elle est redoutée par la majorité des médecins de l'étude qui considère un passage aux Urgences comme la preuve de l'échec de leur prise en charge ainsi qu'un risque pour le patient en raison notamment du temps et des conditions d'attente. L'attente est en moyenne plus longue pour une personne âgée (4 heures et 30 minutes, contre 2 heures et 20 minutes pour les patients plus jeunes selon la DRESS) et présente des risques plus graves (escarres, thrombose, confusion...).

Les difficultés ressenties par les médecins de notre étude pour la prise en charge des personnes âgées sont à rapprocher des contraintes relatives au métier de médecin généraliste. Dans notre étude, les médecins relatent un sentiment d'isolement et de surcharge de travail. La surcharge concerne notamment les tâches administratives qui occupent 6 heures du travail hebdomadaire d'un médecin, tout type de patient confondu.

En conclusion, nous pouvons dire qu'au-delà de la complexité intrinsèque à la gériatrie s'ajoutent des difficultés extrinsèques importantes : le nombre de patients âgés complexes augmente tandis que le nombre de médecins diminue en ville comme à l'hôpital. Les médecins traitants se sentent isolés dans les prises en charge médicales et sociales.

Ces difficultés sont similaires à celles mises en exergue par l'étude Autonomie de 2004 en Île de France : 91% des médecins traitants rencontrent des difficultés avec les personnes en perte d'autonomie. Celles-ci sont (36):

- Le manque de services de soins, de service et d'intervenants à domicile
- Le manque de structures d'hébergement non hospitalières
- Le manque de structures hospitalières adaptées pour personnes âgées
- L'absence d'aide
- Les difficultés administratives et financières
- Les difficultés d'orientation du patient vers une structure adaptée

2. L'EMGEH : un outil adapté mais perfectible

Certains médecins connaissent bien le fonctionnement et les rôles de l'EMGEH. A contrario, ils sont méconnus d'autres praticiens qui l'utilisent peu : l'évaluation est demandée par

un tiers avec leur accord et ils ont un rôle plus passif dans la prise en charge, jusqu'à s'en sentir exclu.

On peut supposer qu'une meilleure connaissance de l'équipe pourrait augmenter son utilisation par ces médecins.

L'intervention de l'équipe mobile a présenté des bénéfices pour les médecins de notre étude.

Ils entretiennent des relations confraternelles avec l'EMGEH. Alors qu'il est difficile de joindre les spécialistes, l'équipe mobile est décrite comme étant disponible et un soutien pour les généralistes.

Certains médecins préfèrent néanmoins toujours prendre un avis téléphonique directement au service de gériatrie. Ce contact est facilité car ils connaissent les médecins travaillant dans le service. Cependant, les jeunes médecins semblent avoir moins de contact hospitalier et avec le changement des équipes hospitalières, ce système d'avis téléphonique ne semble pas pérenne.

Renforcer l'assistance téléphonique permettant d'obtenir un avis médical par un médecin de l'équipe mobile sur un questionnement ne nécessitant pas de déplacement pourrait être une solution.

L'intervention de l'équipe mobile permet de réaliser le bilan gériatrique complet, dans l'environnement du patient. Une évaluation au domicile est bénéfique pour de multiples raisons : elle est confortable pour le patient, le lieu de vie est évalué, le bilan complet est réalisé en une intervention. De plus, le généraliste n'a plus à réaliser ce bilan qui est difficile à mettre en place en pratique, il réalise ainsi un gain de temps.

Les médecins décrivent des cas gériatriques où les situations paraissent figées, tant au plan relationnel médical. Une nouvelle expertise par une équipe extérieure permet d'avoir un nouveau regard sur les situations.

De plus, la venue de l'EMGEH crée une collégialité dans la prise de décisions éthiques.

La gériatrie est décrite comme complexe. L'EMGEH aide les médecins interrogés à prendre en charge médicalement le patient, de la réalisation du diagnostic à la prévention de la iatrogénie. Ils se prononcent également sur la faisabilité du maintien à domicile ou sur la nécessité d'une hospitalisation.

Dans certains cas décrits, l'analyse préalable par l'équipe mobile a permis de faciliter l'hospitalisation du patient, en évitant l'admission aux Urgences.

Dans certaines situations en revanche, l'évaluation réalisée n'a pas apporté satisfaction aux médecins.

Ces derniers ont noté avoir sollicité l'équipe mobile tardivement dans des cas de dépendance avérée du patient. Il est alors difficile d'inverser la situation.

Se pose alors la question du meilleur moment pour solliciter l'EMGEH.

L'évaluation gériatrique permet de faire le diagnostic de la fragilité, mais elle est réalisée par l'EMGEH en amont de la demande du médecin généraliste. Aucun outil de dépistage standardisé n'a encore été validé pour le repérage de la fragilité. Cependant, la HAS a conseillé en juin 2013 l'utilisation d'une grille de repérage de la fragilité en soins primaires mise en place par le gérontopole du CHU de Toulouse (15). Cette grille (annexe 7) a été retenue comme pertinente par la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie (SFGG) et le Conseil National Professionnel de Gériatrie (CNPG). Sa diffusion auprès des médecins généralistes pourrait leur permettre de dépister les situations nécessitant une évaluation gériatrique standardisée avant l'apparition de situations d'urgence ou de dépendance installée.

Une autre limitation de la prise en charge de l'équipe mobile est la survenue d'une problématique médicale trop spécifique nécessitant l'avis d'un spécialiste d'organe. Il pourrait être intéressant de proposer leur venue en fonction des cas, ou de mettre en place un système de téléconsultation au moment de l'évaluation gériatrique. Une autre possibilité serait de présenter les cas rencontrés par l'équipe mobile en staff hospitaliers de spécialistes.

Enfin, dans un cas, l'équipe mobile n'a pas pu prendre la mesure du problème en raison d'informations dissimulées par les proches du patient. Un encart sur le formulaire de demande d'intervention permettant au médecin traitant de signaler une dynamique familiale particulière pourrait prévenir ce type de situation.

Dans certains cas de l'étude, l'intervention de l'équipe mobile a pu apaiser les relations avec le patient et ses proches. Les décisions prises par le médecin pour le patient sont légitimées

par l'appui du tiers. De plus, les médecins ont soulevé que l'EMGEH évalue l'état de santé des aidants à l'aide du « dossier papier de l'aidant » et émet des suggestions pour l'améliorer.

Le refus de soin a pu toutefois subsister après l'intervention. Bien que cela soit source d'incompréhension et de frustration pour les médecins, le patient a le droit de ne pas donner son consentement. La gestion de ce refus par les médecins généralistes pourrait faire l'objet de formations dispensées par l'équipe mobile.

La majorité des médecins se sentent soutenus dans les démarches sociales et administratives. Certaines d'entre elles sont effectuées directement par l'assistante sociale de l'équipe, permettant un gain de temps pour le médecin.

Malgré l'intervention, un médecin interrogé a connu des difficultés à prendre contact avec l'assistante sociale. Le temps d'assistante sociale est actuellement de 0,4 équivalent temps plein. Les problématiques sociales sont retrouvées dans la majorité des cas présentés, il semble donc important d'augmenter ce temps de présence.

Dans les cas où une hospitalisation était nécessaire rapidement, les liens entre l'équipe mobile et le service de gériatrie ont permis une hospitalisation directe sans passage par les Urgences. Ce système permet d'éviter l'engorgement du service mais il est soumis aux contraintes relatives au nombre de place d'aval. Une augmentation du nombre de lit d'hospitalisation gériatrique permettrait d'améliorer indirectement ce système tout en diminuant le temps d'attente pour une place d'hospitalisation en cas d'admission aux Urgences.

Les comptes rendus sont reçus rapidement par les médecins traitants (exception faite d'un cas dans lequel le médecin n'a pas reçu un des comptes rendus). Ils sont considérés comme qualitatifs et complets.

Les suggestions sont dans la plupart des cas adaptées à la situation et faciles à mettre en place. Les médecins apprécient que les propositions soient modulables. Le médecin reste libre de mettre en place ou non les suggestions, dans leur intégralité ou partiellement.

Certaines suggestions n'ont pas pu être mises en place car elles nécessitaient un déplacement en consultation hospitalière des patients. Afin de pallier cette difficulté, il serait intéressant de proposer, comme décrit plus tôt, la venue de spécialistes d'organe au domicile.

Bien que le taux d'application des recommandations n'ait pas été abordé dans notre étude, il est intéressant de noter que les études relatives au suivi des recommandations d'équipe mobile

relatent une grande hétérogénéité dans leur taux d'application. Ces études retrouvent que les facteurs tendant à améliorer l'adhésion aux recommandations sont (37) :

- Une communication orale et écrite rapide avec les médecins
- Des recommandations priorisées et en nombre limité
- L'adhésion des généralistes à l'intervention
- La sévérité des maladies
- La perception du coût-efficacité de la recommandation
- La mise en jeu d'une responsabilité médico-légale en cas de non adhésion
- La demande du patient d'une mise en place des suggestions

Suite à ces résultats, des améliorations sont envisageables dans la présentation des suggestions (priorisées et en petit nombre) de l'EMGEH de Perpignan. Cependant, il paraît plus difficile de joindre oralement le médecin traitant après chaque intervention, en raison du manque de temps de l'équipe et des médecins.

Les médecins souhaiteraient que l'équipe mobile ait un rôle plus actif à leur côté en étant prescripteur. On retrouve cet item dans la littérature sur les souhaits des médecins traitants et médecins coordinateurs d'EHPAD envers les EMGEH (38,39).

L'EMGEH de Douai joue un rôle de prescripteur en cas d'acceptation des mesures par le patient et sa famille. Lors d'une étude réalisée en 2018, les médecins généralistes faisant appel à cette EMGEH ont remarqué que ce rôle de prescripteur permettait de réduire le délai entre l'évaluation de l'EMGEH et la mise en place des recommandations, avec un taux de suivi plus important (40).

Malgré cet avantage, cette suggestion paraît complexe à mettre en place car elle outrepasserait le cadre légal d'exercice actuel des équipes mobiles gériatriques et déposséderait les médecins de leurs patients.

En raison d'un nombre important d'intervenants au domicile dans le secteur (l'EMGEH, l'équipe mobile de gérontopsychiatrie, la MAIA), une confusion existe entre les différents rôles des équipes.

En suggérant des améliorations, certains médecins ont exprimé des souhaits sur la mise en place des mesures qui existent déjà, telles que la possibilité d'un suivi (réalisé de manière téléphonique dans les 3 à 6 mois), ou la mise en place d'aides pour les proches.

Dans ces deux cas, renforcer la communication autour des rôles de l'équipe mobile de gériatrie permettrait aux médecins d'utiliser l'intervention à son plein potentiel et diminuerait la confusion sur les rôles remplis par les différentes équipes.

Une enquête de satisfaction des médecins généralistes du Var a recensé les mêmes difficultés et les mêmes attentes relatives à une EMGEH (41) :

- Difficultés liées à l'orientation au sein de dispositifs complexes
- Méconnaissance de l'EMGEH, sentiment d'être délaissés du fait de l'isolement géographique
- Difficultés pratiques lors d'une demande d'intervention
- Manque de communication
- Demande d'amélioration des délais d'intervention
- Demande d'aide pour les aidants

Nous remarquons que pour toutes les difficultés citées par les médecins, une solution peut être apportée par l'EMGEH. Nous avons ainsi une structure en miroir entre les besoins de la pratique et l'aide amenée par l'outil « équipe mobile ».

Notre étude permet de constater que l'équipe mobile extra hospitalière de gériatrie est un outil utile et néanmoins améliorable. Concernant les difficultés rencontrées, notons que certaines résultent d'une méconnaissance de l'équipe mobile et des rôles qu'elle assure.

Ce travail nous a permis d'entrevoir des améliorations potentielles et adaptées aux besoins des médecins généralistes.

Un perfectionnement de la stratégie de communication de l'équipe est une piste pour une meilleure prise en charge : mise en place d'un annuaire de numéro de l'équipe, assistance téléphonique, distribution de plaquettes d'information...

Un autre facteur d'amélioration de prise en charge serait de fournir les moyens d'une meilleure communication transversale entre les différentes équipes mobiles

Il semble également profitable de renforcer l'équipe en moyens humains : augmenter le temps d'assistante sociale est primordial, en raison de la fréquence des problèmes sociaux si souvent présents dans les prises en charge gériatrique complexes. Les visites à domiciles pourraient être enrichie de la présence de spécialistes d'organes en fonction des cas. Augmenter les effectifs de l'équipe pourrait en outre de diminuer les délais avant une intervention.

Bien que notre étude ait étudié le ressenti des médecins quant à la prise en charge, son efficacité au point de vue médical n'a pas été objectivée.

Lors de périodes de fortes affluences dans les hôpitaux, de nombreux médecins généralistes voient leurs demandes d'hospitalisation en gériatrie programmée reportées. Il leur est alors proposé une évaluation gériatrique au domicile par l'EMGEH. Il serait intéressant d'étudier si l'intervention a pu éviter l'hospitalisation, et ce pendant combien de temps, lors d'une étude future.

Notre étude a recueilli le ressenti des médecins généralistes vis-à-vis de la prise en charge de l'EMGEH. Connaître l'avis des patients et des aidants sur le même sujet serait une autre piste pour en améliorer l'intervention. Ce questionnement pourrait faire l'objet d'un prochain travail.

VI. Conclusion

L'augmentation du nombre de personnes âgées et la complexité de leur gestion médicale vont générer des problématiques de plus en plus fréquentes.

En raison du risque que représente le changement d'environnement des personnes âgées fragiles et les difficultés à les faire hospitaliser, leur prise en charge s'effectue majoritairement dans leur lieu de vie. L'interlocuteur principal est alors le médecin généraliste. Il peut se sentir isolé dans cette gestion chronophage qui demande une expertise pluridisciplinaire.

Optimiser les dispositifs fournissant de l'aide aux médecins traitants dans leur travail auprès des séniors est un enjeu de santé publique.

L'équipe mobile extra-hospitalière de l'hôpital de Perpignan a apporté de la satisfaction aux médecins généralistes de notre étude, tant sur le plan confraternel que médical. Cependant, certaines interventions auraient gagné en efficacité en étant requises plus précocement. La « grille de repérage de la fragilité » de Toulouse pourrait aider les médecins à dépister plus prématurément la fragilité de leurs patients âgés.

Les suggestions de perfectionnement énoncées par les sujets de l'étude nous indiquent qu'afin d'améliorer l'intervention de l'équipe mobile, il est important de renforcer leur stratégie de communication ainsi que leurs moyens humains et matériels.

VII. Bibliographie

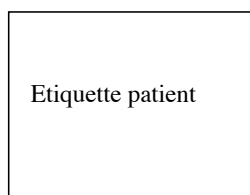
1. Population par âge – Tableaux de l'Économie Française | Insee [Internet]. [cité 20 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1906664?sommaire=1906743>
2. Projections de population à l'horizon 2070 - Insee Première [Internet]. [cité 5 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2496228>
3. Roussel R. Personnes âgées dépendantes : les dépenses de prise en charge pourraient doubler en part de PIB d'ici à 2060. Études Résultats DRESS [Internet]. oct 2017 [cité 5 mai 2019];(1032). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1032.pdf>
4. Espérance de vie en bonne santé – Indicateurs de richesse nationale | Insee [Internet]. [cité 17 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3281641?sommaire=3281778#tableau-figure3>
5. Circulaire DHOS/02 n° 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques — Collectif des EMG d'Ile de France [Internet]. [cité 28 mars 2019]. Disponible sur: <http://plone.vermeil.org:8080/emg.idf/les-groupes-de-travail/textes-de-loi/circulaire-dhos-02-n-o-2007-117-du-28-mars-2007-relative-a-la-filiere-de-soins-geriatriques/view>
6. Circulaire DHOS/O 2/DGS/SD 5 D n° 2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique [Internet]. [cité 17 mai 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-14/a0141323.htm>
7. Circulaire N° 195 /DHOS/O1/2003/ du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences [Internet]. [cité 18 mai 2019]. Disponible sur: https://www.vie-publique.fr/documents-vp/circ_urgences.pdf
8. Jeandel C, Pfitzenmeyer P, Vigouroux P. Un programme pour la Gériatrie : 5 objectifs, 20 recommandations et 45 mesures pour atténuer l'impact du choc démographique gériatrique sur le fonctionnement des hôpitaux dans les 15 ans à venir. [Internet]. [cité 25 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/064000419.pdf>
9. Plan solidarité - Grand Âge [Internet]. 2006. Disponible sur: https://www.cnsa.fr/documentation/plan_solidarite_grand_age_2008.pdf
10. Dossier de presse « Concertation Grand Âge et Autonomie » [Internet]. Ministère des solidarités et de la santé; 2018 mai [cité 17 févr 2020]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_grandage-autonomie.pdf
11. Rousseau A-C, Bastianelli J-P. Les équipes mobiles gériatriques au sein de la filière de soins [Internet]. IGAS; 2005 [cité 28 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/054000454.pdf>
12. Warren M. Care of the chronic aged sick. *The Lancet*. 8 juin 1946;247(6406):841-3.
13. Epstein AM, Hall JA, Fretwell M, Feldstein M, DeCiantis ML, Tognetti J, et al. Consultative Geriatric Assessment for Ambulatory Patients: A Randomized Trial in a Health Maintenance Organization. *JAMA*. 26 janv 1990;263(4):538-44.
14. Rubenstein LZ, Josephson KR, Wieland GD, English PA, Sayre JA, Kane RL. Effectiveness of a Geriatric Evaluation Unit: A Randomized Clinical Trial. *N Engl J Med*. 27 déc 1984;311(26):1664-70.
15. Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ? [Internet]. Haute Autorité de Santé; 2013 juin [cité 20 janv 2020]. Disponible sur: https://webzine.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/fiche_parours_fragilite_vf.pdf
16. Ellis G, Gardner M, Tsiachristas A, Langhorne P, Burke O, Harwood RH, et al. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. *Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group*, éditeur. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 12 sept 2017 [cité 29 juill 2019]; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD006211.pub3>
17. Rubenstein LZ, al. The Sepulveda GEM Study: Randomized Trial of a Hospital Geriatric Evaluation & Management Unit. *N Engl J Med*. 1984;311:1664-70.

18. Plan personnalisé de santé (PPS) PAERPA [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 21 déc 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1638463/fr/plan-personnalise-de-sante-pps-paerpa
19. Mode d'emploi du Plan Personnalisé de Santé (PPS) pour les personnes à risque de perte d'autonomie (PAERPA) [Internet]. Haute Autorité de Santé; 2014 mars [cité 21 déc 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-09/pps-version_web_juillet2013.pdf
20. Dossier complet – Département des Pyrénées-Orientales (66) | Insee [Internet]. [cité 4 août 2019]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-66#graphique-POP_G2
21. Décret n° 2011-1210 du 29 septembre 2011 relatif au cahier des charges des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer. 2011-1210 sept 29, 2011.
22. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of Illness in the Aged: The Index of ADL: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. *JAMA*. 21 sept 1963;185(12):914-9.
23. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*. 1969;9(3):179-86.
24. Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ. Assessing the Nutritional Status of the Elderly: the Mini Nutritional Assessment as Part of the Geriatric Evaluation. *Nutr Rev*. 1 janv 1996;54(1):S59-65.
25. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1 nov 1975;12(3):189-98.
26. Dubois B, Touchon J, Portet F, Vellas B, Michel B. "Les 5 mots", épreuve simple et sensible pour le diagnostic de la maladie d'Alzheimer. 2002;4.
27. Shulman KI, Gold DP, Cohen CA, Zucchero CA. Clock-drawing and dementia in the community: A longitudinal study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1993;8(6):487-96.
28. Clément JP, Nassif RF, Léger JM, Marchan F. [Development and contribution to the validation of a brief French version of the Yesavage Geriatric Depression Scale]. *L'Encephale*. avr 1997;23(2):91-9.
29. Paillé P, Mucchielli A. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris: A. Colin; 2016.
30. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie Rev*. janv 2015;15(157):50-4.
31. La durée des séances des médecins généralistes [Internet]. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques; 2006 avr [cité 8 janv 2020]. Report No.: 481. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er481.pdf>
32. Effets indésirables des médicaments chez les sujets âgés [Internet]. Académie nationale de médecine | Une institution dans son temps. 2005 [cité 8 janv 2020]. Disponible sur: <http://www.academie-medecine.fr/effets-indesirables-des-medicaments-chez-les-sujets-ages/>
33. Mollard J. Aider les proches. *Gerontol Soc*. 1 sept 2009;32 / n° 128-129(1):257-72.
34. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : suivi médical des aidants naturels [Internet]. Haute Autorité de Santé; 2010 févr [cité 20 janv 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-03/maladie_dalzheimer_-_suivi_medical_des_aidants_naturels_-_argumentaire_2010-03-31_15-38-54_749.pdf
35. Principaux enseignements de l'observatoire jalma / IFOP 2014 sur l'accès aux soins [Internet]. IFOP Cabinet JALMA; 2014 nov [cité 21 janv 2020]. Disponible sur: http://media.rtl.fr/online/binary/2014/1118/7775406350_les-delais-pour-un-rendez-vous-medical-s-allongent-encore-l-etude-ifop-pour-jalma.pdf?ts=1416306936491
36. Enquête perte d'autonomie [Internet]. Union régionale des médecins libéraux, IDF; 2004 [cité 19 janv 2020]. Disponible sur: http://www.urml-idf.org/upload/presse/CP_041130.pdf
37. Aminzadeh F. Adherence to recommendations of community-based comprehensive geriatric assessment programmes. *Age Ageing*. sept 2000;29(5):401-7.

38. Braga C. Équipe mobile externe de gériatrie de l'hôpital Bretonneau: enquête de satisfaction auprès des professionnels d'EHPAD [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2014.
39. Chauvin-Doublier V, Renoux C. Qu'attendent les médecins généralistes du Loir-Et-Cher d'une équipe mobile de gériatrie ambulatoire ? [Tours, France]: SCD de l'université de Tours; 2012.
40. Schalon J. La gériatrie hors les murs: étude descriptive d'une cohorte de patients ayant bénéficié d'une évaluation gériatrique extra-hospitalière sur le territoire du Douaisis [Thèse d'exercice]. [2018-....., France]: Université de Lille; 2018.
41. Gaydu J, Delaunay-Kaidomar F. Équipe mobile de gériatrie extra-hospitalière dans le Var-Est: enquête de satisfaction des médecins traitants. [France]; 2018.

VIII. Annexes

Annexe 1 : Dossier d'évaluation du patient



Demande du :

Vu le :

Demande d'hospitalisation en Médecine Gériatrique aigue : Oui / Non

DOSSIER MEDICAL

EQUIPE MOBILE DE GERIATRIE

EXTRA- HOSPITALIERE

EMGEH

Motif :

Actions :

GIR :

Suivi :

Initiales des intervenants :

Date d'intervention :

Identité patient :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

âge :

M / F

Adresse patient : EPHAD : Résidence sénior : Domicile :

Tel :

Description du domicile :

Lieu d'évaluation si différent du domicile et motif de prise en charge dans cette structure:

En présence de :

Médecin traitant (nom, adresse et tel):

Médecin demandeur :

Motif (s) de demande d'évaluation par EMGEH :

Personne de confiance :

Mesure de protection juridique :

En cours : curatelle : curatelle renforcée : tutelle :
Préciser qui et tel :

Autres :

Social et mode de vie :

Marié (e) : Veuf (ve) : Divorcé (e) : Concubinage : Célibataire :

Commentaires éventuels :

Enfant(s) ou autre famille:

Cursus scolaire :

Profession :

Conduite véhicule (s) :

Gestion administrative :

Courses :

Cuisine :

Portage repas : O / N préciser si besoin :

Ménage et linge :

Téléalarme : O / N

Commentaires (s) éventuel (s):

Acteurs de soins de proximité intervenants au domicile:

→ IDE :

-Nombre de passage avec gestes effectués :

→ Auxiliaire de vie :

-Nombre de passage avec temps par passage pour quelle fonction :

APA : h/mois

Autres :

→ Aide ménagère :

-Nombre de passage avec nombre d'heure par semaine :

→ Kinésithérapeute :

-Nombre de séances par semaine pour quelle rééducation :

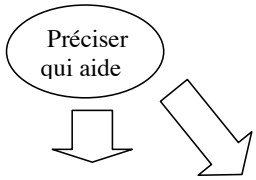
-Préciser : domicile cabinet

→ Autres intervenants au domicile (ESA , famille...) :

Préciser nombre et temps de passage pour quelles fonctions

Qui est l'Aidant principal :

Dossier aidant fait O N



Autonomie

ADL :

	Fait seul =1	Aide partielle=0.5	Ne fait pas =0
Toilette			
Habillage			
Aller aux WC			
Déplacement à l'intérieur			
Alimentation			
Contenance			
Total			

Dépendance fonctionnelle si ≤ 5 , Dépendance sévère si < 3

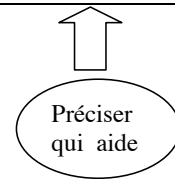
➔ Autre(s) ou remarque(s) éventuelle(s) : (Sonde urinaire, SNG, GPE , Stomie, Bas de contention) :

IALD :

	Fait =1	Ne fait pas =0
Téléphone		
Transports (voiture, bus)		
Gestion TTT		
Gestion argent		
Total		

Dépendance fonctionnelle si < 4

Remarque(s) éventuelle(s) :



Activité(s) réalisée(s) en journée (club, sorties, lecture....) :

Evaluation de la capacité de marche et de l'aménagement du domicile :

Grabataire : O / N

Matériel(s) en place :

Lit médicalisé : Barrières : Matelas anti-escarres : Potence :

SDB :

WC :

Autres :

Aide(s) technique(s) pour la marche :

Canne(s) :

Déambulateur : cadre fixe 2 roues 4 roues

Fauteuil roulant : pour :

Autre(s) : préciser :

Pieds/pédicure/ chaussage :

Sortie à l'extérieur : O / N

Seul (e) / accompagné(e) :

Distance :

Montée des escaliers :

Normale : avec difficulté à cause de : impossible

Rampe(s) : ascenseur

Antécédent(s) et Comorbidité(s) :

Allergies(s) :

Evaluation des fonctions sensorielles :

Hypoacousie Appareillage : O / N

Surdité :

Acuité visuelle réduite : cécité :

Appareil(s) dentaire(s):

Vaccinations :

Traitement(s) en cours :

Nombre de molécules :

Tabac:

Alcool:

Evaluation nutritionnelle :

Poids de forme :

Poids mesuré :

Cinétique perte ou prise de poids :

Taille :

IMC :

Qualité de l'appétit :

Bon :

diminué :

très diminué :

Anorexie :

Remarque(s) éventuelle(s) (trouble déglutition, aversion, texture, rythme de vie, alimentation parentérale, entérale, qui aide.....) :

Evaluation de l'état nutritionnel Mini Nutritional Assessment MNA™

Nom:	Prénom:	Sexe:	Date:
Age:	Poids, kg	Taille en cm:	Hauteur du genou, cm:

Répondez à la première partie du questionnaire en indiquant le score approprié pour chaque question. Additionnez les points de la partie. Dépistage, si le résultat est égal à 11 ou inférieur, complétez le questionnaire pour obtenir l'appréciation précise de l'état nutritionnel.

Dépistage

A Le patient présente-t-il une perte d'appétit ?
A-t-il mangé moins ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition ?
0 = anorexie sévère
1 = anorexie modérée
2 = pas d'anorexie

B Perte récente de poids (<3 mois)
0 = perte de poids > 3 kg
1 = ne sait pas
2 = perte de poids entre 1 et 3 kg
3 = pas de perte de poids

C Motricité
0 = du lit au fauteuil
1 = autonome à l'intérieur
2 = sort du domicile

D Maladie aiguë ou stress psychologique lors des 3 derniers mois ?
0 = oui 2 = non

E Problèmes neuropsychologiques
0 = démence ou dépression sévère
1 = démence ou dépression modérée
2 = pas de problème psychologique

F Indice de masse corporelle (IMC = poids / (taille)² en kg/m²)
0 = IMC < 19
1 = 19 ≤ IMC < 21
2 = 21 ≤ IMC < 23
3 = IMC ≥ 23

Score de dépistage (sous-total max. 14 points)

12 points ou plus normal pas besoin de continuer l'évaluation

11 points ou moins possibilité de malnutrition – continuez l'évaluation

Evaluation globale

G Le patient vit-il de façon indépendante à domicile ?
0 = non 1 = oui

H Prend plus de 3 médicaments
0 = oui 1 = non

I Escarres ou plaies cutanées ?
0 = oui 1 = non

Ref. Vellas B, Vilars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. J Nut Health Aging 2006;10:456-465.
Rubenstein LZ, Harker JO, Sava A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J Geront 2001;56A: M366-377.
Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10:466-487.

© Nestlé, 1994, Revision 2006. N67200 12/99 10M
For more information ; www.mna-elderly.com

J Combien de véritables repas le patient prend-il par jour ?
0 = 1 repas
1 = 2 repas
2 = 3 repas

K Consomme-t-il ?

- Une fois par jour au moins des produits laitiers? oui non
- Une ou deux fois par semaine des œufs ou des légumineuses oui non
- Chaque jour de la viande, du poisson ou de la volaille oui non

0,0 = si 0 ou 1 oui
0,5 = si 2 oui
1,0 = si 3 ou

L Consomme-t-il deux fois par jour au moins des fruits ou des légumes ?
0 = non 1 = oui

M Combien de verres de boissons consomme-t-il par jour ? (eau, jus, café, thé, lait, vin, bière...)
0,0 = moins de 3 verres
0,5 = de 3 à 5 verres
1,0 = plus de 5 verres

N Manière de se nourrir
0 = nécessite une assistance
1 = se nourrit seul avec difficulté
2 = se nourrit seul sans difficulté

O Le patient se considère-t-il bien nourri ? (problèmes nutritionnels)
0 = malnutrition sévère
1 = ne sait pas ou malnutrition modérée
2 = pas de problème de nutrition

P Le patient se sent-il en meilleure ou en moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge ?
0,0 = moins bonne
0,5 = ne sait pas
1,0 = aussi bonne
2,0 = meilleure

Q Circonférence brachiale (CB en cm)
0,0 = CB < 21
0,5 = CB ≤ 21 ≤ 22
1,0 = CB > 22

R Circonférence du mollet (CM en cm)
0 = CM < 31 1 = CM ≥ 31

Evaluation globale (max. 16 points)

Score de dépistage

Score total (max. 30 points)

Appréciation de l'état nutritionnel

de 17 à 23,5 points risque de malnutrition

moins de 17 points mauvais état nutritionnel

Evaluation cognitive et thymique :

Niveau socio-culturel estimé: haut correct bas analphabète

Suivi en cours consultation mémoire, préciser:

Qualité du sommeil:

Principale (s) problématique (s) rencontrée (s) et ou trouble(s) du comportement signalé(s):

MMS :

Orientation :

- Année :
- Saison :
- Mois :
- Jour du mois :
- Jour de la semaine :
- Dans quelle ville nous sommes :
- Département :
- Région administrative :
- Nom de l'endroit ou nous sommes :
- Quel étage :

/10

Mémoire :

Cigare / fleur / porte :

/3

Calcul (100- 7 ect.):
93 / 86 / 79 / 72 /65

MONDE : O / N
EDNOM : O / N

/5

Rappel :

Cigare / fleur / porte

/3

Langage pratique :

Stylo :
Montre :

/2

Pas de mais ni de si ni de et :

/1

Prenez ce papier de la main droite, pliez le en deux et jetez le par terre :

/1

/1

/1

/3

Lecture :

/1

Ecriture:

/1

Dessin :

/1

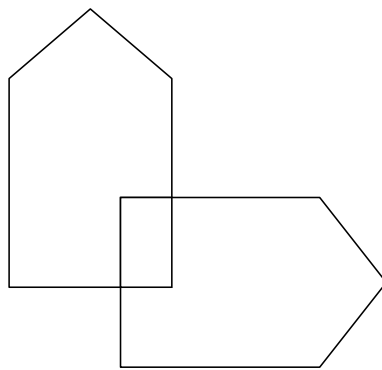
Total:

/30

Remarque(s) eventuelle (s):

Ecrire une phrase complète :

Recopier ce dessin :

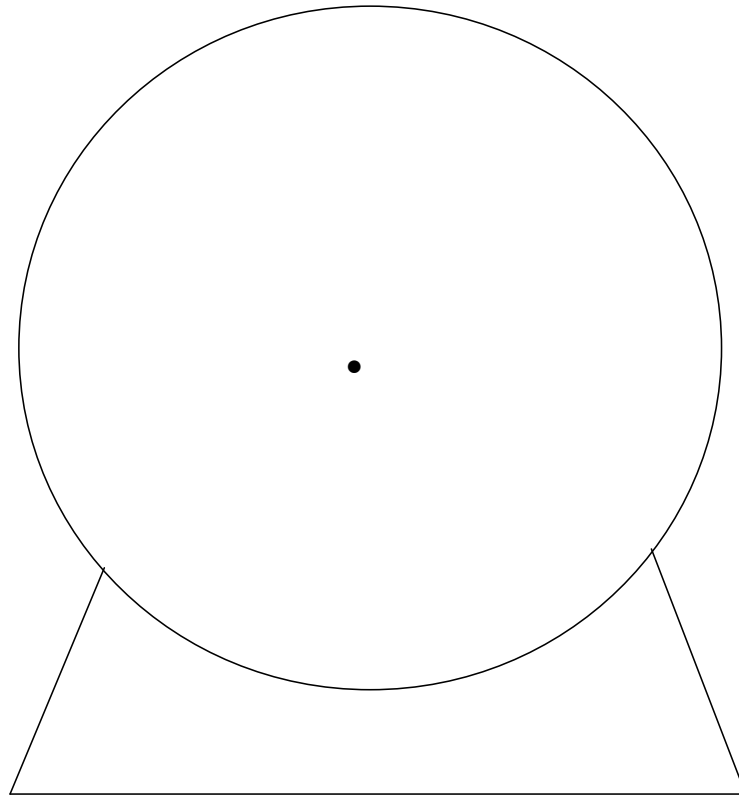


Test de DUBOIS :

	rappel libre	immédiat Indiqué	rappel libre	différé indicé	
1					
2					
3					
4					
5					
Total					/ 10

Remarque(s) :

Horloge :



- 1 à 12 présents
- bon ordre
- bonne position
- 2 aiguilles
- bonne heure
- bonne minutes
- taille aiguilles

/ 7

Evaluation thymique :

Mini GDS : 1 point par réponse positive, Si \geq à 1 : possible dépression

Vous sentez vous découragé et triste :

Avez vous le sentiment que votre vie est vide :

Etes vous heureux la plus part du temps :

Avez-vous la sensation que votre situation est désespérée :

Anxiété :

idées noires :

Examen clinique ce jour :

Coopération : bonne difficile : mauvaise :

T° : TA couché : TA assise : TA debout :

Evaluation de la douleur :

EVS

0 : absente

1 : faible

2 : modérée

3 : intense

4 : extrêmement intense

Description et prise en charge :

ALGOPLUS simplifié :

1 : Visage : Froncement des sourcils, grimace, crispation, mâchoires serrées, visage figé :

O N

2 : Regard : inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés

O N

3 : Plaintes : « AIE », « Ouille », « j'ai mal », gémissements, cris

O N

4 : Corps : retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitude figée

O N

5 : Comportements : agitation ou agressivité, agrippement

O N

TOTAL OUI .../5

Examen cardio vasculaire :

Examen des poumons:

Examen abdominal :

Examen neurologique :

Examen ostéo-articulaire :

Examen des téguments et de la cavité buccale:

Evaluation de(s) escarre(s) Plaie(s) chronique(s) et protocole(s) en cours de prise en charge:

Description de la marche :

Longueur du pas :
Hauteur du pas :
Déroulé du pas :
Polygone de sustentation :
Régularité du pas :
Trajectoire préservée:
Attitude du tronc :
Ballant des bras :
Changement de position :
Demi tour :

Tests de marche :

Appui monopodal : droit : .../5 s et gauche : .../5 s

Lever d'une chaise sans appui des mains : possible : O / N 5 fois : O / N < 14 s

Vitesse de marche sur 4 mètres (1ms normale-- fragile si 0.8 m/s -- risque majeur de chute si 0.6m/s):

Get up and go test (15 s):

Principaux syndromes gériatriques relevés:

Performans status de l'OMS

activité	score
Activité physique identique à celle précédant la maladie	0
Activité physique diminuée, mais capable de mener un travail	1
Ambulatoire et capable de prendre soin de soi-même. Incapable de travailler et alité moins de 50% du temps	2
Capable seulement de qiq activités. Alité ou en chaise plus de 50% du temps.	3
Incapable de prendre soin de soi-même. Alité ou en chaise en permanence.	4

Biologie éventuelle, préciser date et résultats pertinents:

Orientation(s) préconisée(s):

Assistante sociale : EMGEGH Conseil Départemental

Préconisation(s) médicale(s) ciblée(s) :

Proposition(s) examen(s) complémentaire(s):

Proposition(s) thérapeutique(s):

Orientation vers un spécialiste d'organe :

Au domicile :

Proposition(s) d'aménagement(s) Matériel(s) :

Proposition(s) d'aide paramédicale :

Kinésithérapie :

MAIA :

PAERPA :

Ergothérapeute/MAIA :

EMPG :

Plateforme Alzheimer :

ESA :

Orthophoniste :

Réseau de soins palliatif :

Orientation vers une structure de soins :

HDJ spécialisé :

Accueil de jour :

SSR répit :

UCC :

Clinique Géro-psycho-geriatrique :

Hospitalisation :

Proposition sur un autre lieu de vie:

Résidence sénior :

EPHAD : Temporaire Définitive

Réévaluation par EMGEH :

MIMOSA

ABRICOT

ELEPHANT

CHEMISSETTE

ACCORDEON

FERMEZ LES YEUX

Annexe 2 : Dossier d'évaluation de l'aidant principal

CENTRE HOSPITALIER 
PERPIGNAN

Etiquette patient

Dossier fait le :

Par :

EQUIPE MOBILE DE GERIATRIE EXTRA-HOSPITALIERE EMGEH

DOSSIER D'EVALUATION (pré-fragilité) CONCERNANT L'AIDANT PRINCIPAL

Motif : 6

Action :

GIR :

EMGEH dossier aidant principal 2019

Identité :

Nom :

Prenom :

Date de naissance :

Age :

Lien de parenté :

Vit à domicile : O / N

Adresse si differente :

Tel :

Information(s) principale(s) concernant les Antécédent(s) notable(s) de l'aidant:

Remarque (s) de l'évaluateur concernant l'état général de l'aidant:

Critères de Fried :

1) Perte de poids : 5 Kg en 1 an ou 5% du poids du corps : O = 1 / N = 0

2) Diminution de l'endurance = activités physiques : O = 1 / N = 0

3) Diminution de la vitesse de marche :

⇒ mesure sur 4 m

. ≥ 1 m/s : = 0

. entre 0.8 et 1 m/s : fragile

. entre 0.8 et 0.6 m/s : très fragile

. ≤ 0.6 m/s : risque importante de chute

→ = 1

4) Force musculaire : hand grip : score :

Résultats :

0 : Robuste

1-2 : Pré-fragile

> 2 : Fragile

Mini GDS :

Vous sentez vous découragé et triste :
Avez vous le sentiment que votre vie est vide :
Etes vous heureux la plus part du temps :
Avez-vous la sensation que votre situation est désespérée :

1 point par réponse positive
Si ≥ 1 : possible dépression

Anxiété :

Plainte(s) de l'aidant :

Doléance(s) de l'aidant:

Propositions :

Annexe 3 : Guide d'entretien

Guide d'entretien

Bonjour, je vous remercie de me recevoir, je m'appelle Sarah Lomero, je suis interne en médecine générale en fin de cursus. Je suis en train de réaliser ma thèse sur **un retour d'expérience des médecins généralistes qui ont fait appel à l'EMGEH du CH de Perpignan.**

L'objectif est d'analyser le vécu de ces médecins généralistes sur la prise en charge effectuée. En pratique j'enregistre notre échange, avec votre accord, pour me permettre de l'analyser par la suite. Ces données seront ensuite anonymisées.

Question de recherche :

Quel est le vécu des médecin généralistes ayant fait appel à l'EMGEH vis-à-vis de la PEC effectuée ?

Objectif principal du projet :

Analyser le vécu des médecins généralistes ayant fait appel à l'EMGEH sur la prise en charge effectuée.

Objectifs secondaires :

Déterminer les attentes et les besoins des médecins généralistes à l'encontre de l'EMGEH et proposer des pistes d'amélioration de la prise en charge à l'aide de leurs suggestions.

1/ Que représente pour vous la prise en charge de la personne âgée ?

2/ Qu'avez compris de l'EMGEH et de son fonctionnement ?

3/ Souvenez-vous du patient -x-, que s'est-il passé ?

4/ Quelles sont vos attentes vis-à-vis de l'EMGEH ?

4/ Quelles seraient vos suggestions pour améliorer la prise en charge de l'EMGEH ?

Annexe 4 : Questionnaire et consentement

QUESTIONNAIRE

NOM

PRENOM

ÂGE

ANNEE D'INSTALLATION

LIEU D'ACTIVITÉ (Urbain, semi-rural, rural)

MODE D'EXERCICE (seul, groupe, MSP...)

FORMATION COMPLÉMENTAIRE EN GÉRIATRIE ? (Si oui laquelle)

.....

CONSENTEMENT À L'ENTRETIEN

Vous avez été contacté(e) pour participer à un entretien semi-directif pour une thèse qualitative. Cet entretien est enregistré à l'aide d'un dictaphone et d'un téléphone mobile. Les données récoltées seront par la suite anonymisées.

Signature

Annexe 5 : Entretiens

En raison du nombre important de pages des entretiens, ceux-ci sont disponibles sur le CD en dernière page.

Annexe 6 : Grille du Mini-Zarit

GRILLE MINI – ZARIT

Evaluation de la souffrance des aidants naturels dans le maintien à domicile des personnes âgées

Patient (Nom - Prénom):

N° SS :

Aidant évalué (nom et situation vis-à-vis du patient):

Notation : 0 = jamais , ½ = parfois , 1 = souvent	0	½	1
1 - Le fait de vous occuper de votre parent entraîne-t-il :			
• des difficultés dans votre vie familiale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• des difficultés dans vos relations avec vos amis, vos loisirs, ou dans votre travail ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• un retentissement sur votre santé (physique et/ou psychique) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 - Avez-vous le sentiment de ne plus reconnaître votre parent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 - Avez-vous peur pour l'avenir de votre parent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 – Souhaitez-vous être (davantage) aidé(e) pour vous occuper de votre parent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 – Ressentez-vous une charge en vous occupant de votre parent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<u>Date :</u>	<u>Age du patient :</u>	<u>Age de l'Aidant évalué :</u>
SCORE : + + + + + + = / 7		
<u>Nom, fonction, et signature de l'évaluateur :</u>		

<u>Date :</u>	<u>Age du patient :</u>	<u>Age de l'Aidant évalué :</u>
SCORE : + + + + + + = / 7		
<u>Nom, fonction, et signature de l'évaluateur :</u>		

<u>Date :</u>	<u>Age du patient :</u>	<u>Age de l'Aidant évalué :</u>
SCORE : + + + + + + = / 7		
<u>Nom, fonction, et signature de l'évaluateur :</u>		

<u>Interprétation :</u>														
0	0.5	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5	5.5	6	6.5	7
Fardeau absent ou léger		Fardeau léger à modéré				Fardeau modéré à sévère				Fardeau sévère				

Annexe 7 : Grilles de repérage de la fragilité, gérontopole de Toulouse

Patient de 65 ans et plus, autonomes (ADL \geq 5/6), à distance de toute pathologie aiguë.

Repérage			
	Oui	Non	Ne sait pas
Votre patient vit-il seul ?			
Votre patient a-t-il perdu du poids au cours des 3 derniers mois ?			
Votre patient se sent-il plus fatigué depuis ces 3 derniers mois ?			
Votre patient a-t-il plus de difficultés pour se déplacer depuis ces 3 derniers mois ?			
Votre patient se plaint-il de la mémoire ?			
Votre patient a-t-il une vitesse de marche ralentie (plus de 4 secondes pour parcourir 4 mètres) ?			

Si vous avez répondu OUI à une de ces questions :

- Votre patient vous paraît-il fragile : Oui Non
- Si oui, votre patient accepte-t-il la proposition d'une évaluation de la fragilité en hospitalisation de jour : Oui Non

Annexe 8 : Plaquette de l'EMGEH

Qui peut nous contacter ?

À l'hôpital :

- l'EMG Intra-Hospitalière

En SSR, ESMS :

- Les médecins
- Les professionnels de santé (par intermédiaire du médecin du service)

En EHPAD :

- Les médecins traitants
- Le médecin coordonnateur

À domicile :

- Les médecins traitants
- Tous les professionnels œuvrant autour de la personne par l'intermédiaire du médecin traitant

Une équipe pluridisciplinaire :

Géiatre, infirmière, assistante sociale, secrétaire.

Nous contacter :

eh.emg@ch-perpignan.fr

04 68 61 67 21
De 9h à 12h30

"Pour une coordination entre la ville et l'hôpital afin d'optimiser la prise en charge de la personne âgée dans son parcours de soin"

CENTRE HOSPITALIER —
PERPIGNAN

CENTRE HOSPITALIER —
PERPIGNAN

L'Équipe Mobile de Gériatrie Extra-Hospitalière



Une équipe pluridisciplinaire à votre service

Nos missions

En EHPAD / SSR / ESMS :

- Faire une évaluation gériatrique du résident;
- Aider à l'orientation du résident dans la filière gériatrique;
- Accompagner les équipes soignantes dans les situations de crise;
- Prévenir et éviter les hospitalisations aux urgences et les rehospitalisations précoces;
- Proposer des formations aux équipes soignantes autour de la prise en charge globale des résidents.

Nos missions

À domicile :

- > Apporter au médecin traitant une évaluation gériatrique pluridisciplinaire;
- > Proposer des solutions alternatives à l'hospitalisation;
- > Éviter les hospitalisations aux urgences;
- > Aider à anticiper les situations de crise;
- > Mettre en place des actions de prévention (nutrition, plaies, douleur, chutes);
- > Proposer des solutions d'adaptation de l'environnement pour le sécuriser;
- > Participation à l'élaboration du plan personnalisé de santé.

Une évaluation gériatrique standardisée

Pour quoi faire ?

- > Détecter les syndromes gériatriques et les fragilités de la personne pour prévenir la perte d'autonomie;
- > Évaluer les fonctions cognitives, la marche, la nutrition, la continence, les déficits sensoriels, la iatrogénie, la douleur, les troubles cutanés, la fragilité sociale, les troubles de comportement;
- > Faire des recommandations préventives et soignantes à la personne, à son entourage et aux acteurs de soin.



Annexe 9 : Arbres thématiques

Les arbres thématiques sont reportés en annexe afin de les représenter en intégralité.

Figure 1 : Ressenti sur la personne âgée

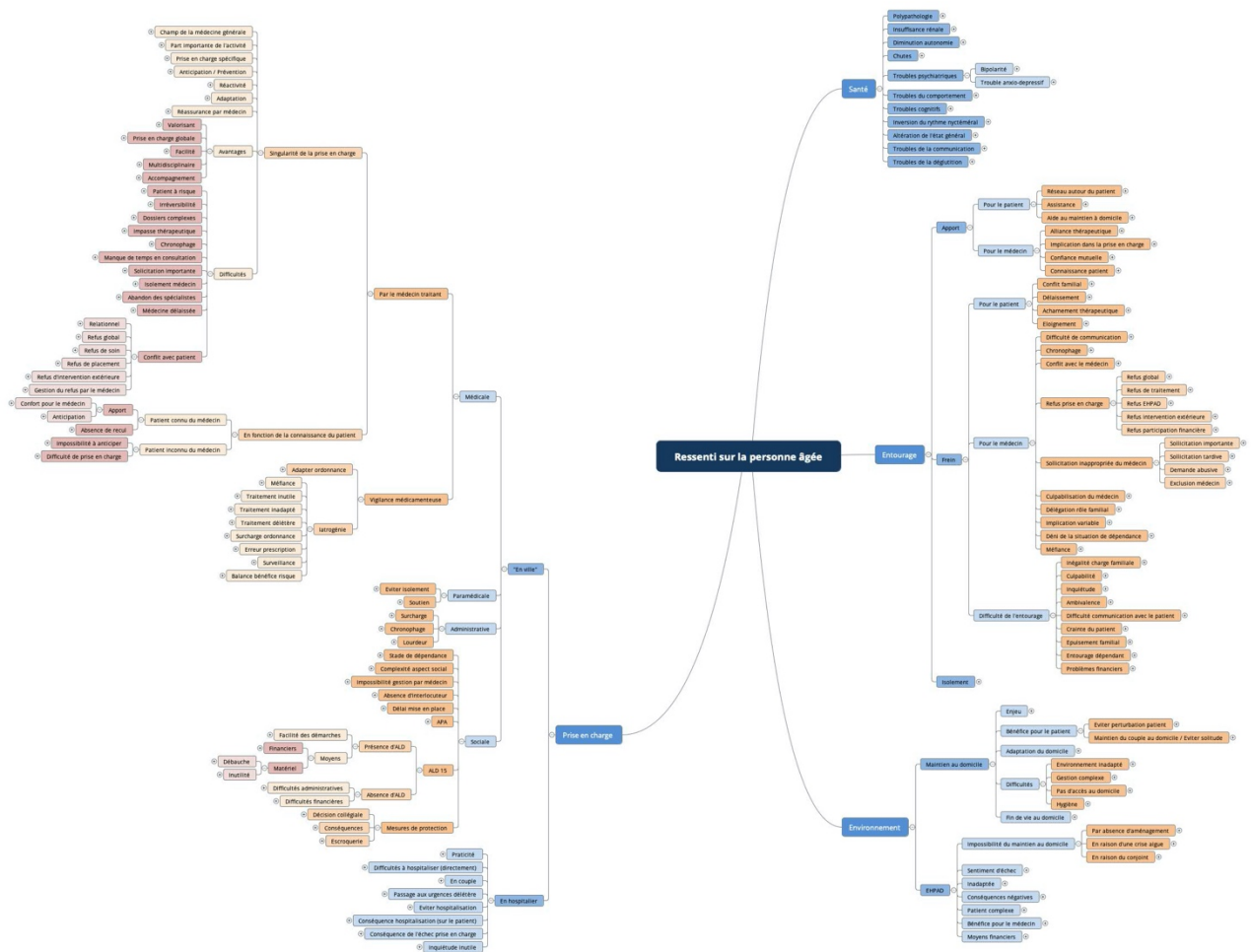
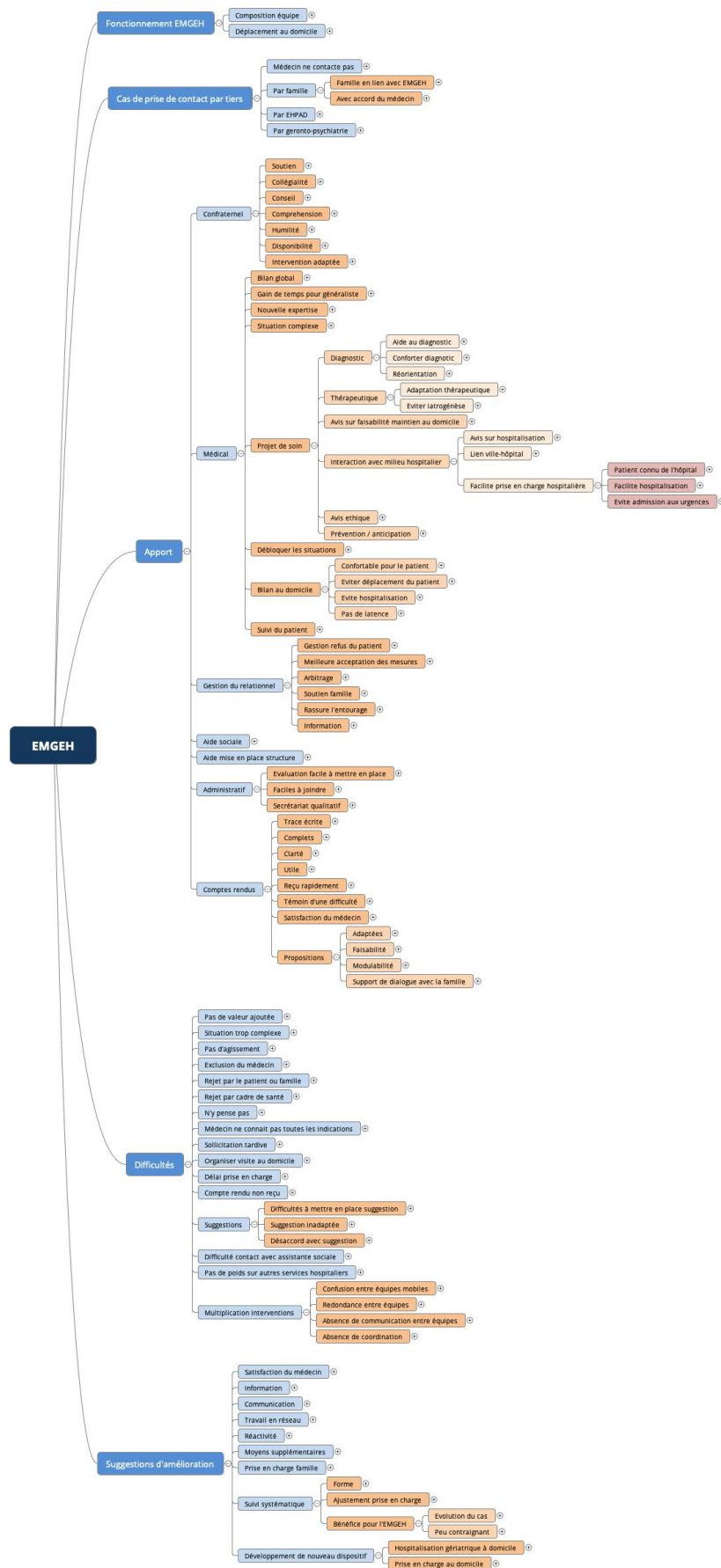


Figure 2 : Réflexions sur la pratique de la médecine générale



Figure 3 : Ressenti sur la prise en charge de l'équipe mobile de gériatrie extra-hospitalière



IX. Serment

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

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

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

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

Résumé :

Introduction :

En raison du vieillissement de la génération des « baby-boomers », la population relevant de la gériatrie augmente tous les ans. Leur prise en charge médico-sociale est complexe.

L'équipe mobile de gériatrie extra hospitalière ou EMGEH du centre hospitalier de Perpignan intervient au domicile des patients âgés. Elle réalise une Évaluation Gériatrique Standardisée et propose un Plan Personnalisé de Santé au médecin traitant afin de l'assister dans la prise en charge gériatrique et lui permettre de maintenir les patients âgés au domicile dans de bonnes conditions.

Objectifs :

L'objectif principal consiste à analyser le vécu des médecins généralistes ayant fait appel à l'équipe mobile de gériatrie extra-hospitalière vis-à-vis de la prise en charge effectuée. L'objectif secondaire cherche à déterminer les attentes et les besoins des médecins généralistes à l'encontre de l'EMGEH et proposer des pistes d'amélioration de la prise en charge à l'aide de leurs suggestions.

Matériels et méthode :

Étude qualitative compréhensive par entretiens semi directifs avec analyse thématique. Onze médecins généralistes ayant fait appel à l'équipe mobile ont été recrutés entre juin et octobre 2019.

Résultats :

Les médecins généralistes interrogés présentent des difficultés avec leurs patients âgés, d'ordre médicales, relationnelles, administratives. Ils se sentent isolés dans leur prise en charge.

Ils considèrent que l'EMGEH est un soutien confraternel et médico-social. Les principales difficultés rencontrées sont secondaires à un manque de connaissance sur les rôles de l'équipe mobile ou un manque de moyens humains et matériels.

Conclusion :

L'EMGEH du CH de Perpignan est un outil utile mais perfectible. Renforcer la communication autour de l'équipe mobile, en augmenter les effectifs humains et développer de nouveaux outils lors de l'intervention sont des pistes d'amélioration.

Mots clefs : Médecine Générale ; Gériatrie ; Équipe Mobile de Gériatrie Extra-Hospitalière ; Unité Sanitaire Mobile ; Recherche Qualitative

Summary :

Background :

Due to the aging of the “baby boomer” generation, the geriatric population increases every year. This makes the patients’ medical and social care rather complex.

The Perpignan’s hospital « outdoor-hospital mobile health unit » operates in the elderly’s homes. Its aim is to make a Comprehensive Geriatric Assessment and suggests a personalized health care plan to the attending physician. The project enables the physician to take care of the patients’ health and wellbeing in their homes

Objective :

The aim of this study is to analyse the encounter of the general practitioners who requested the mobile team for its intervention.

The secondary objective is to identify the general practitioners’ expectations and needs of the mobile team. Due to this, we can suggest improvements for the mobile team.

Method :

It is a comprehensive qualitative study with semi-structured interviews and a thematic analysis. Eleven General practitioners who requested the mobile team were enlisted between June and October 2019.

Results :

Interviewed General practitioners said that they face problems in the medical, relational and administrative aspects concerning their elderly patients. They feel isolated in their work. They think that the mobile team is helpful in both a confraternity and a socio-medical way. The main problems they faced is because of a lack of knowledge about the team or the lack of staff and material.

Conclusion :

The Perpignan’s hospital « outdoor-hospital mobile health unit » is a useful but perfectible tool. Improving the communication about the mobile team and increasing the team’s staff and material might benefit the upcoming evaluations.

Keywords : General Practice ; Geriatrics ; Mobile Health Unit ; Qualitative Research