

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2013

N° 153

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

D.E.S. DE MEDECINE GENERALE

par

Claire AUBRY

Née le 15 juin 1984 à Amiens

Présentée et soutenue publiquement le 2 décembre 2013

**CONNAISSANCE DES STRUCTURES SOCIALES GERONTOLOGIQUES
ET PRISE EN CHARGE DE LA DEPENDANCE DU SUJET AGE :
ENQUETE AUPRES DE 30 MEDECINS GENERALISTES DE LOIRE-
ATLANTIQUE**

Président : Monsieur le Professeur Gilles BERRUT

Directeur de thèse : Madame le Docteur Fabienne YVAIN

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Gilles BERRUT,

Pour nous avoir fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse,

Trouvez ici l'expression de notre reconnaissance et de notre plus grand respect.

Aux membres du jury, Monsieur le Professeur Rémy SENAND et Monsieur le Professeur Mohamed HAMIDOU,

Qui nous ont fait l'honneur de participer à ce jury et de juger notre travail,

Trouvez ici l'expression de toute notre reconnaissance.

A Madame la directrice de thèse, le Docteur Fabienne YVAIN,

Pour avoir accepté de diriger ce travail,

Pour votre soutien, votre disponibilité, et vos conseils avisés,

Trouvez ici l'expression de mon plus profond respect et de ma profonde estime.

A tous les médecins,

Qui ont participé à cette enquête et sans qui ce travail n'aurait pas pu être réalisé,

Merci d'avoir pris le temps de me recevoir et de votre confiance.

TABLE DES MATIERES

GLOSSAIRE.....	9
INTRODUCTION.....	12
1. LES AIDES A LA PERSONNE AGEE EN PERTE D'AUTONOMIE EN FRANCE.....	14
1.1. Autonomie et dépendance	14
1.1.1. Définition de la dépendance	14
1.1.2. Les conséquences de la dépendance.....	14
1.1.2.1. La vie quotidienne et sociale.....	14
1.1.2.2. L'entrée en institution	15
1.1.2.3. Les conséquences sur l'entourage.....	15
1.1.3. Intérêt de l'évaluation de la dépendance.	15
1.2. L'organisation des structures sociales gérontologiques françaises	16
1.2.1. Les aides au maintien à domicile	16
1.2.1.1. Les aides humaines	16
1.2.1.1.1. Les aidants naturels	16
1.2.1.1.2. Le garde-malade.....	17
1.2.1.1.3. L'aide ménagère.....	18
1.2.1.1.4. L'assistant social.....	18
1.2.1.2. Les aides médicales.....	18
1.2.1.2.1. Le médecin traitant.....	18
1.2.1.2.2. Les infirmières à domicile et les Services de Soins Infirmiers à Domicile	19
1.2.1.2.3. La kinésithérapie et l'ergothérapie.....	20
1.2.1.3. Les aides matérielles	20
1.2.1.3.1. Le portage des repas.....	20
1.2.1.3.2. La téléassistance.....	21
1.2.1.3.3. L'aménagement de l'habitat.....	21

1.2.1.3.4. Le matériel médical.....	22
1.2.1.4. Les aides sociales.....	22
1.2.1.4.1. Le logement.....	22
1.2.1.4.2. L'Aide Sociale Adulte	22
1.2.1.4.3. Les caisses de retraites et les mutuelles	23
1.2.1.5. Les prestations en nature.....	23
1.2.1.5.1. L'Assurance Maladie	23
1.2.1.5.2. L'Allocation Personnalisée d'Autonomie.....	24
1.2.1.5.3. L'Allocation de Solidarité aux Personnes Agées.....	25
1.2.1.5.4. La Prestation Compensation du Handicap	25
1.2.1.6. Le soutien aux aidants naturels	26
1.2.1.6.1. Le congé de soutien familial	26
1.2.1.6.2. La consultation annuelle des aidants naturels des patients Alzheimer	27
1.2.2. La coordination des aides autour de la personne âgée	27
1.2.2.1. Le médecin traitant	27
1.2.2.2. Les réseaux gérontologiques.....	28
1.2.2.3. Les Centres Locaux d'Information et de Coordination	28
1.2.2.4. Les Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer	29
1.2.2.5. Les consultations gériatriques hospitalières et les équipes mobiles gériatriques	30
1.2.3. Les structures d'hébergement.....	30
1.2.3.1. L'accueil de jour et la Halte-relais Alzheimer.....	30
1.2.3.2. Les foyers logements	30
1.2.3.3. L'accueil familial	31
1.2.3.4. L'hébergement temporaire.....	32
1.2.3.5. Les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes.....	32
1.2.3.6. Les Unités de Soins de Longue durée.....	34

2. MATERIELS ET METHODE.....	35
2.1. Objectifs de l'étude.....	35
2.1.1. Objectif principal.....	35
2.1.2. Objectif secondaire.....	35
2.2. Type d'enquête	35
2.2.1. Nature de l'étude	35
2.2.2. Date de l'enquête.....	36
2.3. Choix de la population étudiée	36
2.3.1. Critères d'inclusion	36
2.3.2. Critères d'exclusion.....	36
2.3.3. Recrutement	37
2.3.4. Différenciation médecin urbain/médecin rural	37
2.4. Méthode de recueil de données	37
2.4.1. La grille d'analyse.....	37
2.4.2. La sollicitation des médecins par courrier postal	38
2.4.3. Prise de rendez-vous par contact téléphonique	38
2.4.4. L'entretien	38
2.5. Méthode d'analyse des données	39
3. RESULTATS	40
3.1. Description de la population étudiée	40
3.1.1. Répartition des 30 médecins interrogés	40
3.1.2. Répartition des sexes et lieu d'exercice des médecins interrogés.....	41
3.1.3. Age des médecins interrogés.....	41
3.1.4. Expérience professionnelle	41
3.1.4.1. Durée d'exercice et formation spécifique	41
3.1.4.2. Sujets âgés dans la patientèle des médecins interrogés	42
3.1.5. Refus de participer à l'enquête.....	42

3.2.	Description des résultats	43
3.2.1.	Evaluation de la perte d'autonomie.....	43
3.2.2.	Aides humaines et financières à domicile	44
3.2.3.	Mise en place des aides à domicile	46
3.2.4.	Critères d'entrée en institution	47
3.2.5.	Connaissance des structures médico-sociales	48
3.2.6.	Dossiers d'admission en EHPAD	49
3.2.7.	Anticipation de l'entrée en EHPAD.....	51
3.2.8.	Situations d'urgence sociale gériatologique.....	52
3.2.9.	Coordination autour de la personne âgée	54
3.2.10.	Participation à un réseau gériatologique	56
3.2.11.	Connaissance des actions menées par le Conseil Général dans le domaine gériatrique	56
3.2.12.	Connaissance des structures de coordination	57
3.2.13.	Recours au CLIC	58
3.2.14.	Recours aux consultations gériatriques, à l'équipe mobile de gériatrie ou à des hospitalisations pour des problèmes de dépendance.....	59
3.2.15.	Auto-évaluation des connaissances des structures sociales gériatologiques.....	60
3.2.16.	Amélioration de la prise en charge sociale des personnes âgées par les médecins généralistes.....	61
4.	DISCUSSION	63
4.1.	Analyse de la méthode.....	63
4.1.1.	Aspects positifs de la méthode	63
4.1.2.	Aspects négatifs de la méthode	63
4.1.2.1.	Multiplicité des thèmes abordés.....	63
4.1.2.2.	Méthode chronophage.....	64
4.1.2.3.	Difficultés de recrutement.....	64
4.1.3.	Analyse des biais	64

4.1.3.1.	Biais de sélection	64
4.1.3.2.	Biais de mesure	65
4.1.3.3.	Biais d'analyse	65
4.2.	Analyse des résultats	65
4.2.1.	Les médecins généralistes face à la gériatrie	65
4.2.2.	L'évaluation de la perte d'autonomie en médecine générale.....	66
4.2.2.1.	Quels sont les outils utilisés par les médecins généralistes pour évaluer la perte d'autonomie ? Quels sont les obstacles à l'évaluation globale de la personne âgée en médecine générale ?	66
4.2.2.2.	L'évaluation gériatrique standardisée est-elle adaptée aux conditions de la médecine générale ?	68
4.2.2.3.	Le rôle du médecin généraliste ne serait-il pas de dépister la fragilité de la personne âgée plutôt que d'évaluer la perte d'autonomie ?	69
4.2.2.4.	A qui les médecins traitants peuvent-ils adresser leurs patients fragiles ?	70
4.2.3.	Le maintien à domicile.....	70
4.2.3.1.	Quelles sont les conditions d'un maintien à domicile réussi ?	70
4.2.3.2.	Quel rôle pour quel acteur ?.....	71
4.2.3.3.	A qui revient la coordination de tous ces acteurs ?.....	72
4.2.3.4.	Les médecins généralistes identifient-ils les structures de coordination gériatrique et y ont-ils recours ?.....	73
4.2.4.	Du domicile à l'institution.....	74
4.2.4.1.	Comment se fait l'entrée en institution ?	74
4.2.4.2.	Quels sont les facteurs déterminant l'entrée en institution ?	75
4.2.4.3.	Les médecins généralistes connaissent-ils les structures d'hébergement ? ...	76
4.2.5.	Les urgences gériatriques	76
4.2.6.	L'amélioration des connaissances des médecins généralistes et de la gestion des personnes âgées en médecine de ville.....	78
	CONCLUSION	81

BIBLIOGRAPHIE	83
ANNEXES	87
Annexe 1 : Grille AGGIR.....	87
Annexe 2 : Grille d’analyse	88
Annexe 3 : Courrier de sollicitation des médecins	90
Annexe 4 : Mini mental State Evaluation.....	91
Annexe 5 : Test de l’horloge	92
Annexe 6 : Test de Tinetti	93
Annexe 7 : Test des 5 mots.....	95
Annexe 8 : Echelle IADL	96
Annexe 9 : MNA	97
Annexe 10: Grille de repérage de la fragilité	98
Annexe 11 : Entretiens	99

GLOSSAIRE

ACTP : Allocation Compensatrice pour Tierce Personne

ADAR : Association à Domicile en Activités Regroupées

ADMR: Association à Domicile en Milieu Rural

AGGIR : Autonomie Gérontologique, Groupes Iso-Ressources

AIS : Actes Infirmiers de Soins

ALD : Affection Longue Durée

ALF : Allocation de Logement Familiale

ALS : Allocation Logement Social

AMI : Actes Médicaux Infirmiers

AMK : Acte pratiqué par le Masseur-Kinésithérapeute

ANAH : Agence Nationale pour l'Amélioration de l'Habitat

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

APL : Aide Personnalisée au Logement

ARRCO : Association pour le Régime de Retraite Complémentaire des salariés

ASA : Aide Sociale Adulte

ASPA : Allocation de Solidarité aux Personnes Agées

CAF : Caisse d'Allocations Familiales

CARSAT : Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination

CNAVTS : Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse des Travailleurs Salariés

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CRAM : Caisse de Retraite de l'Assurance Maladie

CRAV : Caisse Régionale d'Assurance Vieillesse

DRESS : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

EGS: Evaluation Gériatrique Standardisée

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

GIR : Groupe Iso Ressource

HAD : Hospitalisation à Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

IADL: Instrumental Activities of Daily Living

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

IRCANTEC : Institution de Retraite Complémentaire des Agents Non Titulaires de l'État et des Collectivités publiques.

MAIA : Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

MMS: Mini Mental State

MNA : Mini Nutritional Assessment

PACTH : Protection, Amélioration, Conservation et Transformation de l'Habitat

PCH : Prestation Compensation du Handicap

SFGG : Société Française de Gériatrie et de Gérontologie

SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile

URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

USLD : Unité de Soins de Longue Durée

INTRODUCTION

L'allongement de l'espérance de vie et l'avancée en âge des générations du *baby-boom* entraînent un nombre croissant de personnes âgées en France (1). Le nombre de personnes âgées dépendantes croît avec le vieillissement de la population, avec une augmentation, d'ici à 2040, entre 35 et 55 % de personnes âgées dépendantes en France (2). Une grande partie de l'accompagnement de ces patients est actuellement assurée par leur entourage, mais selon les mêmes projections, le nombre d'aidants naturels n'augmenterait que de 10 % sur cette période (2), bien moins que le nombre de personnes dépendantes.

Dès 1962, le rapport « Politique de la Vieillesse » de Pierre Laroque posait la question de la place des personnes âgées dans la société et les moyens à mettre en œuvre pour leur permettre de rester intégrées : « *L'accent doit être mis, par priorité, sur la nécessité d'intégrer les personnes âgées dans la société, tout en leur fournissant les moyens de continuer le plus longtemps possible à mener une vie indépendante par la construction de logements adaptés, par la généralisation de l'aide-ménagère à domicile, par la création de services sociaux de toute nature qui leur sont nécessaires.* » (3). Ainsi, depuis les années 60, la politique est en faveur du maintien à domicile des personnes âgées, ce qui nécessite la mise en place d'aides matérielles, humaines, et financières. Mais devant la complexité de l'organisation des aides à domicile en France, de leur mise en place, de leur financement et la multiplicité des guichets et intervenants, il est difficile pour la personne âgée ou sa famille de s'y retrouver. Ils se tournent alors le plus souvent vers leur « médecin de famille » pour connaître les aides à mettre en place, les organismes à contacter, les dossiers à remplir.

Du fait de l'augmentation à venir du nombre de personnes âgées dépendantes associée à la diminution du nombre d'aidants, les médecins généralistes, souvent premier recours, vont être amenés à prendre en charge de plus en plus de patients âgés dépendants, patients déjà complexes par les comorbidités qu'ils présentent. A cette complexité médicale, se superpose la complexité environnementale et sociale des personnes en perte d'autonomie.

Il nous a donc paru intéressant d'évaluer les connaissances des médecins généralistes de Loire-Atlantique en regard des problématiques gérontologiques, la place qu'ils revendi-

quaient dans la prise en charge des patients âgés dépendants, les difficultés rencontrées et les améliorations possibles.

Pour cela, nous avons mené auprès de 30 médecins généralistes, une enquête qualitative exploratoire de type descriptive afin de dresser, dans un premier temps, un état des lieux de leurs connaissances des structures sociales gérontologiques et de leurs pratiques face à la dépendance, et dans un second temps de proposer des pistes d'amélioration pour une meilleure prise en charge sociale des personnes âgées.

1. LES AIDES A LA PERSONNE AGEE EN PERTE D'AUTONOMIE EN FRANCE

1.1. AUTONOMIE ET DEPENDANCE

1.1.1. DEFINITION DE LA DEPENDANCE

L'autonomie est définie par la capacité à se gouverner soi-même. Elle présuppose la capacité de jugement, c'est-à-dire la capacité de prévoir et de choisir, et la liberté de pouvoir agir, accepter ou refuser en fonction de son jugement. Cette liberté doit s'exercer dans le respect des lois et des usages communs. L'autonomie d'une personne relève ainsi à la fois de la capacité et de la liberté.

La dépendance est l'impossibilité partielle ou totale pour une personne d'effectuer sans aide les activités de la vie, qu'elles soient physiques, psychiques ou sociales, et de s'adapter à son environnement.

Les causes de dépendance sont variées avec l'intrication de facteurs médicaux, psychiques et sociaux. Ses conséquences intéressent la personne âgée, son entourage et les acteurs médico-sociaux.

1.1.2. LES CONSEQUENCES DE LA DEPENDANCE

1.1.2.1. La vie quotidienne et sociale.

La dépendance touche en premier lieu les gestes de la vie courante, imposant à la personne âgée une aide humaine à domicile lorsque ceci est possible. Cette aide peut venir de la famille, souvent bien acceptée par les patients, ou de professionnels extérieurs avec une certaine réticence des personnes âgées à voir des étrangers entrer dans leur univers.

La dépendance est un frein aux relations sociales des personnes âgées, avec un isolement naissant des difficultés de déplacement ou des défaillances psychiques. Elle engendre un coût financier non négligeable pour la personne âgée ou son entourage.

1.1.2.2. L'entrée en institution

Lorsque la dépendance est trop importante, le maintien à domicile peut devenir difficile et la personne âgée doit abandonner son domicile pour intégrer une structure institutionnelle. Ceci demande une préparation et une acceptation du changement de lieu de vie.

1.1.2.3. Les conséquences sur l'entourage

La perte d'autonomie entraîne une modification dans les relations parents-enfants avec une inversion possible des rôles. L'entourage peut se surinvestir dans la prise en charge de son aîné avec un risque d'épuisement psychologique et physique, ou au contraire se désinvestir.

La prise en charge d'un parent dépendant a des répercussions sociales, professionnelles, affectives et financières chez l'aidant. Entre 12 % et 27 % des aidants rapportent une répercussion sur leur vie sociale, entre 30 % et 60 % des aidants ont eu recours à des aménagements professionnels et surtout environ 45 % des aidants déclarent être en mauvaise santé (4).

Les conséquences sur l'entourage sont à prendre en compte car il est souvent le premier soutien du maintien à domicile des personnes âgées.

1.1.3. INTERET DE L'EVALUATION DE LA DEPENDANCE.

L'évaluation de la dépendance exige une méthode et des outils fiables. Elle repose sur la détermination du niveau de soins requis pour une personne et pour un groupe de personnes âgées. Elle doit permettre à une équipe de soins de repérer les déficiences et incapacités retentissant sur l'environnement, d'établir un plan de soins pour limiter le handicap, et de suivre une

même personne dans temps. Ceci nécessite une collaboration étroite entre les acteurs sociaux, paramédicaux, la famille et le médecin traitant.

1.2.L'ORGANISATION DES STRUCTURES SOCIALES GERONTOLOGIQUES FRANÇAISES

1.2.1. LES AIDES AU MAINTIEN A DOMICILE

Les aides au maintien à domicile comprennent des aides humaines, médicales, matérielles et financières.

1.2.1.1. Les aides humaines

1.2.1.1.1. Les aidants naturels

La Charte Européenne de l'aidant familial définit l'aidant comme : « *la personne non professionnelle qui vient en aide à titre principal, pour partie ou totalement, à une personne dépendante de son entourage, pour les activités de la vie quotidienne. Cette aide régulière peut être prodiguée de façon permanente ou non et peut prendre plusieurs formes, notamment : nursing, soins, accompagnement à l'éducation et à la vie sociale, démarches administratives, coordination, vigilance permanente, soutien psychologique, communication, activités domestiques, ...* » (5).

L'aidant naturel est le levier essentiel de la prise en charge à domicile du sujet âgé dépendant. Il intervient bénévolement dans la coordination des aides et des intervenants, dans la réalisation des activités de la vie quotidienne, et est un des interlocuteurs principaux du médecin traitant, au sein d'un secret médical partagé, avec l'accord du patient.

Dans 90 % des cas, l'aidant appartient à la famille de la personne aidée. Il s'agit dans 40 % des cas du conjoint, alors âgé en moyenne de 71 ans, dans un tiers des cas d'un enfant, âgé en moyenne de 55 ans, puis d'amis ou de voisins (6).

1.2.1.1.2. Le garde-malade

Le garde-malade n'apporte pas de soins médicaux, en dehors de l'aide à la prise des médicaments sur prescription médicale, mais veille au confort physique et moral de la personne âgée. Il est possible d'y faire appel de façon temporaire (répit, vacances, maladie des aidants, sortie d'hospitalisation) ou permanente.

La Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse des Travailleurs Salariés (CNAVTS) propose une prise en charge des gardes-malades. Pour pouvoir en bénéficier, la personne doit :

- être affiliée à la CNAVTS ou à la Caisse de Retraite de l'Assurance Maladie (CRAM),
- être âgée d'au moins 55 ans et percevoir une allocation, pension ou rente du régime de la Sécurité Sociale,
- avoir des revenus inférieurs à 1860 euros mensuels.

La participation de la CNAVTS est de 80 % des frais engagés, dans la limite de 1449 euros par personne. Elle est accordée pour une durée de 6 mois maximum par année civile, en principe non renouvelable.

La demande doit être adressée par le patient à la Caisse Régionale d'Assurance Vieillesse (CRAV) dont il relève.

Si le patient ne peut pas bénéficier de cette aide, les frais sont à sa charge avec une réduction d'impôt possible de 50 % dans la limite de 6000 euros par an.

1.2.1.1.3. *L'aide ménagère.*

Les aides ménagères ou aides à domicile interviennent pour les courses, le ménage, le repassage, l'accompagnement à l'extérieur, et les soins d'hygiène uniquement en cas de besoin immédiat.

La prise en charge est limitée à 30 heures par mois avec un financement :

- soit par l'Aide Sociale départementale si le bénéficiaire a des revenus inférieurs à 8907,14 euros par an,
- soit par la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse (CNAV) si ses revenus sont supérieurs au barème et qu'il est classé Groupe Iso Ressource (GIR) 5 ou 6 (annexe 1),
- pour les personnes classées GIR 1 à 4, les aides ménagères sont prises en charge via l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), le montant étant fonction des ressources de la personne.

En cas de financement par l'Aide Sociale, la demande doit être faite auprès d'associations prestataires conventionnées ou du Centre Communal d'Action Sociale (CCAS).

1.2.1.1.4. *L'assistant social*

L'assistant social a pour mission de faciliter les formalités à effectuer par les patients et leurs familles pour l'obtention de prestations et d'aides de tous types. Il joue un rôle de médiateur entre les différents intervenants, les services hospitaliers, les patients et l'entourage.

1.2.1.2. Les aides médicales

1.2.1.2.1. *Le médecin traitant*

« *Le médecin traitant, chef d'orchestre dont le rôle est médical mais aussi social.* » (7).

Le médecin traitant joue à la fois un rôle médical et social auprès de la personne âgée dépendante. Il assure le suivi médical, la prescription et la surveillance des traitements, la prescription des aides humaines et matérielles et la coordination des différents intervenants médicaux (spécialistes, médecins hospitaliers).

Il gère la partie administrative avec la rédaction des demandes d’Affection Longue Durée (ALD), des prescriptions de transports médicalisés et des certificats médicaux nécessaires à l’obtention d’aides.

Il remplit enfin un rôle social en coordonnant les acteurs autour de la personne âgée, en ayant un regard privilégié sur l’environnement et l’habitat lors des visites à domicile, et en apportant un soutien aux aidants naturels et professionnels.

1.2.1.2.2. Les infirmières à domicile et les Services de Soins Infirmiers à Domicile

Les infirmiers réalisent deux types de soins :

- les Actes Infirmiers de Soins (AIS), qui sont des actes d’hygiène. Ils peuvent être définis et planifiés par l’infirmier dans le cadre de la Démarche de Soins Infirmiers (DSI)
- les Actes Médicaux Infirmiers (AMI), qui sont des actes techniques prescrits exclusivement par le médecin.

Les Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) dispensent des soins infirmiers et d’hygiène, ainsi qu’une aide aux activités de la vie quotidienne via les aides-soignantes. Un infirmier coordonnateur assure le suivi des soins.

Ces frais sont pris en charge par la Caisse Primaire d’Assurance Maladie (CPAM) et sont exonérés du ticket modérateur si la personne est en ALD.

1.2.1.2.3. *La kinésithérapie et l'ergothérapie*

Le kinésithérapeute intervient sur prescription médicale qui doit être intitulée : « Rééducation analytique et globale musculo-articulaire des deux membres inférieurs, de la posture, de l'équilibre et de la coordination » (8) .

Il évalue la perte de la mobilité, les capacités fonctionnelles d'équilibre et de marche, prend en compte l'environnement psychosocial de façon à personnaliser les objectifs, préserve les capacités de transfert, rééduque à la marche et travaille le relever du sol.

Le professionnel doit transmettre des comptes-rendus réguliers au médecin prescripteur.

La kinésithérapie est financée par la CPAM, avec suppression de la participation de l'assuré s'il est reconnu en ALD 30 ou ALD 32.

L'ergothérapeute intervient le plus souvent dans l'aménagement de l'habitat, et peut être missionné par des structures comme la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH). Il peut agir dans le cadre d'un bilan ambulatoire lors d'un hôpital de jour de gériatrie ou en post-hospitalier. Il n'est pas pris en charge par l'Assurance Maladie.

1.2.1.3. Les aides matérielles

1.2.1.3.1. *Le portage des repas*

Lorsque se préparer un repas devient difficile pour la personne âgée, elle peut faire appel au portage des repas à domicile.

Le prix est souvent modulé en fonction des ressources de la personne, avec une prise en charge partielle par le CCAS, une partie possible par l'APA et le reste à la charge du patient.

La demande est à adresser au CCAS ou au CLIC.

1.2.1.3.2. La téléassistance

La téléassistance assure à la personne âgée une sécurité vingt-quatre heures sur vingt-quatre et sept jours sur sept. L'abonné est muni d'un transmetteur qu'il doit actionner pour être mis en relation avec le centre d'appel qui contacte son entourage ou les services de secours.

Les aides financières pour la téléassistance peuvent venir :

- de la Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail (CARSAT) si le patient est âgé de plus de 70 ans, sous condition de ressources, et que sa situation motive la prestation de téléassistance,
- des caisses de retraite complémentaires ou des mutuelles,
- du CCAS.

1.2.1.3.3. L'aménagement de l'habitat.

L'aménagement de l'habitat de la personne âgée pour sécuriser le lieu de vie est un élément important du maintien à domicile.

La demande d'aménagement de l'habitat peut être faite auprès de la MDPH. Une équipe pluridisciplinaire, dont un ergothérapeute, évalue les besoins et les capacités de la personne à domicile et propose des aménagements personnalisés pour l'adaptation et l'accessibilité du logement.

La Protection, Amélioration, Conservation et Transformation de l'Habitat (PACTH), organisme associatif national, établit des devis et aide les personnes à trouver des financements auprès de l'Agence Nationale pour l'Amélioration de l'Habitat (ANAH).

L'ANAH et les caisses de retraite (CNAVTS, ARRCO et IRCANTEC) prennent en charge une partie des frais en fonction des ressources de la personne âgée.

1.2.1.3.4. Le matériel médical

La fourniture du matériel médical est prise en charge par l'Assurance Maladie sur prescription médicale. Les équipements les plus courants sont le lit médicalisé, le déambulateur, les cannes anglaises, le fauteuil roulant, le lève malade, ou encore le fauteuil garde-robe.

Les dispositifs non prescrits restent à la charge du patient.

1.2.1.4. Les aides sociales

1.2.1.4.1. Le logement

L'Aide Personnalisée au Logement (APL), pour les logements conventionnés, l'Allocation Logement Social (ALS), pour les logements non conventionnés, ou l'Allocation Logement Familiale (ALF) pour les personnes ayant un ascendant de plus de 65 ans à domicile et ayant des revenus inférieurs à l'Allocation de Solidarité aux Personnes Agées (ASPA), sont délivrées par la Caisse d'Allocations Familiales (CAF) après étude d'un formulaire.

Leur obtention est soumise à deux conditions :

- le logement doit être décent et d'une superficie minimale,
- les ressources du patient.

Le niveau de l'APL, l'ALS et l'ALF dépend des revenus, du montant du loyer, du lieu de résidence...

1.2.1.4.2. L'Aide Sociale Adulte

L'Aide Sociale Adulte (ASA) est une aide apportée par la collectivité aux personnes ne pouvant pas subvenir à leurs besoins faute de moyens suffisants. Elle a un caractère subsidiaire et intervient en dernier recours.

Les conditions à remplir sont :

- être âgé d'au moins 65 ans,
- résider en France,
- les ressources de l'intéressé doivent être inférieures au montant de la dépense prévue,
- la Commission de l'aide sociale prend en compte les ressources personnelles de l'intéressé de toute nature et les ressources provenant de l'obligation alimentaire (enfants, petits-enfants, gendres et belles-filles)

L'aide sociale a le caractère d'une avance récupérable en cas de meilleure fortune, sur succession ou sur donation.

1.2.1.4.3. Les caisses de retraites et les mutuelles

La caisse de retraite principale et les caisses de retraite complémentaires disposent d'un fond d'action sociale pour des aides financières ponctuelles.

Les mutuelles peuvent accorder des heures « mutuelles » en cas de sortie d'hospitalisation afin de financer une aide à domicile.

1.2.1.5. Les prestations en nature

1.2.1.5.1. L'Assurance Maladie

La personne âgée peut bénéficier de l'exonération du ticket modérateur en cas d'ALD.

La demande d'ALD est rédigée par le médecin traitant et accordée par le médecin conseil de la Sécurité Sociale.

Trois types d'ALD existent :

- l'ADL 30 avec exonération du ticket modérateur pour les 30 affections fixées par décret,

- l'ADL 31 correspondant à une maladie grave, caractérisée évolutive ou invalidante, non inscrite sur la liste des 30 maladies,
- l'ALD 32, correspondant à la poly-pathologie, c'est-à-dire la présence de plusieurs affections, entraînant un état pathologique invalidant et nécessitant des soins continus sur une durée prévisible de plus de six mois.

1.2.1.5.2. L'Allocation Personnalisée d'Autonomie

L'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) est une prestation destinée aux personnes en perte d'autonomie ayant besoin d'une aide extérieure pour accomplir les actes de la vie quotidienne.

Les conditions d'attribution sont :

- être âgé d'au moins 60 ans,
- avoir besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie,
- résider en France de manière stable,
- avoir un niveau de dépendance GIR 1 à 4.

Le dossier de demande d'APA est à retirer auprès du Conseil Général, du CCAS ou du CLIC. Une partie médicale est à compléter par le médecin traitant avec évaluation de la dépendance par la grille AGGIR (annexe 1).

Un plan d'aide personnalisé est élaboré après entretien avec l'équipe médicosociale, qui se déplace à domicile.

Le montant de l'APA est fixé selon un barème national en fonction du degré de dépendance. Les personnes ayant des ressources inférieures à 725,22 euros par mois sont exonérées de toute participation financière.

En cas d'urgence, le président du Conseil Général peut attribuer l'APA à titre provisoire pour un montant forfaitaire, en attendant l'examen de l'équipe médico-sociale.

1.2.1.5.3. L'Allocation de Solidarité aux Personnes Agées

L'Allocation de Solidarité aux Personnes Agées (ASPA) (ancien minimum vieillesse) est une allocation destinée aux personnes âgées disposant de faibles revenus afin de leur assurer un minimum de ressources.

Les conditions d'obtention sont :

- avoir au moins 65 ans,
- résider en France,
- les ressources du demandeur doivent être inférieures à 777,17 euros par mois.

La demande d'ASPA se fait :

- avec le formulaire cerfa n°13710*01,
- auprès de la caisse de retraite si la personne bénéficie d'une pension de retraite,
- auprès de la mairie si elle n'a pas de droit à la retraite.

1.2.1.5.4. La Prestation Compensation du Handicap

La Prestation Compensation du Handicap (PCH) est une aide financière, versée par le Conseil Général, destinée à financer les besoins liés à la perte d'autonomie des personnes handicapées.

Pour en bénéficier il faut :

- être âgé d'au maximum 75 ans avec un handicap survenu avant l'âge de 60 ans,
- résider en France, à domicile ou en établissement,
- avoir une difficulté absolue pour réaliser au moins une activité essentielle de la vie quotidienne ou une difficulté grave pour en réaliser au moins deux, pendant une durée prévisible minimale d'un an ou de façon définitive.

La demande est à faire auprès de la MDPH.

Le montant est fixé de façon personnalisée en fonction du handicap et des ressources de la personne.

1.2.1.6. Le soutien aux aidants naturels

1.2.1.6.1. *Le congé de soutien familial*

Le congé de soutien familial est possible pour toute personne dont un proche présente un handicap ou une perte d'autonomie d'une particulière gravité.

Les conditions ouvrant droit au congé de soutien familial sont :

- avoir au moins 2 ans d'ancienneté dans l'entreprise,
- s'occuper de son ascendant, d'un collatéral jusqu'au 4e degré, ou d'un ascendant jusqu'au 4e degré de son conjoint,
- la personne aidée doit résider en France et ne pas habiter chez un tiers ou dans un établissement.

La demande est faite :

- auprès de l'employeur au moins 2 mois avant le début du congé par lettre recommandée avec avis de réception informant de la volonté de prendre ce congé,
- accompagnée d'une déclaration sur l'honneur de son lien familial avec la personne aidée,
- d'une déclaration sur l'honneur précisant qu'il n'a pas eu précédemment recours à cette aide au cours de sa carrière,
- et d'une copie de la décision de l'APA avec un GIR 1 ou 2.

Le congé de soutien familial a une durée de trois mois, renouvelable avec un maximum d'un an pour l'ensemble de la carrière.

Le congé de soutien familial n'est pas rémunéré par l'employeur. La personne aidée peut rémunérer son aidant soit par l'intermédiaire de l'APA ou de la PCH.

A l'issue du congé de soutien familial, le salarié retrouve son emploi ou un emploi similaire et une rémunération au moins équivalente.

1.2.1.6.2. La consultation annuelle des aidants naturels des patients Alzheimer

La consultation annuelle est dédiée à l'état de santé de l'aidant naturel. Elle est proposée par le médecin généraliste de l'aidant naturel.

L'objectif de la consultation de l'aidant est :

- de donner des informations spécifiques sur les structures et les aides existantes,
- effectuer une évaluation globale de l'état de santé de l'aidant naturel, une évaluation du « fardeau » dans ses composantes médico-psycho-sociales,
- évaluer son état psychique (repérer un épuisement, des troubles dépressifs), son état nutritionnel, son niveau d'autonomie physique et psychique,
- vérifier les éléments de prévention,
- examiner les appareils cardio-vasculaire, locomoteur et sensoriel,
- s'assurer du bon niveau d'adéquation entre les besoins de l'aidant naturel et du patient et les moyens mis en place (9).

1.2.2. LA COORDINATION DES AIDES AUTOUR DE LA PERSONNE AGÉE

1.2.2.1. Le médecin traitant

Selon le panel d'observation des conditions d'exercice en médecine générale, 72 % des médecins généralistes considèrent que la coordination des intervenants autour de la personne âgée dépendante relève de leur rôle (10).

Le médecin généraliste peut faire partie d'un réseau gérontologique ou travailler avec le CLIC et reste un acteur central dans la prise en charge globale de la personne âgée.

1.2.2.2. Les réseaux gérontologiques

Les réseaux gérontologiques ont pour mission :

- d'assurer la prise en charge sanitaire coordonnée de la personne âgée,
- de permettre le maintien à domicile par l'organisation de la coordination des acteurs,
- d'assurer une prise en charge globale comprenant l'éducation à la santé, des actes de prévention, des diagnostics, des soins et un accompagnement social et médico-social.

Le médecin traitant du patient est le coordonnateur pour la partie sanitaire et un assistant social coordonne les collectivités locales, les structures d'accueil et les associations d'aides à domicile.

1.2.2.3. Les Centres Locaux d'Information et de Coordination

Les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) sont des lieux d'accueil, d'écoute et d'information. Il existe dix-neuf CLIC sur tout le territoire de Loire-Atlantique.

Ils ont pour mission :

- de faciliter l'accès aux droits,
- d'évaluer les besoins, d'élaborer un plan d'aide et de mettre en place des réponses rapides, complètes et coordonnées, notamment en cas de situations d'urgence ou complexes,
- d'identifier et faciliter la mise en relation des professionnels de santé, sociaux, médico-sociaux et de l'aménagement de l'habitat,
- d'être un centre de ressources pour les professionnels,
- d'initier des actions de prévention, de soutien aux aidants naturels et de formation.

Ils sont composés d'un chargé d'accueil, d'un coordinateur, d'un assistant social et de professionnels médico-sociaux.

Ils ne délivrent pas directement de soins ni de prise en charge à domicile.

Ils s'adressent à toute personne de plus de 60 ans, aux familles, aux professionnels, aux intervenants auprès des personnes âgées, et aux institutions.

Il existe trois niveaux de CLIC :

- niveau 1: informe, oriente, facilite les démarches, fédère les acteurs locaux.
- niveau 2 : en plus, évalue les besoins, élabore un plan d'accompagnement, ou un plan d'intervention.
- niveau 3 : en plus des actions des niveaux 1 et 2, assure le suivi du plan d'aide, en lien avec les intervenants extérieurs, et coordonne.

1.2.2.4. Les Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer

Les Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer (MAIA) sont destinées à coordonner la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et à accompagner leur entourage.

Les MAIA ont pour buts :

- d'être un espace d'accueil, d'écoute et d'évaluation pluridisciplinaire de la situation du patient et de ses proches,
- de mettre en commun des moyens pour le recrutement de personnel social, médical, paramédical et administratif,
- d'élaborer de nouvelles stratégies de prise en charge,
- d'assurer une interdisciplinarité autour de la personne malade et de mettre en place une prise en charge continue adaptée à ses besoins,
- d'évaluer les pratiques des intervenants et de définir des actions de formation,
- de mettre en place des actions de soutien aux aidants,
- de mettre en place un système de référents pour tous les patients et de gestionnaires de cas pour les patients complexes.

1.2.2.5. Les consultations gériatriques hospitalières et les équipes mobiles gériatriques

Les consultations gériatriques hospitalières sont réalisées par des médecins gériatres et ont pour but de faire une évaluation globale, somatique, psychologique, cognitive et sociale de la personne âgée.

Les équipes mobiles de gériatrie ont vocation à être impliquées dans la coordination intrahospitalière mais aussi extrahospitalière lors de la sortie du patient en se mettant en relation avec les différents dispositifs de soutien à domicile.

1.2.3. LES STRUCTURES D'HEBERGEMENT

1.2.3.1. L'accueil de jour et la Halte-relais Alzheimer.

L'accueil de jour permet d'accueillir temporairement, à la journée, des personnes âgées afin de maintenir leurs capacités et de soulager les aidants naturels.

Le prix de la journée est à la charge de la personne âgée avec une possible participation de l'APA et des caisses de retraite complémentaire.

Les Haltes-relais Alzheimer sont des structures dédiées aux aidants naturels de personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer. Ce sont des lieux d'écoute et de soutien où les aidants peuvent venir pour rencontrer des psychologues ou d'autres familles. Pendant ce temps, les patients sont pris en charge par des bénévoles.

1.2.3.2. Les foyers logements

Les foyers logements s'adressent aux personnes de plus de 60 ans, autonomes. Il s'agit de groupe de logements autonomes assortis d'équipements ou de services collectifs facultatifs.

Ces lieux ne sont pas médicalisés, les résidents gardent leur médecin traitant. Les aides à domicile peuvent y intervenir.

Les résidents sont propriétaires ou locataires. Les personnes âgées peuvent être aidées pour le paiement de leur loyer par l'APL ou l'aide sociale.

1.2.3.3. L'accueil familial

L'accueil familial est un mode d'accueil et d'hébergement de personnes âgées qui ne disposent pas d'une autonomie suffisante pour vivre à domicile.

La famille d'accueil a pour obligations :

- d'avoir un agrément accordé par le président du Conseil Général pour une période de 5 ans, renouvelable,
- de ne pas avoir de lien de parenté avec la personne accueillie,
- de garantir la continuité de l'accueil, la participation à la vie quotidienne de la famille, la protection de la santé, la sécurité et le bien-être physique, moral et spirituelle de la personne,
- d'alerter le service chargé du suivi de la personne de tout évènement affectant le bon déroulement de l'accueil.

Les droits de l'accueillant sont :

- une formation initiale et continue de la part du département,
- il relève du régime général de la Sécurité Sociale. Il a droit aux prestations de l'Assurance Maladie et acquiert des droits au régime général d'assurance retraite,
- deux jours et demi de congé annuel par mois pour un accueil à temps complet, sous réserve qu'une solution de remplacement soit mise en œuvre durant ses congés.

La personne accueillie :

- est l'employeur de l'accueillant familial,

- est tenue de souscrire un contrat d'assurance de responsabilité civile en cas de dommages causés à l'accueillant familial ou à ses biens,
- peut bénéficier de l'APA, de l'ALS, de l'APL ou de l'allocation de logement familiale (ALF) selon les conditions d'attribution,
- peut bénéficier d'une réduction ou d'un crédit d'impôt au titre de l'emploi d'un salarié à domicile.

1.2.3.4. L'hébergement temporaire

L'hébergement temporaire est une formule d'accueil limité dans le temps lorsque le maintien à domicile est compromis du fait d'un isolement, de l'absence des aidants, de départ en vacances, etc. Il peut aussi être utilisé comme essai de vie en collectivité avant l'entrée définitive en établissement, ou servir de transition avant le retour à domicile après une hospitalisation.

L'entrée se fait sur dossier, avec une partie médicale à remplir par le médecin traitant, après acceptation par une commission d'admission.

Le prix d'hébergement est à la charge de la personne âgée. Il peut être financé par l'APA, ou par le fond d'action sociale des caisses de retraite.

1.2.3.5. Les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

Les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) (anciennes maisons de retraite) sont des structures d'accueil médicalisées pour personnes âgées dépendantes.

Les conditions d'accueil sont :

- être âgé de plus de 60 ans,
- être dépendant,
- acceptation du dossier après étude par la commission d'admission de l'établissement.

Les EHPAD assurent :

- une surveillance médicale, des soins en continu par des infirmiers et des aides-soignants,
- une aide à la vie quotidienne 24h/24,
- l'hébergement en chambre, la restauration, la blanchisserie,
- et des activités de loisirs.

Depuis le 12 juin 2012, le formulaire cerfa n°14732*01, national et unique, doit être utilisé pour les demandes d'admission en EHPAD. Il comporte une partie administrative et une partie médicale, confidentielle, à remplir par le médecin traitant.

Le prix est divisé en trois tarifs :

- le tarif hébergement qui couvre les prestations d'administration générale, d'hôtellerie, de restauration, d'entretien et d'animation. Il est identique pour tous les résidents d'un même établissement,
- le tarif dépendance qui recouvre les prestations d'aide et de surveillance nécessaires à l'accomplissement des actes de la vie courante. Il est évalué par un médecin à partir de la grille AGGIR,
- le tarif soins qui englobe les dépenses de fonctionnement de l'établissement relatives aux charges du personnel, versé par l'Assurance Maladie.

En fonction des ressources, une partie des frais peut être prise en charge par :

- l'ALS ou l'APL pour le tarif hébergement,
- l'APA pour le tarif dépendance.

La présence d'un médecin coordonnateur est obligatoire. Il contribue à la qualité de la prise en charge des personnes âgées dépendantes en favorisant la coordination des actions et des soins entre les différents professionnels de santé.

Le suivi médical est assuré par le médecin traitant de la personne âgée.

1.2.3.6. Les Unités de Soins de Longue durée

Les Unités de Soins de Longue durée (USLD) sont des structures à la fois sanitaires et sociales avec la prise en charge de patients poly-pathologiques présentant une dépendance physique ou psychique importante nécessitant une surveillance médicale continue.

Elles dépendent des centres hospitaliers.

Les conditions d'admission et de tarification sont semblables à celles des EHPAD.

2. MATERIELS ET METHODE

2.1.OBJECTIFS DE L'ETUDE

2.1.1. OBJECTIF PRINCIPAL

Cette enquête a pour objectif de dresser un état des lieux, auprès des médecins généralistes de Loire-Atlantique, de leurs connaissances des structures sociales gérontologiques et de leurs pratiques face à la dépendance du sujet âgé, au vu des recommandations et de la littérature.

2.1.2. OBJECTIF SECONDAIRE

L'objectif secondaire est de proposer des pistes d'amélioration des connaissances et de la pratique des médecins généralistes pour une meilleure prise en charge sociale des personnes âgées.

2.2.TYPE D'ENQUETE

2.2.1. NATURE DE L'ETUDE

Nous avons choisi de suivre une méthode qualitative exploratoire de type descriptive pour répondre à notre question de recherche. Dans notre cas, la revue de littérature est pauvre sur le sujet. L'enquête qualitative permet ainsi de détailler les connaissances des médecins gé-

néralistes sur les structures sociales gérontologiques en Loire-Atlantique. Il n'y a pas lieu ici de quantifier mais d'expliquer les réponses à la question posée.

2.2.2. DATE DE L'ENQUETE

L'enquête s'est déroulée du 28 novembre 2012 (date du premier entretien) au 25 avril 2013 (date du dernier entretien).

2.3. CHOIX DE LA POPULATION ETUDIEE

Pour répondre à notre question de recherche, nous avons fixé le nombre de médecins généralistes à interroger à 30.

2.3.1. CRITERES D'INCLUSION

Les médecins inclus devaient pratiquer la médecine générale, exercer en Loire-Atlantique et accepter de répondre à notre enquête.

2.3.2. CRITERES D'EXCLUSION

Nous avons exclus de la liste les médecins ayant des spécificités de pratique (angiolgues, acupuncteurs, SOS médecins, mésothérapeutes, ostéopathes...) mentionnée dans l'annuaire téléphonique « Pages Jaunes ».

Ont été également exclus les médecins connus de l'enquêteur par une activité antérieure (maîtres de stage ou médecins remplacés), afin de conserver la neutralité de l'entretien.

Lorsqu'un médecin était exclu, nous sélectionnions le suivant dans la liste aléatoire.

2.3.3. RECRUTEMENT

Nous avons listé sur fichier numéroté Excel®, par ordre alphabétique, les 1144 médecins généralistes de Loire Atlantique présents dans l'annuaire téléphonique « Pages Jaunes ». Nous avons effectué un tirage au sort à partir de la fonction « aléa » du logiciel Excel®. Nous avons ensuite sélectionné les 50 premiers médecins de la liste, en respectant les critères d'exclusion, afin d'obtenir 30 entretiens.

2.3.4. DIFFÉRENCIATION MÉDECIN URBAIN/MÉDECIN RURAL

Les médecins ont été répartis en médecins ruraux et médecins urbains en fonction de leur lieu d'exercice, les médecins ruraux étant définis comme ceux exerçant dans une commune de moins de 5000 habitants.

2.4. METHODE DE RECUEIL DE DONNEES

2.4.1. LA GRILLE D'ANALYSE

La grille d'analyse (annexe 2) comportait trois questions fermées pour recueillir les données sur le mode d'exercice et l'expérience professionnelle des médecins afin de décrire la population étudiée. Treize questions ouvertes et une question fermée ont été posées afin d'évaluer les connaissances des structures d'aide sociale gérontologique et les pratiques de la prise en charge de la dépendance des personnes âgées, en limitant au maximum l'influence des questions. Pour décrire l'autoévaluation des connaissances et les possibilités d'amélioration, nous avons utilisé deux questions ouvertes.

Elle a été évaluée par deux pré-tests, nous permettant de perfectionner le guidage semi directif des entretiens.

2.4.2. LA SOLLICITATION DES MEDECINS PAR COURRIER POSTAL

Le courrier de sollicitation (annexe 3) nous permettait de présenter le sujet de thèse, les modalités de réalisation de l'entretien, et de rassurer sur l'anonymat des réponses. Nous avons envoyé deux lots de vingt courriers puis deux lots de cinq courriers en fonction des refus. Nous contactons par téléphone le médecin sollicité 5 à 8 jours après postage de la lettre, afin de fixer un éventuel rendez-vous.

2.4.3. PRISE DE RENDEZ-VOUS PAR CONTACT TELEPHONIQUE

Le contact téléphonique permettait de rappeler le sujet de l'enquête, le déroulement de l'entretien et de rassurer sur l'anonymat des réponses. Nous vérifiions que le médecin répondait bien aux critères d'inclusion et d'exclusion. Un rendez-vous était fixé au cabinet si le médecin acceptait de participer à l'enquête.

2.4.4. L'ENTRETIEN

Nous avons proposé la grille d'analyse à un panel de médecins généralistes de Loire-Atlantique sous forme d'un entretien semi-directif enregistré au cabinet du médecin.

L'entretien se déroulait au cabinet du médecin généraliste. Après une brève présentation personnelle et rappel du sujet de l'enquête, les questions étaient posées à l'aide d'un support papier. En cas de non compréhension de la question, elle était reformulée sans orienter la réponse.

L'entretien était enregistré, après accord du médecin. L'enregistrement complet des entretiens a permis la conservation des données et la retranscription permettant l'analyse. Il a été

réalisé numériquement sur un format MP3. Nous avons utilisé un DIGITAL VOICE RECORDER, VN-771PC d'Olympus ®.

2.5.METHODE D'ANALYSE DES DONNEES

Tous les entretiens ont été retranscrits dans leur intégralité, « mot-à-mot », sur un fichier Word.

Les variables qualitatives ont été préalablement traitées par la méthode d'analyse du contenu des verbatim. La grille d'analyse comportait un codage ouvert en unités syntaxiques de manière à être le plus exhaustif possible. Les réponses fermées ont été codées de façon numérique.

Les trente médecins interrogés sont répartis en commune urbaine et rurale en fonction du nombre d'habitants de la commune dans laquelle ils exercent. Une commune est considérée comme urbaine si elle compte plus de 5000 habitants. Dix-sept médecins urbains et treize médecins ruraux ont participé à l'étude.

3.1.2. REPARTITION DES SEXES ET LIEU D'EXERCICE DES MEDECINS INTERROGES

Treize femmes et dix-sept hommes ont été interrogés. Sur les treize femmes, neuf exercent en milieu urbain et quatre en milieu rural. Parmi les dix-sept hommes, huit ont un exercice urbain et neuf ont un exercice rural.

3.1.3. AGE DES MEDECINS INTERROGES

La moyenne d'âge des médecins interrogés est de 47 ans [35 à 64 ans]. Elle est de 42 ans [35 à 59 ans] chez les femmes et de 52 ans [36 à 64 ans] chez les hommes.

3.1.4. EXPERIENCE PROFESSIONNELLE

3.1.4.1. Durée d'exercice et formation spécifique

Les médecins interrogés sont installés en moyenne depuis 16 ans [1 à 36 ans].

Quatre médecins sur les trente possèdent une capacité de gériatrie. Un de ces quatre médecins a également un diplôme interuniversitaire, une attestation sur les démences et était responsable de l'APA dans le Var.

3.1.4.2. Sujets âgés dans la patientèle des médecins interrogés

La majorité des médecins interrogés (vingt-cinq sur trente) ont moins de 25 % de patients de plus de 75 ans dans leur patientèle. Quatre médecins ont entre 25 et 50 %, et un médecin a 80 % de patients de plus de 75 ans.

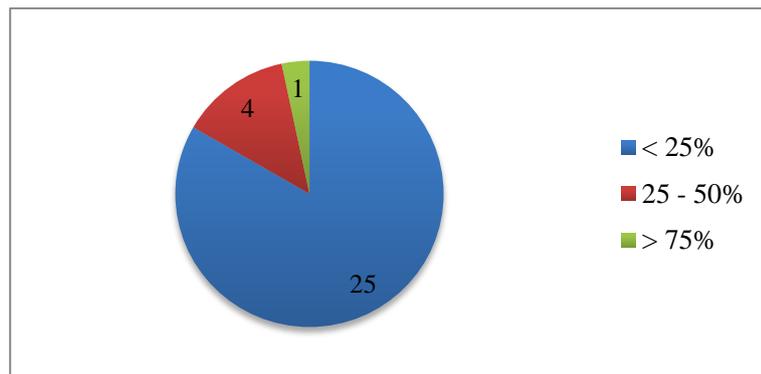


Figure 2 : Proportion de sujets âgés de plus de 75 ans dans la patientèle.

3.1.5. REFUS DE PARTICIPER A L'ENQUETE

Sur les cinquante médecins sollicités par courrier et appel téléphonique, vingt n'ont pas participé à l'étude (seize médecins sur trente-trois en ville, soit environ un médecin sur deux, et quatre médecins sur dix-sept en milieu rural, soit environ un médecin sur quatre).

Les causes de non-participation sont :

- le manque de temps (n = 8),
- le manque d'intérêt pour le sujet (n = 3),
- départ en retraite (n = 3),
- peu de patients âgés dans la patientèle (n = 3),
- ne participe pas aux thèses (n = 1),
- sans motif (n = 2).

3.2. DESCRIPTION DES RESULTATS

3.2.1. EVALUATION DE LA PERTE D'AUTONOMIE

La grande majorité des médecins (27 sur 30) évaluent la perte d'autonomie par l'interrogatoire et l'examen clinique. Sur ces 27 médecins, 12 couplent l'examen clinique à l'utilisation d'échelles d'évaluation, 8 aux données de l'entourage et 7 utilisent uniquement leur appréciation personnelle du patient.

Médecin n° 5 : « Je le fais, je ne sais pas, au feeling quoi...par l'intermédiaire de l'entourage, l'intermédiaire des aides de vie, etc... »

Médecin n° 6 : « J'ai utilisé des échelles classiques et puis je ne le fais plus parce que, dans l'exercice quotidien, ça ne me sert pas beaucoup, si vous voulez, par la suite [...]. Je trouve que ce n'est pas très adapté parfois. »

Deux médecins utilisent l'évaluation gériatrique standardisée.

Les échelles d'évaluation citées sont:

- le MMS (n = 5) (annexe 4),
- la grille AGGIR (n = 3),
- le test de l'horloge (n = 2) (annexe 5),
- le test de Tinetti (n = 2) (annexe 6),
- le test des 5 mots (n = 1) (annexe 7),
- l'IADL (n = 1) (annexe 8),
- l'évaluation gériatrique standardisée (EGS) (n = 2). A noter qu'elle est utilisée par 2 médecins capacitaires.

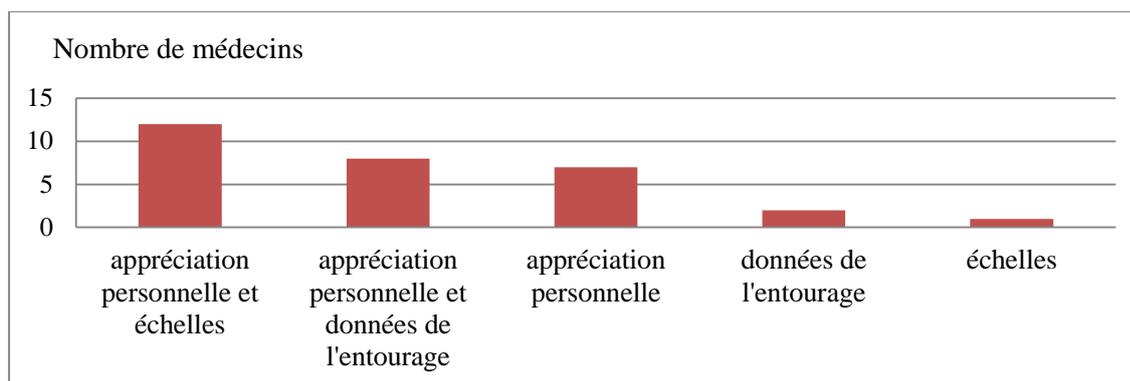


Figure 3 : Evaluation de la perte d'autonomie par les médecins généralistes.

3.2.2. AIDES HUMAINES ET FINANCIERES A DOMICILE

Parmi les aides humaines citées par les médecins, les infirmières libérales (n = 18) et les SSIAD (n = 10) reviennent le plus souvent. Viennent ensuite les aides ménagères, l'Aide à Domicile en Milieu Rural (ADMR), et l'Association à Domicile en Activités Regroupées (ADAR) (n = 23). Sont ensuite cités à moindre fréquence, l'aide-soignante (n = 9), le kinésithérapeute (n = 8), le portage des repas (n = 6), l'assistant social (n = 6), l'ergothérapeute (n = 4) et la téléalarme (n = 3).

Quatre médecins considèrent l'Hospitalisation à Domicile (HAD) comme une aide à domicile.

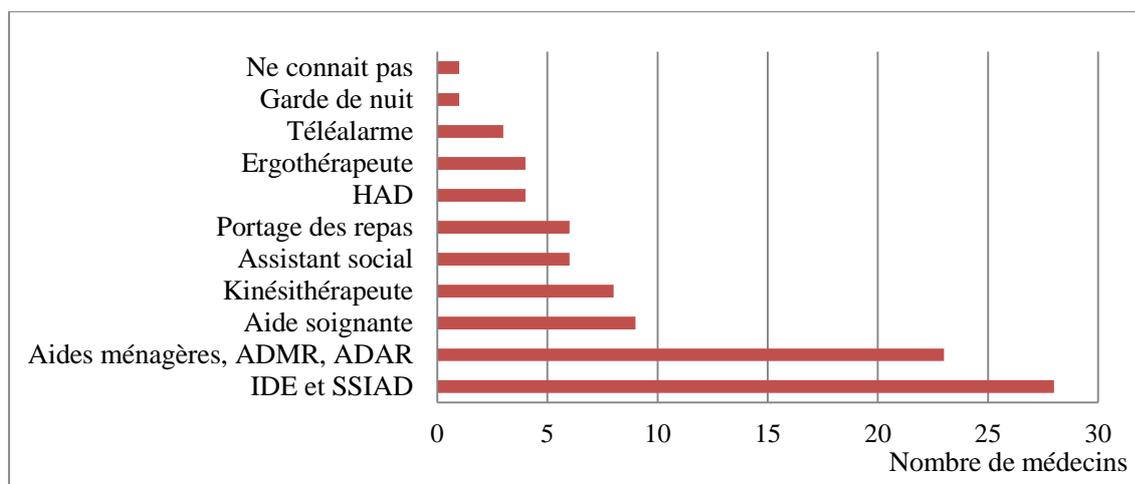


Figure 4 : Recours aux aides humaines à domicile.

Parmi les aides financières, la majorité des médecins connaissent l'APA (n = 24). Trois médecins citent les assurances complémentaires. Les chèques emploi services (n = 2), l'aide à l'habitat (n = 2), l'APL (n = 1) et l'ACTP (n = 1) sont évoqués par des médecins mais non utilisés en pratique. Six médecins disent ne pas s'occuper du côté financier de la prise en charge sociale des personnes âgées.

Médecin n° 15 : « Aucune idée, ce n'est pas mon problème ! »

Médecin n° 20 : « Les aides financières, ce n'est pas moi qui m'en occupe, ça, je ne sais pas. »

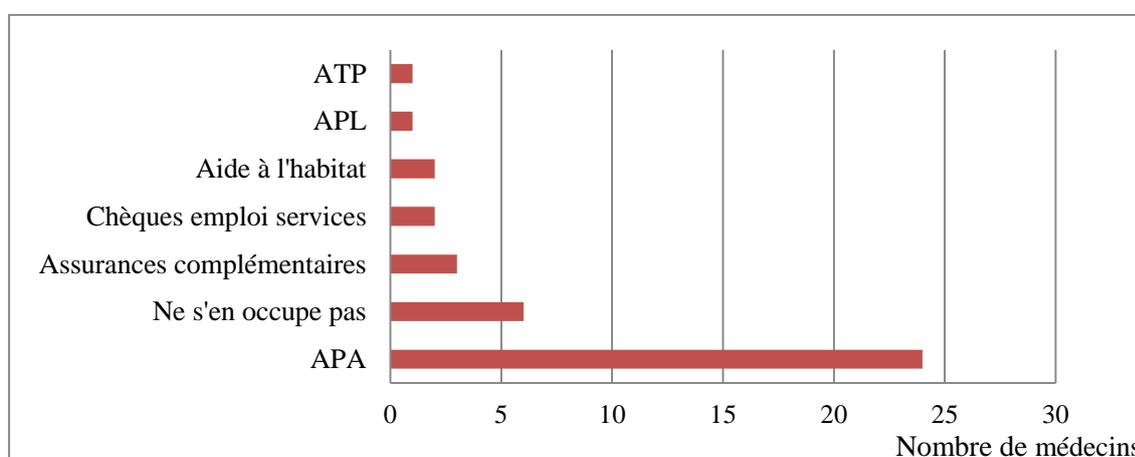


Figure 5 : Aides financières mises en place à domicile.

3.2.3. MISE EN PLACE DES AIDES A DOMICILE

La demande des aides à domicile vient, pour la grande majorité des médecins, soit de la famille (n = 24), soit d'eux-mêmes (n = 22). Viennent ensuite le patient (n = 6), les infirmières (n = 5) puis le CLIC (n = 3). Dix médecins soulignent que cette demande ne vient que rarement ou jamais du patient.

Médecin n° 8 : « C'est rarement les patients...je pense euh...que c'est exceptionnel que ce soit eux. Je pense que c'est plus moi ou la famille. »

Médecin n° 13 : « C'est moi, ce n'est pas les patients. »

Médecin n° 30 : « Les enfants, parce qu'en général, les gens âgés ne demandent rien. »

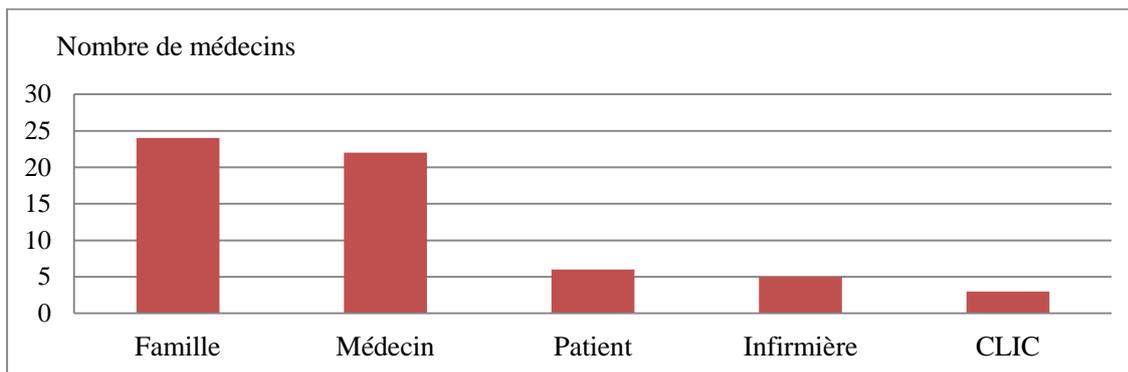


Figure 6 : Demande des aides à domicile.

Les démarches pour mettre en place ces aides sont faites le plus fréquemment par la famille (n = 21), puis à égale fréquence par le médecin et le patient (n = 10). Les médecins citent ensuite le CLIC ou la MAIA (n = 7), et l'assistant social (n = 6).

Médecin n° 17 : « S'il y a des enfants présents, c'est les enfants. S'il n'y a pas d'enfant, c'est l'assistante sociale... Moi, je fais les dossiers, mais je ne m'occupe pas d'aller chercher les aides ménagères. Je n'ai pas encore signé pour ça... »

Médecin n° 29 : « La famille, et le patient. Ou le CLIC. Jamais moi. »

Médecin n° 30 : « Moi, je remplis les papiers, et ce sont les enfants, l'entourage proche qui fait les démarches. »

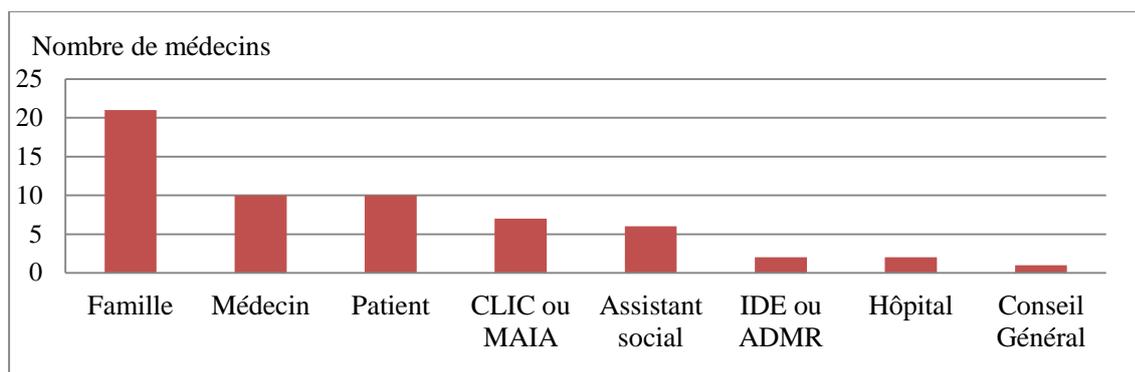


Figure 7 : Mise en place des aides à domicile.

3.2.4. CRITERES D'ENTREE EN INSTITUTION

Les principaux critères d'institutionnalisation sont :

- l'isolement familial ou le veuvage (n = 16),
- la perte d'autonomie (n = 11),
- l'épuisement des aides ou de l'aidant (n = 11),
- la démence (n = 9),
- et la dangerosité en cas de maintien à domicile (n = 9).

Sont ensuite cités, les chutes (n = 6), le souhait du patient (n = 6), et la sortie d'hospitalisation (n = 5). L'institutionnalisation à la demande de la famille est le critère le moins fréquent (n = 3).

Médecin n° 1 : « Oh là là! Je suis très opposé aux institutions, donc je l'envisage vraiment quand il n'y a plus aucun recours. »

Médecin n° 5 : « Premier critère, pour moi le plus important, c'est que la personne dépendante accepte la mise en institution et se rende compte qu'on ne peut pas faire autrement. »

Médecin n° 17 : « L'isolement... l'isolement familial, euh... quand on sent qu'il y a une pathologie qui risque de se dégrader. Mais c'est surtout l'isolement familial, voilà. »

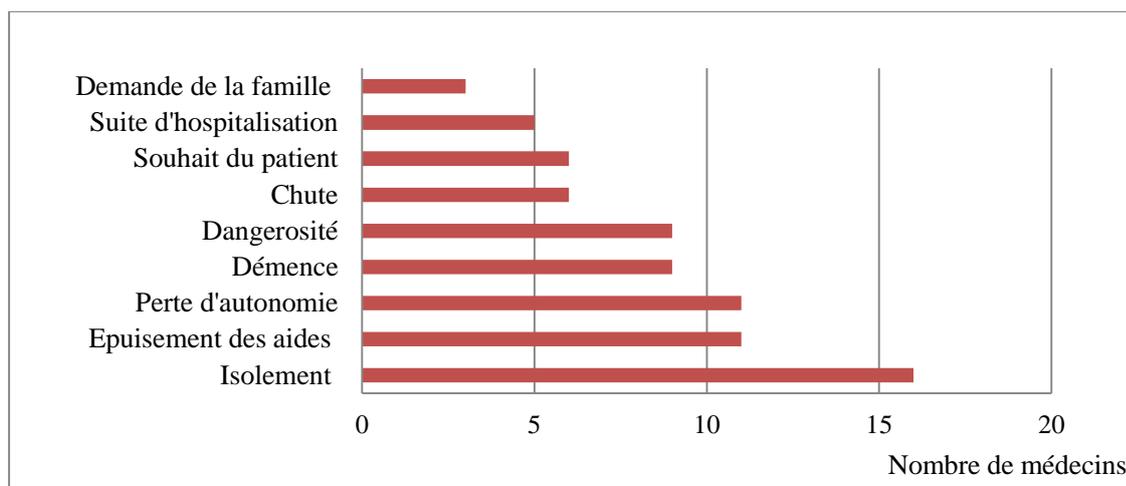


Figure 8 : Critères d'institutionnalisation.

3.2.5. CONNAISSANCE DES STRUCTURES MEDICO-SOCIALES

La structure d'hébergement la plus citée est l'EHPAD (ou maison de retraite) (n = 30), suivie de l'hébergement temporaire (n = 15), du long séjour (n = 11) et de l'accueil de jour pour patients Alzheimer (n = 11). Le foyer logement est cité 9 fois et la résidence service est citée 2 fois.

L'hôpital (n = 8), les services de soins de suite et de réadaptation (n = 7) et l'HAD (n = 1) sont aussi cités comme des structures d'hébergement.

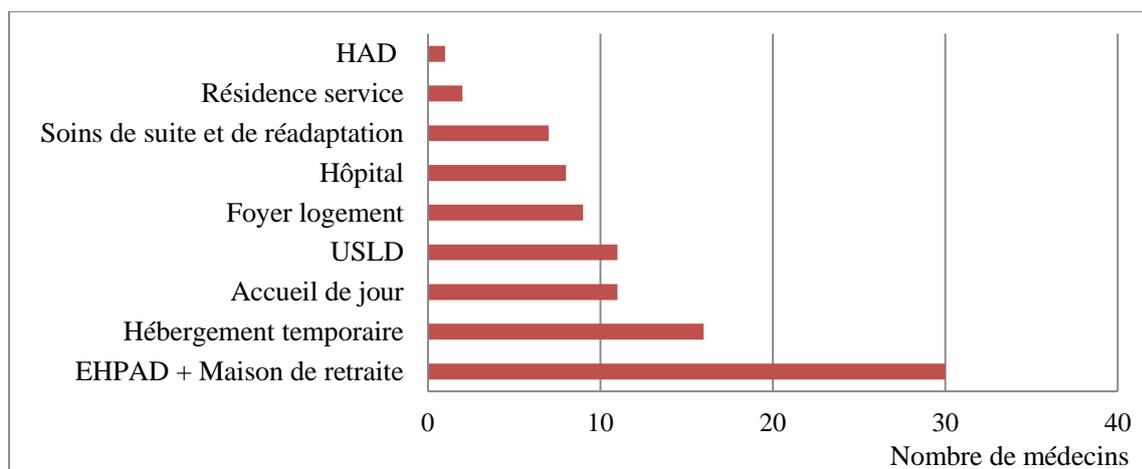


Figure 9 : Connaissance des structures médico-sociales par les médecins généralistes.

3.2.6. DOSSIERS D'ADMISSION EN EHPAD

Vingt-huit médecins remplissent entre 0 et 5 dossiers d'admission en EHPAD par mois et 2 médecins entre 5 et 10.

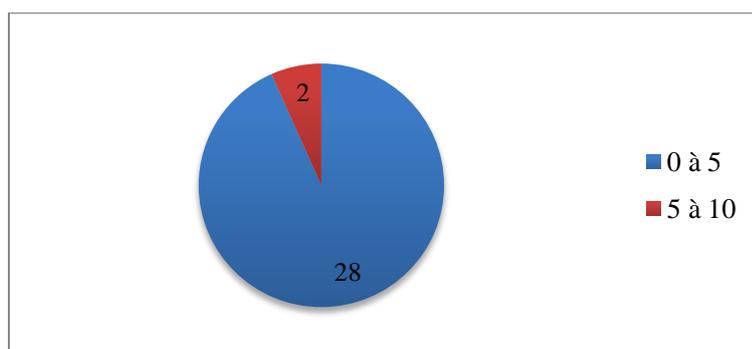


Figure 10 : Nombre de dossiers d'admission en EHPAD remplis par mois par les médecins généralistes.

Les médecins soulignent le fait de remplir plusieurs dossiers pour un même patient.

Médecin n° 1 : « C'est très variable parce que, souvent, pour un même individu, on peut remplir trois ou quatre formulaires. »

Médecin n° 13 : « C'est toujours pas centralisé ça, du coup on se retrouve à faire plusieurs dossiers pour les mêmes personnes et y compris pour les mêmes organismes. »

Médecin n° 19 : « Les dossiers ne sont pas encore uniformisés, il faut qu'on en remplisse trois, quatre, ou cinq pour dire la même chose à chaque fois, ce qui est très désagréable. »

Les dossiers d'admission en EHPAD sont remplis à la demande:

- de la famille (n = 26),
- du patient (n = 12),
- du médecin (n = 10),
- de l'EHPAD (n = 2),
- de l'ADMR (n = 1),
- ne sait pas (n = 1).

Médecin n° 19 : « Bah, à la demande des patients eux-mêmes. Il y en a quelques-uns qui anticipent, ils sentent qu'un jour ou l'autre, ils ne pourront plus rester tout seuls, donc ils ont l'intelligence d'anticiper, de faire le choix eux-mêmes. Donc, c'est à leur demande dans ces cas-là. Ou alors, à la demande, bah, de l'entourage. »

Médecin n° 21 : « Moi, c'est moi qui le provoque. Euh, j'en fais remplir, voilà. Ils sont inscrits, après ça, ça ne veut pas dire qu'ils y vont. [...]. Pour moi, c'est une roue de secours. »

Médecin n° 26 : « De la famille. Les patients ne sont quand même jamais très pressés d'y aller, donc c'est plutôt les enfants qui demandent. »

Médecin n° 27 : « La famille. Mais souvent, c'est parce que je leur ai demandé de s'en occuper. »

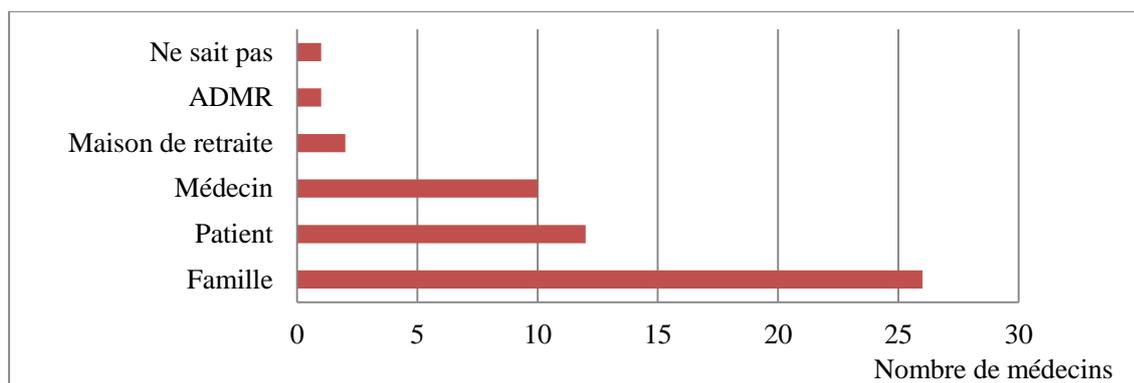


Figure 11 : Demande d'entrée en institution.

3.2.7. ANTICIPATION DE L'ENTREE EN EHPAD

Sur les 30 médecins interrogés, 27 anticipent l'entrée en EHPAD de leur patient.

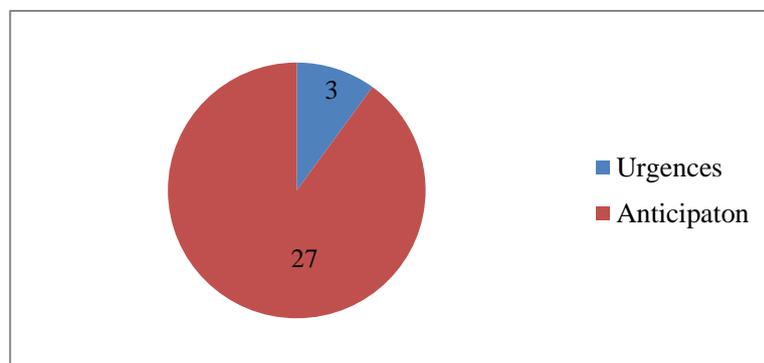


Figure 12 : Gestion de l'entrée en institution par les médecins généralistes

Cependant les médecins rencontrent des difficultés à anticiper l'entrée en EHPAD.

Médecin n° 4 : « On essaye d'anticiper au maximum. Après les plus grandes difficultés, c'est quand les gens sont vraiment opposés à ça. »

Médecin n° 9 : « Malheureusement, notre souhait serait d'anticiper, mais dans la réalité, c'est souvent dans l'urgence. ».

Médecin n° 19 : « Bah, moi, j'essaye d'anticiper, mais malheureusement, c'est plutôt... dans les faits, c'est plutôt dans l'urgence, puisque, les gens, tant qu'ils sont à peu près valides, ils disent non. ».

Médecin n° 23 : « J'essaye d'anticiper mais il y a des refus. Il faut attendre l'acceptation des gens. »

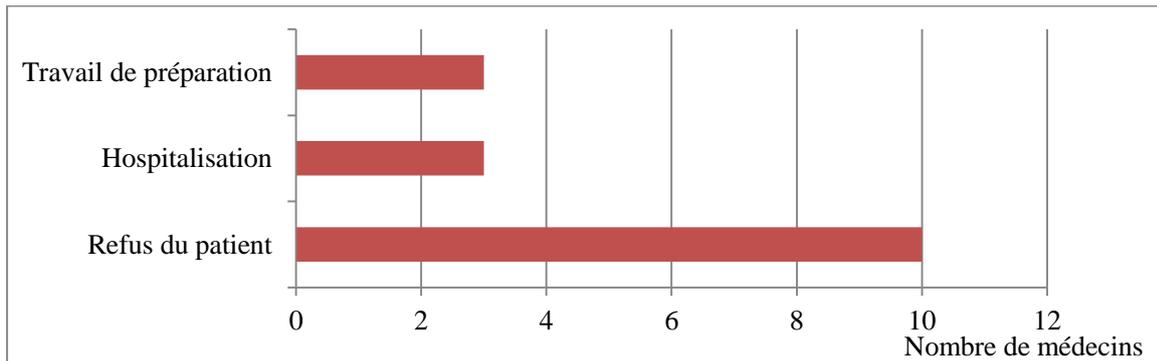


Figure 13 : Difficultés rencontrées par les médecins dans l'anticipation de l'entrée en EHPAD

3.2.8. SITUATIONS D'URGENCE SOCIALE GERONTOLOGIQUE

La majorité des médecins interrogés est confrontée à une impossibilité de maintien à domicile en urgence entre 1 fois par mois et 1 fois par semestre.

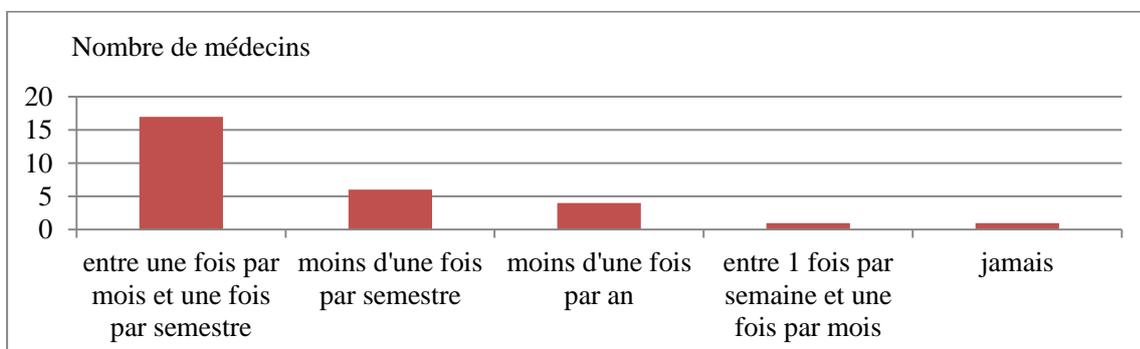


Figure 14 : Fréquence des impossibilités de maintien à domicile en urgence.

Dans la grande majorité des cas, l'étiologie est d'ordre médical.

Médecin n° 2 : « Urgence somatique. Les urgences sociales, on arrive à les voir venir. »

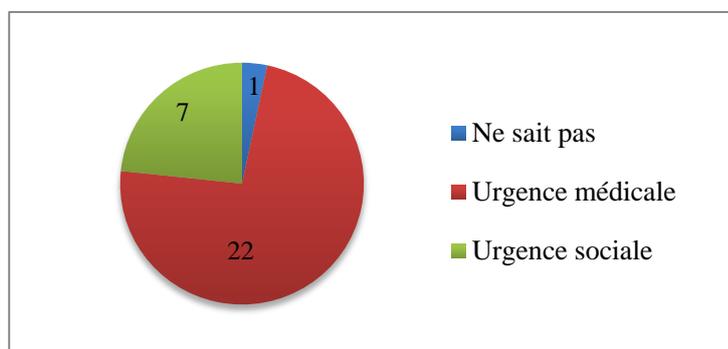


Figure 15 : Etiologies des urgences gériatriques

Le graphique suivant présente les solutions mises en œuvre en cas d'urgence sociale :

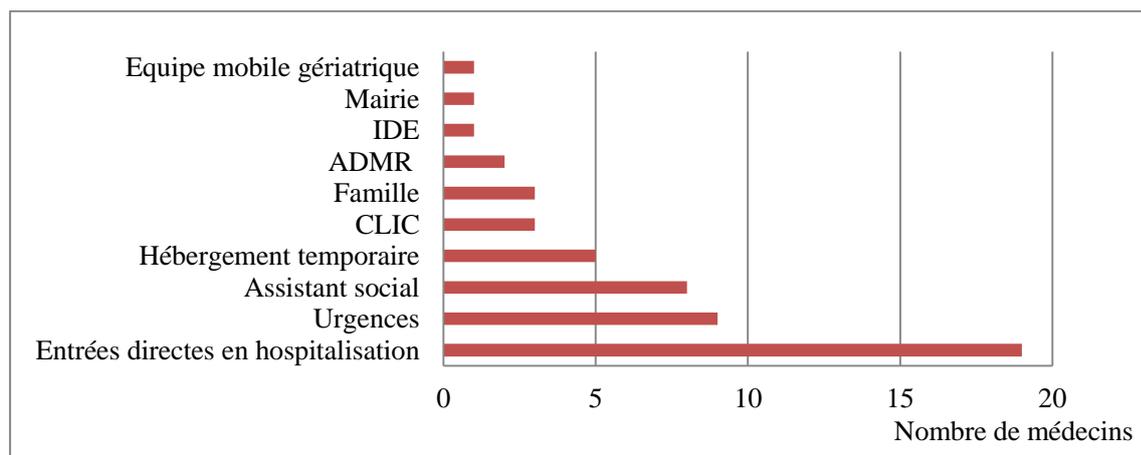


Figure 16: Solutions mises en œuvre en cas d'urgence sociale.

Médecin n° 1 : « L'assistante sociale est mon recours. »

Médecin n° 3 : « Le souci aussi, c'est quand il y a un conjoint hospitalisé... souvent il [le patient] l'accompagne aux urgences. »

Médecin n° 4 : « J'appelle l'équipe mobile de gériatrie pour me faire orienter, je trouve qu'ils sont de bon conseil. [...]. Avec l'équipe mobile de gériatrie, on fait très souvent des entrées directes. C'est vrai que pour les personnes âgées, c'est quand même un traumatisme pour eux, les urgences. »

Médecin n° 7 : « Le plus souvent, je fais une hospitalisation directe. [...] Si ce n'est pas une urgence vitale, on attend, on gère avec la famille pendant 48 heures. »

Médecin n° 8 : « Je demande à l'hôpital de Corcoué. On peut avoir des hébergements temporaires le temps de gérer la crise. »

Médecin n° 15 : « Bah, ça part aux urgences à Nantes ou à Saint Nazaire parce que...les gériatres à Bellier, il y a un temps d'attente qui est beaucoup trop long. »

Médecin n° 30 : « Bah, la solution, parfois, je les fais hospitaliser aux urgences. [...]. C'est un peu dommage, c'est une drôle de façon d'agir, je trouve, mais c'est la réalité. C'est à revoir ça. »

3.2.9. COORDINATION AUTOUR DE LA PERSONNE AGÉE

A la question « Pensez-vous que la coordination des intervenants autour de la personne âgée relève du rôle du médecin traitant ? », 18 médecins ont répondu non, 10 ont répondu oui et 2 médecins ne savent pas. Quatorze médecins pensent qu'ils peuvent être acteurs mais non coordinateurs.

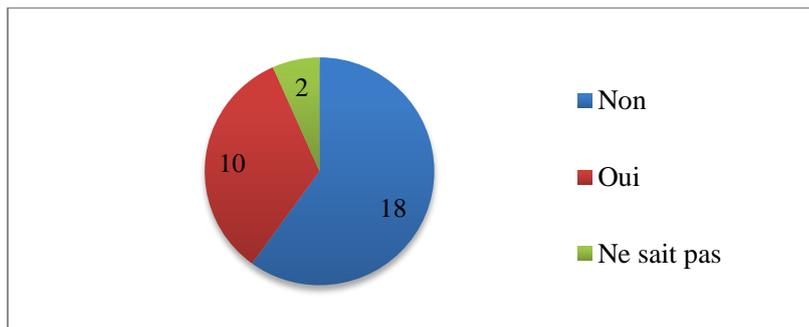


Figure 17 : La coordination des intervenants autour de la personne âgée fait-elle partie du rôle du médecin traitant ?

Médecin n° 2 : « Si c'est pour être responsable, non. En faire partie, oui. »

Médecin n° 4 : « Moi, je dirais oui, [...], on n'a pas le choix, [...], on est le seul intervenant. Ça fait partie de notre rôle. »

Médecin n° 9 : « On le fait parce qu'on n'a pas trop le choix, [...], ça ne devrait pas être notre rôle. [...]. On nous impose ça de fait. »

Médecin n° 12 : « Honnêtement, non. Vous pouvez être participant, mais coordinateur, non. »

Médecin n° 22 : « Indiscutablement, définitivement, oui. »

Médecin n° 26 : « Oui, mais en pratique, ça reste toujours un peu compliqué au niveau du temps. »

La coordination relèverait du rôle :

- de l'assistant social (n = 9),
- de la famille (n = 6),
- du CLIC ou de la MAIA (n = 4),
- de l'IDE (n = 2),
- de la mairie (n = 1),
- de l'hôpital (n = 1),
- et du Conseil Général (n = 1).

Médecin n° 12 : « Je vais vous répondre le CLIC. »

Médecin n° 13 : « Je pense que c'est l'assistante sociale qui est un élément central dans le dossier. »

Médecin n° 14 : « Bah, ça peut être la famille proche quand ils sont investis, hein... »

Médecin n° 17 : « Ca relève de... je ne sais pas de qui... de l'assistante sociale. [...] et les familles, c'est leur rôle normalement. C'est qu'à force de substituer, substituer et de mettre 36 intervenants, plus personne n'est concerné. »

Médecin n° 21 : « Du Conseil Général ! Ils le font, qu'ils continuent ! »

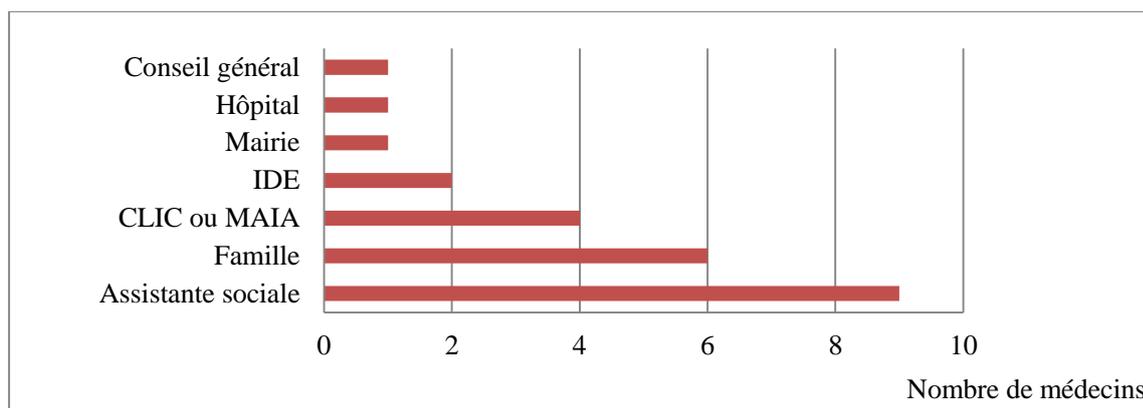


Figure 18 : De qui relève la coordination autour de la personne âgée ?

3.2.10. PARTICIPATION A UN RESEAU GERONTOLOGIQUE

La quasi-totalité des médecins généralistes interrogés ne font pas partie d'un réseau gérontologique. Un seul médecin dit en faire partie implicitement.

3.2.11. CONNAISSANCE DES ACTIONS MENEES PAR LE CONSEIL GENERAL DANS LE DOMAINE GERIATRIQUE

En dehors de l'APA, les actions du Conseil Général sont peu connues par les médecins généralistes.

Médecin n° 18 « De toute façon, ils ne communiquent pas non plus. »

Médecin n° 22 : « Ils ont monté des choses, mais on est toujours un peu en bout de secteur donc... on est un peu au courant de ce qui se fait, mais c'est quand même très Nantais [...] on est peu concerné. »

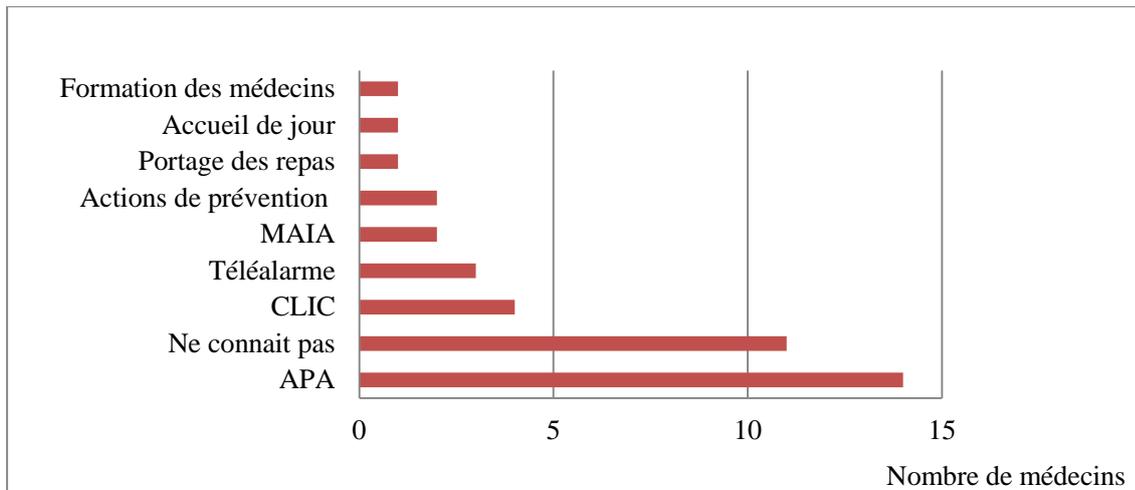


Figure 19 : Connaissance des actions menées par le Conseil Général dans le domaine gériatrique.

3.2.12. CONNAISSANCE DES STRUCTURES DE COORDINATION

La structure de coordination la plus citée est le CLIC (n = 25), puis vient la MAIA (n = 4).

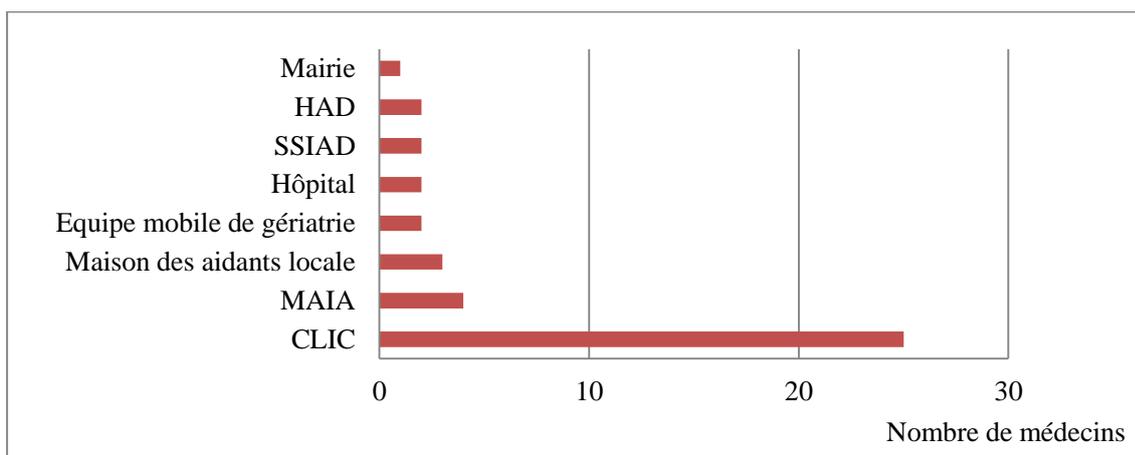


Figure 20 : Connaissance des structures de coordination gériatrique.

3.2.13. RECOURS AU CLIC

La majorité des médecins ont déjà eu recours aux services du CLIC (n = 23).

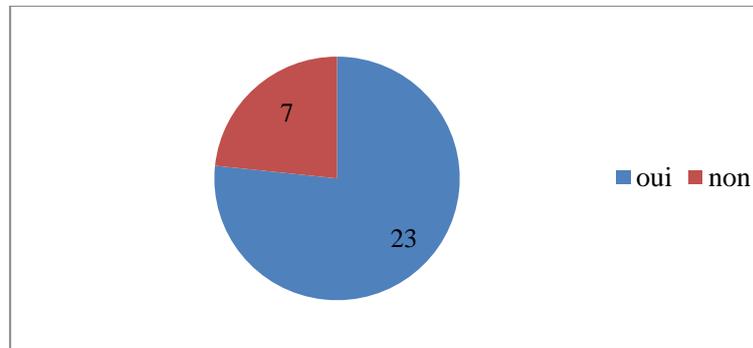


Figure 21 : Recours au CLIC

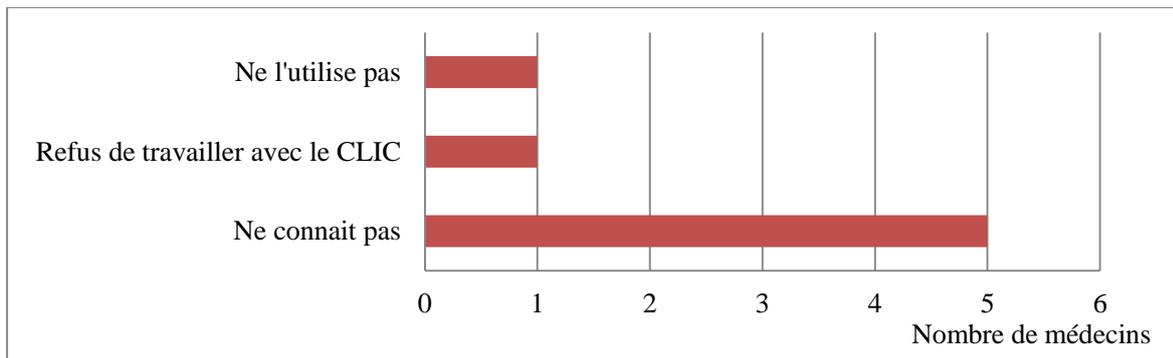


Figure 22 : Motif de non recours au CLIC.

Médecin n° 10 : « Bah, je connais pas du tout, je ne connais que le nom... j'ai jamais été en contact. [...]. Ça veut dire quoi CLIC ? »

Médecin n° 15 : « Je les fuis... [...] Je ne veux plus en entendre parler... la lourdeur administrative... »

Médecin n° 18 : « Non, ça ne me dit rien du tout ! Je suis désolé ! »

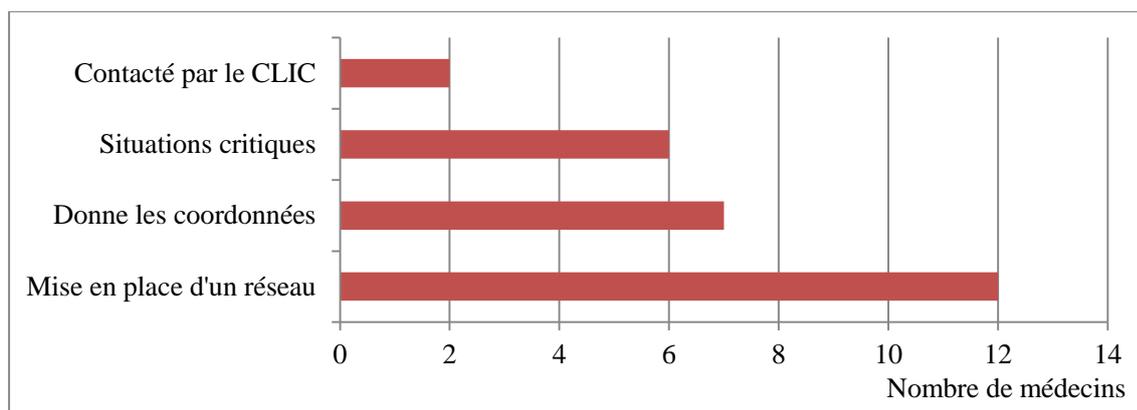


Figure 23 : Motif de recours au CLIC

Médecin n° 2 : « Pas moi directement, non. Mais eux m'ont contacté, c'est arrivé plusieurs fois. »

Médecin n° 4 : « Oui. Dès que j'ai quelqu'un qui est à la maison et isolé, et qu'il y a besoin de mettre le réseau autour. Je fais appel au CLIC pour l'évaluation et ils viennent. »

Médecin n° 14 : « Bah oui, moi, je donne les coordonnées. »

Médecin n° 25 : « Oui, dans des situations d'urgence, la plupart du temps. »

3.2.14. RECOURS AUX CONSULTATIONS GERIATRIQUES, A L'EQUIPE MOBILE DE GERIATRIE OU A DES HOSPITALISATIONS POUR DES PROBLEMES DE DEPENDANCE

Vingt-cinq médecins ont répondu oui à cette question.

Médecin n° 6 : « On a pas besoin de passer par un gériatre pour faire le diagnostic d'Alzheimer, si j'ai un doute, je passe par un neurologue. »

Médecin n° 18 : « Moi, je considère que les consultations de mémoire ou de dépendance, quelle qu'elles soient, ce n'est pas tout à fait de mon ressort, je ne pense pas que j'ai la formation. [...]. Mais si vraiment ça dépasse mes compétences, je n'hésite pas à envoyer à des confrères plus compétents que moi, je vous le dis franchement. »

Médecin n° 21 : « Alors, l'équipe mobile de gériatrie, c'est un peu spécial... je ne sais pas ce que vous entendez... parce que l'équipe mobile, ça s'adresse aux gens hospitalisés...donc moi, ça me regarde pas, finalement. »

Médecin n° 27 : « Moi, je suis contente, ça prend un peu de temps pour avoir le rendez-vous, par contre, il y a une vraie prise en charge globale qui fait, qu'après, on est un petit peu... on suit, mais de loin... c'est bien géré. »

Médecin n° 28 : « Plus pour des problèmes organiques, mais pas sociaux. »

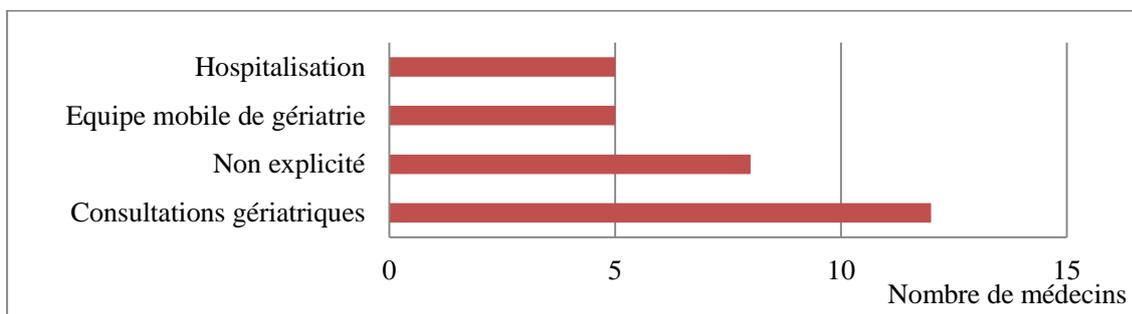


Figure 24 : Recours aux consultations gériatriques, équipe mobile de gériatrie ou à des hospitalisations pour des problèmes de dépendance.

3.2.15. AUTO-EVALUATION DES CONNAISSANCES DES STRUCTURES SOCIALES GERONTOLOGIQUES.

La grande majorité des médecins interrogés (n = 21) considèrent que leurs connaissances des structures sociales gérontologiques sont insuffisantes.

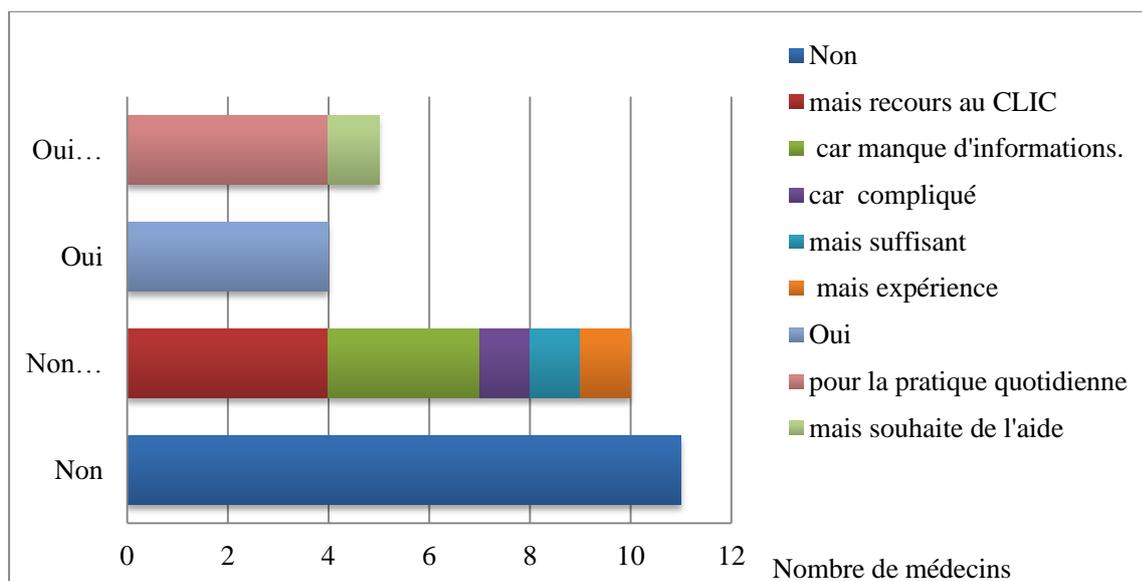


Figure 25 : Evaluation des connaissances des structures sociales gérontologiques des médecins généralistes.

3.2.16. AMELIORATION DE LA PRISE EN CHARGE SOCIALE DES PERSONNES AGEES PAR LES MEDECINS GENERALISTES.

Sept médecins souhaiteraient avoir une personne référente, coordonnatrice qui gérerait la prise en charge sociale. Un accès à un assistant social (n = 6), une formation sur les aides existantes (n = 6), et savoir à qui s'adresser (n = 6) sont mentionnés par la suite. Trois médecins sont satisfaits de la situation actuelle.

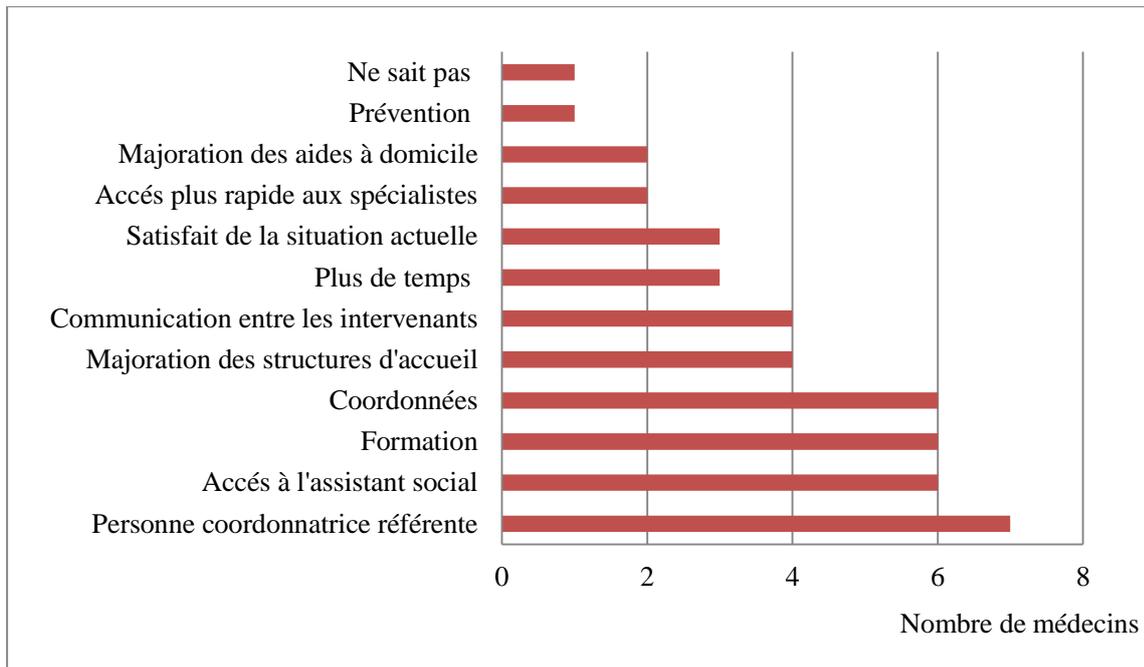


Figure 26 : Pistes d'amélioration de la prise en charge des personnes âgées par les médecins généralistes.

4. DISCUSSION

4.1. ANALYSE DE LA METHODE

4.1.1. ASPECTS POSITIFS DE LA METHODE

Pour le recueil des données, nous avons choisi de rencontrer les médecins généralistes au sein de leur lieu de travail afin de récolter les réponses les plus riches et les plus spontanées possibles. L'entretien dans le cabinet médical du praticien permettait de le mettre en confiance, le réassurer sur l'anonymat des entretiens, et de faciliter les échanges. La rencontre au cabinet du médecin permettait aussi de découvrir ses conditions d'exercice, son environnement professionnel et logistique, facteurs importants dans la prise en charge sociale des personnes âgées

L'entretien a été mené par un enquêteur fixe pour une meilleure exploitation des résultats.

L'enregistrement des entretiens garantit la restitution des réponses dans leur intégralité, et permet de prendre en compte des commentaires collatéraux pour éclairer des points non abordés par la grille d'analyse. Pour cette enquête, seuls les verbatim ont été utilisés. La restitution mot à mot des verbatim permet une analyse des résultats stricte et rigoureuse.

4.1.2. ASPECTS NEGATIFS DE LA METHODE

4.1.2.1. Multiplicité des thèmes abordés

Le caractère ouvert des questions a amené un grand nombre de réponses, ce qui a rendu difficile l'exploitation des résultats. Cependant ce biais est réduit par la rigueur de l'analyse.

4.1.2.2. Méthode chronophage

La prise de rendez-vous, les déplacements et la retranscription des entretiens ont pris beaucoup de temps. Le fait que l'étude soit menée par un seul enquêteur rend cette part de la recherche difficile.

4.1.2.3. Difficultés de recrutement

La grande difficulté de cette enquête a été de recruter les médecins généralistes. Initialement contactés par lettre, puis par téléphone, nous avons eu vingt refus sur cinquante médecins contactés (soit 2/5 de refus). Ceci peut s'expliquer en partie par le manque d'intérêt pour le sujet, par la période de réalisation de l'enquête et le manque de temps (épidémie grippale), par le fait que l'entretien soit enregistré, et par la thématique plus sociale que médicale de l'étude.

Environ la moitié des médecins sollicités en milieu urbain ont refusé de participer à l'enquête contre environ un quart en milieu rural, ceci pouvant s'expliquer par le nombre grandissant de thèses de médecine générale menées auprès des médecins de Nantes, ville universitaire.

4.1.3. ANALYSE DES BIAIS

4.1.3.1. Biais de sélection

Il n'y a, à priori, pas de biais de sélection puisque les médecins ont été recrutés à partir de la liste des médecins généralistes de Loire-Atlantique et que le tirage au sort s'est fait de façon aléatoire, à l'aide d'un outil informatique. Cependant, cette enquête étant fondée sur le volontariat, on ne peut écarter le fait que les médecins ayant accepté d'y participer soient plus sensibilisés aux problématiques gériatriques et en particulier au problème de la dépendance.

Au premier juin 2011, la population médicale de Loire-Atlantique comptait (11) :

- 1051 médecins généralistes en activité régulière,

- dont 45 % de femmes,
- avec une moyenne d'âge de 49 ans.

Dans notre enquête la moyenne d'âge est de 47 ans, soit 2 ans de moins que la moyenne de Loire-Atlantique et une proportion de 43 % de femmes. Notre panel de médecins est donc comparable à la population des médecins généralistes de Loire-Atlantique.

4.1.3.2. Biais de mesure

Il existe un premier biais de mesure lié à la subjectivité de l'enquêteur tenant au fait que la grille d'analyse soit composée de questions ouvertes. Si la question n'était pas comprise par le médecin interrogé, il fallait la reformuler, ceci pouvant influencer la réponse de ce dernier. Cependant, ce biais a été restreint par la validation de la grille par des pré-tests et la limitation au maximum des reformulations.

Un deuxième biais est dû à la position d'interrogé du médecin, ce qui peut induire un stress, diminuer l'objectivité de ses réponses et entraîner des non-dits sur ses pratiques.

4.1.3.3. Biais d'analyse

Un biais d'analyse naît du codage des questions ouvertes en unités syntaxiques, ce qui peut entraîner une part d'interprétation de la part du codeur. Cependant, l'unicité du codeur et de l'enquêteur limite ce biais.

4.2. ANALYSE DES RESULTATS

4.2.1. *LES MEDECINS GENERALISTES FACE A LA GERIATRIE*

Sur les 30 médecins interrogés, seuls 4 médecins sont titulaires d'une capacité de gériatrie, et 21 considèrent que leurs connaissances sont insuffisantes sur les structures sociales gé-

rontologiques. Ce manque de formation est retrouvé dans de nombreuses thèses de médecine générale menées dans le champ gériatrique en Loire-Atlantique (12) (13) (14).

4.2.2. L'ÉVALUATION DE LA PERTE D'AUTONOMIE EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Les médecins généralistes sont au premier plan pour diagnostiquer la perte d'autonomie de leur patient, et pour autant, ce sont eux qui semblent le plus en difficulté face à cette problématique.

4.2.2.1. Quels sont les outils utilisés par les médecins généralistes pour évaluer la perte d'autonomie ? Quels sont les obstacles à l'évaluation globale de la personne âgée en médecine générale ?

Dans notre enquête, la grande majorité des médecins évaluent la perte d'autonomie de leurs patients âgés par l'interrogatoire et l'examen clinique, mais aussi de façon empirique : moins de la moitié des médecins utilisent des échelles d'évaluation standardisées.

Cette faible utilisation des échelles est retrouvée dans l'étude de l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML) Ile de France, Enquête 2004, Perte d'Autonomie (15) : seuls 17 % des médecins utilisent des tests, les principales méthodes d'évaluation utilisées étant l'interrogatoire de la personne ou de l'entourage (75 %), l'évaluation clinique (60,1 %), et la grille AGGIR (50 %).

Dans une enquête récente auprès de médecins généralistes sur l'utilisation des échelles et des tests à visée gériatrique (16), 34,5 % des médecins généralistes disent ne jamais avoir recours aux tests d'évaluation gériatrique, 37 % en utilisent régulièrement, les plus utilisés étant le MMS, la grille AGGIR, le test de l'horloge et le test de Dubois. Nous retrouvons des résultats similaires chez les médecins de notre panel qui évoquent avant tout des tests de dépistage des troubles cognitifs (MMS, test de l'horloge et test des 5 mots de Dubois), et quelques tests de motricité (test de Tinetti). La grille AGGIR n'est pas utilisée spontanément, mais que lorsque le médecin remplit la demande d'APA. Il semble donc que la perte d'autonomie soit évaluée essentiellement sur la cognition et la motricité et par ce qui est directement visible en consultation par le médecin ou rapporté par l'entourage ou le patient.

Cette évaluation partielle des personnes âgées est retrouvée dans plusieurs études en soins primaires. Dans une enquête auprès de médecins généralistes de Loire-Atlantique concernant la prise en charge de la dénutrition (13), la grande majorité des médecins évaluent l'état nutritionnel de leur patient par la pesée à chaque consultation, mais aucun n'utilise le Minimal Nutritional Assessment (MNA) (annexe 9), outil de référence. Une autre étude menée auprès de médecins de soins primaires en Indre (17) montre que le dépistage de la dénutrition n'est pas fait de façon systématique, contrairement aux recommandations de bonnes pratiques de l'HAS (18). Il en est de même pour l'évaluation du risque de chute, où un tiers des médecins généralistes interrogés sur ce sujet par Le Bert C. disent ne pas l'évaluer et ne pas en connaître les tests diagnostiques (19), ainsi que pour l'incontinence urinaire, peu recherchée par les médecins généralistes chez la personne âgée (12).

Or, dans les années 1990, une nouvelle approche multidimensionnelle de la personne âgée est née aux Etats-Unis avec la notion d'Evaluation Gériatrique Standardisée (EGS).

L'EGS est définie par Laurence Rubenstein (20) comme « une méthode de diagnostic multidimensionnelle et interdisciplinaire, dont le but est de déterminer les capacités fonctionnelles, psychologiques et médicales d'une personne âgée fragile, dans le but de développer un plan de soins coordonné et intégré, et un suivi à long terme. ».

Dans l'enquête de l'URML Ile de France, 20 % des médecins rencontrent des difficultés pour évaluer la perte d'autonomie en raison (15) :

- du manque de temps pour effectuer l'évaluation,
- du manque de connaissance ou de formation,
- des difficultés pour interroger le patient.

Notre enquête, ainsi que bien d'autres menées dans le champ de la prise en charge de la personne âgée en médecine générale, soulève ces deux problèmes que sont le manque de temps et le manque de connaissances et de formation gériatriques.

L'évaluation de l'autonomie, si elle veut être complète et globale, est consommatrice de temps, principal point limitant en médecine de soins primaires. Selon une étude de la DRESS, les consultations de médecine générale durent en moyenne entre 10 et 20 minutes (21). Sachant que la réalisation d'un MMS prend en moyenne 10 minutes, il semble difficile de faire une évaluation globale d'une personne âgée sur le temps de consultation d'un médecin généraliste.

Dans les conditions actuelles de pratique de la médecine générale, sous tendues par le manque de temps et la tarification à l'acte, il semble difficile de s'intéresser à ce qui n'est pas exprimé, et de ne pas se limiter qu'à la plainte qui amène le patient en consultation. Les outils gériatriques sont donc sous-utilisés par les médecins généralistes qui les jugent inadaptés à leur pratique, l'absence de cotation et le défaut de formation étant des freins supplémentaires à leur utilisation.

4.2.2.2. L'évaluation gériatrique standardisée est-elle adaptée aux conditions de la médecine générale ?

L'EGS repose d'abord sur une appréciation biomédicale tenant compte de la poly-pathologie, des prescriptions médicamenteuses, sur un examen clinique prenant en compte les spécificités du patient gériatrique, et sur un bilan sanguin. De plus l'EGS permet une évaluation globale des fonctions cognitives, sphinctériennes, sensorielles, de la thymie, de l'état nutritionnel, des troubles de la marche et de la posture, du risque de chute, de l'autonomie, des conditions de vie et du contexte socio-économique de la personne. Elle repose sur des tests validés au niveau international.

Dans la littérature, le temps de réalisation est estimé entre 25 minutes et 1 heure 30 minutes, ce qui est bien trop long pour être appliqué en médecine de ville. De plus, la pratique de l'EGS demande une formation gériatrique, dont les médecins généralistes ne bénéficient pas toujours. Selon l'HAS (21) « *La référence pour diagnostiquer et évaluer la fragilité est [...] l'évaluation gériatrique standardisée (EGS). Il n'est cependant ni faisable ni pertinent de soumettre un grand nombre de personnes âgées vivant à leur domicile à une EGS, qui est un processus long et requérant des compétences gériatriques auxquelles il n'est pas toujours facile d'accéder en ambulatoire. Cela pose la question d'un outil de repérage simple à utiliser en soins primaires et qui, sans remplacer l'EGS, permette de sélectionner les personnes susceptibles d'en bénéficier.* ».

4.2.2.3. Le rôle du médecin généraliste ne serait-il pas de dépister la fragilité de la personne âgée plutôt que d'évaluer la perte d'autonomie ?

L'EGS ne semblant pas applicable dans les conditions actuelles de pratique de la médecine générale, il se pose la question du rôle du médecin généraliste, qui reste néanmoins l'interlocuteur privilégié de la personne âgée.

En 2011, la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie (SFGG) a défini la fragilité (22) : « *La fragilité est un syndrome clinique. Il reflète 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.* ». Ce concept de fragilité concerne des patients présentant des limitations fonctionnelles et une baisse des capacités d'adaptation au stress mais qui n'entrent pas dans la définition de la dépendance.

Un repérage de la fragilité permettrait de prédire le risque de perte d'autonomie, de chutes, d'institutionnalisation, de décès, et d'hospitalisation des personnes âgées de plus de 65 ans dans un délai de 1 à 3 ans (21).

Un questionnaire (annexe 10) a été élaboré par le gérontopôle de Toulouse (23) et retenu comme pertinent par la SFGG et le Conseil National Professionnel de Gériatrie (CNPG) dans le repérage de la fragilité en soins primaires. Il reste encore à valider par une enquête prospective, mais il semble, à première vue, facile d'utilisation, ne nécessitant pas de formation gériatrique spécifique et rapide à remplir pour un médecin généraliste connaissant bien son patient.

Cette action placerait le médecin généraliste dans le champ du dépistage et de la prévention et permettrait de faire entrer le patient fragile dans un réseau qui pourrait limiter le risque de perte d'autonomie, par des actions préventives. Cependant, il suppose un travail conjoint avec le milieu hospitalier afin de pouvoir déboucher sur une consultation gériatrique ou un hôpital de jour de gériatrie en cas de positivité, et la réalisation d'une EGS.

4.2.2.4. A qui les médecins traitants peuvent-ils adresser leurs patients fragiles ?

Lorsque les médecins ont repéré un patient fragile, il est nécessaire que ce dernier soit orienté vers une équipe gériatrique qui réunira les compétences médicales et sociales pour une évaluation globale et la mise en place d'un plan de soins et de vie personnalisé. La collaboration ville/hôpital semble satisfaisante en Loire-Atlantique, avec la possibilité, pour les médecins généralistes, de joindre directement un gériatre au téléphone, ou d'avoir recours à l'équipe mobile de gériatrie pour discuter d'une situation critique. Les consultations gériatriques et les hôpitaux de jour permettent une prise en charge globale de la personne âgée, avec une bonne coordination des secteurs médicaux et sociaux qui agissent dans un même lieu et avec un même objectif. Une fois le patient connu des équipes gériatriques, cette collaboration doit permettre aux médecins généralistes d'avoir des avis spécialisés en cas de changement de situation, de modification des aides ou de pathologies aiguës. Cette aide téléphonique est retrouvée dans nos entretiens, avec un accès facile à l'assistant social de l'équipe mobile de gériatrie, appréciée par les médecins qui peuvent se sentir isolés devant des situations complexes.

4.2.3. *LE MAINTIEN A DOMICILE.*

4.2.3.1. Quelles sont les conditions d'un maintien à domicile réussi ?

Le maintien à domicile d'une personne âgée dépendante repose sur un ensemble de déterminants : l'état de santé du patient, l'existence et la disponibilité de l'entourage, les aides à domicile, la prise en charge médicale, l'adaptation et la sécurité de l'habitat et les ressources financières.

Le maintien à domicile est donc un équilibre entre tous ces déterminants et nécessite une prise en charge pluridisciplinaire et interdisciplinaire, intégrant aussi bien des acteurs médicaux, paramédicaux, sociaux et familiaux.

4.2.3.2. Quel rôle pour quel acteur ?

La présence d'un aidant est la condition indispensable au maintien à domicile d'une personne âgée dépendante.

Dans 90 % des cas, l'aidant appartient à la famille de la personne aidée. Dans la moitié des cas, il s'agit du conjoint, âgé en moyenne de 71 ans, dans un tiers des cas, des enfants, âgés en moyenne de 55 ans, puis d'amis ou de voisins (6).

L'implication des aidants familiaux dans le maintien à domicile de leur parent n'est pas sans conséquence sur leur mode de vie et leur santé. Ils présentent un risque plus important de développer des troubles cardio-vasculaires, des troubles du sommeil, dépressifs ou anxieux, et un épuisement. L'HAS recommande ainsi un suivi médical des aidants naturels des patients atteints de maladie d'Alzheimer par le médecin généraliste (9), cette recommandation semblant pouvoir être étendue aux aidants de toute personne dépendante, quelle que soit l'étiologie de cette dépendance.

Le médecin généraliste de la personne âgée est aussi un des pivots du maintien à domicile. Il assure le suivi médical du patient, participe à la mise en place du réseau d'aides, détecte les signes prédisant une situation critique à venir et prend en considération l'aidant. La littérature met aussi en avant le rôle de coordination du médecin généraliste (24) (10). Le Conseil National de l'Ordre des Médecins insiste sur le rôle du médecin généraliste (7) : « *Le médecin traitant, chef d'orchestre dont le rôle est médical mais aussi social.* ».

Cependant, dans notre enquête, nous remarquons que les aides le plus souvent utilisées à domicile par les médecins, hormis les aides ménagères, sont celles nécessitant une prescription médicale : infirmière à domicile et SSIAD, aide-soignante, et la kinésithérapie. Les médecins citent peu les aides matérielles telles que le portage des repas, la téléalarme, ou les aides à la sécurisation et l'aménagement de l'habitat, notion retrouvée dans d'autres thèses de médecine générale concernant le maintien à domicile (24). Quant aux aides financières, la grande majorité des médecins ne citent que l'APA, connue par l'intermédiaire du dossier à remplir, et considèrent que le versant financier du maintien à domicile n'est pas de leur ressort. Dans ce contexte, et au vu du manque de temps, il paraît difficile au médecin traitant de coordonner les aides autour de son patient. Il gère le côté médical de la prise en charge, mais la prise en charge sociale, matérielle et financière reste le plus souvent gérée par la famille.

Mais le maintien à domicile ne peut pas se limiter à un empilement d'aides. Il nécessite une vue globale de la personne, avec une évaluation des besoins, de l'habitat, des capacités financières et humaines de la personne, et la mise en place d'une coordination de toutes ces aides.

4.2.3.3. A qui revient la coordination de tous ces acteurs ?

Selon l'étude sur l'insertion des CLIC dans le tissu régional en 2009, menée par l'Observatoire Régional de la Santé des Pays de la Loire (10), la grande majorité des médecins généralistes revendiquent une place centrale dans la coordination des aides à domicile, et 72 % considèrent que la coordination des intervenants autour de la personne âgée relève de leur rôle.

Contrairement à ces données, dans notre enquête, plus de la moitié des médecins considèrent que la coordination des intervenants autour de la personne âgée ne relève pas de leur rôle, et seuls 10 médecins estiment qu'ils doivent être coordinateurs du maintien à domicile. Cette différence peut s'expliquer par le contexte de recueil des données et le caractère non officiel de notre enquête. La rencontre des médecins sur leur lieu de travail, lors d'un colloque singulier avec un autre médecin, leur permet d'être plus libres d'exprimer ce qu'ils pensent réellement, ce qui limite le sentiment de jugement et les réponses « politiquement correctes ». Ils mettent en avant le manque de formation et le caractère chronophage de la coordination, incompatible avec une activité de cabinet. De plus, le fait que le temps de coordination ne soit pas pris en charge par l'Assurance Maladie ne favorise pas leur implication dans les réunions de coordination. Il faut noter que, même s'ils ne souhaitent pas être coordinateurs et en quelque sorte responsables du maintien à domicile, les médecins sont conscients du rôle important qu'ils ont à y jouer.

Lorsque nous demandons aux médecins à qui revient le rôle de coordinateur, ils citent en premier lieu l'assistant social, puis la famille et enfin les CLIC et les MAIA. Nous remarquons dans notre enquête que le rôle de l'assistant social de ville reste très mince dans la gestion des personnes âgées. Un nombre important des médecins interrogés ne connaissent pas l'assistant social de leur commune, n'ont pas de contact avec lui et n'ont pas recours à ses services. Cependant, que la coordination relève du rôle du médecin généraliste ou de celui du secteur social, elle nécessite un dialogue, une rencontre et un partage entre les différents acteurs, ce qui est loin d'être évident actuellement. Les médecins expriment régulièrement le manque de

retour d'informations, mais ne participent aussi que rarement aux réunions des CLIC ou autres structures sociales. La rencontre des secteurs médical et social semble difficile du fait de cultures différentes, d'incompatibilité de temps de travail, de difficultés de chaque acteur à trouver sa place, son rôle et ses limites d'action.

4.2.3.4. Les médecins généralistes identifient-ils les structures de coordination gériatrique et y ont-ils recours ?

En concordance avec l'enquête de l'Observatoire Régional de la Santé (10), la grande majorité (25 sur 30) des médecins identifient le CLIC comme une structure de coordination. Seuls 5 médecins ne savent pas ce qu'est un CLIC, résultat cohérent avec les 15 % retrouvés par l'étude. Dans cette même enquête, 57 % des CLIC considèrent leurs relations avec les médecins généralistes « pas ou pas du tout satisfaisantes » alors que 85 % des médecins généralistes en sont satisfaits. Ainsi, malgré l'existence de structures de coordination existantes et identifiées comme telles par les médecins généralistes, il semble qu'il persiste un problème de communication entre le secteur médical et le secteur social.

Quatre médecins ont identifié la MAIA comme une structure de coordination. A noter qu'il s'agissait de deux médecins ruraux capacitaires en gériatrie et deux médecins de l'agglomération de Nantes. Lorsque nous l'évoquions avec les autres médecins, aucun ne connaissait cette structure, ni son champ d'action.

La MAIA de Nantes agglomération vignoble couvre la ville de Nantes et 23 communes soit à peu près la moitié du territoire de la Loire-Atlantique. Elle ne reçoit pas de public et ne peut être sollicitée uniquement que par des professionnels.

Le recul sur l'intégration des MAIA et leurs efficacités est faible. Les points importants retrouvés dans la littérature que nous retenons sont (25) :

- que la MAIA ne doit pas être une structure supplémentaire se superposant à celles existant. Elles doivent s'appuyer sur les ressources du territoire en matière d'accueil, d'orientation et de coordination.
- que la MAIA est une méthode de conduire des porteurs identifiés de coordination vers une dynamique d'intégration.

- qu'elle semble simplifier le parcours et les démarches des patients et de leur entourage, en faisant passer le nombre moyen de contacts préalables nécessaires à la prise en charge d'un patient de 3,24 à 1,3.

Le rôle du médecin généraliste n'y est pas clairement défini : « *il est l'acteur initial de l'entrée dans le dispositif [...] et reste le pivot du dispositif de la prise en charge de la personne et le garant de la coordination et de la continuité des soins* ». Le CNOM met en avant le risque (25) « *que le médecin soit écarté du dispositif après avoir fourni tous les renseignements au gestionnaire de cas ou, à l'inverse, que le médecin soit constamment sollicité par le gestionnaire de cas* ».

Bernard Ennuyer, Sociologue et enseignant chercheur à l'université Paris-Descartes, porte un regard critique sur les gestionnaires de cas (26). Il pose la question de l'utilité des MAIA : « *pourquoi ne pas avoir intégré dans les quelques 600 CLICs qui couvrent le territoire national, et dont la plupart sont de niveau 3, une compétence Alzheimer en formant de façon complémentaire une ou plusieurs des personnes coordonnatrices ?* ». En effet, il est important que les MAIA ne deviennent pas une nouvelle strate dans un système d'aides et de soins de longue durée déjà fort complexe, aussi bien pour les familles que pour les acteurs médico-sociaux.

4.2.4. DU DOMICILE A L'INSTITUTION

4.2.4.1. Comment se fait l'entrée en institution ?

Les médecins interrogés remplissent en moyenne 5 dossiers de demande d'EHPAD par mois, et soulignent le fait qu'ils remplissent bien souvent plusieurs dossiers pour un même patient. Or, depuis juin 2012, un dossier unique de demande d'admission en EHPAD, formulaire cerfa n°14732*01, est disponible sur le site Service-Public.fr. Cette information n'est pas connue des médecins et nécessiterait d'être diffusée.

Dans notre enquête, la demande d'entrée en EHPAD est le plus souvent formulée par la famille puis par le patient et le médecin. Cette triangulation dans la décision d'entrée en institution est largement mise en avant dans la littérature, avec une place prépondérante de la famille (27) et un patient dont le choix n'est pas toujours pris en compte. Le médecin joue un rôle de

légitimation dans la demande, l'argument médical étant central dans le processus d'acceptation. A noter que dans notre étude, la demande d'entrée en institution vient le plus souvent de la famille, mais que cette demande ne fait pas partie des critères d'institutionnalisation principaux cités par les médecins.

La grande majorité de nos médecins « essayent » d'anticiper l'entrée en institution. Ils se heurtent le plus souvent à un refus du patient. Ils mettent en avant le travail de préparation nécessaire, et parfois, passent par une hospitalisation avant l'entrée en institution. Selon L. Ploton (27) « [...] d'aucuns se prennent à rêver de placement préventif, placement précoce au moment où l'on serait plus adaptable. Mais n'y a-t-il pas là quelque chose relevant de l'utopie ? En effet, comment convaincre quelqu'un d'être placé à un moment où il n'en éprouve pas le besoin ? ». Ainsi, malgré les efforts d'anticipation des médecins généralistes et des familles, les entrées en institution surviennent le plus souvent dans un contexte de crise.

4.2.4.2. Quels sont les facteurs déterminant l'entrée en institution ?

L'entrée en institution est conditionnée par des facteurs prédisposant et la survenue d'un évènement déclencheur. Dans notre enquête, nous retrouvons les mêmes facteurs que dans la littérature (28) :

- l'état de santé,
- l'isolement social,
- l'absence ou l'insuffisance de structures professionnelles pouvant intervenir au domicile sur le secteur et l'inadaptation de l'environnement,
- l'épuisement des aidants,
- les ressources financières insuffisantes pour un maintien à domicile correct et sécurisé,
- la baisse des performances cognitives,
- la dépendance,
- l'âge.

L'évènement déclencheur peut être la perte du conjoint, la dégradation subite de l'état de santé, l'hospitalisation, ou une chute.

4.2.4.3. Les médecins généralistes connaissent-ils les structures d'hébergement ?

Les médecins connaissent principalement les structures d'hébergement qu'ils ont à leur disposition dans leur environnement professionnel. Ils citent en premier les structures d'hébergement définitif, mais aussi les structures d'hébergement temporaire et les accueils de jour.

4.2.5. LES URGENCES GERIATRIQUES

Les causes d'impossibilité de maintien à domicile en urgence semblent le plus souvent d'origine médicale, moins d'un tiers des médecins disant être confrontés à des urgences sociales. En cas d'urgence sociale, les médecins font en majorité appel à des entrées directes en hospitalisation. La seconde solution la plus fréquemment évoquée est le passage aux urgences, les médecins soulignant que ce recours est préjudiciable à la personne âgée.

Selon la Société Francophone de médecine d'Urgence, plus de 80 % des personnes âgées admises aux urgences présentent un diagnostic principalement médical, mais les problèmes environnementaux et sociaux sont sous déclarés, expliquant que plus de 50 % des personnes âgées soient hospitalisées après passage aux urgences (29).

La Fondation Nationale de Gérontologie estime en 2006 que le recours à l'hospitalisation pour cause sociale isolée reste une idée reçue, avec à peine 5 % des hospitalisations programmées et 2 % des passages aux urgences. Cette étude reconnaît néanmoins que des conditions sociales difficiles majorent le besoin de l'hôpital et qu' « *il faudrait réfléchir et trouver des moyens pour atténuer l'impact des conditions sociales difficiles sur le recours à l'hôpital* » (30). Cette même étude montre que le médecin généraliste joue un rôle important dans les hospitalisations directes et le recours aux urgences, mais que la famille et les proches de la personne âgée y jouent aussi un rôle non négligeable.

Les raisons de passage aux urgences retrouvées sont (30) :

- une dégradation rapide de la santé (54,4 %),
- un événement aigu de santé à domicile (30,8 %),
- un accident domestique (11,9 %),

- les accidents sur la voie publique (1,4 %),
- les ruptures dans le dispositif de prise en charge familiale (1,2 %),
- les ruptures dans les dispositifs professionnels de prise en charge (0,2 %).

Cependant, la présence d'une équipe mobile de gériatrie, intervenant en intrahospitalier, permet une prise en charge des personnes âgées dès l'arrivée aux urgences, avec une évaluation médico-psycho-sociale.

Une des solutions souvent trouvée dans la littérature serait de prévoir en amont le risque d'hospitalisation de la personne âgée afin de pouvoir mettre en œuvre des recours alternatifs tels que les hébergements temporaires, le renforcement des aides à domicile, les équipes mobiles de gériatrie ou les hôpitaux de jour.

La Loire-Atlantique fait partie des départements où l'hébergement temporaire est bien développé avec un taux de 3 à 3.9 places d'hébergement pour 1000 habitants de plus de 75 ans (31). Cependant les médecins généralistes soulignent les difficultés à trouver des accueils temporaires en cas de crises et situations d'urgence. Les médecins de notre enquête ont régulièrement recours à des entrées directes dans les services d'hospitalisation en cas de crise d'ordre social à domicile, en mettant à contribution la famille et les aides à domicile. Mais devant les difficultés à trouver des places d'hébergement temporaire ou d'hospitalisation en urgence, ils reconnaissent avoir parfois recours, par défaut, aux services d'urgence, soulignant que ce recours est loin d'être adapté aux personnes âgées. Il semble important que, dans les années à venir, le nombre d'hébergements temporaires soit majoré avec des places réservées aux situations d'urgence, permettant aux médecins généralistes et aux patients d'éviter une hospitalisation, qu'elle soit directe ou par les services des urgences.

Le Ministère des Affaires sociales et de la Santé lance une expérimentation pour la mise en œuvre de nouveaux modes d'organisation des soins afin d'optimiser les parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie en prévenant leur hospitalisation, en gérant leur sortie d'hôpital et en favorisant la continuité des différents modes de prise en charge sanitaires et médico-sociaux (32). Afin de prévenir les hospitalisations, les objectifs sont :

- de mieux outiller les acteurs du premier recours afin de permettre de mieux répondre aux besoins de leurs patients âgés, poly-pathologiques et fragilisés.
- la mise en place d'aide à la décision pour les médecins traitants à partir d'une évaluation gériatrique complémentaire,
- l'organisation de la concertation pluridisciplinaire,

- la capacité de répondre sans délai à la sollicitation d'un professionnel libéral confronté à un risque d'hospitalisation chez un sujet âgé fragile.

4.2.6. L'AMELIORATION DES CONNAISSANCES DES MEDECINS GENERALISTES ET DE LA GESTION DES PERSONNES AGEES EN MEDECINE DE VILLE.

Les médecins généralistes sont de plus en plus souvent confrontés aux problèmes de dépendance du fait du vieillissement de la population. Ils rencontrent alors peu de difficultés dues au versant médical, mais plutôt concernant l'aspect social de la prise en charge de leurs patients. Une majorité des médecins interrogés pensent que leurs connaissances des structures sociales gérontologiques sont insuffisantes. Devant la complexité de l'organisation institutionnelle et la multiplicité des interlocuteurs, ils souhaitent bénéficier de formation à type de formation médicale continue ou de séminaires et sont demandeurs d'informations pratiques, de données et de coordonnées locales leur permettant de gérer ou de déléguer le côté social et surtout financier de la prise en charge des personnes âgées.

Depuis 2002, l'organisation gérontologique est au programme du tronc commun des études de médecine. Cependant, les médecins de notre panel de moins de 40 ans (qui ont dû bénéficier de cet enseignement) ne citent pas plus d'aides que les médecins plus âgés. Les médecins capacitaires ne citent pas plus d'aides à domicile (un médecin sur les 4 cite plus de 4 aides à domicile) que les autres médecins. Il en est de même pour la connaissance des structures d'hébergement, les médecins ayant bénéficié d'un enseignement universitaire ne citent pas plus de types de structures. Ceci peut s'expliquer dans un premier temps par le fait que les médecins plus âgés tirent leurs connaissances de leur expérience et des réseaux qu'ils ont mis en place. Dans un second temps, se pose la question de l'adéquation entre l'enseignement théorique et les possibilités réelles de mise en place d'aides à domicile. Par exemple, l'aménagement de l'habitat fait partie des points importants mis en avant dans la littérature pour le maintien à domicile, et fait appel à un ergothérapeute. Mais sur le terrain, il n'existe quasiment pas d'ergothérapeute libéral, leurs actes ne sont pas pris en charge par la Sécurité Sociale, et leur rôle est peu connu des médecins généralistes et reste dans le domaine hospitalier.

Les médecins de notre enquête demandent en premier lieu la présence d'une personne coordinatrice. Ils manquent souvent de disponibilité pour gérer des situations complexes qui

débordent le domaine sanitaire : ils connaissent mal les relais professionnels du secteur social et déplorent de devoir consacrer du temps non reconnu et non rémunéré à des actions de coordination. La littérature s'accorde sur le fait que la prise en charge des personnes âgées nécessite une coordination des intervenants et donc une personne coordinatrice. La question reste de savoir qui doit tenir le rôle de coordinateur, les médecins généralistes acceptant d'être acteurs mais non coordinateurs. La présence de CLIC performants dans la région semble répondre en partie à cette demande, mais un des problèmes persistants est le partage des informations entre les structures sociales et le médecin généraliste.

La seconde piste d'amélioration retrouvée est une meilleure communication entre les intervenants médicaux et sociaux. La difficulté principale est le manque de disponibilité des différents professionnels pour pouvoir se réunir et discuter des cas difficiles. Les enquêtes concernant les relations entre les médecins généralistes et les structures de coordination (CLIC, réseaux gérontologiques et le Conseil Général) (10) (33) mettent en évidence des relations jugées non satisfaisantes, avec un manque de communication et de disponibilité pour les réunions. Devant ce constat, il semble donc judicieux de réfléchir aux conditions qui permettraient aux différents acteurs de se retrouver. Les réunions de coordination pourraient être réalisées sur le temps d'une visite à domicile, soit environ 20 minutes. La personne coordinatrice informerait les différents intervenants à l'avance de la date, lieu et heure de la réunion, des problèmes qui y seraient discutés, en limitant le nombre en fonction des priorités, avec la possibilité pour les acteurs dans l'impossibilité d'être présents, de transmettre leurs remarques par courrier ou mail. En retour de cette réunion, il serait transmis à tous les intervenants, un résumé synthétique et pratique des décisions prises. Ceci éviterait ce que les médecins présentent comme la « réunionite », c'est-à-dire des réunions longues, ne débouchant que rarement sur des décisions intéressantes, et permettrait aux acteurs de se connaître et de savoir, au minimum, les solutions mises en œuvre. Une rémunération du temps de coordination pourrait être envisagée pour les différents intervenants, avec en contrepartie, une obligation de présence.

Devant la complexité et la multiplicité des aides et interlocuteurs, les médecins rencontrent des difficultés à adresser le patient avec exactitude. Malgré l'existence de guides des aides délivrés par les CLIC, le Conseil Général, ou sur internet, les médecins sont demandeurs des coordonnées des acteurs sociaux. Ils ne souhaitent pas se perdre dans la complexité des organismes mais avoir accès à une information locale pouvant assurer le relais. Il serait intéressant de diffuser, par commune, le nom, numéro de téléphone et lieu d'exercice de l'assistant social,

du CLIC, du CCAS afin de fournir des informations locales, utiles et pratiques aux médecins généralistes. Ceci pourrait être du ressort de la mairie avec diffusion d'un annuaire social local.

CONCLUSION

Au terme de cette étude, nous pouvons dégager plusieurs points importants ressortant non seulement des réponses à la grille d'analyse, mais également des remarques exprimées spontanément par les médecins interrogés dont certaines de façon suffisamment récurrentes pour y accorder une attention particulière. Nous essaierons de formuler quelques propositions afin de répondre au mieux aux besoins exprimés par les médecins.

L'évaluation de la perte d'autonomie et notion de fragilité :

La prise en charge de la personne âgée dépendante nécessite en premier lieu une évaluation globale médico-psycho-sociale. Or les médecins généralistes, par manque de connaissances ou de temps, ne s'aident pas ou peu d'outils objectifs permettant un suivi dans le temps de l'autonomie de leurs patients âgés.

Il semblerait intéressant de placer le médecin généraliste dans un rôle de prévention, en dépistant la fragilité des personnes âgées en s'aidant de la grille de repérage de fragilité d'utilisation facile et rapide. Ils pourraient alors adresser à bon escient les patients vers les consultations ou les hôpitaux de jour gériatriques pour une EGS.

Le manque de communication :

Dans un second temps, il est important de se pencher sur la nécessaire communication entre les intervenants. En Loire-Atlantique, la communication entre les médecins de ville et les gériatres paraît satisfaisante, avec la possibilité d'échanger avec un confrère via l'équipe mobile de gériatrie ou de pouvoir programmer des hospitalisations directes, évitant les passages injustifiés aux urgences.

Elle semble moins évidente entre les médecins généralistes et les acteurs sociaux de ville, y compris, paradoxalement, les organismes de coordination. La part de responsabilité des médecins est à souligner, certains affichant une aversion pour les réunions de coordination.

Il faudrait repenser les modalités de communication, de rencontre, et le champ d'action de chacun en donnant par exemple un cadre précis pour l'horaire, l'objet, la durée, la préparation des réunions de coordination. De même pourrait-on réfléchir à un mode d'indemnisation forfaitaire du médecin acceptant de participer à ces réunions.

La coordination :

La question de la coordination des intervenants autour de la personne âgée reste floue. Les médecins généralistes ne sont pas prêts à assurer ce rôle, bien qu'ils admettent y tenir une place. Actuellement, la coordination des aides est essentiellement assurée par la famille.

En ce qui concerne les structures de coordination, la plupart des médecins connaissent les CLIC mais certains ne les identifient pas comme des structures de coordination, ne les utilisent que rarement ou expriment même une certaine méfiance vis-à-vis de ces structures.

Donc, devant les changements sociétaux et les projections de l'INSEE, avec une diminution du nombre des aidants naturels, il paraît important non seulement de développer des coordinateurs, que ce soit au sein des CLIC ou des consultations gériatriques, mais aussi de faire connaître leur existence, leurs attributions exactes, en quoi ils peuvent au quotidien fournir une aide aux médecins traitants en difficulté et comment les contacter. Il faut donc développer l'information autour de ces structures pour que la coordination devienne une véritable coopération.

Il est donc probable que la prise en charge de la personne âgée dépendante demande des modifications dans les pratiques des différents intervenants. En plus d'une formation médicale continue pour les médecins généralistes, il faut créer une meilleure collaboration entre la médecine de ville et l'hôpital, le secteur médical et social. Sur ce thème, les médecins généralistes sont surtout demandeurs d'une information locale et pratique qui simplifierait et optimiserait la mise en place du maintien à domicile.

BIBLIOGRAPHIE

1. Insee - Population - Espérance de vie au 1er janvier 2011 [Internet]. [cité 6 sept 2013]. Disponible sur : http://insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=3&ref_id=poptc02402
2. Drees, Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Personnes âgées dépendantes et aidants potentiels : une projection à l'horizon 2040 [Internet]. 2002 [cité 7 sept 2013]. Disponible sur : <http://www.drees.sante.gouv.fr/personnes-agees-dependantes-et-aidants-potentiels-une-projection-a-l-horizon-2040,4813.html>
3. Haut Comité Consultatif de la population et de la famille. Politique de la Vieillesse. Rapport de la commission d'études des problèmes de la vieillesse présidée par Monsieur Pierre Laroque, p. 9. La Documentation Française. Paris ; 1962.
4. Joel M-E, Wittwer J, Paraponaris A. La lettre du Collège : Les aidants. Collège des Economistes de la Santé ; 2011.
5. COFACE-Handicap. Charte européenne de l'aidant familial [Internet]. [cité 10 janv 2013]. Disponible sur : http://coface-eu.org/en/upload/07_Publications/COFACE-Disability%20CharterFR.pdf
6. Joël M-E. Les conditions de vie des personnes âgées vivant à domicile d'après l'enquête HID. Rev Française Aff Sociales. 1 mars 2003 ; n° 1-2 (1) : 103-122.
7. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Dépendances : enjeux déontologiques. [Internet]. 2011 [cité 5 juill 2013]. Disponible sur : http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/dependance_0.pdf
8. Haute Autorité de Santé. Recommandations pour la pratique clinique : Masso-kinésithérapie dans la conservation des capacités motrices de la personne âgée fragile à domicile. 2005.
9. Haute Autorité de Santé. Recommandations de bonne pratique : Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : suivi médical des aidants naturels. 2010.

10. Observatoire Régional de la Santé, Pays de la Loire. Les Centres locaux d'information et de coordination (CLIC) et leur insertion dans le tissu régional. Conférence régionale de santé. 2009.
11. Conseil National de l'Ordre des Médecins. La démographie médicale à l'échelle des bassins de vie en région Pays de la Loire. Situation au 1er juin 2011 [Internet]. [cité 8 juill 2013]. Disponible sur : http://www.conseil-national.medecin.fr/system/files/Atlas_Pays_de_la_Loire_2011.pdf?download=1
12. De Bucy G. Etat des lieux des connaissances et de la pratique face à l'incontinence urinaire du sujet âgé en Loire-Atlantique: enquête auprès de 33 médecins généralistes [Thèse pour le diplôme de Docteur en Médecine]. Université de Nantes ; 2008.
13. Riche M. Prise en charge de la dénutrition du sujet âgé: étude auprès de 30 médecins généralistes de Loire-Atlantique [Thèse pour le diplôme de Docteur en Médecine]. Université de Nantes ; 2010.
14. Fribault T. Prise en charge des aidants de patients atteints de démence type Alzheimer ou apparentée : enquête auprès de 30 médecins généralistes de Loire-Atlantique [Thèse pour le diplôme de Docteur en Médecine]. Université de Nantes ; 2011.
15. Union Régionale des Médecins Libéraux. Enquête 2004 : Perte d'Autonomie. 2004.
16. Patrizio PD, Blanchet E, Perret-Guillaume C, Benetos A. Quelle utilisation les médecins généralistes font-ils des tests et échelles à visée gériatrique ? Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Vieil. mars 2013 ; 11 (1) : 21-31.
17. Faline M. Etat des pratiques des médecins généralistes de l'Indre en 2011 pour le dépistage de personnes âgées dénutries ou à risque de dénutrition. [Thèse pour le diplôme de Docteur en Médecine]. Université de Tours ; 2012.
18. Haute Autorité de Santé. Recommandations professionnelles : Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. 2007.
19. Le Bert C. Prise en charge de la chute de la personne âgée : enquête auprès de 30 médecins généralistes de Loire-Atlantique [Thèse pour le diplôme de Docteur en Médecine]. Université de Nantes ; 2004.

20. Rubenstein LZ, Rubenstein LV. CHAPTER 35 - Multidimensional Geriatric Assessment. Brocklehursts Textb Geriatr Med Gerontol SEVENTH Ed [Internet]. Philadelphia: W.B. Saunders; 2010 [cité 13 juill 2013]. p. 211-217. Disponible sur : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9781416062318100352>
21. Haute Autorité de Santé. Points Clés et solutions, organisation des parcours : Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ? 2013.
22. Rolland Y, Benetos A, Gentric A, Ankri J, Blanchard F, Bonnefoy M, et al. La fragilité de la personne âgée : un consensus bref de la Société française de gériatrie et gérontologie. *Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 1 déc 2011 ; 9 (4) : 387-390.
23. Équipe de la plateforme, Subra J, Gillette-Guyonnet S, Cesari M, Oustric S, Vellas B. Intégrer le concept de fragilité dans la pratique clinique : l'expérience du Gérontopôle à travers la plateforme d'évaluation des fragilités et de prévention de la dépendance. *Cah Année Gérontologique*. 8 sept 2012 ; 4 (3) : 269-278.
24. Rajemisa G. Les obstacles rencontrés par les médecins traitants pour le maintien à domicile des personnes âgées [Thèse pour le diplôme de Docteur en Médecine]. Université Paris Diderot-Paris 7 ; 2011.
25. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Le dispositif d'intégration MAIA, ses acteurs, ses outils. Aspects éthiques et déontologiques. [Internet]. 2012 [cité 15 mai 2013]. Disponible sur : <http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/MAIA.pdf>
26. Ennuyer B. Un regard critique sur « les gestionnaires de cas », dernière « mode » de la coordination imposée par le plan alzheimer. *Gérontologie Société*. 2012 ; 142 (3) : 205.
27. Ploton L. À propos du placement des personnes âgées. *Gérontologie Société*. 2005 ; 112 (1) : 93.
28. Manent M, Protat V. Les facteurs déclenchant l'entrée en EHPAD : Etat de la connaissance bibliographique et situation en Languedoc Roussillon [Internet]. 2011 [cité 9 juill 2013]. Disponible sur : http://www.poss-lr.net/documents/Vie_plateforme/Fact_decl%20EPHAD-rapport.pdf

29. Derame G, El Kouri D, Hamidou M, Carré E, Potel G. Les passages non justifiés au service d'accueil urgences: Proposition d'une offre de soins différenciée. Presse Médicale. juill 2004 ; 33 (12) : 780-783.
30. Arfeux-Vaucher G, Dorange M, Besson I, Gaussens J, Mizrahi A, Mizrahi. Recours à l'hôpital des personnes âgées prises en charge à domicile. Recherche auprès de Services d'Aide à Domicile et de Services de Soins Infirmiers à Domicile. [Internet]. 2006 [cité 12 juill 2013]. Disponible sur :
http://www.fng.fr/html/etudes_recherche/1pdf/FNG_Recours_hopital_personnes_agees.pdf
31. Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie. État des lieux et préconisations sur l'hébergement temporaire des personnes âgées et des personnes handicapées [Internet]. 2011 [cité 15 juill 2013]. Disponible sur :
http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/CNSA_DosTech_Hebergt_tempo_web.pdf
32. Arrêté du 30 août 2012 fixant le cahier des charges relatif aux expérimentations mettant en œuvre de nouveaux modes d'organisation des soins destinés à optimiser les parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie en prévenant leur hospitalisation en établissement de santé avec hébergement, en gérant leur sortie d'hôpital et en favorisant la continuité des différents modes de prise en charge sanitaires et médico-sociaux [Internet]. [cité 12 juill 2013]. Disponible sur :
<http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000026417536&categorieLien=id>
33. Union Régionale des Médecins Libéraux Rhône-Alpes. Médecine Générale et Gériatrie : Enquête auprès des Conseils Généraux, des CLICs, des Réseaux et des médecins généralistes de la région Rhône-Alpes [Internet]. [cité 3 sept 2013]. Disponible sur :
http://www.urps-med-ra.fr/upload/urmlra/urm_etude/pj/GERONTOLOGIE.pdf

ANNEXES

ANNEXE 1 : GRILLE AGGIR

GRILLE NATIONALE AGGIR



IDENTIFICATION DE LA PERSONNE EXAMINÉE

Nom : _____ Prénom : _____

Numéro d'immatriculation :

Adresse : _____

Code Postal : Commune : _____

SITUATION AU REGARD DES ACTES ESSENTIELS ET ORDINAIRES DE LA VIE

VARIABLES DISCRIMINANTES - AUTONOMIE PHYSIQUE ET PSYCHIQUE	
COHÉRENCE : converser et / ou se comporter de façon sensée	
ORIENTATION : se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux	
TOILETTE : concerne l'hygiène corporelle	Haut
	Bas
HABILLAGE : s'habiller, se déshabiller, se présenter	Haut
	Moyen
	Bas
ALIMENTATION : manger les aliments préparés	Se servir
	Manger
ÉLIMINATION : assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale	Urinaire
	Fécale
TRANSFERT : se lever, se coucher, s'asseoir	
DÉPLACEMENT À L'INTÉRIEUR : avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant...	
DÉPLACEMENT À L'EXTÉRIEUR : à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport	
COMMUNICATION À DISTANCE : utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme ...	
VARIABLES ILLUSTRATIVES - AUTONOMIE DOMESTIQUE ET SOCIALE	
GESTION : gérer ses propres affaires, son budget, ses biens	
CUISINE : préparer ses repas et les conditionner pour être servis	
MÉNAGE : effectuer l'ensemble des travaux ménagers	
TRANSPORT : prendre et / ou commander un moyen de transport	
ACHATS : acquisition directe ou par correspondance	
SUIVI DU TRAITEMENT : se conformer à l'ordonnance du médecin	
ACTIVITÉS DE TEMPS LIBRE : activités sportives, culturelles, sociales, de loisirs ou de passe-temps	

- A : fait seul, totalement, habituellement, correctement
 B : fait partiellement, non habituellement, non correctement
 C : ne fait pas.

A _____, le _____

Signature et cachet du praticien

ANNEXE 2 : GRILLE D'ANALYSE

1. Puis-je vous demander :
 - a. votre âge ?
 - b. votre année d'installation ?
2. Dans votre patientèle, quelle est la part des plus de 75 ans ?
 - a. Moins de 25%
 - b. De 25 à 50%
 - c. De 50 à 75%
 - d. Plus de 75%
3. Avez-vous une formation spécifique en gériatrie ?
 - a. Capacité de gérontologie
 - b. Diplôme Universitaire
4. Comment évaluez-vous la perte d'autonomie de vos patients âgés ?
5. Quelles sont les aides à domicile humaines et financières que vous utilisez le plus souvent en cas de dépendance ?
 - a. Humaines,
 - b. Financières.
6. Qui demande le plus souvent :
 - a. la mise en place d'aides à domicile ?
 - b. Qui les met en place ?
7. Sur quels critères envisagez-vous l'entrée en institution de vos patients ?
8. Quelles structures d'hébergement connaissez-vous ?
9.
 - a. Combien de dossiers de maison de retraite remplissez-vous en moyenne par mois ?
 - b. A la demande de qui ?
10. Anticipez-vous l'entrée en institution ou se fait-elle le plus souvent dans un contexte d'urgence ?

11. En urgence :

- a. A quelle fréquence vous trouvez-vous confronté à une impossibilité de maintien à domicile?
 - i. Moins d'une fois par semaine.
 - ii. Entre une fois par semaine et une fois par mois
 - iii. Entre une fois par mois et une fois par semestre
 - iv. Moins d'une fois par semestre
 - v. Jamais.
- b. Pour quel motif ?
- c. Quelles solutions mettez-vous en œuvre en cas d'urgence sociale ou à qui faites-vous appel ?

12. Pensez-vous que la coordination des intervenants autour de la personne âgée relève du rôle du médecin traitant ? Sinon, de qui relève-t-elle ?

13. Faites-vous partie d'un réseau gérontologique ? Pourquoi ?

14. Connaissez-vous les actions menées par le Conseil Général de votre département dans le domaine gérontologique ?

15. Quelles structures de coordination gérontologique connaissez-vous dans la région ?

16. Avez-vous déjà eu recours aux services du CLIC ? Pourquoi ?

17. Avez-vous recours à des consultations gériatriques, à l'équipe mobile gériatrique ou à des hospitalisations en gériatrie pour des problèmes de dépendance ?

18. Pensez-vous que votre connaissance des structures sociales gérontologique soit suffisante ?

19. Selon vous, qu'est ce qui pourrait faciliter la prise en charge sociale des personnes âgées dépendantes dans votre pratique quotidienne ?

ANNEXE 3 : COURRIER DE SOLLICITATION DES MEDECINS

AUBRY Claire

Coordonnées personnelles

Objet : Thèse de médecine générale.

Nantes, le 21.11.2012

Cher Confrère,

Je prépare actuellement une thèse de Médecine Générale intitulée « Connaissance des structures sociales gérontologiques et prise en charge de la dépendance du sujet âgé par les médecins généralistes de Loire-Atlantique. » sous la direction du Docteur Yvain F., service de gérontologie de l'hôpital de Saint Nazaire.

Dans ce cadre, il m'est proposé, pour réaliser une enquête de terrain, de rencontrer 30 médecins généralistes exerçant en Loire-Atlantique. Elle consistera en un entretien d'une vingtaine de minutes, comprenant une quinzaine de questions concrètes sur ce sujet. Si vous n'y voyez pas d'inconvénient, et sauf refus de votre part, je souhaiterai enregistrer votre réponse afin de la retranscrire au mieux. L'anonymat des réponses sera garanti lors de l'exploitation des résultats.

Je vous contacterai par téléphone dans 5 à 7 jours afin de fixer un rendez-vous si vous acceptez de participer à cette enquête.

En vous remerciant de l'attention que vous porterez à ce courrier, je vous prie d'agréer, Docteur, l'expression de mes sincères salutations.

AUBRY Claire,

Médecin Généraliste.

ANNEXE 4 : MINI MENTAL STATE EVALUATION

Mini Mental State Examination (MMSE) (Version consensuelle du GRECO)

Orientation / 10

Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire.
Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez.
Quelle est la date complète d'aujourd'hui ? _____

Si la réponse est incorrecte ou incomplète, posées les questions restées sans réponse, dans l'ordre suivant :

1. En quelle année sommes-nous ?
2. En quelle saison ?
3. En quel mois ?
4. Quel jour du mois ?
5. Quel jour de la semaine ?

Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous trouvons.

6. Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes ?*
7. Dans quelle ville se trouve-t-il ?
8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ?**
9. Dans quelle province ou région est située ce département ?
10. A quel étage sommes-nous ?

Apprentissage / 3

Je vais vous dire trois mots ; je vous voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les redemanderai tout à l'heure.

- | | | | | | |
|------------|----|--------|----|----------|--------------------------|
| 11. Cigare | | Citron | | Fauteuil | <input type="checkbox"/> |
| 12. Fleur | ou | Clé | ou | Tulipe | <input type="checkbox"/> |
| 13. Porte | | Ballon | | Canard | <input type="checkbox"/> |

Répéter les 3 mots.

Attention et calcul / 5

Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ?*

- | | | |
|-----|----|--------------------------|
| 14. | 93 | <input type="checkbox"/> |
| 15. | 86 | <input type="checkbox"/> |
| 16. | 79 | <input type="checkbox"/> |
| 17. | 72 | <input type="checkbox"/> |
| 18. | 65 | <input type="checkbox"/> |

Pour tous les sujets, même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander :
Voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers ?**

Rappel / 3

Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandés de répéter et de retenir tout à l'heure ?

- | | | | | | |
|------------|----|--------|----|----------|--------------------------|
| 11. Cigare | | Citron | | Fauteuil | <input type="checkbox"/> |
| 12. Fleur | ou | Clé | ou | Tulipe | <input type="checkbox"/> |
| 13. Porte | | Ballon | | Canard | <input type="checkbox"/> |

Langage / 8

- | | | |
|---|--------------------------------------|--------------------------|
| Montrer un crayon. | 22. Quel est le nom de cet objet ?* | <input type="checkbox"/> |
| Montrer votre montre. | 23. Quel est le nom de cet objet ?** | <input type="checkbox"/> |
| 24. Ecoutez bien et répétez après moi : « PAS DE MAIS, DE SI, NI DE ET »*** | | <input type="checkbox"/> |

Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : « Ecoutez bien et faites ce que je vais vous dire :

25. Prenez cette feuille de papier avec votre main droite,
26. Pliez-la en deux,
27. Et jetez-la par terre. »****

Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractère : « FERMEZ LES YEUX » et dire au sujet :

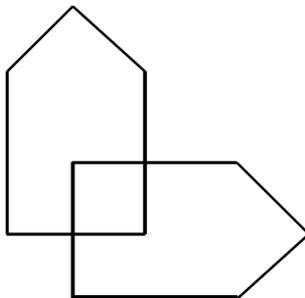
28. « Faites ce qui est écrit ».

Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo, en disant :

29. « Voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière. »*****

Praxies constructives / 1

Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander : 30. « Voulez-vous recopier ce dessin ? »



Tout âge et tout niveau socio-culturel confondus, le seuil le plus discriminant est 24 (un score inférieur à 24 est considéré comme anormal).

ANNEXE 5 : TEST DE L'HORLOGE

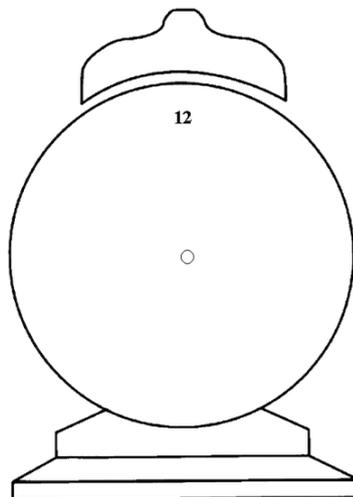
Demander au patient de placer les chiffres correspondant aux heures Puis demander de représenter une heure précise.

Résultats : un point est délivré pour chaque réponse exacte

Tous les chiffres des heures, de 1 à 12, doivent être :

- Présents
- Placés dans le bon ordre
- Bien positionnés
- Les deux aiguilles sont dessinées
- L'aiguille indiquant l'heure est bien positionnée
- L'aiguille indiquant les minutes est bien positionnée
- Les tailles différentes des deux aiguilles sont respectées et exactes.

Le score normal est de 7 sur 7.



ANNEXE 6 : TEST DE TINETTI

Le patient est assis sur une chaise sans accoudoirs :		
1. Equilibre assis sur la chaise		<input type="checkbox"/>
0 = se penche sur le côté, glisse de la chaise 1 = sûr, stable		
On demande au patient de se lever, si possible sans s'appuyer sur les accoudoirs :		
1. Se lever		<input type="checkbox"/>
0 = impossible sans aide 1 = possible, mais nécessite l'aide des bras 2 = possible sans les bras		
2. Tentative de se lever		<input type="checkbox"/>
0 = impossible sans aide 1 = possible, mais plusieurs essais 2 = possible lors du premier essai		
3. Equilibre immédiat debout (5 premières secondes)		<input type="checkbox"/>
0 = instable (chancelant, oscillant) 1 = sûr, mais nécessite une aide technique debout 2 = sûr sans aide technique		
Test de provocation de l'équilibre en position debout :		
4. Equilibre lors de la tentative debout pieds joints		<input type="checkbox"/>
0 = instable 1 = stable, mais avec pieds largement écartés (plus de 10 cm) ou nécessite une aide technique 2 = pieds joints, stable		
6. Poussées (sujets pieds joints, l'examineur le pousse légèrement sur le sternum à 3 reprises)		<input type="checkbox"/>
0 = commence à tomber 1 = chancelant, s'agrippe, et se stabilise 2 = stable		
7. Yeux fermés		<input type="checkbox"/>
0 = instable 1 = stable		
Le patient doit se retourner de 360° :		
8. Pivotement de 360°		<input type="checkbox"/>
0 = pas discontinus 1 = pas continus		
9. Pivotement de 360°		<input type="checkbox"/>
0 = instable (chancelant, s'agrippe) 1 = stable		

Le patient doit marcher au moins 3 mètres en avant, faire demi-tour et revenir à pas rapides vers la chaise. Il doit utiliser son aide technique habituelle (cane ou déambulateur) :	
10. Initiation de la marche (immédiatement après le signal du départ 0 = hésitations ou plusieurs essais pour partir 1 = aucune hésitation	<input type="checkbox"/>
11. Longueur du pas : le pied droit balance 0 = ne dépasse pas le pied gauche en appui 1 = dépasse le pied gauche en appui	<input type="checkbox"/>
12. Hauteur du pas : le pied droit balance 0 = le pied droit ne décolle pas complètement du sol 1 = le pied droit décolle complètement du sol	<input type="checkbox"/>
13. Longueur du pas : le pied gauche balance 0 = ne dépasse pas le pied droit en appui 1 = dépasse le pied droit en appui	<input type="checkbox"/>
14. Hauteur du pas : le pied gauche balance 0 = le pied gauche ne décolle pas complètement du sol 1 = le pied gauche décolle complètement du sol	<input type="checkbox"/>
15. Symétrie de la marche 0 = la longueur des pas droit et gauche semble inégale 1 = la longueur des pas droit et gauche semble identique	<input type="checkbox"/>
16. Continuité des pas 0 = arrêt ou discontinuité de la marche 1 = les pas paraissent continus	<input type="checkbox"/>
Ecartement du chemin (observé sur une distance de 3 m) 0 = déviation nette d'une ligne imaginaire 1 = légère déviation, ou utilisation d'une aide technique 2 = pas de déviation sans aide technique	<input type="checkbox"/>
Stabilité du tronc 0 = balancement net ou utilisation d'une aide technique 1 = pas de balancement, mais penché ou balancement des bras 2 = pas de balancement, pas de nécessité d'appui sur un objet	<input type="checkbox"/>
Largeur des pas 0 = polygone de marche élargi 1 = les pieds se touchent presque lors de la marche	<input type="checkbox"/>
Le patient doit s'asseoir sur la chaise : 17. S'asseoir 0 = non sécuritaire, juge mal les distances, se laisse tomber sur la chaise 1 = utilise les bras ou n'a pas un mouvement régulier 2 = sécuritaire, mouvement régulier	<input type="checkbox"/>
SCORE MAXIMUM = 28 points	

Interprétation :

Total inférieur à 20 points : risque de chute très élevé

Total entre 20-23 points : risque de chute élevé

Total entre 24-27 points : risque de chute peu élevé, chercher une cause comme une inégalité de longueur des membres

Total à 28 points : normal

ANNEXE 7 : TEST DES 5 MOTS

Première partie "Apprentissage" :

Montrer la liste de 5 mots au patient et lui dire : « Voici une liste de mots, je vais vous demander de lire ces 5 mots à voix haute et d'essayer de les retenir car je vous les redemanderai tout à l'heure » : MUSEE, LIMONADE, SAUTERELLE, PASSOIRE, CAMION

Puis dire au patient : « Pouvez-vous, tout en regardant la feuille, me dire quel est le nom de la boisson, de l'ustensile de cuisine, du bâtiment, de l'animal et du moyen de transport ? »

Retourner la feuille et demander au patient : « Pouvez-vous me dire les mots que vous venez de lire sur la feuille ? » : Ceci constitue le **rappel libre**. Compter 1 point par mot bien rappelé.

Pour les mots non-rappelés, demander : « Quel était le nom du bâtiment ou la boisson ou l'animal ou l'ustensile de cuisine ou moyen de transport ? » : Ceci constitue le **rappel indicé**. Compter 1 point par mot bien rappelé.

Additionner le nombre de points obtenus au rappel libre avec celui obtenu au rappel indicé, vous obtenez un score total de **rappel immédiat de 5 points maximum**.

Si le score était inférieur à 5, recommencer l'apprentissage jusqu'à ce que les 5 mots soient appris.

Deuxième partie : Epreuve interférente

Occuper le patient pendant quelques minutes avant de demander le rappel différé.

Troisième partie : Rappel différé :

« Pouvez-vous me répéter maintenant les 5 mots que vous avez appris tout à l'heure, peu importe l'ordre ? » : Ceci constitue le **rappel différé libre**. Un point par mot bien rappelé.

Pour les mots non-rappelés, demander : « Quel était le nom de bâtiment ou la boisson ou l'animal ou l'ustensile de cuisine ou moyen de transport ? » : Ceci constitue le **rappel différé indicé**. Un point par mot bien rappelé.

Additionner le nombre de points obtenus au rappel différé libre avec celui obtenu au rappel différé indicé, vous obtenez un score total de **rappel différé de 5 maximum**.

Additionner le score total de rappel immédiat et le score total de rappel différé. Vous obtenez **un score total de rappel de 10 maximum**.

Interprétations des résultats :

Le score total de rappel doit être normalement égal à 10.

ANNEXE 8 : ECHELLE IADL

Activités	Cotation
1. Téléphone Utilise le téléphone de sa propre initiative, compose le numéro Compose quelques numéros connus Décroche mais ne compose pas seul N'utilise pas le téléphone	1 1 1 0
2. Faire les courses Achète seul la majorité des produits nécessaires Fait peu de courses Nécessite un accompagnement lors des courses Incapable de faire ses courses	1 0 0 0
3. Cuisine Prévoit et cuisine les repas seul Cuit les repas après préparation par une tierce personne Fait la cuisine mais ne tient pas compte des régimes imposés Nécessite des repas préparés et servis	1 0 0 0
4. Ménage S'occupe du ménage de façon autonome Fait seul des tâches ménagères légères (vaisselle, lits) Fait les travaux légers mais propreté insuffisante Nécessite de l'aide pour tous les travaux ménagers, incapable de faire le ménage	1 1 1 0
5. Linge Lave tout son linge seul Lave le petit linge Tout le linge doit être lavé à l'extérieur	1 1 0
6. Transport Utilise les moyens de transport de manière autonome Commande et utilise seul un taxi Utilise les transports publics avec une personne accompagnante Parcours limités en voiture, en étant accompagné Ne voyage pas	1 1 0 0 0
7. Médicaments Prend ses médicaments correctement et de façon responsable (respect horaire et dose) Prend correctement les médicaments préparés Ne peut pas prendre les médicaments correctement	1 0 0
8. Argent Règle ses affaires financières de façon autonome Règle ses dépenses quotidiennes, aide pour les virements et dépôts N'est plus capable de se servir de l'argent	1 1 0

Score de 0 : autonomie totale

Plus le score est élevé, plus le niveau de dépendance est important.

ANNEXE 9 : MNA

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

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 oui

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 CB ≤ 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

Ref.: Guigoz Y, Vellas B and Garry P.J. 1994. Mini Nutritional Assessment: A practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. *Facts and Research in Gerontology*, Supplement #2:15-59.
 Rubenstein LZ, Harker J, Guigoz Y and Vellas B. Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) and the MNA: An Overview of CGA, Nutritional Assessment, and Development of a Shortened Version of the MNA. In: "Mini Nutritional Assessment (MNA): Research and Practice in the Elderly". Vellas B, Garry P.J and Guigoz Y, editors. Nestlé Nutrition Workshop Series. Clinical & Performance Programme, vol. 1. Karger, Bale, in press.

© 1998 Société des Produits Nestlé S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners

ANNEXE 10: GRILLE DE REPERAGE DE LA FRAGILITE

GRILLE DE REPÉRAGE DES PERSONNES ÂGÉES FRAGILES EN MÉDECINE GÉNÉRALE « GÉRONTOPOLE FRAGILITY SCREENING SCALE »			
PATIENTS DE 65 ANS ET PLUS, AUTONOMES (ADL 6/6), À DISTANCE DE TOUTE PATHOLOGIE AIGUË			
	Oui	Non	Ne sait pas
-Votre patient est-il seul ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Votre patient a-t-il perdu du poids au cours des trois derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Votre patient se sent-il plus fatigué depuis les trois derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Votre patient a-t-il plus de difficultés pour se déplacer depuis ses trois derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Votre patient se plaint-il de problèmes de mémoire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Votre patient a-t-il une vitesse de marche ralentie (plus de 4 secondes pour parcourir 4 m)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si vous avez répondu OUI à une de ces questions :			
-Votre patient vous paraît-il fragile ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
-Si OUI, votre patient accepte-t-il la proposition d'une évaluation de la fragilité en hospitalisation de jour ? ..	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
<i>Dès qu'il y a un critère positif sur les six (ou « ne sait pas »), la personne est potentiellement fragile et il est alors utile de lui proposer une Evaluation Gériatrique Standardisée.</i>			

ANNEXE 11 : ENTRETIENS

Entretien avec le Médecin N°1, le 28.11.2012

Homme, Médecin urbain.

1. 64 ans. Installation en 1977.
2. 25%.
3. Non.
4. La perte d'autonomie, euh, je l'envisage quand les gens ne sont plus capables de se suffire à eux-mêmes non seulement pour les actes de la vie quotidienne mais également pour les déplacements et pour leurs provisionnements par exemple. Le coup d'œil du maquignon, c'est-à-dire qu'on juge tout de suite si les gens sont capables de se suffire à eux-mêmes ou non.
5. L'APA, l'ADAR. C'est deux choses différentes, hein, bien sûr. L'APA, c'est du financier, l'ADAR, c'est l'aide à domicile avec les femmes qui viennent assurer le ménage, vous connaissez tout ça, et éventuellement les courses...c'est essentiellement ça.
6.
 - a. Je dirai c'est probablement le médecin en premier, la famille ensuite et l'individu en troisième.
 - b. Le médecin quelquefois, plus souvent la famille je pense. Ça dépend si c'est financier, c'est le médecin, c'est lui qui va faire le papier d'APA par exemple. C'est à la famille de se le procurer, c'est le médecin qui remplit le papier, de la même façon, euh...c'est la famille qui va s'adresser à l'organisme prestataire et le médecin signera les certificats nécessaires.
7. Oh! Là là, je suis très opposé aux institutions, donc je l'envisage vraiment quand il n'y a plus aucun recours. Quand la famille ne peut se substituer pour effectuer les aides ou s'il n'y a pas de famille, par exemple, ou si l'individu présente un état démentiel sévère qui empêche un maintien à domicile. C'est du dernier recours, « pré-mortem », je vais dire. Depuis le temps que je fréquente les maisons de retraite, je vais vous dire qu'aucune ne me donne satisfaction, ni même les plus huppées, les plus chères. C'est toujours quelque chose d'approximatif, avec une surveillance qui n'est pas bonne, avec des gens qui sont désorientés quand ils arrivent en maison de retraite, avec en général, très souvent, dans la première année, il y a plusieurs chutes, souvent fractures, pronostic vital engagé. Pour moi, la maison de retraite, c'est l'horreur!
8. Séjour temporaire. Là le séjour temporaire c'est un peu différent. Il rend service pendant les vacances. Ça permet aux enfants de souffler un peu et d'avoir une certaine surveillance précisément pendant les vacances où il n'y a pas grand monde. Donc c'est la seule chose que j'accepte. Sinon il y a les EHPAD, mais les EHPAD, on peut ne pas considérer que la surveillance médicale soit très au-dessus d'une banale maison de retraite.

9.

- a. C'est très variable parce que souvent pour un même individu, on peut remplir trois ou quatre formulaires. Il m'est même arrivé d'avoir à en remplir onze pour une même personne, c'est énorme. Donc par mois on va mettre une à deux par mois.... Comme je déconseille...
- b. A la demande de la famille, toujours.

10. Etant donné que je ne suis pas le promoteur de l'entrée, je ne les anticipe pas, euh..., je ne suis pas favorable, ça se fait pas à l'avance. Donc c'est, en général, un peu dans l'état de crise, s'il arrive effectivement un problème majeur ou si la demande de la famille est expresse.

11.

- a. Une fois par trimestre
- b. Alors, euh..., en général, état démentiel avéré, ou bien état vasculaire à l'origine d'une hémiplégie...
- c. L'assistante sociale est mon recours.

12.

- a. Je ne suis pas certain, je crois qu'on doit quand même cantonner notre rôle à la médecine, et ne pas rentrer forcément dans un rôle social, oui, extra-médical. Donc coordonner ça me paraît difficile. On est un des intervenants mais on ne doit pas prendre la direction de l'intervention.
- b. Peut-être des organismes sociaux. Mais je ne suis pas certain qu'il faille forcément, euh, un gros système avec des tas d'intervenants, c'est-à-dire, l'assistante sociale, les services sociaux, le psychologue, je ne sais pas, on peut rajouter tout un tas de choses, parce que ça devient extrêmement lourd. C'est administrativement encore plus lourd, et certainement très coûteux.

13. Non.

14. Alors, je dirai non, j'ai une petite idée mais je dirai non quand même parce que, euh..., non jamais.

15. Je vais dire non, non plus.

16. Non.

17. Oui, parce que là on rentre dans la médecine.

18. Pour ma pratique, oui.

19. Un accès plus facile à l'assistante sociale. C'est elle qui a le rôle essentiel, ce n'est pas les organismes officiels ou le Conseil Général. C'est l'assistante sociale qui est véritablement le lien entre le médecin et la famille ou la personne qui en a besoin.

Homme, Médecin rural.

1. 55 ans. Installation en 1989.
2. Je sais pas exactement, plus de 75 ans, autour de 10-15 %.
3. Non.
4. En les interrogeant, en interrogeant la famille, en les regardant ici quand ils viennent et quand je vais chez eux.
5.
 - a. Bah les infirmières, après il y a l'ADMR, les aides ménagères...plutôt en un les aides ménagères, l'infirmière après. Les kinés aussi, ça, ça dépend un petit peu, quand c'est surtout des difficultés à la marche ou des choses comme ça, quoi. Et les aides matérielles aussi... mais en fait c'est organisé ici, je m'en occupe pas vraiment, mais je sais que ça se fait.
 - b. Rien du tout, je ne sais pas faire. Par contre, si vous avez des trucs, je suis preneur.
6.
 - a. La famille.
 - b. La famille en fait aussi. La personne, en fait c'est eux qui mettent en place, c'est eux qui voient s'ils ont besoin réellement car c'est eux qui prennent en charge quand même ici.
7. La perte d'autonomie, ça c'est clair, et quand en fait les aides sont insuffisantes. Deux, quand la famille peut pas assurer.
8. Les maisons de retraites, il n'y a pas grand-chose d'autre. Le foyer logement, c'est en cours de mise en place.
9.
 - a. C'est très peu, hein, il y a des mois où j'en remplis pas, plutôt entre 0 et 5, il y a des fois où j'en remplis jamais.
 - b. La famille ou les patients.
10. Non je l'anticipe en général.
11.
 - a. Deux fois par an, c'est tout. C'est difficile à dire ça, ça arrive pas souvent.
 - b. Urgences somatiques. Les urgences sociales, on arrive à les voir venir.

- c. Je les dirige vers l'assistante sociale. C'est tout, après, ça se débrouille pas mal en général.
- 12.
- a. Si c'est pour être responsable non. En faire partie, ouais, si, faut gérer le truc mais après être responsable de tout, ça certainement pas !
 - b. Eh bah je n'ai pas la réponse.
13. Non.
14. L'APA. Ici c'est l'ADMR, ils indiquent, les gens savent vers qui se tourner. Il y a le CLIC aussi qui est dans le coin, qui vient faire pas mal de choses.
15. Le CLIC, et un truc pour Alzheimer qui se met en place.
16. Pas moi directement non. Mais eux m'ont contacté, c'est arrivé plusieurs fois.
17. Non... pour des problèmes d'Alzheimer, oui, des troubles de mémoires des choses comme ça, oui.
18. Non, je pense que je pourrais m'améliorer largement.
19. Euh, ici, c'est la solitude qui tue les gens, mais après c'est parce que les gens sont... enfin la solitude, faut s'entendre, hein, ils ont de la famille, les gens s'en occupent, mais ils vont travailler toute la journée. En fait ils sont seuls toute la journée, voilà ce qui se passe. Donc ce qui aiderait, ce serait d'avoir des accueils le jour. Ce qu'ils essayent de monter ici, de rassembler... c'est un genre de foyer logement en fait qu'ils essayent de mettre en place dans le centre de la ville. Ça, ça serait sûrement très intéressant. Je laisse les gens se débrouiller un peu, on ne peut pas tout faire non plus. Je pense que je n'ai pas toutes les compétences requises pour chercher toutes les aides possibles [...] Euh... moi je n'ai pas eu de cours de gériatrie.

Femme, Médecin urbain.

1. 37 ans. Installation en janvier 2012
2. Là où je suis, là...80 %.
3. Non.
4. A l'interrogatoire, leur capacité à se déplacer, euh...faire leurs courses, leur ménage, aller chercher leurs médicaments, utiliser leur véhicule. Ouais, déplacer, donc les transports, leur voiture ou ...pas beaucoup de transport en commun à la Baule quand même...donc plutôt leur voiture. Euh... et leur capacité à gérer leurs médicaments. Je cible un peu comme ça, mais je n'utilise pas de cible pour avoir un chiffre au bout.
5. Alors euh... les aides à domicile, j'ai des structures, des associations en fait comme l'ADAR, principalement, qui agit, qui est autour de ça. Domipress aussi...mais c'est des associations. Euh, après, euh... les infirmières libérales participent à la préparation des médicaments. Des kiné interviennent aussi pour maintenir l'autonomie des déplacements...qu'est-ce que j'utilise d'autre... Financières, il faut que...bah, j'ai pas encore eu à solliciter le Conseil Général, les demandes d'APA. Parce que moi, j'en fais pas des demandes d'APA, c'est des médecins qui...A la Baule, il n'y a pas trop besoin de ça en fait... mais c'est vrai, hein... j'ai un biais de sélection. Quand je vois 2, 3 patients, là, ils ont découvert des maladies d'Alzheimer, et je leur dis : « il faudrait peut-être faire des demandes financières au Conseil Général» et [*les patients répondent*] oh, pfff... il y a beaucoup plus ici, des gardes à domicile qui sont trouvées, qui sont payées en chèques emploi services. Je vois 3 personnes qui sont en garde de nuit.
6.
 - a. Je pense que ça doit être moi... euh... en fait je pense à des patients en ce moment... c'est moi qui leur demande, faut qu'ils soient aidés. L'ingérence, ce n'est pas simple, hein...ils demandent le plus tardivement possible. En pratique c'est souvent... ou alors la famille, mais c'est souvent une tierce personne. Dans le maintien à domicile, à la Baule, comme on a une population assez vieillissante, euh... pour le maintien à domicile, il faut anticiper, ça se fait pas comme ça. Et faut il allait petit à petit, hein, c'est souvent à chaque consultation que la question est posée, et euh... est ce que vous n'avez pas besoin d'aides à la maison, qui c'est qui va gérer les courses, le ménage, le repassage... si c'est peut être moi qui le sollicite un peu plus, en tout cas, j'y pense à chaque fois.
 - b. Non. Après ils font leurs démarches tout seuls, puisque de toute façon les associations, ils peuvent les contacter. Après les certificats médicaux mais tant qu'ils n'ont pas fait la démarche de faire la demande auprès de l'association, je ne fais pas de certificat médical. Puis il n'y en a pas toujours besoin de certificat.
7. Quand les aides à domicile sont débordées. Puis si, je ... ouais, ce n'est pas moi qui décide du coup. Je pense que c'est... je dirais que c'est l'équipe qui intervient à domicile qui doit... qui nous dit quoi, en fait, quand c'est plus possible. Mais de toute façon, quand on pense qu'il y a un maintien à domicile, on anticipe avant. Faut absolument faire les démarches avant auprès des structures. Ça ne se fait pas du jour au lendemain non plus.

8. Bah, il y a les foyers logements, les maisons de retraite, les EHPAD et puis les structures un peu plus spécialisées dans les démences avec des services CANTOU des choses comme ça... mais euh... il y a le parc privé aussi, il y a des foyers logements qui sont privés, qui peuvent.... Le foyer Baule Eden, je crois que c'est un parc privé, c'est une structure qu'on a à La Baule, c'est un parc privé lui, c'est pas géré par... ce n'est pas une structure d'Etat.

9.

- a. Euh, j'ai dû en remplir 3 en un an. Mais quand je remplaçais, on était sollicité plusieurs fois par semaine pour en remplir. Mais là, je n'en ai pas rempli beaucoup, mais je suis installée depuis pas très longtemps.
- b. Bah, du patient et de son entourage, à qui j'ai demandé d'aller faire le tour et de me ramener tous les papiers... on fait des photocopies à la fin, hein. C'est bien ça commence à se standardiser. Les papiers d'admission, la grille AGGIR ça commence à faire un moment qu'elle existe, mais aussi, la feuille d'admission, les antécédents, ça commence à être un peu plus standardisé. Avant c'était chaque maison de retraite, là, ça fait 2 où je reçois, c'est les mêmes papiers.

10. L'entrée en maison de retraite, l'anticiper, après ce n'est pas moi qui décide quand c'est anticipé...l'inscription, oui, on les sollicite, après malgré tout C'est compliqué quand ce n'est pas dans l'urgence. Ils pensent qu'ils sont encore capables et il faut un facteur déclenchant pour l'acceptation. Ça arrive, hein, mais.... Je pense à une dame que j'avais suivie quand je remplaçais, elle avait décidé que c'était plus possible, et qu'il fallait qu'elle rentre... alors c'était en foyer logement... elle est passée de sa maison en foyer logement, et en fait elle est ressortie du foyer logement pour retourner chez elle, parce qu'en fait, finalement, non. Et je crois que là pour le coup, elle attendra !

11.

- a. C'est moins d'une fois par mois pour mon cas, là. Du coup, ce n'est jamais arrivé depuis que je suis installée... Après le problème du maintien à domicile, il s'est passé quelque chose d'aigu, en fait. Donc on a recours aux urgences. Après un problème de maintien à domicile un peu plus chronique, c'est là qu'on... mais quand on est remplaçant, ce n'est pas nous qu'on sollicite et là, depuis que je suis installée, ce n'est pas encore arrivé.
- b. C'est médical plutôt que social. On attend une chute, une insuffisance cardiaque... on attend... qu'ils décident, quoi. Ou alors ils se sont fait peur, une chute souvent.
- c. C'est l'hôpital. Bah après c'est une place en hébergement quelque part, une entrée directe à l'hôpital de Guérande... des choses comme ça mais...les hôpitaux locaux. Bah avant, je remplaçais plutôt à Guérande, donc c'est vrai que c'est bien pratique mais là, j'ai moins besoin, ils sont plus loin. Après si les patients ont une maladie d'Alzheimer, qu'ils ont déjà été en hébergement temporaire quelque part, les inscriptions où ils passent un mois comme ça, on peut les solliciter mais c'est long et c'est rare quand ça fonctionne ça. Ce n'est pas forcément simple. Le souci aussi c'est quand il y a un conjoint hospitalisé, [*le patient dépendant*]... souvent il l'accompagne aux urgences. Bah oui pour les familles, les enfants, d'aller accueillir papa, maman Alzheimer, alors que toute la vie est organisée sans, c'est.... Les gens travaillent, ce n'est pas possible de surveiller, donc on ne peut pas...

12. Oh pas tout seul... Oui, oui, mais pas tout seul quoi. La coordination autour de la personne âgée oui, mais après la coordination d'une personne âgée avec des troubles des fonctions sup, peut-être un

peu d'aides... je suis en panade là... c'est pour ça que je dis ça... faut pas que je sois toute seule. Mais oui c'est notre boulot de coordonner tout ça mais euh... Là j'appelle le CGO, l'équipe mobile de gériatrie, j'appelle au secours mais voilà. Donc j'appelle. J'en ai eu un là le dernier coup, qui est complètement... alors il vient plus me voir car je l'ai embêté forcément. Ils m'ont dit : vous faites venir une ambulance, comme ça, un jour, et puis on verra s'il est là ou s'il n'est pas là. Il avait oublié les rendez-vous, bah oui, il est tout seul... je ne sais pas ce qu'il est devenu, mais il vient plus me voir, je l'ai embêté, il n'a pas aimé que je fasse venir l'ambulance comme ça... Bah oui mais... mais j'appelle au secours !!!

13. Non.

14. Bah oui l'APA, ça dépend du Conseil Général. Euh... Ah bah voilà, c'est tout... *[relance]*. Du coup nous ici, on a le portage des repas, mais ça fait pas partie du Conseil Général, ils font la demande à la mairie. Et par rapport à la télé-alarme, maintenant il y a plein de trucs qui se font. Il y a des gens qui ont des mobiles avec un bouton derrière, à la banque, j'ai vu ça. Ils font des téléalarmes à la banque, donc en fait il y a plein de choses pour se gérer. Il y a des gens qui ont le portage des repas le midi mais c'est pas... ce n'est pas sollicité, on ne me demande pas de certificat médical particulier. En fait au Conseil Général, il y a besoin de certificat médical en fait...

15. Le CLIC. Le CLIC Eclair'âge est à Guérande.

16. Oui, bah oui. Je donne surtout le numéro aux familles, aux aidants... pour qu'ils coordonnent un petit peu, leur donner les coordonnées des maisons de retraite, d'assistante sociale, des structures d'aides-soignantes, d'aides ménagères.

17. Oui.

18. Non. Il y a des trucs que je ne sais pas, et puis, je...pour l'instant... j'ai l'impression d'avoir euh...ce n'est pas la même pratique en fait quand on est remplaçant et quand on est installé et ça fait pas longtemps que je suis installée. Donc en fait, quand on est sollicité, euh... on est moins sollicité quand on est remplaçant. Et là je n'ai pas encore le recul de l'installation pour euh... et puis j'ai changé en fait. En arrivant à la Baule, c'est des maisons de retraite que je ne connaissais pas, des foyers logements que je ne connaissais pas, des équipes infirmiers, des équipes que je ne connaissais pas. Mais euh... donc non, je ne pense pas que ce soit encore suffisant.

19. Le délai avant les consultations mémoires soit plus court. C'est deux fois par an, c'est...puis après ils sont suivis deux fois par an. Après c'est... une fois qu'ils sont diagnostiqués, c'est peut-être plus rapide, mais là, j'ai deux, trois dossiers en cours où c'est galère. Et forcément, là quand je vous parle, c'est ceux-là qui me viennent en tête...c'est l'angoisse totale, qu'ils prennent leur voiture, des choses comme ça. Si des outils... peut-être plus des outils sur euh...la façon dont il faut euh... je ne sais pas. J'ai un là, ils sont Alzheimer...il y a une, elle a Alzheimer depuis plus de cinq ans, puis lui là, ils conduisent leur voiture, ils ne prennent pas leur traitement. Ils refusent tout, ils mettent tout le monde à la porte. Donc je ne sais pas comment je pourrais être aidée pour eux, mais en même temps, ce n'est pas la généralité quand même hein. Non c'est bien le CGO, ça va nous permettre de vider un petit peu notre sac. J'ai l'assistante sociale, aussi, de l'hôpital de jour qui nous appelle en ce moment pour nous filer un coup de main, mais... *[relance sur l'assistante sociale de secteur]*. Non, pas pour l'instant, j'ai plus été sollicitée par celle de l'hôpital de jour.

1. 40 ans. Installation en 2006
2. Au moins un tiers je pense.
3. Non.
4. En les interrogeant un petit peu sur leur quotidien, sur comment ils vivent, qui fait leurs courses. Ça, ça fait partie de la relation médecin- patient. On se renseigne aussi sur l'entourage déjà, l'endroit où ils habitent. Alors après, il y a beaucoup de personnes âgées aussi qu'on voit à domicile, ça permet de faire un point. Et ceux qu'on ne voit pas à domicile, c'est vrai... c'est surtout en consultations régulières qu'on se renseigne au fur et à mesure et c'est noté dans le dossier. C'est-à-dire, quand je les vois pour la première fois, je note dans le dossier, c'est-à-dire... je pose des questions sur le métier qu'ils faisaient avant, s'ils sont valides, s'ils vivent seuls, ou des choses comme ça. Et pour ceux qui étaient déjà suivis ici, je pose des questions au fur et à mesure et je mets ça dans le dossier. Ça m'arrive d'utiliser les échelles.
5.
 - a. Au niveau des aides humaines, il y a toujours ANSPA, l'ADAR, des associations d'aides à domicile. Il y en a une que je trouve un petit peu mieux que les autres, parce que, le problème de ces associations, c'est que moi, j'ai aussi des gens qui travaillent là-bas et c'est un peu maltraitant comme organisation. Il y a beaucoup de souffrances au travail, parce que les gens sont envoyés comme ça, euh.... Il y a la maison de retraite de l'Automne qui a mis en place une prise en charge à domicile qui, je trouve, est plus adaptée et puis...ça se passe mieux. Donc j'essaye de voir avec eux. Souvent ils prennent les gens assez vite aussi.
 - b. Les aides financières, je remplis le dossier d'APA. Je vais déclencher les assistantes sociales chez les patients et j'appelle le CLIC. J'appelle l'assistante sociale pour lui dire : Bah voilà, j'aimerais que vous passiez pour voir quelles aides financières on peut apporter. Et, euh... voilà c'est un travail en réseau en fait avec l'assistante sociale, avec la famille. Parce que ça, c'est très important, s'il n'y a pas euh...quand on a quelqu'un d'isolé, c'est vrai qu'on doit faire le travail, parfois, de la famille...c'est-à-dire appeler nous-mêmes les différents intervenants. Euh... voilà c'est comme ça que moi je fonctionne en fait.
6.
 - a. La demande des aides... C'est vraiment dépendant de chaque cas... s'il y a une famille qui est présente, les enfants vont pousser effectivement pour les aides. Sachant que le problème des aides à domicile, c'est aussi qu'elles soient acceptées, c'est rare que les gens les demandent spontanément. Moi, j'essaye régulièrement de le proposer, de dire ce serait bien... en présentant ça comme un soulagement, et pas comme une intrusion, mais bon c'est ... souvent les gens disent qu'ils sont encore capables, et qu'ils n'ont besoin de personne. Donc voilà, c'est un travail aussi... c'est toujours, là, sur la rela-

tion avec les gens, petit à petit, faut qu'on arrive à faire accepter les aides, et euh... et puis il y a d'autres qui les demandent spontanément et viennent avec leur dossier.

b. Je dirais les assistantes sociales, le plus souvent.

7. Je dirais, quand je les sens en danger à domicile, quand euh... il n'y a pas d'entourage, euh... quand ils ont une démence et qu'on fait le score de Zarrit de l'aidant et qu'on voit que l'aidant est en train de s'épuiser. Donc là, c'est pareil, ça va être progressif, hein, parce qu'il y a tout un sentiment de culpabilité... ce n'est pas du jour au lendemain, on le met en maison de retraite, ça ce n'est pas possible. Et parfois dans l'urgence, quand la personne peut plus rester à domicile car elle peut même plus se déplacer.

8. Alors certaines structures d'hébergement temporaire. Souvent quand euh... il y a toutes les maisons de retraite tout autour où on travaille, donc on peut demander... moi, ça m'est arrivé de conseiller... j'ai un patient, ça l'angoissait énormément, il se sentait très seul à la maison, j'ai appelé en disant que c'était un patient très autonome, et ils l'ont pris très vite. Ça arrive que juste en passant un coup de téléphone... donc ça c'est dans les maisons de retraite où je travaille donc là, les gens me connaissent et c'est un peu plus facile. Sinon, les hébergements temporaires, alors là, j'appelle souvent la CGO, pour avoir des conseils, savoir où je peux diriger plutôt. J'appelle énormément l'équipe de gériatrie, quand j'ai un doute, quand je ne sais pas, car je n'ai pas fait de capacité de gériatrie... donc quand je ne sais pas, j'appelle et je me fais aiguiller par eux, je sais qu'à Heinlex, il y a aussi des places d'hébergement temporaire. Et pour l'accueil de jour, à Trignac, on a un accueil de jour, ça c'est drôlement pratique, et je sais qu'à Heinlex, on peut faire ça aussi.

9.

a. Je dirais peut-être une dizaine par an.

b. Demande du patient, demande de la famille aussi.

10. On essaye d'anticiper au maximum; après, les plus grandes difficultés, c'est quand les gens sont vraiment opposés à ça. Mais il y a certaines personnes qui vont... qui le vivent très bien, qui sont contents... j'ai aussi ce retour des patients qui se sentent moins seuls, ils sont contents de voir des gens. Mais bon, il y a aussi beaucoup de gens qui le vivent très mal, qui ont fait la demande parce que les enfants ont demandé, mais qui ne sont pas persuadés...

11.

a. C'est assez rare, 2 ou 3 fois cette année, la plupart du temps, on anticipe quand même.

b. Bah c'est médical... après la difficulté, c'est par rapport à une maladie d'Alzheimer, par exemple, ça peut arriver qu'on ait déjà fait les demandes, et qu'en urgence, on ait besoin d'hospitaliser la personne soit parce que l'aidant... et que ça se transforme en placement définitif. Mais oui, c'est plutôt des raisons médicales.

c. J'appelle l'équipe mobile de gériatrie pour me faire orienter, je trouve qu'ils sont de bon conseil. On a une très bonne équipe mobile de gériatrie, on peut faire beaucoup de choses à la maison, parce qu'ils sont là aussi pour nous conseiller. Tant qu'on peut maintenir à domicile, on essaye au maximum... puis quand c'est plus possible, ils sont là aussi pour nous donner des possibilités, sachant que des fois, ils peuvent aussi prendre les gens dans leur service, le temps qu'on trouve quelque chose, si vraiment il y a

un risque important de chute ou un truc comme ça. Avec l'équipe mobile de gériatrie, on fait très souvent des entrées directes. C'est vrai que les personnes âgées, c'est quand même un traumatisme pour eux, les urgences. Donc quand on peut éviter, et ça c'est quand même assez fréquent, on le fait. C'est vrai qu'à Saint Nazaire, c'est très, très bien organisé.

12. Moi je dirais oui... parce que, de toute façon, on n'a pas le choix. Souvent les gens, on est le seul intervenant... Moi, j'ai une dame, qui était en Corse, qui est arrivée ici, et c'est « je n'ai pas de famille, j'ai personne, j'ai que vous... ». Alors là, on est obligé de prendre son téléphone et de voir pour la mutuelle, pour tout ça, faut essayer de trouver... de faire venir l'assistante sociale à domicile... Ça fait partie de notre rôle parce que quelqu'un qui n'est pas bien pris en charge socialement, médicalement, ça a des retentissements.

13. Non.

14. Non.

15. Est-ce que le CLIC, ça en fait partie? Donc, le CLIC, oui. L'équipe mobile de gériatrie, ça n'en est pas une.

16. Oui. Dès que j'ai quelqu'un qui est à la maison et isolé, et qu'il y a besoin de mettre le réseau tout autour, je fais appel au CLIC pour l'évaluation et ils viennent. Dernièrement, c'était pour cette dame qui est arrivée il y a 2, 3 ans de Corse, qui n'a pas de famille, qui n'a que des amis... si ! Elle a une nièce, mais elle est toute seule chez elle, et elle est tombée, et plus ça va, moins ça va, et elle est très anxieuse. J'ai fait intervenir le CLIC parce que je me rendais compte qu'au niveau social, elle n'avait pas vraiment d'aides. La famille est là, mais ne se pose pas toutes ces questions-là.

17. Oui

18. Non, c'est vrai que nos formations sont assez générales. Ça aide bien d'avoir tout ce super service de gériatrie, et l'équipe mobile aussi. Mais c'est vrai que si on avait un petit peu plus... c'est vrai qu'il y a un manque de ce côté-là... d'avoir toutes les différentes structures, avec les différents accueils, les possibilités, c'est vrai que ça, ça serait bien.

19. Un travail conjoint avec une assistante sociale, parce que c'est vrai, des fois, on fait aussi ce travail-là, et c'est un peu lourd...

Homme, Médecin rural

1. 55 ans. Installation en 1986.
2. Sur le relevé SNIR, alors plus de 75 ans... plus de 70 ans, 14 %. Moins de 25 % dans tous les cas.
3. Non
4. Je le fais, je ne sais pas, au feeling quoi... par l'intermédiaire de l'entourage, l'intermédiaire des aides de vie, etc... qui interviennent et à ce moment-là, oui on évalue la perte d'autonomie. Voilà.
5.
 - a. Sur la commune ici, je travaille, quand il y a besoin d'une aide, on met premièrement en jeu les familles, car on ne peut pas aider quelqu'un si la famille est pas derrière. Et deuxièmement, pour moi, j'utilise souvent l'aide à domicile en milieu rural, l'ADMR, ou l'ADAR, qui est une association, aussi, qui intervient sur la commune. Et puis je fais intervenir les infirmières libérales et il y a aussi des gens qui font appel à du personnel purement indépendant en chèque emploi service des choses comme ça, voilà.
 - b. Financier... Alors là la fameuse APA. Je ne suis pas du tout formé là-dessus, hein, sur l'APA. Mes deux confrères ont fait ça, moi j'ai dit non, vous demanderez aux autres, parce que moi ça m'embête d'aller évaluer des trucs écrits, des machins comme ça. Donc moi je n'ai pas de formation spécifique là-dessus. Je sais que je remplis quotidiennement des papiers à la con de l'APA, à la con j'ai dit. Non... quand on voit un papier d'APA, où ils demandent les allergies alimentaires, la dernière vaccination au pneumocoque ou je ne sais quoi... Qu'est-ce qu'on en a à faire ? A 85 ans, au fond de son lit, savoir s'il est vacciné contre le pneumocoque pfff... ouais si c'est bien, est-ce vraiment indispensable de le savoir sur un bout de papier.
6.
 - a. Le plus souvent... là franchement je ne sais pas. Je dirais c'est plus la famille, l'entourage. Quand il n'y a pas de famille, de toute façon, le problème est vite résolu, perte d'autonomie, c'est... on institutionnalise obligatoirement, on ne peut pas faire autrement. Je pense que l'aide à domicile est possible que s'il y a la famille derrière. Même si c'est un neveu, même si c'est... il faut qu'il y ait quelqu'un, sinon ce n'est pas possible. Il faut quelqu'un qui... sinon c'est très compliqué. Ou alors il faut qu'il y ait une tutelle ou quelque chose qui intervienne, qui puisse remplacer la famille, sinon c'est le bazar.
 - b. Alors moi je n'appelle jamais l'ADAR ou l'ADMR. J'ai toujours refusé. Je dis que c'est la famille qui le fait ou la personne elle-même euh... après c'est l'assistance sociale aussi, parfois, bien sûr. Quand il y a perte d'autonomie suite à une hospitalisation, c'est l'assistante sociale de l'hôpital euh... Moi, je n'ai jamais... si, ça m'est arrivé quand même d'appeler l'ADMR ou des choses comme ça... personnellement.

7. L'impossibilité du maintien à domicile... Plusieurs critères. Premier critère, pour moi le plus important, c'est que la personne dépendante accepte la mise en institution et se rend compte qu'on ne peut pas faire autrement. Mais je pense que c'est un travail lent et progressif, c'est pas « vas-y je te mets là. » euh... non, c'est lent et progressif, c'est essayer de faire comprendre à la personne qu'il est préférable que, faire visiter d'abord si c'est possible, etc... une perte d'autonomie brutale, c'est... bon, souvent, ils sont hospitalisés ou ils sont mis en soins de suite puis après on trouve dans le coin progressivement. Sinon, quand c'est une perte lente et progressive, à domicile, petit à petit on commence à prévoir le coup. On voit le coup se faire, on dit « bon bah là vous voyez, ça, ça va plus aller, les aides à domicile sont débordées, ou n'y arrivent pas ou nous appellent régulièrement en nous disant bah là non, c'est plus possible ». Donc à ce moment, c'est lent et progressif... La première chose pour moi, le critère le plus important c'est l'acceptation de la personne. Après, on peut faire de l'hospitalisation à domicile, hein. Est-ce qu'il y a un critère physique particulier qui fait que, c'est la mise en danger de la personne, c'est tout. La mise en danger si elle reste toute seule. Si on met la téléalarme et que la personne est relativement bien pour pouvoir se servir de sa téléalarme, qu'il y a une famille juste à côté... C'est là que la famille est vachement importante. Première chose, l'acceptation des gens et pas de famille ; alors là c'est sûr qu'il va falloir mettre en institution. Le gros point à la mise en institution, c'est les familles aussi, parce qu'il faut payer et ça coûte horriblement cher.

8. Les EHPAD, l'hôpital local, il est magnifique à Plessé, 98 lits, Dr J. et moi sommes tous les deux les médecins de cet établissement-là. On y va pas quotidiennement mais j'y vais une fois par semaine, lui aussi il passe une matinée par semaine. Sinon, il y a d'autres EHPAD dans le coin, Genrouet, Fégréac. Moi j'interviens, je vais à Fégréac, Genrouet, Plessé bien sûr et j'ai un patient à Guéméné. Il y a un foyer logement à Fégréac. Des hébergements temporaires aussi, il y en a. A Fégréac, c'est une EHPAD avec une partie CANTOU, assimilée CANTOU, et une partie aussi foyer logement, qui est juste à côté. C'est une structure assez complète, privée. Genrouet, c'est une EHPAD, plus il y a un foyer logement à côté, plus ils font de l'accueil euh... De l'hôpital de jour. Plessé, c'est EHPAD pur. Avant, c'est ce qu'on appelait long séjour, on a 40 lits de long séjours de gens vraiment grabataires qui sont GIR 1, GIR 2 euh... 40 lits vraiment très, très durs. Et sinon, à Guéméné, ils ont fait un CANTOU aussi, ils ont fait un accueil temporaire qui est très, très bien fait.

9.

a. Deux ou trois

b. De la famille, c'est les familles ou... le plus souvent c'est les familles. Ou les neveux ou nièces qui viennent par là. Euh... c'est arrivé parfois que ce soit par l'intermédiaire de celle qui dirige l'ADMR, qui demande, là je pense qu'on va plus pouvoir faire, il faudrait bien l'inscrire. Mais c'est pareil, qui a le droit d'inscrire ? Qui fait les inscriptions ? C'est la famille, s'il n'y a pas de famille, à ce moment-là c'est le tuteur ou la personne elle-même qui fait la demande.

10. Bon, on essaye...là c'est un travail en amont vraiment, quand on voit la personne qui devient lentement dépendante, on prépare la personne, on dit bah voilà il serait peut-être temps d'aller chercher un petit dossier pour que vous soyez sur la liste au cas où un jour euh... C'est rare que je sois obligé d'intervenir dans l'urgence. C'est arrivé mais c'est rare. On essaye de prévoir. Comme le traitement de l'hypertension, on voit beaucoup moins d'AVC, parce qu'on traite bien l'hypertension, et bien là c'est pareil, on traite bien en amont, comme ça, ça se passe plus doucement.

11.

- a. Deux trois fois par an, c'est quand même assez rare. Puisque justement on essaye de travailler en amont.
- b. Le mec ou la nana qui se casse le col du fémur, ou qui fait un infarctus ou un AVC, un truc comme ça, ils sont hospitalisés en service actif et après ils sont en soins de suite puis après ils... donc tout ça ce n'est pas nous qui intervenons. Moi, je dirais que le cas le plus difficile, le plus pénible, c'est la démence. C'est l'entrée progressive dans la démence, quand il y a un couple, et que bon... la pris en charge là... Moi j'essaye de travailler avec euh... comment ça s'appelle déjà.... Al'Fa Répit qui est une association à Drefféac, d'aide aux aidants. Et il y a l'APS de Saint Nicolas de Redon, qui est un service d'aides-soignantes à domicile, des aides de vie aussi, plus des... aussi maintenant, ils ont créé un truc pour l'aide aux aidants, et ça c'est très important. La mise en institution de ces gens-là, c'est très compliqué. Là aussi, les séjours temporaires en hôpital de jour, ça c'est super. Ça, c'est pour préparer lentement et progressivement à l'institutionnalisation. C'est plus une urgence sociale, une dépendance sociale que physique, oui, parce que à ce moment-là, c'est le service actif.
- c. Parfois l'assistante sociale, parfois les familles, toujours les familles. Là quand il y a des enfants, ils sont 5 enfants, bah là les enfants, il va falloir se mettre au boulot, là, parce qu'on ne va pas pouvoir aller en maison de retraite tout de suite. Il faut que vous fassiez un tour de garde en guillemets, vous êtes cinq, ça fait une nuit sur cinq, venez donc aider votre maman ou votre papa. Puis, bah, bien sûr, l'ADMR et autre assistante de vie quoi.

12. On fait partie du personnel intervenant, oui on a un rôle donc... comme, je dirais, aussi bien que l'aide-soignante, la famille, mais... on n'a pas un pouvoir décisionnel, on a un pouvoir de conseil mais c'est tout... J'ai horreur de la coordination, j'ai horreur des réunions, la réunionnite, je ne supporte pas ça euh... j'aime bien discuter de la personne... j'aime bien être au plus près de la personne, ça veut dire de la conseiller, de l'aider, par l'intermédiaire des autres aussi... mais coordonner en soi, j'aime pas trop ça. Le mot coordonner m'embête, voilà.

13. Non, j'ai horreur des réunions. Ils font des réunions à la con, qui ne servent à rien...

14. Non. Je ne les connais pas. Je sais qu'ils font beaucoup de choses, j'espère qu'ils utilisent notre fric, parce qu'ils en dépensent beaucoup, et qu'ils l'utilisent correctement. Je ne connais pas spécifiquement mais je sais qu'il y a des choses faites... j'espère, voilà.

15. Non. Le CLIC oui. Alors le CLIC ils sont très forts pour faire des réunions, eux aussi, hein. Il y a toujours des réunions de machin, on voit réunion de machin....

16. C'est-à-dire, indirectement, oui, car c'est eux qui me contactent. Mais alors quand vous entrez au CLIC, moi je sais ce qu'il y a... c'est surtout beaucoup de papiers à faire. On tombe avec une tonne de papiers à faire, de demande d'APA, de machin, de ci, de ça... Ça prend du temps. La paperasse ça prend un temps fou. Notre métier est bouffé par la paperasse hein.

17. Je connais un des médecins qui fait partie de l'équipe gériatrique de Redon, qui est le Dr G., qui est un type adorable. Il est même venu nous aider à la maison de retraite de Plessé... pour nous aider à la prise en charge d'une personne âgée douloureuse, il a vraiment fait ça très bien. Et je sais qu'il intervenu chez d'autres de mes patients. A une époque aussi, j'avais rencontré aussi une fois, où il était in-

tervenu chez un de mes patients, l'équipe de gériatrie de Chateaubriand... qui était très, très bien. Mais là, bon, souvent, c'est le CLIC, ou la CLIC, je sais pas comment on dit, il faut qu'il y en ai qui coordonnent... moi je ne vois pas le médecin là-dedans, mais bon, il y a des médecins qui adorent gérer tout ça. Moi, j'ai horreur de gérer tout ça. Donc, pourquoi pas, ouais, le CLIC très bien. Et euh... tout ça pour dire quoi ? Donc oui, les consultations gériatriques, je fais évaluer mes patients aussi évidemment, non pas tellement pour la dépendance, le problème psychologique, je veux dire, le psychisme, faire des tests le MMS etc... parce que ça aussi, ça me casse les pieds, c'est encore de la paperasse, des trucs à remplir, ça je ne supporte pas. Et euh... oui si, je fais quand même les tests de l'horloge, des trucs qui permettent d'évaluer... après je fais faire ça par des équipes spécialisées, qui font faire ça plus approfondi, qui vont vous sortir des thèses de machin, des tableaux, des trucs, en disant bon bah voilà... et donc ils vont nous dire faites un scanner et comme ça, on pourra le mettre sous Exelon® et autre connerie qui ne servent strictement à rien. Je suis lecteur de « Prescrire ».

18. Non. Oh bah non, je peux savoir plus, si ça peut m'aider plus si j'étais plus... voilà. Pour ma pratique quotidienne, ça me suffit, mais c'est vrai que des fois, je suis quand même un peu, je pédale un peu... je dis, attends, mince... qui je dois... si je connaissais mieux, peut-être que ce serait peut-être plus efficace dans certains cas pour la dépendance de la personne âgée. Mais moi j'ai mon petit créneau, j'ai mes trucs, je travaille pas mal aussi avec les infirmières libérales, et c'est vrai que ça permet quand même... ça rend beaucoup service. Ils font appel aussi de temps en temps. Il y a un truc que souvent on fait aussi, chez les personnes qui peuvent devenir dépendantes, on sent que ça peut glisser un peu, on fait intervenir l'infirmière qui vient contrôler le traitement une fois par semaine et comment ça va, qui vérifie le carnet de diabétique par exemple, qui prend une tension, qui fait des trucs comme ça... et ça permet une certaine approche. Nous en campagne, vu que les jeunes ne veulent pas travailler en campagne, certains, et qu'il y a beaucoup de femmes, on est un peu surbookés. Et donc, c'est vrai que, l'idéal serait, chez certaines personnes, de passer un peu plus souvent, et pas se cantonner à une visite trimestrielle, quoi. Les voir un petit peu plus souvent, parce que ce serait à ce moment-là qu'on s'apercevrait plus facilement de ce qui déconne. Or le problème, on a tellement de masse de patients à gérer, et si on veut vivre un peu aussi, des fois on délaisse peut-être un peu en qualité certains patients. Et ça c'est vrai que si on avait plus de temps, ce serait mieux. Mais peut-être qu'un jour, ça viendra, il y aura plein de médecins partout.

19. Le temps... avoir du temps. Non, je trouve que les structures, par rapport à il y a 27 ans quand je me suis installé, ça a énormément évolué. On a une baisse, bien sûr, de la prise en charge des familles. Les familles veulent de moins en moins prendre en charge, on voit plus la grand-mère qui vit à la maison, hein, qui vit chez... hein... c'est fini ça. Déjà, ça n'existait pas beaucoup avant, mais là c'est encore pire. Je vois une patiente qui vit chez sa fille, c'est carrément une chambre d'hôpital chez eux. Elle a carrément construit quelque chose à côté pour sa mère qui est tétraplégique, euh... et elle s'en occupe merveilleusement bien, mais bon, il y a l'infirmière, l'aide-soignante, kiné... On a oublié de parler du kiné, tiens. Le kiné, c'est important. Et ça aussi, à Plessé, on est bien servi. Puis une bonne entente médicale, aussi. Parce qu'il faut, aussi, pareil, il faut aussi que de temps en temps, on puisse intervenir chez les autres patients. C'est-à-dire que si un de mes patients, un jeudi, ne va pas bien, je sais que mes confrères iront, et qu'ils seront gentils, etc... ils ne vont pas tirer dans les pattes, et tout euh... l'entente médicale est vachement importante, et ça, ici, dans notre coin, ça c'est super. Et sinon, qu'est-ce qu'il faut faire d'autre je ne sais pas. Je ne connais pas l'assistante sociale ici, mais je sais qu'il y en a une. Le CLIC est... bon moi, comme c'est un peu mon caractère, je freine des deux pieds parce que j'ai horreur de tout ce qui est coordonner, mais c'est un outil euh... je conseille aux gens d'y aller.

Homme, Médecin rural.

1. 58 ans. Installation en 1982.
2. Je sais pas je ne peux pas vous dire... ça fait quand même pas mal de monde. Plus de 25 % de 75 ans
3. Non
4. J'ai utilisé des échelles classiques et puis je fais plus parce que, dans l'exercice quotidien, ça me sert pas beaucoup, si vous voulez, pour la suite. Je le fais pour le diagnostic et puis après, ça me sert plus beaucoup. Donc, en fait, je me suis fait un questionnaire, je pose des questions, si vous voulez, et c'est basé essentiellement sur euh... le fait de savoir si les gens se débrouillent tout seul, s'ils sont autonomes. Et puis, il y a quand même un truc que je leur fais faire, ça rentre pas vraiment dans la perte d'autonomie, mais bon ça y contribue quand même, euh... je leur faire des petits tests de tenir sur un pied, je les mets sur la chaise-là, je leur demande de se lever, d'aller là-bas, de retourner et de s'asseoir et je chronomètre, je vois combien de temps à peu près. Je fais ces deux tests-là si vous voulez. Puis sinon, c'est fonction de ce je connais du patient, de ce qu'il faisait et ce qu'il fait maintenant. Voilà, c'est un truc très pratique, si vous voulez, parce que les échelles, on fait des trucs, on cote et puis après on ne sait pas très bien comment utiliser ça. Donc ça c'est peut-être bien pour les études, services spécialisés mais ce n'est pas forcément L'IADL, là, on le fait, si vous voulez, bon... est-ce qu'ils prennent le bus, bah, il y a pas de bus ici, hein. C'est des trucs comme ça, hein, c'est pour ça, j'ai trouvé que ce n'était pas très pratique. Donc en fait, je fais mes questions à moi, si vous voulez, j'ai une appréciation clinique en essayant de coller à la réalité. La petite grand-mère qui vit dans sa ferme, là, qui est toute seule, elle fait quasiment pas de comptes, mais elle a jamais fait de compte, elle ne prend pas de le bus, euh... je trouve que ce n'est pas très adapté parfois.
5.
 - a. Bah écoutez, ici les aides à domicile, ici, c'est l'ADMR, hein. Donc, quand j'ai un problème, je passe par eux, si vous voulez. Parfois je passe par le CLIC de Clisson. Ce sont les deux structures que j'utilise.
 - b. Moi je ne mets pas d'aides financières en place euh... je ne vois pas ce que... Aides financières... Bah éventuellement c'est l'APE, non ce n'est pas l'APE... l'APA, le département. Et ça en général, si vous voulez, moi je préviens l'ADMR et je demande aux gens de passer par l'ADMR, l'ADMR s'en occupe et puis régulièrement je vois arriver le papier après et je le remplis.
6.
 - a. C'est soit moi, soit la famille. Mais quand c'est la famille, c'est que c'est déjà arrivé bien loin, c'est que les gens sont têtus, ils n'ont pas accepté ce que je demandais, puis finalement, ça clache avec la famille et puis... il y a le fils, la fille, le cousin, le neveu... Là ils s'excitent, et puis, c'est comme ça que ça marche. Moi je le fais souvent. Je vois par exemple euh... Les toilettes à domicile, hein, je vois bien, hein, quand ils commencent justement, hein, à être un petit peu moins bien, je vois bien, ils sont pas

sales, mais ils sont un peu moins propres que d'habitude, je leur demande, je leur dit vous n'avez pas de problème pour faire la toilette, non, non, ça va... j'me... oui mais, et les pieds? Ah les pieds, c'est plus difficile. On peut faire venir l'infirmière si vous voulez ? Oh non, non, pour le moment ça va ! Bon, bah écoutez, quand vous voudrez on fera venir l'infirmière. Et puis, au bout de deux, trois ou quatre fois, ils... Alors parfois quand ça va... quand je vois qu'il y a vraiment besoin, je leur dit bah écoutez, je vous fais les papiers pour l'infirmière, je vous le donne et si vous avez besoin, vous l'utilisez. Et souvent ils utilisent.

- b. C'est clair, si vous voulez, quand je sens qu'il y a besoin, soit j'appelle directement l'ADMR, soit je demande aux gens de contacter l'ADMR, si vous voulez, hein. Et puis, bah, ça se met en place comme ça, quoi... J'essaye de faire en sorte de pas trop, euh... faire le travail à leur place. Hein, parce que bon, par définition, si on veut savoir s'ils sont autonomes, la moindre des choses, c'est de leur dire « Bon bah, écoutez, je vous donne le courrier, ou je vous donne la lettre, appelez à ce numéro-là, appelez l'ADMR. S'il y a besoin d'un papier, après vous me dites ». Mais je leur demande de faire la démarche. Mais bon, si on commence à tout faire euh... on s'en sort plus quoi, hein...

7. Bah, le critère, c'est quand ça devient impossible à la maison, hein, quoi... c'est-à-dire euh... quand on m'appelle trois fois dans la semaine, quand l'infirmière m'appelle deux fois dans la semaine parce que les médicaments sont pas pris, ceci, cela, ou parce qu'il y a un problème, parce qu'ils ont paumé l'ordonnance, ceci, cela, euh... là, je leur en parle. Là je leur en parle. Parfois, euh... je leur en parle avant, si vous voulez, euh... quand euh... je me souviens d'un couple, par exemple, le mari était décédé, la femme était restée toute seule, euh... ça s'était bien passé, et puis petit à petit, elle a décliné, euh... elle a déprimé un petit peu, bon... j'ai soigné son syndrome dépressif, et puis j'ai commencé à lui dire « bon bah, écoutez donc, si vous vous sentez trop seule, il y a peut-être d'autres possibilités, je sais pas, moi, faudrait voir... est ce que vous avez fait une demande en maison de retraite ? ». Voilà, on part comme ça, si vous voulez. Et... voilà, en général, l'institutionnalisation, ici, ils sont un petit peu durs quand même, hein, ils vont jusqu'au bout. Je ne pense pas qu'il y a qu'ici, hein... euh... ils vont jusqu'au bout. Bon je me mets à leur place hein. Moi je leur dis souvent, hein, quand ils me parlent, eux, de la maison de retraite, je leur dis « vous le sentez comment vous ? Oh bah euh... moi, je suis bien chez moi. Eh bah, écoutez, si vous êtes bien chez vous et puis que vous arrivez à vous débrouiller, faites une demande, inscrivez-vous, mais puisque vous êtes bien... » C'est très, euh... c'est difficile hein. C'est difficile. Ceux qu'on force et qui rentrent comme ça, parce que la famille euh... alors là, vous êtes sûrs que... Bah, moi, j'ai un petit grand père, euh... sa femme a décompensé sur le plan, euh... sur le plan cognitif. Bon, lui, il avait un Parkinson hein, euh... et, elle, elle s'est rendue compte que c'était plus possible, qu'il y allait avoir un problème, et elle a décompensé. Alors tout de suite, la famille, ça y est, elle fait un Alzheimer, machin, truc... ben, j'ai dit « Ecoutez, je ne suis pas sûr, parce que, c'est vrai qu'elle n'était pas bien », elle avait des troubles de mémoire, enfin vraiment des troubles cognitifs, hein. J'ai dit « moi, je pense qu'elle a du mal à... elle a du mal à gérer, parce ce qu'elle voit bien que c'est une charge de plus en plus importante, qu'elle peut pas, qu'elle est âgée et que... ». Bon. Et euh... c'est allé tellement mal que... qu'on a parlé d'institutionnalisation et ils sont rentrés en maison de retraite tous les deux. Et je me suis dit, bon, elle euh... c'est mal barré... et ben... elle, ça va très bien, et son mari, il est mort un mois après. Il n'a pas du tout accepté... Elle, ça va, mais lui, il n'a pas accepté, et pourtant, il pipait pas un mot, hein. Parce qu'il voyait bien, de toute façon, que ça pouvait pas durer comme ça, euh... mais il n'a pas accepté non plus la maison de retraite. Il a décompensé un myélome... comme quoi...

8. Les structures d'hébergement que je connais... bon bah, les maisons de retraite, enfin, les EHPAD qu'il y a dans le coin, si vous voulez, euh... comme structures d'hébergement... globalement, si vous voulez, bon euh... les patients, ici, ils vont soit en EHPAD, soit en maison de retraite quand ils n'ont pas le statut de maison de retraite, euh... ils vont à Clisson, pareil, en moyen séjour voire long séjour, euh... il y a des structures, à Maisdon, il y a une structure pour les gens qui ont une maladie d'Alzheimer, hospitalisation de jour. Il y a une à Clisson et il y en a une aussi du côté de Montaigu. Donc c'est essentiellement avec ces établissements là que je travaille.

9.

- a. Par mois ? Je n'en fais pas une par mois, hein. Je ne sais pas moi, dans l'année, euh... deux ou trois peut-être. Ce n'est pas beaucoup, en fait, parce que moi, les gens ici, ils restent chez eux quoi. Les familles entourent assez. Alors, il y a deux types, celles qui acceptent et puis après quand elles se rendent compte que c'est difficile, bon euh... ça marche moins bien, et puis il y a ceux qui disent « oui, oui, on va s'en occuper » et puis au bout d'un mois euh... « bah euh ce n'est pas possible, faut faire quelque chose ». Non, non, moi euh, ce n'est pas fréquent, vous voyez, les deux personnes dont je vous parle là, ça fait déjà euh... oh, c'était avant l'été hein. Et puis, de mémoire, je n'en ai pas eu d'autres depuis.
- b. C'est parfois à la demande du patient, c'est souvent à la demande de la famille, parfois c'est moi. Plus souvent, c'est la famille. Parce que bon, j'en parle, moi avant, si vous voulez, mais ce n'est pas moi qui prend la décision, hein. Moi, je ne dis pas aux gens qu'il faut rentrer en maison de retraite. Non, non, je fais jamais ça moi... il y en a peut-être qui font ça, je ne sais pas, moi je ne fais pas ça... je leur en parle, je leur dis euh... ce que je leur dis souvent c'est « écoutez, si vous n'êtes pas très décidés, inscrivez-vous, on sait jamais, des fois que : ça vous engage à rien. Même s'il y a une place qui se libère, on vous appelle, on vous dit : bon il y a une place, vous pouvez dire non, pour l'instant, c'est bon. »

10. Alors, j'essaye d'anticiper au maximum parce que le contexte d'urgence, c'est euh... entrer en urgence en maison de retraite, c'est quasiment jamais possible. J'essaye d'anticiper au maximum.

11.

- a. Alors là, la dernière fois que ça m'est arrivé, c'était il y a bien longtemps. Non, moi, je n'ai pas eu ce problème-là. Vraiment l'urgence, ça date de plusieurs années, si vous voulez. Le dernier là, euh... ça ne s'est pas fait en urgence, si vous voulez, parce qu'en fait, ce qui s'est passé, c'est que la dame avait été hospitalisée euh... et puis dans le mois, euh... ça s'est réglé, le mari est resté à domicile avec les aides familiales, les aides-soignantes et les infirmières, si vous voulez, et puis, comme il y avait eu une demande en maison de retraite, ça s'est vite résolu. Ce n'était pas vraiment un contexte d'urgence. Le dernier contexte d'urgence, ça date il y a longtemps.
- b. C'est médical, oui, c'est médical
- c. Quand c'est comme ça, j'hospitalise. J'hospitalise. Je téléphone, bon souvent, je téléphone à Montaigu, je leur dis « voilà ce qui se passe » hein. Il y a un des deux conjoints qui est hospitalisé, l'autre ne peut pas rester à la maison. On ne peut pas le garder. Je téléphone au médecin, et puis euh...je leur demande. Ou bien, ils peuvent libérer un lit

dans les deux, trois jours, dans ce cas-là on patiente, hein, on attend, si vous voulez. Ou bien, ils ne peuvent pas libérer, ils ne savent pas trop, ou vraiment, il y a une urgence, je leur « bah écoutez, dans ce cas je le fais passer par les urgences, et j'explique aux urgences qu'on a pris contact. Si on peut éviter le stress des urgences, ce n'est pas plus mal. C'est pour ça que les gens âgés, je passe rarement par Nantes parce que le CHU... Je viens de découvrir Bellier. Je ne savais même pas Bellier, c'était un centre euh... uniquement gériatrique. Je viens de découvrir Bellier parce que j'ai appelé hier pour une patiente qui avait été hospitalisée au mois d'octobre, elle était passée par les urgences à Nantes, puis après, elle était allée à Bellier. Euh... elle est sortie de Bellier avec une ordonnance du 25 octobre, que j'ai, et euh... j'avais toujours pas le courrier, alors euh... alors j'ai dit, euh, quand même, pourquoi elle prend du Keppra® cette dame ? Alors que je ne la connais pas comme étant épileptique... alors j'ai appelé hier et j'ai découvert Bellier. Alors j'ai appelé avant 9 heures « Allo, hôpital Bellier? Oui, alors c'est pour une patiente. Elle est passée par les urgences ? Je vous passe les urgences ! ». Je dis, tiens, il y a des urgences à Bellier maintenant, c'est bien. Et puis après 3 ou 4 appels, j'ai compris que l'hôpital Bellier ne répondait pas avant 9 heures et que c'était directement transféré sur le CHU. Donc au moins je sais que c'est gériatrique et qu'il faut appeler après 9 heures...

12. La coordination des intervenants, non. Tel qu'est le système actuellement, non, je ne pense pas, si vous voulez, parce que, les gens qui interviennent, euh... bon, c'est l'infirmière par exemple, aide-soignante, l'ADMR euh... ce n'est pas possible de gérer tout ça. Je peux pas passer du temps, si vous voulez, à gérer tout ça, d'autant plus qu'elles ont, ou qu'ils ont chacun leur façon de procéder et leur façon de fonctionner, leurs tenants et leurs aboutissants, les fins ne sont pas les mêmes pour tout le monde, si vous voulez. Alors qu'il y ait éventuellement, de temps en temps, des réunions... ça m'est arrivé, de temps en temps, de faire des réunions avec tout le monde lorsqu'il y a un problème et dire bon bah écoutez voilà, il faut faire quelque chose. J'avais fait ça avec une dame... alors c'était 3 sœurs, célibataires, 3 vieilles filles. Il y en avait deux qui vivaient ensemble dans une petite maison, la troisième, elle venait de temps en temps. C'était une bonne sœur, en plus, ça arrangeait pas les choses, parce qu'elle avait des idées bien arrêtées. Et donc, il y avait les infirmières qui intervenaient, c'était en plus les infirmières du centre de soins, plus euh... une ADMR. Et alors, comme elles n'avaient pas suffisamment de temps et de personnel, elles se prêtaient le personnel, elles intervenaient ensemble, c'était un micmac pas possible... et puis ça posait problème que c'était une fin de vie, que la dame, elle voulait rester chez elle et que les sœurs ne comprenaient pas qu'elle ne puisse pas mourir à la maison. Et euh... c'était un petit peu difficile, mais bon, une fin de vie, c'est jamais facile, hein, on gère, et... les filles, elles n'ont pas su gérer, elles étaient anxieuses, elles pensaient qu'elles ne faisaient pas bien leur boulot. Les exigences euh... elles, elles voulaient du matériel, du matériel, des machins, des trucs alors que les filles, elles disaient bah non elle est en train de mourir, elle est en train de mourir, hein, on fait avec, hein... Alors là j'avais fait une réunion et je leur avais dit « écoutez, je vais être simple, c'est raccourci, mais faut être simple, il y a deux solutions : ou bien, on la fait hospitaliser, comme ça elle aura tous les soins que vous voulez, ou bien, on la fait pas hospitaliser, on ne pourra pas tout faire. Il faut faire au mieux. En sachant que, parfois ce qu'on fait, ça va pas nous satisfaire, parce que la patiente veut pas ou parce que la famille, elle n'est pas trop favorable. L'essentiel, c'est que la patiente qui est en fin de vie, qu'elle soit confortable, qu'elle ne souffre pas, qu'elle soit contente d'être chez elle. Même si nous, on a l'impression que ce n'est pas bien et bah... il faut se mettre à sa place, qu'est ce qu'elle veut, elle. Je crois qu'il faut éviter de trop médicaliser ces trucs-là. Je vois, il y a RESPEL, les machins, les trucs... pfff... c'est bien pour les gens de ville tout ça.

Euh, ça dépend comment ça se passe, si vous voulez. Je pense que le médecin généraliste, il peut coordonner quand tout le monde est d'accord et quand on accepte de faire ça, si vous voulez. Sinon la coordination euh... qu'est-ce que vous voulez coordonner quelqu'un qui est fin de vie ? Il y a des soins médicaux, bon, ça je vais intervenir, le médecin va intervenir, si vous voulez. On en parle avec le patient, on en parle avec les infirmières. Il y a des prescriptions, moi je dis aux infirmières, « s'il y a un truc qui va pas, vous pouvez toujours m'appeler et on voit. », si vous voulez, hein. Donc bon voilà, c'est l'histoire des réseaux. [...] Pour moi, un réseau, c'est un réseau. Ou bien, on est dans le réseau, mais alors le réseau, il se débrouille et il fait son boulot, hein, mais on ne dit pas je suis le réseau et puis mais enfin, il faudrait quand même que le médecin fasse ça, qu'il fasse ça parce qu'on a besoin, parce qu'on n'a pas les moyens de le faire en fait.

13. Non.

14. Bah, le CLIC ça dépend du Conseil Général, je crois... bah le CLIC, point barre.

15. Le CLIC qui coordonne sur le plan informatif. Euh... il doit y avoir des réseaux, mais moi je ne connais pas les réseaux parce que je n'utilise pas ces réseaux-là.

16. Oui, ça m'arrive, quand les gens ne savent pas, la famille, en général. Qu'est-ce qui faut faire, ceci, cela, bah je leur dis « Bah écoutez, vous allez au CLIC à Clisson et puis voilà ».

17. Alors parfois, je, euh... j'envoie, euh... c'est sur Saint Jacques, il y a une gériatre... Moi, j'ai rarement accès à un gériatre directement, si vous voulez. Un problème gériatrique... ou alors il y a un problème qui est vraiment spécifique à la gériatrie... la gériatrie, c'est un truc que je ne comprends pas très bien non plus. Bah oui, il y avait les pédiatres, euh... [...] et les gériatres, on n'a pas besoin de passer par un gériatre pour faire un diagnostic d'Alzheimer, si j'ai un doute, je passe par le neurologue, le neurologue va faire les tests, ceci, cela, il va dire bah oui, bah non, voilà euh... La gériatrie, c'est euh... j'ai rien contre les gériatres, hein ! Plus on est, mieux ça vaut hein, mais bon, on en arrive à un point où tout le monde fait n'importe quoi...

18. Pour ce que j'en fais, moi, oui, si vous voulez. Mais je ne connais certainement pas tout. Loin de là hein.

19. Une formation. Une formation, un séminaire de 48 heures, un truc comme ça. Bien sûr. Ça permet de remettre les pendules à l'heure, de voir un petit peu ce qui ce fait, et avoir les coordonnées.

Femme, Médecin Rural.

1. 35 ans. Installation en 2009.
2. Je dirais 25 %.
3. Non
4. Moi, je dirais intuitivement. Sans échelle. Sur les données de l'entourage. La grille AGGIR, c'est vrai que je l'utilise peu, je le fais quand il y a une demande d'APA à faire, mais je ne le fais pas spontanément. Non, je n'utilise pas d'échelle, je travaille intuitivement.
5.
 - a. Il peut y avoir les infirmières pour les aides euh... la distribution des médicaments, et puis éventuellement, l'aide à la toilette dans un premier temps. Les aides à domicile classiques. Les kinés, oui, les ergo, non, pas trop, enfin, je ne fais pas spontanément la demande, et c'est arrivé, je crois, une ou deux fois, qu'il y ai des orthophonistes qui aillent à domicile aussi. Moi je conseille la téléalarme, très souvent, après faut convaincre les patients. Le portage de repas, en général, c'est eux qui gèrent.
 - b. Bah, il y a l'APA, et après je sais qu'il y a des patients, qui ont une mutuelle, ou avec leur Sécu, qui ont le droit à des choses, mais c'est temporaire en général.
6.
 - a. La famille. La famille ou moi. Les patients demandent rarement de l'aide, en fait.
 - b. Le plus souvent la famille.
7. Quand on s'en sort plus à domicile, c'est-à-dire euh... souvent c'est euh... la prise des médicaments qui devient vraiment compliquée, aléatoire, et où il y a des risques de mélange, et ça... Des risques pour le patient, risque de chute ou de faire quelque chose euh... par exemple, là je parle de ceux qui ont des démences, je risque d'oublier le gaz, je risque d'oublier euh... des choses dangereuses, quoi. Quand il y a une mise en danger. Euh... Après... souvent, c'est vrai que c'est remonté par la famille, parce que les patients, ils masquent en fait. Souvent c'est la famille qui nous dit, on se rend compte que c'était pire que ce qu'on pensait... et là faut se dépêcher de faire une demande !
8. Je connais... celle que je connais le mieux, c'est la maison de retraite d'Herbignac, euh... à laquelle est associé un équivalent de foyer logement en fait. Après euh... Ca peut-être l'hôpital en fait... Alors nous, on travaille surtout avec l'hôpital de Guérande, ou l'hôpital de Nivillac, à la Roche- Bernard.
9.
 - a. C'est moins d'un par mois ça, c'est sûr... Ça doit être une dizaine, je dirais, peut-être même moins, sur l'année.

- b. Ça peut-être euh... donc la famille, sachant, que moi, j'essaye toujours de convaincre le ... enfin, j'essaye d'avoir l'accord du patient, hein. Après, si on est dans une démence, ça peut... des fois, on l'a pas explicitement, l'accord du patient... voilà... euh... et puis s'il n'y a pas de famille... Donc, si je n'ai pas l'accord du patient, j'essaye quand même avec la famille, voir comment c'est possible, et si je dois gérer seule parce que c'est quelqu'un seul, et bah c'est moi qui fais, qui demande les papiers. Des fois, les patients sont d'accord. En fait, je pense que ceux qui sont plus souvent d'accord spontanément, ce n'est pas les démences, ce sont les gens qui vont avoir des pathologies, troubles de la marche, plutôt des choses plutôt mécaniques, ou des pathologies lourdes, ils n'arrivent plus à gérer, mais ça peut être euh... je sais pas, un diabète ou...ils ont besoin d'avoir une infirmière qui est là tous les jours, et là, ils vont prendre la décision par eux-mêmes.. j'ai besoin d'aide.

10. On essaye d'anticiper, c'est arrivé que j'aie besoin de faire des hospitalisations, euh... en vue de l'entrée, en attendant l'entrée, parce qu'il y avait une mise en danger importante. Toujours dans les démences.

11.

- a. En urgence... je dirai une fois par an. Parce que je n'ai qu'un cas qui me vient en tête, et c'était l'année dernière, non, ça doit être en début d'année, c'était dans l'hiver dernier, parce que la personne, justement, elle sortait, il faisait zéro, moins cinq degrés et elle sortait la nuit, elle déambulait. Et, là, on était vraiment dans l'urgence.
- b. Non, c'est souvent des démences, c'est ça que vous appelez social.
- c. A l'hôpital. Alors là c'est vrai, que là, je n'ai jamais eu besoin de l'utiliser, mais sur la maison de retraite d'Herbignac, depuis cet été, il y a des lits d'accueil temporaire. Mais c'est nouveau, donc je n'ai pas encore... En fait s'il y a vraiment pas de place, on est obligé de les envoyer aux urgences, sur les urgences de Saint Nazaire, où il y a euh... en général, je préviens les confrères gériatres. Mais, l'idéal, c'est de faire une hospitalisation directe sans passer par les urgences. Le plus souvent, c'est Guérande, mais ça peut-être, s'ils ont de la place au Croisic, ça peut être le Croisic, s'ils ont de la place qu'à Saint Nazaire, c'est Saint Nazaire. Le plus souvent je fais une hospitalisation directe. Ça marche bien avec Guérande. Et des fois, ça peut-être, pas immédiat, mais... si ce n'est pas une urgence vitale, on attend, on gère avec la famille pendant 48 heures.

12. Euh... je dirais oui. Oui puisque c'est nous qui le connaissons le mieux, le patient, quand même... oui, je dirais oui.

13. Non.

14. Bah, je pense que l'APA c'est le Conseil Général. La téléalarme, ça doit aussi être le Conseil Général.

15. Bah, c'est le CLIC, le CLIC de Guérande.

16. Euh oui... je ne sais pas si c'est moi personnellement, ou si j'ai orienté les gens et je leur ai dit de voir avec... je ne sais pas si j'ai déjà appelé par moi-même, je sais plus mais je donne régulièrement les coordonnées soit au patient soit à sa famille. Ça marche les CLIC, car je ne sais pas trop ce qu'ils font, mais ce que je sais c'est que ça fonctionne bien. Après, les gens, ils ont leurs aides à domicile, leur

téléalarme, euh... Et en plus, je pense qu'il y a des gens qui viennent à la mairie d'Herbignac. Les gens ont pas besoin obligatoirement d'aller à Guérande, il y a des choses qui sont gérées à la mairie.

17. Les consultations gériatriques, oui. J'appelle l'équipe mobile si j'ai besoin d'hospitaliser quelqu'un, si je n'ai pas de place, ou tout ça, je les appelle. J'appelle l'équipe mobile souvent quand, justement, je n'ai pas de place dans les délais où j'ai besoin, pour qu'ils soient au courant que la personne arrive aux urgences, qu'il reste pas tout seul sur les brancards, et comme ça, ils sont au courant et c'est mieux géré.

18. Non, je pense que je pourrais faire mieux. Je ne suis pas hyper au point sur l'APA, le GIR, tout ça. Je demande au CLIC de faire à ma place. En fait on ne peut pas tout faire, chacun son métier.

19. Oh, dans l'absolu, je n'ai pas trop de souci, quand même, je trouve... On trouve souvent des solutions, quand même. Après c'est le manque de temps, mais ça c'est... voilà, si j'avais plus de temps j'irais peut-être aux réunions du CLIC, car je sais que des fois il y a des réunions, et ça m'apporterait peut-être ce qui me manque sur ce qui est possible, voilà... mais euh... je n'arrive pas à tout faire. Mais dans l'absolu, ça fonctionne plutôt bien, je trouve. Je trouve que justement, l'équipe mobile de gériatrie, ça c'est un bon truc parce que ... il y a rien de pire que les personnes âgées qui attendent aux urgences, où on crée de la pathologie, parce qu'ils vont rester sur leur truc, création d'escarre, globe et agitation. Mais dans l'ensemble, c'est quelque chose que j'ai remarqué depuis, parce que moi, je suis de la fac du Crémelin-Bicêtre, et j'avais fait un stage en gériatrie au Crémelin-Bicêtre, qui était un très bon stage, je trouve que les gériatres sont des gens qui essaient de faire du travail coordonné, et qui essaient... tout ce qui est gériatrique, il y a une envie de travailler ensemble, dans l'intérêt du patient, en équipe, et qui est vraiment... qui fonctionne, quoi. On a un portable, un gériatre au bout du fil, un confrère... on a pas besoin de passer... on apprécie beaucoup ce qu'ils font... Du mieux possible dans l'intérêt du patient.

1. 37 ans. Installation en 2006.
2. Pas beaucoup. En pourcentage, je ne sais pas, j'aurais dû amener mon SNIR. Je pense que c'est 10 %, moins de 25 %, sûr.
3. Non
4. Alors, je pense à l'interrogatoire quand même. Quand je vais chez eux, en visite, et après je vais recourir à la famille. Voilà en fait.
5.
 - a. L'ADMR, les aides-soignantes. Les infirmières à domicile aussi. Euh... après, on remplit la grille GIR pour qu'ils aient accès à des allocations. Euh... quelquefois, l'ergothérapeute, mais c'est plus sur demande particulière.
 - b. Bah, voilà, je remplis le truc GIR, là, et puis si des fois, il y a des gens qui ont des dossiers d'assurances complémentaires.
6.
 - a. C'est rarement les patients... je pense euh... que c'est même exceptionnel que ce soit eux. Je pense que c'est plus moi, ou la famille.
 - b. Si je les demande, en général, les gens, par contre ils le font. Euh... Souvent, ce sont des gens que je vois à domicile, donc je sais après, si c'est fait ou pas. C'est plus quand c'est des soins infirmiers que j'appelle, parce que des fois, ils ne veulent pas. Du coup, c'est la seule manière que j'ai de les pousser un peu. Là, je pense à une dame à qui je l'ai fait la semaine dernière, sinon elle ne veut pas, et là, c'est plus possible, ou alors faut qu'elle aille en maison de retraite.
7. La démence, avec troubles de l'orientation. Et puis perte de l'autonomie physique. Euh... isolement, quand ils sont tout seuls, quand même. Euh... quand il y a une hospitalisation et que... s'ils se rendent compte qu'après c'est difficile, voilà. Quand ils deviennent veufs, aussi, on en reparle. J'en ai parlé hier avec une dame, et justement, elle sortait de l'hôpital donc euh....
8. On a une EHPAD là, à Legé, euh... après euh... à Corcoué, il y a un long séjour. On a plusieurs maisons de retraite sur le secteur là. Euh... et ici dans le secteur, je crois que c'est tout ce qu'on a. Accueil de jour à Machecoul, c'est des patients déments qui vont en accueil de jour, en unité pour patients déments.
9.
 - a. Euh, pfff... deux par an. J'en ai très peu, hein, j'ai moins de 10 % de patients âgés. J'ai beaucoup de gens actifs, moi.
 - b. Soit les maisons de retraites, directement, soit la famille.

10. Non, j'essaye d'anticiper, mais euh... Je n'en ai pas fait rentrer en urgence. Ceux qui seront à entrer en urgence, c'est ceux à qui on en a déjà parlé plein de fois, mais qui disent non tout le temps, et qu'un jour, c'est ce que je leur dis, qu'un jour, vous irez sans avoir choisi votre maison de retraite, mais... voilà, je ne peux pas les forcer.

11.

- a. Une fois par semestre peut être.
- b. Je suis quasi sûre que c'est plus souvent social que médical.
- c. Et là, du coup, je demande à l'hôpital de Corcoué. On peut avoir des hébergements temporaires le temps de gérer la crise. Soit c'est le conjoint valide qui est hospitalisé et donc, du coup, il me faut une solution pour celui qui est moins valide, soit euh... il y a un décès ou une dégradation, mais les gens, ils n'ont vraiment pas fait les démarches parce qu'ils n'ont jamais voulu. Et donc, du coup, on cherche une solution avant de trouver la définitive.

12. La coordination des intervenants... je ne sais pas... je ne sais pas en fait, quand il y a un problème on nous appelle, euh...ici on est à la campagne, je ne sais pas où elle est faite votre thèse, du coup, quand même, les aides-soignantes de l'ADMR, elles me connaissent, elles savent qui je suis, et donc, elles m'appellent si elles se rendent compte que j'ai quelqu'un... Mais on fait jamais de réunion... pour moi, ça n'arrive pas pour mes patients, on ne fait jamais de réunion de synthèse, mais s'il y a un souci, des fois, ce n'est pas les personnes âgées qui m'appellent, c'est l'ADMR, enfin, la fille qui est au ménage, qui m'appelle pour me dire qu'il y a un souci. C'est nous qui faisons la famille qui s'épuise, qui vient là plein de fois. Après de mettre en place...moi je ne fais jamais de...c'est jamais moi qui appelle la maison de retraite pour les gens, hein, ça c'est sûr, euh... quand je l'ai dit aux gens...en général, je connais les enfants moi ici, alors voilà, je connais, donc, c'est qu'à un moment donné, je dis aux personnes âgées « Bah vous venez avec vos enfants pour qu'on en reparle. », ou si c'est à domicile, je dis « Bon bah cette fois ci, faudrait que vos enfants soient là, faut qu'on parle pour l'avenir. » et donc, après, c'est les enfants qui font.

13. Non.

14. Géronto-psy, mais c'est tout...enfin, tout ce qui est au niveau de l'accueil de jour après euh...

15. Le CLIC oui. Mais le CLIC, euh...pour l'ADMR, ça passe toujours par le CLIC. Je ne dis pas le CLIC, mais la plupart du temps, c'est par le CLIC.

16. Oui. C'était plus quand il y avait des problèmes médicaux associés, où c'était plus lourd que seulement faire venir en ponctuel quelqu'un. C'est quand il y avait vraiment le réseau à mettre en place.

17. Il n'y a pas d'équipe mobile. L'équipe de gériatrie, c'est Madame D. et puis euh... bah c'est souvent elle, mais ils sont deux. Euh... et puis euh... hospitalisation pour un problème de dépendance euh... bah ça arrive ouais... mais, ce n'est pas l'idéal... en service de médecine, pour un problème de dépendance, on essaye d'éviter.

18. Oh non, oh non, c'est clair ! Mais c'est parce que mes patients ne sont pas assez vieux ! Voilà, moi je refais des formations en pédiatrie et en gynéco et que, plus ils vont vieillir, plus je vais être confrontée... Ce n'est pas très compliqué mes personnes âgées, moi, du coup, parce qu'ils ont vieilli un peu avec moi. Et puis je connais les familles...

19. Peut-être que ce soit plus clair, à qui s'adresser... je trouve que des fois c'est compliqué... de savoir à qui s'adresser euh... pour savoir mettre en place... après des fois, on utilise l'hospitalisation à domicile aussi, mais plus quand il y a vraiment un problème médical aigu ou une fin de vie, et ça on le fait. Du coup, c'est plus simple avec eux parce que tout est en réseau. Donc tout se coordonne direct et rapidement. Avec les autres, on a l'impression qu'il faut faire plein de dossiers, exactement le même dossier pour pleins de trucs et on remplit quatre fois la même chose. Et voilà, ce n'est pas grave, on le remplit... pour les gens... on est obligé, mais ça prend du temps.

Femme, Médecin urbain.

1. 40 ans. Installation le 18.11.2011.
2. Euh, je dirais, ... je suis plutôt à 20-30 %, pfff... je dirais moins de 25 %.
3. Non.
4. Comment je l'évalue...euh déjà pfff... après, il y a des critères entre guillemets objectifs qui permettent de déterminer leur euh... par exemple, j'utilise pas mal le MMS pour vérifier tout ce qui concerne les problèmes mnésiques. Maintenant, sur l'autonomie elle-même, il y a des grilles de validation, je crois que c'est IADL... mais je ne suis pas très sûre. Maintenant, vous dire que je l'utilise de façon régulière, c'est peut-être un peu exagéré... Je dirais que nous, en plus en médecine générale, on voit l'évolution un peu des gens, donc euh, on voit qu'il y a des choses qu'ils font moins, qu'ils ne font plus. Un des critères pour moi, c'est quand ils disent « oh là, je suis plus sûr que je vais pouvoir venir au cabinet. ». Ça, c'est un très bon critère pour dire, là, il y a quelque chose que se passe, on a passé un cap. Alors après, il y a bien évidemment, quand on remplit un dossier de maison de retraite, bien évidemment, la grille AGGIR qui nous permet de... entre guillemets... les classer, de voir ce qu'ils sont capables de faire euh... etc... et puis après, effectivement, les classer dans des groupes, ce qui nous permet de dire s'ils sont autonomes, pas autonomes ou carrément grabataires.
5.
 - a. Alors les aides humaines, alors, bien évidemment, au tout début, quand c'est pas encore... voilà, il y a tout ce qui est aides-ménagères, bien évidemment, hein, parce que ça ils... le portage des repas euh... les SSIAD, qui permettent, là, quand on commence à avoir un degré de perte d'autonomie important, qui permettent une prise en charge, là pour le coup, médicalisée puisqu'il y a, à la fois, aides-soignantes et infirmières qui interviennent. Les infirmières à domicile, bien évidemment, parce que bon, il y a les SSIAD, et puis il y a les infirmières libérales qui peuvent intervenir. Euh... ensuite bon pfff... ça peut être des kinés euh...enfin, tout ce qui est paramédical, hein en l'occurrence, bien évidemment... euh voilà quoi, globalement. Euh... après, ça peut être des trucs un peu différents... des ergothérapeutes... par exemple s'il y a une mise en place de choses à domicile qui sont nécessaires pour sécuriser le domicile. Nous en tant que médecin, on a pas tellement l'idée forcément de faire appel à eux, et on a pas forcément les références, des adresses ou des noms qui nous viennent en tête, euh... à Nantes, je saurais pas, je saurais pas dire, tiens ça, je peux faire appel aux ergothérapeutes, alors que je me souviens, quand j'étais... parce que je fais mon stage de 6 mois quand j'étais interne de gériatrie aigue à Saint Nazaire, et là, effectivement, il y avait un réseau qui était beaucoup plus étoffé, et puis il y avait, je sais plus comment ça s'appelle... le truc OREO, c'était.. et là il y avait des ergothérapeutes, donc à la rigueur, là, on avait un petit peu des références... à Nantes, je suis un petit peu...là-dessus, je suis un petit peu... alors après, on peut forcément de toute façon aller vers des structures qui vont nous indiquer des choses euh... mais euh...C'est la gériatrie à Bellier, par exemple, où on peut quand même se renseigner si on a des choses... je pense que, si on a vraiment besoin, de façon ponctuelle, ils peuvent nous renseigner.

- b. Les aides financières ... bah déjà, l'APA, nous, on est quand même soumis à remplir pas mal de dossiers concernant, bien évidemment, la prestation autonomie. Euh, après euh ... ce sont des aides, j'imagine, qui peuvent être attribuées en fonction des revenus des gens, en dehors de l'APA ... après je sais pas, hein... j'imagine qu'il y a des personnes âgées qui ont des aides au logement, euh... après voilà euh... après j'imagine qu'il y a des aides ponctuelles qui peuvent être délivrées, peut-être, dans l'aménagement de l'habitat, après je sais pas d'où elles proviennent, je saurais pas dire.

6.

- a. C'est nous. Ce que je veux dire par là, c'est que ce n'est pas demandé par le patient, sauf si intuitivement, il commence à bien sentir qu'il va falloir qu'il... voilà. Mais je dirai, en premier lieu, c'est nous, parce que même les familles, parfois euh pfff... c'est nous qui essayons de dire, allez, écoutez, là, il commence à y avoir des petits soucis. Alors des fois, ils nous alertent, hein, je pense que là-dessus, des gens qui passent souvent voir leur parents et qui commencent à voir qu'il y a eu quelques gags, ils se disent, bon bah là, il va falloir qu'on les protège, donc ils commencent un petit peu à nous alerter, mais souvent, c'est quand même euh... c'est quand même assez fréquemment euh... je dirai à égalité, on va dire, nous et la famille, quoi... mais pas le patient forcément lui-même, contrairement à ce qu'on peut croire, c'est pas forcément lui qui est dans la demande.
- b. Bah là, après, moi personnellement, j'estime que euh... on est amené effectivement à alerter les familles qu'il va falloir des aides supplémentaires etc... mais une fois, je dirais, qu'on a alerté, moi je dis aux familles, vous avez à faire telle chose, telle chose, telle démarche, auprès de tel organisme et vous faites les démarches. Après, tous les dossiers qui sont à remplir seront remplis par moi, vous les récupérez etc... mais à partir du moment où on met des choses en place, moi je ne peux pas faire à la fois la coordination et mon boulot de médecin généraliste. On peut le faire ponctuellement parce que, parfois, il y a des gens sans famille, ou c'est compliqué, et là on demande aux assistantes sociales d'intervenir. Mais moi je travaille, en tout cas, là, j'ai quand même quelques cas un peu lourds, il faut le dire, et j'ai toujours des cas assez lourds de patients âgés à domicile, pour lesquels j'ai demandé aussi des aides ou l'intervention du CLIC.

7. Je dirais plus... je dirais presque plus sur les critères de dépendance psychiques que physiques, parce que je pense que là, à domicile, s'il n'y a pas d'aidant, donc pour une personne seule atteinte de troubles cognitifs, ça devient impossible à gérer et dangereux. Presque plus dangereux que s'il y a une incapacité physique... alors tout dépend de l'incapacité physique hein... s'ils ne voient pas ou ont un handicap après un AVC ou des choses comme ça, mais là, on est dans des choses un petit peu plus lourdes. Non, je pense que quand on commence à sentir d'abord qu'il y a un syndrome de glissement, ils mangent moins bien, ils sont moins vifs pour nous appeler quand ça va pas, etc... on commence à voir qu'il peut y avoir une mise en danger, moi j'alerte les familles. Après c'est toujours pareil, les familles, certaines vont être au cordeau et anticiper, et d'autres pas du tout et puis euh... il y a aussi un refus du patient, hein. Il faut bien voir qu'il y a des grosses réticences, et des grosses résistances, des patients âgés à se faire institutionnaliser. Pour eux, c'est la mort, c'est le dernier couloir quoi, hein. C'est vu comme ça, je pense qu'il y a beaucoup de travail à faire sur les maisons de retraite, en France en tout cas. Je pense qu'il faut essayer de s'inspirer d'autres modèles, et je pense que si on le fait, probablement que les générations qui viennent, là, en tout cas les générations des années 60 et 70, ils n'accepteront pas

les conditions telles qu'elles sont. Donc il va falloir modifier les choses et les organiser de façon beaucoup plus conviviale et effectivement moins euh... je dirai... c'est vrai que quand vous entrez dans une maison de retraite, alors, il y a des maisons de retraite très agréables, très vivantes, et d'autres, franchement, où vous avez pas envie d'aller, faut être clair. Là-dessus, je pense qu'il y a un gros travail à faire. A Nantes, je pense qu'on peut faire des choses s'il y a une volonté d'aménager des lieux de vie qui soient... parce que, parfois, les gens sont pas au point d'une... il faut des structures, à mon sens, qui soient intermédiaires entre le foyer logement et la maison de retraite médicalisée. Il faut plus développer, alors, on a un peu les résidences services, mais c'est encore un peu juste, mais je pense qu'on peut trouver des compromis avec des petites unités de vie avec un intervenant etc... Je pense que ça, ça peut être fait dans le cadre de la ville, dans le cadre d'un quartier.

8. Bah justement, j'en ai cité un, le foyer logement. Il y a des gens qui décident d'aller dans un foyer logement. Moi j'avoue que les trucs intermédiaires, je suis toujours un peu dubitative, parce que je vois qu'ils sont quand même déjà avec une incapacité euh... il y a les EHPAD bien évidemment, les longs séjours pour les patients euh... alors après il y a les longs séjours qui existent à la fois publics et puis, nous, on en a un qui est privé, juste à côté, les cheveux blancs. Euh après, il y avait les trucs, je sais plus comment ça s'appelle, les trucs bleus là qu'ils veulent faire. C'était un truc un peu intermédiaire entre le foyer logement, justement, il y avait eu des choses qui avaient été évoquées, euh... alors je ne sais pas si ça existe encore, mais c'était... pas les logements bleus, enfin, c'était un peu entre le foyer logement euh... un peu résidence service mais améliorée, je pense, enfin, voilà un peu ce que je connais. Bon l'EHPAD, forcément, les maisons médicalisées et le long séjour qui est... quand même le temps de suite, il est quand même plutôt public, mais il y a le secteur privé puisqu'on en a un juste à côté.

9.

a. Là, vu que ma patientèle n'est pas, de plus de 75 ans, n'est pas non plus... je ne suis pas à 40 % de... je dirais un par mois, peut-être même pas... ce serait minimum un mais pas tellement plus. Entre zéro et cinq, non pas plus, quand même pas. Déjà, je trouve que quand on en a à remplir, c'est déjà assez lourd, voilà.

b. Là c'est plutôt la famille. C'est pareil, ce n'est pas les patients. C'est les familles.

10. Eh bah voilà! C'est que, nous, on essaye d'anticiper, d'en parler aux familles avant, on sait que la catastrophe arrivera à un moment donné. Alors, on le dit aux familles, on dit, là, on voit que ça se dégrade, que le maintien à domicile devient compliqué, que ceci, que cela. Quand il y a un aidant, mais que en gros, ils s'aident tous les deux parce que c'est un équilibre très précaire... alors quand il n'y a pas d'aidant, alors là... et qu'ils sont tout seuls à la maison, alors là, ça peut être rapidement problématique... Et malheureusement, notre souhait serait d'anticiper, mais dans la réalité, c'est souvent dans l'urgence. Enfin, je trouve... je trouve que ce n'est pas assez anticipé. En France, tout le monde a des réticences et... et du patient en particulier, et finalement, qui c'est qui se retrouve dans la panade, c'est la famille et le médecin qui doivent gérer en urgence, et puis les services hospitaliers. ..parce que généralement, après, c'est eux qui sont en première ligne.

11.

a. Entre une fois par mois et une fois par semestre, ce serait à peu près ça. Là, j'ai eu... ça fait qu'un an que je suis en activité, et j'ai déjà eu... bah... deux... enfin oui, une, ça s'est terminé en HDT... une dame qui était à la fois âgée et dépendante en fait... enfin dépendante psychique, vieille psychiatrique, jamais diagnostiquée... que j'avais prise

dans ma patientèle parce qu'elle habitait dans le coin, et que tout le monde, ça fait 15 ans qui la voit se balader dans le quartier, qui hurlait, qui criait et personne ne faisait rien. Personne ne voulait faire l'HDT et que c'est parce que j'ai sollicité le CLIC et la famille et qu'on l'a fait ensemble. Et il a fallu les ambulanciers pour la tenir et tout ce qu'il faut, et ça s'est terminé en long séjour à Blain. Elle relevait à la fois de troubles cognitifs et de vieille psychiatrie, donc, des choses où là, c'est clair, le maintien à domicile euh... on la mettait en danger. Elle se tuait dans les escaliers, les escaliers à la Bugalière, c'est raide, tout le monde le sait, il y en a déjà plusieurs qui sont morts dans les escaliers. En attendant, moi, je me disais, on va la retrouver morte cette dame. Donc euh, voilà la famille pareil, ses enfants, je leur disais, effectivement, le médecin d'avant avait jamais voulu faire cette démarche, donc je me suis tapée à faire ce truc qui n'est pas du tout agréable. Donc en urgence, oui, j'ai un ou deux autres patients... j'ai un monsieur là, c'est impossible, il est même dans le refus de soins. C'est vraiment très compliqué... ce matin, il va se faire poser une sonde nasogastrique, je ne sais pas ce que ça va donner pfff... Les infirmières, elles sont elles-mêmes stressées de savoir comment on va gérer le truc. Il est dénutri, il fait 44 kg pour 1m73... et depuis qu'il a fait 3 hospitalisations, on va dire, depuis le début de l'année, il reste au même poids, donc ça veut dire que là, l'hospitalisation, il y a quand même un problème. C'est insatisfaisant pour la famille qui dit qu'on ne fait rien, alors qu'on met des aides en place quand même, on essaye de faire de notre mieux... Je vais passer l'infirmière matin et soir parce qu'il ne prenait pas les médocs, donc là, il les prend devant elle, euh... il ne mange pas, il vomit, il y a un problème œsophagien grave, sérieux, et qui fait qu'il y a eu œsophagite et œsophagite jusqu'à quand même transfusion... donc c'est pour dire, il a quand même une pathologie. Et donc euh, les pathologies, un peu comme ça, où le patient est carrément dans le refus de se traiter, moi j'ai eu quelques patients dans ce cas-là, qui refusent totalement, même si on pense qu'il y a un truc sous-jacent... ou à fortiori, lui qui mange pas du tout, hein. Vous savez plus trop quoi faire... et vous vous ne sentez pas très aidé dans le sens que, c'est vous qui faites les démarches auprès de l'hôpital, mais on a pas l'impression... mais l'hôpital, c'est pas son boulot forcément... mais, en même temps, en gros, il a sa liberté, c'est vrai qu'il a sa liberté d'agir, mais il faut prendre en compte qu'il a quelques troubles cognitifs, qui probablement, on va dire, qui font que son jugement est, à mon avis, légèrement altéré! Moi, je veux bien entendre ça, mais, j'ai quand même quelques doutes sur le fait qu'il soit... il a un problème psychologique en plus de dépression sous-jacente, enfin, il a plusieurs choses, un alcoolisme chronique, qui fait que, je pense, son cerveau est malheureusement un peu... voilà. Dire que là aussi on se sent souvent seul. Alors moi j'appelle le CLIC, mais le CLIC, il ne peut pas faire grand-chose, hein. Il alerte un peu les assistants sociaux, mais il ne peut pas... voilà. Les seuls services où on a l'impression que là on s'occupe des personnes âgées, c'est Bellier. C'est le seul endroit, sincèrement. Quand on sort de Bellier, on sait que les choses ont quand même été cadrées et qu'on sent qu'il y a des choses de faites.

- b. Oui médicale. Oui plutôt médicale que sociale quand même.
- c. Bah j'essaye, dans la mesure du possible, de passer par des hospitalisations entre guillemets plus ou moins programmées à court terme et quand c'est des patients âgés et que je sais qu'on peut jouer la montre, j'appelle Bellier et je vois ce qu'on peut faire, ou l'unité qu'il y a à l'hôpital Nord de gériatrie aigue aussi. A ce moment je vois quelles sont les disponibilités des places, et si dans les 2 jours c'est possible, et que ça peut te-

nir, on le fait. Maintenant, quand on voit que là il y a un problème médical aigu, et que ça va pas le faire d'attendre, bah c'est malheureusement par les urgences. Des fois j'essaye aussi de passer par la médecine polyvalente d'urgence parce qu'ils ont un portable et qu'ils peuvent parfois prendre assez vite dans la journée. Mais c'est pas toujours facile, et c'est pas toujours au bon moment.

12. Bonne question. Je pense que le problème, c'est que... bon là, après tout dépend combien de personnes âgées vous avez à gérer qui sont à domicile en difficulté, mais c'est une charge quand même très lourde... très lourde qui occupe beaucoup de temps médical, du temps passé au domicile des gens, avec les entretiens avec les infirmières... si on est pas tous les 2 jours en train de s'appeler voilà... vous vous rendez compte un petit peu le temps... pendant ce temps-là, je ne vois pas d'autres patients, le temps que ça demande au niveau investissement personnel. Moi je trouve que là il y a probablement des choses à mettre en place pour que justement le médecin soit un petit peu déchargé, qu'il soit le pilier médical, d'accord, mais tout le reste autour, tout ce qui tourne autour, devrait s'organiser de façon... avec effectivement, des personnes, des personnels qui le font à notre place. Moi, je suis désolée, mais même si on le fait très régulièrement, on n'est pas des assistants sociaux. On le fait, parce qu'on n'a pas trop le choix, on oriente mais ça devrait pas être notre rôle et en même temps, c'est quand même la réalité. On n'a pas le choix et on nous impose ça de fait. Et vous ne pouvez pas lui dire, on verra plus tard.

13. Bah non. Je fais appel aux gens du réseau. J'ai participé récemment à une réunion très intéressante du réseau gérontologique sur la région nantaise à Saint Herblain où il y a eu tous les intervenants qui ont présenté, et j'avais fait un petit résumé pour moi avec les numéros, les trucs utiles et c'est dans mes documents quand j'ai besoin, j'ai la maison des aidants, la MAIA qui a été créée... après dire que j'utilise tout... il y a l'équipe mobile Alzheimer, l'équipe mobile gériatrique, bon voilà... après ça m'est arrivé de téléphoner, et faire appel à eux.

14. Je n'ai pas le petit fascicule du Conseil Général... je devrais effectivement, mais j'avoue que ça m'est arrivé d'aller sur leur site... plus pour télécharger les dossiers d'APA. Mais dire quelles sont les actions menées, j'imagine effectivement que le Conseil Général essaye de mettre en place, par exemple, tout ce qui est téléalarme pour les personnes âgées, pour que ce soit à moindre coût pour eux, plutôt que des organismes privés euh... après ce sont des actions menées par l'intermédiaire des CLIC. Ca dépend du Conseil Général.

15. Bah là le CLIC. MAIA.

16. Oui. Plusieurs fois. Justement pour cette dame qui posait euh... pour laquelle on a réussi à faire intervenir des infirmières du CMP d'Orvault, à domicile, avant qu'on déclenche, sur leur avis spécialisé, pour le coup, car moi je voulais un avis spécialisé soit d'une infirmière psy, soit d'un psychiatre. Elles ont relayé tout ça auprès du Dr N., qui est responsable du réseau Santé Vieillesse de notre réseau, et sur son conseil, pour lui, il n'y avait pas le choix, il fallait faire une HDT. Donc le CLIC, on a travaillé en concordance, et là, je l'ai informé de ce patient qui ne va pas bien. Et l'autre jour, elle m'a appelée aussi pour une patiente qui a un Alzheimer, qui elle aussi, est avec son fils pour l'instant, mais bon... je pense que ça va mal tourner parce que je pense que son fils est pas forcément le meilleur aidant, il a des soucis de justice etc... donc je pense que lui-même n'est pas très, très bien... il est présent et il la sécurise forcément.

17. Oui, ça m'est déjà arrivé. Bellier en particulier. J'ai une dame qui a une plaie chronique aussi, qui a une maladie d'Alzheimer et qui vit seule chez elle. Donc j'avoue que je ne sais pas combien de temps ça va tenir. Ça tient parce qu'il y a les infirmières, la famille qui passe le midi, le soir, en fin d'après-midi, tout le monde se relaie autour d'elle. Je touche du bois, mais bon je ne sais pas combien

de temps... pour l'instant, ils ne sont pas prêts à l'institutionnaliser et effectivement je l'ai hospitalisée, elle et une autre personne, à Bellier, directement, en hospitalisation directe. Ça m'est arrivé assez régulièrement. Depuis un an, j'ai dû avoir deux personnes à Bellier, où j'ai eu besoin... Je communique par mail avec eux pour un patient qui a un Alzheimer, qui est avec sa femme, qui elle, ne veut pas pour l'instant le mettre... même si je pense qu'elle s'épuise, même s'il y a plein de choses autour, il y a le SSIAD qui passe tout le temps. Effectivement, je me suis mise en relation avec Mme P.. Je lui envoie des mails de temps en temps pour savoir ce qu'on peut faire, plutôt que d'aller les embêter à téléphoner, sauf pour vraiment l'urgence.

18. Oh, je pense qu'on est jamais assez... de toute façon... enfin je sais vers qui orienter et par rapport aux familles, mon conseil, c'est d'abord, quand il y a un problème de perte d'autonomie, le CLIC, pour moi, il permet vraiment de balayer tout le système, c'est-à-dire la téléassistance, les aides ménagères, le SSIAD... de tout balayer pour voir quels sont les besoins de la personne âgée. Je pense que le centre de référence, pour moi, est celui où les gens doivent se renseigner, ça me paraît quand même être la structure la plus adaptée.

19. Je sais pas, il faudrait peut-être qu'on se pose la question à un moment donné d'aller vers les patients, que ce ne soient pas forcément eux qui fassent la démarche. Peut-être qu'il serait intéressant, à partir d'un certain âge, que peut-être il y ait une intervention à domicile, d'une équipe, pas forcément sur la demande du médecin hein, qui soit à la fois d'une aide-soignante, d'une infirmière, d'un ergothérapeute, voir comment est le domicile, est ce qu'il est adapté, quelles problématiques ont les gens, essayer d'anticiper... c'est plus, à mon sens, sur le social, ce serait d'anticiper ce qui peut arriver, comme catastrophe, si on laisse les choses évoluer. Mais après tout est une affaire de coût, et là, actuellement, on ne va pas aller, pour l'instant en tout cas, tant que ça remonte pas un peu, on ne va pas pouvoir mettre des moyens énormes sur la gériatrie, faut pas se voiler la face. Même si on fait des discours sur les personnes âgées, c'est malheureusement, la partie de la population la plus maltraitée. Enfin, par nous aussi, parce qu'on ne peut pas faire mieux que ce qu'on fait donc euh... on peut toujours faire mieux, mais on a l'impression de ne pas faire assez. C'est très frustrant la gériatrie. C'est très frustrant parce que c'est... C'est quand même un miroir qui nous renvoie une image... on se dit... bah ça nous arrivera... comment on va réagir, nous? [...]. On a des moyens humains à domicile qui peuvent faire, quand même longtemps, du bon travail à domicile. Et heureusement, il y a beaucoup de gens dévoués dans ce secteur du service à la personne. En France, on a cette chance-là, on a quand même des aides extrêmement euh... après, ce n'est pas un problème de l'attribution des aides, c'est que les gens veulent bien les aides...c'est pas du tout la même chose. On est pas du tout en manque par rapport à ça, on est en manque par rapport à l'éducation qu'on doit faire auprès des patients. Je pense qu'on n'a aucun message éducatif pour le sujet âgé. Alors on a eu quelques spots, là...la mairie d'Orvault a fait ça, il y a pas longtemps, il y avait un colloque sur la prévention des chutes. Mais je pense qu'on ne fait pas assez de messages préventifs et éducatifs et également d'expliquer ce qu'est une maison de retraite, un EHPAD, une résidence service... je pense que là-dessus, il y a pas assez de formation. Sans doute que c'est là qu'il faut faire des efforts. Il n'y a pas de raisons qu'on ne fasse pas des messages vis-à-vis de cette population.

Homme, Médecin rural.

1. 43 ans. Installation en 2000.
2. 10 %.
3. Non.
4. A l'interrogatoire. L'entourage, les infirmières. Mais je n'ai pas d'échelles.
5.
 - a. Aides ménagères, ADMR... c'est quoi ça...ça c'est les aides ménagères, et le SSIAD avec les soins infirmiers à domicile.
 - b. L'APA, c'est le Conseil Général. L'Allocation Adulte Handicapé, je ne dois pas en avoir...Tierce personne, l'Allocation Tierce Personne, ça doit être aussi dans l'APA.
6.
 - a. La famille, puis moi puis les infirmières...ouais, les infirmières ou les infirmières et moi. Souvent sous pression infirmière, aussi c'est vrai, nous, on ne voit pas certains trucs. C'est très rare que ce soit les patients. Que les gens demandent eux-mêmes l'APA, je pense que je n'ai jamais eu. C'est souvent les familles qui amènent leur dossier.
 - b. Moi. Il me semble que par les certificats, c'est moi qui mets en place. Après c'est la famille qui prend contact. Nous, on donne les adresses ADMR et SSIAD et puis ce sont les familles qui prennent contact avec.
7. Grosse perte d'autonomie, désorientation temporo-spatiale, déambulation, dangerosité pour elle-même, chute, et demande de la famille.
8. EHPAD, hébergement temporaire, soins de suite...enfin SSR... je l'ai fait pendant un moment ça, mais je le fais moins, souvent c'est en post-hospitalier. Maisons de retraite. Accueil de jour à la Chapelle des Marais et Sainte Reine...
9.
 - a. Entre 0 et 5.
 - b. La famille. Et moi aussi. Je suis assez préventif...quand je sens que... dans l'année ou quelque chose comme ça, ça va pas le faire, je... je leur dis de qu'ils récupèrent les dossiers d'inscription pour qu'ils soient inscrits en maison de retraite, mais après...en fait, on fait des inscriptions préventives aussi.
10. Oui.
- 11.

- a. C'est rare... j'hospitalise dans ces cas-là. Si le maintien n'est vraiment pas possible, parce que c'est une maladie d'Alzheimer qui décompense, nous, on peut jamais les faire rentrer en urgence... Dans l'année... moi, je ne suis pas très gériatrie... moi, ma grosse population gériatrique, ils sont déjà institutionnalisés... je n'en ai pas beaucoup. Moins d'une fois par an, ouais, mais on fait un cadeau aux urgences dans ces cas-là, on en est conscient.
- b. Urgence somatique. Sociale, on essaye de gérer avant et c'est là qu'on fait les trucs préventifs. Les inscriptions... Souvent dans les 2 mois, on leur propose et ils disent oui ou non... mais s'ils refusent, ils perdent leur inscription.
- c. Passage infirmier en urgence, je me sers beaucoup des infirmières pour qu'elles aillent voir. Et puis j'hospitalise...

12. Oui. Je dirais oui, même si ça ne me plaît pas plus que ça. Parce que c'est nous qui sommes au courant de plus de choses, du médical et du social, et qu'on les a vu chez eux. On connaît la famille. La famille nous parle, à nous. C'est nous qui rédigeons les certificats médicaux, les infirmières nous parlent aussi... enfin, elles nous rendent compte, à nous. C'est nous qui les connaissons entre guillemets, on ne va pas dire le mieux, mais sur plus de secteurs. C'est vrai qu'en coordination, c'est nous qui sommes le mieux placés, après c'est nous qui avons le moins de temps. Une hospitalisation, ça nous pourrit la matinée ou l'après-midi, quoi... C'est chronophage. Faire un dossier de temps en temps... c'est ce que les médecins coordinateurs en maison de retraite arrivent à faire vachement mieux que nous... mais ils ont du temps... nous, quand les familles prennent un rendez-vous pour un truc comme ça, on n'a pas forcément le patient et pendant la consultation, ils nous demandent plein de choses, on ne fait que de l'administratif, ça prend pas un quart d'heure, ça prend plus de temps pour répondre à toutes leurs questions, et des fois on ne sait pas tout... non, c'est compliqué, mais je pense que c'est nous les mieux placés, mais c'est compliqué. On ne devrait pas avoir à gérer ça, je pense.

13. Non.

14. Euh non...

15. Le CLIC.

16. Bah, je connais pas du tout, je connais que le nom, j'ai jamais été en contact... Je crois qu'il y en a un à Pontchâteau... ça dépend du Conseil Général ça? Ça veut dire quoi CLIC ? Comité Local... ??? On reçoit des trucs...

17. Oui. L'équipe mobile de gériatrie, on a le numéro direct et les consultations mémoire aussi.

18. Non.

19. Bah qu'un gériatre vienne nous voir, une FMC spécifique là-dessus, des courriers avec leur numéro qu'on puisse garder et qu'ils viennent se présenter, le CLIC... Le CLIC viendrait pour se présenter dans tous les cabinets médicaux pour nous donner des infos, quoi faire pour avoir un dossier pré-rempli et qu'on leur envoie comme ça. Je crois qu'il y a eu des courriers envoyés et tout ça, mais quand on rencontre quelqu'un ce n'est pas pareil. En gros, on sait que ça existe, mais on ne sait pas ce que ça veut dire et on ne sait pas comment ça marche.

Homme, Médecin urbain.

1. 47 ans. Installation en 2000.
2. Moins de 25 %.
3. Non.
4. La grille AGGIR... et la connaissance du patient.
5.
 - a. ADMR, l'HAD, les aides matérielles et les aides à l'habitat.
 - b. L'APA
6.
 - a. Le médecin, puis les familles.
 - b. Le médecin.
7. Lorsque la perte d'autonomie est trop importante. Et selon le souhait du patient.
8. L'EHPAD, les maisons de retraite, les CANTOU, les moyens et long séjours. Et l'hôpital Bel-lier.
9.
 - a. De 0 à 5.
 - b. La famille.
10. On essaye d'anticiper.
11.
 - a. Entre une fois par mois et une fois par semestre.
 - b. Urgence médicale.
 - c. L'assistante sociale. Puis les aides matérielles. Les urgences le moins possible, on n'aime pas trop ça.
12. Ça pourrait relever de notre rôle mais c'est chronophage.
13. Non.
14. L'APA, la téléalarme, le portage des repas.
15. Le CLIC.

16. Oui, on fait des réunions entre nous ou chez le patient quand c'est compliqué.
17. Oui pour les consultations gériatriques.
18. Non
19. Une bonne coordination mais par qui ? Plus d'aides comme l'HAD ou les infirmières libérales.

1. 54 ans. Installation en 1990.
2. Comptez moins de 15 %.
3. Oui. Capacité de gériatrie et une attestation sur les démences, un DU.
4. Je le fais à l'interrogatoire, et quand j'ai besoin d'une évaluation, je le fais avec une évaluation gériatrique standardisée à minima.
5.
 - a. Les services d'aides à domicile, euh... voilà.
 - b. Bah l'APA.
6.
 - a. Je leur suggère et ils se débrouillent généralement, car le service d'APA est assez réactif dans la région. Le service d'aides à domicile, l'ADMR, est présente et le CLIC de Pontchâteau fonctionne bien.
 - b. Quand j'en ai eu besoin, c'était ou le CLIC ou le service d'aides à domicile.
7. Perte d'autonomie et isolement social.
8. Les EHPAD, les accueils de jour. Les hébergements temporaires font partie des EHPAD.
9.
 - a. Une quinzaine par an.
 - b. Je leur propose régulièrement. Je leur explique que, plus ils rentrent tôt, plus... que c'est toujours mieux de décider de ce qu'on veut faire. Et que quand ils vont y rentrer encore bien, ils vont pouvoir se recréer des repères, autrement sinon ils vont être perdus. Après, je comprends aussi qu'on n'ait pas envie d'y aller, selon où on va. Mais là aussi, on ferait bien d'avoir des foyers logements performants avec des vraies propositions avec des gens quasi autonomes et des vraies EHPAD avec des vraies médicalisations.
10. Oui.
11.
 - a. Une fois par an.
 - b. Somatique.

- c. Si c'est social, j'en ai eu une en 3 ans et j'ai dû faire une hospitalisation, donc on a géré avec l'assistante sociale de l'hôpital et l'hôpital. On a fait une entrée par les urgences car c'était très catastrophique au niveau social.

12.

- a. Honnêtement, non. Vous pouvez être participant mais pas coordinateur car c'est très consommateur de temps, et dans le cadre d'un cabinet, ce n'est pas gérable.
- b. Je vais vous répondre les CLIC, mais encore faut-il qu'ils aient les moyens d'être en CLIC 3, et normalement il y a tous les intervenants sociaux nécessaires sur le territoire, encore faut-il qu'ils soient activés. Alors les réseaux gériatriques, c'est dommage qu'il n'y a pas de financement pour ça, car souvent c'est très... Les réseaux gériatriques, ça s'est développé en 2002 avec l'APA, sur cette période-là, on a connu 5 années où la coordination gériatrique a été boostée, et ça a été moins financée. Je ne dirais pas arrêtée, car il y a toujours des CLIC, des choses comme ça. Après, par contre, c'est plus le réseau hospitalier qui est en train de prendre le pas avec le début des unités gériatriques, qui ont leur raison d'être, mais on est déjà trop tard.

13. Non.

14. Oui. Je connais l'APA, les actions de prévention sur les chutes, l'équilibre... après le financier, c'est plus l'aide sociale.

15. Je connais le CLIC, je connais la maison des aidants sur Dréfféac. Après on a la plate-forme gériatrique de Loire-Atlantique Vendée et les MAIA, mais on ne s'en sert pas.

16. Oui deux fois. Situation sociale précaire et dans un autre cas de deux personnes âgées, frère et sœur, qui vivaient ensemble, avec une démence et un aidant de 91 ans.

17. Non... peut-être parce que je suis gériatre.

18. Oui... mais bon... en étant responsable de l'APA dans le Var, il vaudrait mieux quand même.

19. Le décloisonnement médico-social. Et nous, c'est qu'il n'y a pas de consultation rémunérée... en terme social. Ce qui pourrait aider, c'est qu'il y ait moins de sigles, et que ce soit plus lisible pour les personnes, les médecins et les usagers, qu'on arrête de parler en abrégés. Vous pourriez vous amuser à faire un tableau, vous mettez la personne et vous mettez tout autour les personnes qui interviennent en sigles, vous allez voir, c'est rigolo, vous allez mourir de rire. De toute manière, on était parti de l'idée qu'il fallait un guichet unique, et ils sont en train de refonctionner en guichet multiples. Et ça, c'est très, très dommageable car ce sont des querelles d'écoles et de toute manière, l'idée des CLIC était une très bonne idée, mais elle a été dévoyée, ils n'ont pas les moyens financiers de le faire... donc on crée des coordinations de coordinateurs... Quand un CLIC, ce n'est pas de niveau 3 et qu'il n'y a pas de médecin pour évaluer, ce n'est même pas la peine... autrement, il y a le CCAS et ça suffit, franchement.

1. 45 ans, Installation en 2006.
2. Un très faible pourcentage. Largement moins de 25 %.
3. Non.
4. Bah en discutant avec eux car je ne vais pas souvent en visite chez eux, pour ceux qui ne sont pas en institution. Donc en discutant avec eux et, aussi, en les voyant évoluer, car, généralement, on les a vu un petit peu se dégrader, donc ça permet quand même de les évaluer en interrogeant la famille au besoin, ou le conjoint.
5.
 - a. Euh, des aides humaines assez rapidement, si je peux... donc ça, ça va être avec l'aide-ménagère, l'infirmière à domicile, euh... éventuellement, prendre contact avec les associations, sur Carquefou, on donne un coup de téléphone à l'assistante sociale pour nous aider... du moins, aider les gens, car je pense que c'est pas notre travail, de faire le point par rapport à leurs revenus et aux aides qu'ils vont pouvoir avoir, et qui vont être mises en place. Du coup, ça nous permet d'avoir un lien avec les associations et surtout, ça déclenche les moyens financiers s'ils n'ont pas de moyens financiers... ça donne des pistes. Si je sens que les gens ne sont pas du tout capables de le faire, je n'hésite pas à dire à l'assistante sociale de me rappeler pour qu'on se mette en rapport avec la famille.
 - b. Là, c'est l'assistante sociale qui va pouvoir aider par rapport à ça, car nous, on n'y connaît rien, les médecins, par rapport à ça. Je leur dis de la contacter assez facilement, si je vois que ça ne bouge pas trop, j'ai tendance à déclencher le truc moi-même, je donne un coup de téléphone.
6.
 - a. C'est moi, ce n'est pas les patients.
 - b. Si c'est les ordonnances, du coup, c'est moi qui vais les faire. Non, les patients appellent, quand même, dans ces cas-là. Si j'ai bien expliqué et bien insisté sur l'utilité, ce que ça va leur permettre, ils les mettent en place, quitte à ce qu'ils demandent des coordonnées pour les guider parce qu'ils ne savent pas trop... ils sont perdus car il y a tout un panel d'infirmières etc... éventuellement, ils vont nous demander conseil pour avoir des coordonnées, qui est mieux, qui on pense le plus adapté, etc... mais non, ils vont appeler, ils vont se débrouiller pour appeler. J'essaye quand même de maintenir ça, à moins, vraiment, que le patient soit tout à fait incapable, mais si le conjoint est capable, je le laisse quand même prendre ce choix, ou la famille quand même. S'ils ne sont pas capables, ils nous demandent.
7. Sur une perte d'autonomie quand même importante, euh... par contre, moi, j'ai tendance à mettre les pieds dans le plat assez rapidement. Quand je récupère des patients, quand des patients se présentent, qu'on les avait pas auparavant donc on les a pas vu se dégrader, je dis, d'emblée... ou que

des enfants m'ont appelé avant en me disant oh là là ! attention, je vais d'emblée avoir tendance à évaluer rapidement, dès la première consultation, les choses, à demander à les voir avec les enfants si les enfants sont preneurs de ce genre de consultation, pour d'emblée mettre les pieds dans le plat, pour dire attention, c'est maintenant qu'il faut prendre contact avec des institutions, parce que vous êtes encore en état de le faire, encore en état de choisir où vous aurez envie d'aller plus tard, alors que si on attend trop longtemps et qu'ils sont complètement dégradés, il y a plein d'institutions qui vont se fermer parce qu'ils vont être trop dégradés. Et là, ils n'auront plus le choix et on va être, nous et la famille, dans un bazar infernal, parce qu'il n'y aura plus de place nulle part, et en plus s'ils ont déjà trop dégringolés sur un Alzheimer qui s'est installé ou qui était mineur au départ et qui s'est dégradé, et quand ils sont trop importants et qu'on a pas pris contact avant, c'est hyper difficile. Du coup, moi, je préfère en parler assez rapidement... dans une discussion ouverte, hein ! En justifiant les choses, en leur disant éventuellement, voilà, il y a telle institution, je sais que c'est pas mal, d'où est ce que vous êtes originaire, où est ce que vous avez des amis, de la famille, voilà... puis essayer de les guider un petit peu.

8. Sur Carquefou, on a deux solutions, la maison de retraite, la Résidence Marie Flore, trois solutions, parce qu'on a aussi les Florilèges. Donc on a Les Lys, la maison de retraite, la Résidence Marie Flore, qui est une solution pour les gens qui ont des moyens quand même assez élevés, qui est un système de logements avec une présence partielle infirmière, et des services, du coup, sur place, car il y a un service de restauration, mais faut quand même des moyens financiers importants. On a les Florilèges, qui est un système de résidence où on peut faire de l'hébergement temporaire en post-hospitalisation... après les maisons de retraite autour avec la Chapelle sur Erdre, Sucé sur Erdre, Saint Sébastien, et après sur Nantes, il y a plein de choses. Je sais que sur Nantes, ils font du séjour temporaire aussi de temps en temps. Après, ça nous arrive, en post hospitalisation, de demander, en séjour temporaire, sur Roz Arvor, une transition, ou de les aider au niveau d'une convalescence, si le conjoint n'est pas capable de les récupérer directement après une hospitalisation.

9.

- a. Par an, euh... du coup, c'est toujours pas centralisé ça, donc on se retrouve à faire plusieurs dossiers pour les mêmes personnes et y compris pour les mêmes organismes. Alors, pas pour le même lieu, mais pour le même organisme, ça je l'ai encore vécu récemment. Alors du coup, je ne sais pas pfff... j'en fais moins de 10, ça c'est sûr... je vais dire, allez, 4 ou 5 sur l'année. Mais il y a des choses qui ne vont pas forcément aboutir, il y en a une, ça fait déjà plusieurs fois qu'on fait les choses, et elle ne veut pas. Quand c'est son tour, elle dit non je ne veux pas, et puis quand l'hiver arrive, ah bah si, je voudrais, donc on re-remplit.
- b. Du patient quand même, avec la présence de la famille.

10. Non, j'essaye d'anticiper au maximum, c'est rarement des entrées en catastrophe. J'essaye vraiment d'anticiper, je sais que c'est tellement compliqué, et puis il faut les préparer.

11.

- a. Moins d'une fois par an.
- b. Non c'est une pathologie aigue chez quelqu'un qui a déjà une poly-pathologie, et là on doit l'hospitaliser.
- c. Ça ne m'arrive pas souvent sur un problème social. Là, je suis en train de le vivre avec une dame qui vient d'arriver ici, elle vit avec son fils et je suis allée faire une visite à

domicile, chose que je n'avais pas faite jusqu'à maintenant car je n'avais vu que le fils... et l'hôpital avait alerté les services, l'assistante sociale du CLIC avant sa sortie, mais il n'y avait pas eu... juste informé. Et il n'y avait pas eu de contact de pris. Et moi, quand j'étais sur place, je savais par les infirmières à domicile que ça allait être un petit peu violent à l'arrivée. Mais là, je me suis dit ce n'est pas possible, il va falloir que les assistantes sociales fassent quelque chose et aillent voir et qu'on mette des aides en place. Sauf que du coup, le fils ne veut pas, et à priori, la dame ne veut pas non plus, donc ils ont vécu ça de façon violente, alors que j'ai essayé d'expliquer, justifier pour... Alors là, ils se sont calmés, parce l'autre fois c'était très, très violent la réaction. Pour le moment, ils se sont calmés... donc je ne sais pas où ça en est de la procédure, mais pour le moment, ils ne parlent plus de plainte.

12.

- a. Pas que nous. Il faudrait quelque chose de pluridisciplinaire, mais ce qui va aussi prendre du temps. Ou qu'on ait des contacts dédiés, ou avec un listing qui soit type, et qu'on puisse appeler, parce en fait, on sait jamais trop où aller, on va à la pêche souvent, hein, quand même. Une fois qu'on a un bon contact quelque part, on le garde. Mais l'hôpital a tendance, quand même, à avoir lancé plus ou moins des choses, mais pas forcément nous tenir au courant de à qui ils se sont adressé, et du coup, eux, ce qu'ils ont fait. Du coup, là, j'ai dû vérifier que ça avait été fait, et c'était marqué l'organisme quand même, donc j'ai vérifié. Mais je ne savais pas quel intervenant j'allais avoir au bout du fil... du coup, ça n'avait été qu'une perche de lancée mais rien de plus, sans vérifier... parce que moi, je n'aurais pas laissé la dame sortir dans ces conditions.
- b. Des services... quand même, il y a toujours besoin de l'assistante sociale quand même... parce que les revenus, on ne peut pas... pour les évaluer, il n'y a qu'elles. Pour aller à domicile, pour aider à trier dans leurs papiers qui sont toujours rangés plus ou moins bizarrement, et de retrouver ce qui va être utile pour pouvoir monter les dossiers, et puis trouver les moyens financiers, voir où ils en sont. Je pense que c'est l'assistante sociale qui est un élément central dans le dossier.

13. Non.

14. Alors, je sais qu'il y a des aides financières, il doit y avoir l'APA, ou des choses comme ça, sinon, après, les autres, je ne sais pas. Et je ne sais pas en quoi ça consiste exactement. Ce n'est pas un truc que je cherche à retenir. Ou c'est pareil, il faudrait que ce soit écrit, ou accessible, qu'on sache où aller le rechercher. Mais c'est des choses qu'on ne sait pas, donc je leur demande. Puis après, c'est plus l'assistante sociale, ça, je pense.

15. Et bah, du coup, à Carquefou... ce n'est peut-être pas ça d'ailleurs... le CLIC à Carquefou.

16. Oui, à plusieurs reprises. Pour un problème social le dernier, et là, pour un problème d'organisation de maintien à domicile avec un fond social. Et ce dossier-là est en train de nous re-poser souci, avec un maintien qui va devenir impossible. On en a parlé avec l'infirmière hier, on a de plus en plus de difficultés à la maintenir, la dame ne veut pas aller en structure, mais on ne va pas avoir le choix. Il y a des chutes, elle met trop longtemps à répondre à la porte, l'autre jour, les pompiers ont dû fracturer la porte...

17. Oui, à l'hôpital Bellier dans ces cas-là. Je demande quand j'ai des patients qui ont des polypathologies, quand on sent qu'il y a des choses qui échappent ou des réglages à faire au niveau des traitements. Dans ces cas-là, j'organise l'hospitalisation à Bellier sans passer par les urgences. Et les consultations mémoires, on les organise, hein, on ne va pas envoyer les patients à l'hôpital pour ça ! Non, j'essaye le plus possible de faire rentrer les patients, de n'importe quel âge, directement dans le service. Maintenant, avec les numéros qu'on a, on essaye d'avoir ça, plutôt que de passer par les urgences.

18. Sans doute que non, mais on ne peut pas tout connaître non plus. Ça change tellement en plus, les appellations ont changé... et puis je n'ai pas un nombre de patients qui fait que j'ai besoin forcément de tout non plus. Je m'en suis toujours sortie pour le moment, sans avoir besoin forcément de plus... pour ma pratique à moi, ça suffit.

19. D'avoir vraiment le bon numéro de téléphone, de la bonne personne, qui va avoir la baguette magique.

Homme, Médecin urbain.

1. 54 ans. Installation en 1990.

2. 20 % à peu près.

3. Absolument pas.

4. Par rapport à tout un tas de trucs qu'ils ne savent plus faire eux-mêmes. C'est-à-dire la perte d'autonomie physique déjà, le fait qu'ils aient du mal à se déplacer tout seuls en dehors de la maison, qu'ils aient du mal à gérer.. la peur des chutes, ou les chutes d'ailleurs, les troubles de l'équilibre... ça, ça fait partie de la perte d'autonomie. Le fait, à un stade un peu plus précoce, ceux qui venaient en consultation avec leur voiture, et qui n'osent plus prendre leur voiture déjà... ce qui complique un peu la tâche car ça augmente les visites... Psychiquement, les gens qui se mélangent un peu les pinceaux dans leurs traitements par exemple, euh... après il y a des choses, que nous, médicalement, on ne perçoit pas forcément, mais les gens sont un petit peu perdus dans les dates... on ne pense pas forcément à poser ces questions-là, mais parfois les gens sont un peu déconnectés au niveau temporel, et c'est quelque part une perte d'autonomie car ils n'ont plus de repères. De temps en temps, je fais le MMS, de temps en temps... assez peu à vrai dire, parce que je me fie plutôt quand il y a un accompagnant, ou quand le conjoint est valide, qui me raconte que bon ça... donc j'essaie de poser 2, 3 questions, je fais pas forcément tout le questionnaire. Je fais le test de l'horloge assez régulièrement, car je sais que c'est spécifique et c'est précoce. Voilà. Mais c'est vrai qu'en interrogeant les gens, on s'aperçoit qu'ils sont beaucoup plus perdus qu'on ne le pense. Parce qu'en fait, nous, si on ne cherche pas ces choses-là, on reste dans l'organique : comment ça va, on prend la tension, on pèse les gens... ce n'est pas quelque chose d'agréable à s'avouer... donc voilà, ils sont plutôt dans le déni évidemment. C'est plutôt l'entourage qui passe un coup de fil avant la consultation, ou l'accompagnant qui amène le sujet plus ou moins diplomatiquement.

5.

- a. Bah les infirmières, les aides-soignantes, euh... les aides ménagères via l'ADMR, il y a un service d'aides-soignantes, qui s'appelle le SSIAD, qui est basé à Basse Goulaine, je crois que c'est à Basse Goulaine... en pratique, ils ont des délais de prise en charge qui sont assez longs. Le SSIAD, il y a quelques semaines de prise en charge, donc quand il y a une perte d'autonomie rapide, je leur fais pas souvent appel... on fait plutôt appel à l'ADMR ou aux infirmières quand elles peuvent le faire... les infirmiers, ils sont très, très sollicités aussi...
- b. Financières, c'est l'APA essentiellement, il y en a peut-être d'autres, je ne sais pas... en fait là, j'avoue qu'on a un CLIC... je pense qu'il y a un CLIC dans d'autres parties du département, donc tout ce qui touche à ça, on envoie au CLIC ou à l'assistante sociale de la commune. Donc ça, c'est le côté financier...

6.

- a. Souvent c'est la famille... souvent c'est la famille, alors pas forcément le conjoint ou la conjointe, mais plutôt les enfants, je pense, c'est plutôt ça... Et puis nous aussi, moi ça

m'arrive quand je vois qu'il y a un... parce ce que des fois les personnes sont vraiment isolées... oui, oui, c'est vrai, on peut, nous, déclencher ça.

- b. Pareil, c'est plutôt la famille. L'assistante sociale, elle doit être capable de faire ça, je pense... J'avoue que j'ai peu de contact avec l'assistante sociale. Je pense que les gens du CLIC peuvent organiser ça aussi... Je pense que c'est beaucoup la famille quand même. Mais non, globalement, c'est plutôt la famille.

7. Quand c'est dangereux pour eux de rester tout seul, c'est-à-dire, je ne sais pas... quand il y a une perte d'autonomie importante, risque de chute, quelques... des troubles cognitifs qui sont assez importants, quand ils se mettent en danger en fait, hein, parce qu'ils ne rendent plus compte de ce qu'ils font... voilà c'est ça. Les places sont chères, et les gens ne sont pas forcément prêts, faut essayer d'en parler assez à l'avance, dire aux gens de faire ou faire faire des dossiers, mais il y a une certaine inertie... c'est normal, hein, c'est une étape... c'est souvent la dernière étape de la vie des gens... ou l'avant dernière... donc, oui, nous, on en parle, c'est sûr, euh... les enfants, quand ils sont dans le coup euh... parce que des fois, les enfants veulent pas trop voir les choses non plus, hein... c'est vrai que nous, on essaye de tirer la sonnette d'alarme, parce que c'est tellement la galère de placer les gens en urgence et que rien n'a été fait que...

8. Ce n'est pas hyper simple... moi, j'interviens dans une maison de retraite, qui, à la base, est spécifique aux religieuses, qui est située sur la commune. Ils ont une ou deux chambres d'accueil temporaire. Voilà. Quand il n'y a pas de place, et qu'il y a besoin... ce qu'il y a, c'est que souvent, moi, j'avoue, je demande une espèce d'hospit' dans un hôpital, genre Vertou ou Le Louroux-Bottereau. On ne va pas les envoyer au CHU, mais avant d'être sûr que, vraiment, il y a une perte d'autonomie durable et définitive. J'avoue que j'aime bien, moi, qu'ils fassent un petit tour à l'hôpital, pour qu'ils soient réévalués, car c'est vrai que des fois, avec tout ce qui peut être fait à l'hôpital, surtout à Vertou, ils sont vraiment bien, ils remettent les gens dans le circuit. En fait, ce qu'on croyait vraiment un syndrome de glissement, finalement, avec une bonne motivation, avec pas mal d'aides, ça repart... c'est assez étonnant d'ailleurs. Voilà, c'est ça, quand j'estime qu'il y a une dégradation assez rapide de l'autonomie, j'aime bien qu'ils fassent un petit tour par l'hôpital pour pas passer à côté de quelque chose, et puis leur donner une chance de repartir un peu. Et là, j'ai un cas en tête d'une personne que je pensais, vraiment, être destinée assez rapidement à la maison de retraite, et en fait, elle a passé plusieurs semaines à l'hôpital de Vertou, et en fait, ils l'ont vraiment bien remise, elle se remet à marcher, ils l'ont mise sous antidépresseurs... maintenant, elle est presque trop en forme... mais comme quoi, ça vaut le coup, honnêtement, de... enfin, moi je trouve, quand il se passe quelque chose, pas d'aigu, mais quand ça se détériore assez vite, moi je pense que ça vaut le coup quand même de les hospitaliser... Moi je travaille avec Vertou, et puis autrement avec Bellier, et quand on présente bien le dossier, ils font quand même tout ce qu'il faut pour que ça ne traine pas trop, donc c'est assez gérable. Après les gens qui se dégradent sur des mois et des mois, bon bah là, la maison de retraite, c'est déjà préparé, ça se fait plus en douceur.

9.

- a. Ouais, des fois c'est par rafale, je ne sais pas... peut être une vingtaine sur l'année... ça m'arrive des fois, 5 à 6 par mois mais après ça se calme. Ouais, sur l'année, 20 à 25, je ne sais pas...
- b. Ce sont les enfants qui amènent 5 ou 6 dossiers car ils ont fait le tour des maisons de retraite du coin. Neuf fois sur 10, ce sont les enfants, les patients c'est extrêmement rare... faut vraiment qu'ils soient... ça arrive, hein, que les gens se rendent compte que ça ne va plus être possible, mais ce n'est pas la majorité.

10. En urgence, ce n'est quasiment pas possible, donc on essaye d'anticiper. Ce qu'il y a de pas mal ici, c'est que les maisons de retraite, elles peuvent accueillir, à la journée, de façon régulière, des personnes. Ça, c'est bien, parce que ça dédramatise un peu, même si entre passer un après-midi par semaine et y rester à demeure, c'est un peu différent. Les entrées en urgence en maison de retraite, c'est quasiment impossible, sauf, aujourd'hui, des accueils temporaires, un truc qui se libère. Autrement, c'est pour ça aussi qu'on est obligé de passer par des structures hospitalières.

11.

- a. Une dizaine de fois par an.
- b. Les deux mon capitaine ! C'est un peu lié, quand euh... quand il y a un bon entourage avec des gens qui sont motivés pour s'occuper... ça dépend beaucoup de la qualité de l'entourage familial. Alors les urgences médicales... je dirais moitié moitié, les urgences médicales, il y en a quand même quelques-unes. Moi, j'essaie quand même de limiter les urgences sociales, on va dire, parce qu'ils n'ont pas forcément trop leur place à l'hôpital, et donc ils sont souvent renvoyés chez eux et c'est souvent un coup pour rien. Sachant qu'ils vont passer 5 heures sur un brancard voilà... c'est plutôt pour des urgences médicales, quand même... parce que je pense que mes collègues ont la même expérience, ce qu'on appelait avant les placements, ça ne marche plus... Ça devient difficile à ce niveau-là.
- c. Je les prends chez moi en fait ! Urgence sociale, ça peut être l'ADMR, le CLIC, l'assistante sociale... Alors moi, c'est marrant je m'aperçois que j'envoie plus à Bellier les gens qui sont déjà en institution, et plus à Vertou, les gens qui sont plutôt seuls chez eux. Parce qu'il y a plus souvent des problèmes comportementaux en maisons de retraite, ils perturbent vachement la collectivité, et c'est vrai qu'à Bellier, ils ont une équipe de psychogérites qui est vachement au point, c'est une remarque en passant...

12.

- a. Euh... ouais, enfin nous, on a de très bons contacts avec les infirmiers donc ça se fait spontanément, euh... avec les autres services, les aides ménagères... oui... est-ce que c'est notre rôle ?... on a un rôle, après est-ce que c'est notre rôle de tout organiser, non, je ne pense pas, mais on a forcément un rôle important là-dedans.
- b. Bah, ça peut être la famille proche quand ils sont investis, hein... je pense que c'est quand même l'idéal, hein... que ce soit la famille proche qui organise un peu tout, qui appelle le médecin quand il y a un problème, qui vient nous voir pour réévaluer les nombres d'heures d'aide-ménagère à domicile quand ça devient un peu juste, qui s'aperçoit qu'il y a besoin d'un infirmier pour éventuellement la toilette, mais surtout pour distribuer les médicaments. Moi, je pense qu'il faut ... enfin, moi, je n'ai pas du tout envie de jouer le rôle, de grand coordinateur... ça prend un temps fou et ce n'est pas forcément notre rôle de tout... faut aussi que la famille s'en occupe, parce que, moi je m'en rends compte, ça fait 23 ans que je suis installé, les patients vieillissent comme moi, et j'ai de plus en plus de gens en perte d'autonomie, et quand il n'y a quasiment pas de famille autour, c'est stressant et épuisant, il faut toujours avoir un coup d'avance, honnêtement c'est hyper lourd ! Donc on est, quand même parfois, un peu obligé de coordonner ça, d'être en première ligne pour coordonner, on fait partie du système... spontanément, globalement, c'est plutôt les enfants qui s'occupent de ça, ou le conjoint.

13. Non

14. Bah je ne sais pas l'APA, c'est un truc qui relève du Conseil Général, ça... autrement, je ne sais pas, non.

15. Euh... rien... Le CLIC, c'est tout... Pour moi le CLIC, c'est essentiellement administratif, c'est une organisation, ils ne sont pas sur le terrain, quoi... ils viennent à domicile, mais pour moi, ce n'est pas dans le sens où ils sont une coordination... comment dire... continue dans le temps, je veux dire... pour moi, ils font un peu le point, ils voient ce qui peut être mis en place et puis après c'est... je pense pas qu'ils aient un œil sur... On a très peu de contact, ça se limite à donner le numéro et on a pas de retour... jamais, non, jamais...

16. Bah oui, moi je donne les coordonnées pour... déjà financièrement, pour qu'ils puissent bénéficier d'un soutien financier pour faire intervenir des gens à domicile, voilà.

17. Bah oui... des consultations, oui... alors, ils ont un truc à Bellier, ils ont une unité de soins ambulatoires

18. Non, parce qu'on a de plus en plus de gens âgés et dépendants, et je travaille avec les structures que je connais, mais peut-être qu'il y a autre chose. Je travaille avec l'hôpital de Vertou, un peu Louroux-Bottereau, les gens de Bellier, des fois les neurologues de ville pour faire des bilans mémoire, des trucs comme ça, mais ça se réduit à ça donc... il y a sûrement d'autres trucs qui existent, qu'on a pas... enfin, faut aller chercher les infos... alors avec mes collègues on discute, mais bon, on va à la pêche, hein... moi je trouve qu'il y a vraiment un défaut d'information. Il y a sûrement des structures qui se mettent en place, mais nous, on est rarement informé, ce qui est un peu hallucinant car on est aux premières loges quand même! Non, on est sous informé...

19. Bah, je ne sais pas... nous déjà, l'assistante sociale, on sait qu'il y en a une à Haute Goulaine mais on n'en entend jamais parler, ce n'est pas une critique, mais, je ne sais pas si c'est comme ça ailleurs, mais on a jamais un coup de fil, jamais, il n'y a aucun échange quoi... on donne les coordonnées, après c'est silence radio. Le CLIC, c'est pareil, on n'a jamais de retour... alors je ne réponds pas forcément à votre question... Bah, c'est en amont qu'il faudrait qu'il y ait plus de places d'accueil temporaire dans les maisons de retraite, je pense que ce serait vachement plus confortable pour tout le monde. Que les délais d'entrée en maison de retraite soient eux au bout de 12 heures, après avoir évacué les problèmes seulement organiques... moi je trouve qu'il y a un déséquilibre important entre l'offre et la demande, et ça complique énormément notre travail. C'est stressant. C'est toujours bien de partager. Moi, j'avoue qu'on a plusieurs infirmiers avec qui on s'entend bien, et je me sers beaucoup d'eux quand je sens que ça commence à glisser, par le biais de la distribution des médicaments, comme ça, ça fait un retour, quand ça va pas bien, ils nous le disent... pour moi c'est un élément clef dans le dispositif d'alerte.

1. 57 ans. Installation en 1988.
2. Au moins 30 %.
3. Non.
4. Non, ce n'est pas tellement à l'interrogatoire, c'est à la plainte des gens, ou des familles pour faire des dossiers d'aides sociales, et d'aides ménagères à domicile.
5.
 - a. Maintien à domicile, euh... je m'en débarrasse auprès de l'infirmière ou des services de la mairie, il y a 2 systèmes, l'ADAR et un centre d'aides-soignantes agréées à Nozay.
 - b. Aucune idée, ce n'est pas mon problème.
6.
 - a. Soit le conjoint valide, soit la famille. C'est rarement la personne seule.
 - b. C'est la famille. Pour les personnes seules, c'est l'infirmière, qui est de mèche, qui est en relation... qui plutôt lorsqu'elle fait des déplacements, quand les gens sont à l'aide-ménagère, ses vacations sont payées par ces organismes, donc elle est partie prenante.
7. La perte d'autonomie. A partir du moment où ils ne quittent plus leur maison ou leur chambre, je les incite à aller en maison de retraite. Parce que là, il y a des phénomènes de panique, de chute, d'isolement, de conduites alimentaires, et ils se trompent dans les médicaments, etc...
8. Ici, je connais que les maisons de retraite locales, et celles avoisinantes. Mais je sais qu'il y a d'autres structures en milieu urbain.
9.
 - a. 6 à 8 par an, quoique... 1 par mois, 10 ou 12.
 - b. Les demandes de maisons de retraite, c'est surtout à ma demande, car les gens sont toujours réticents. Et à la demande des familles.
10. Non, j'essaye d'anticiper. Trois fois sur 4, c'est sur anticipation.
11.
 - a. Deux ou 3 fois par an.
 - b. Plus somatique, ouais. L'urgence sociale est rare... là c'est vraiment une urgence, l'urgence médicale, on peut toujours tempérer.
 - c. Bah, ça part aux urgences à Nantes ou Saint Nazaire parce que... les gériatres à Bellier, il y a un temps d'attente qui est beaucoup trop long.

12.

a. Non... non.

b. Bah du service social ou municipal. Parce que si on met le doigt dedans, on est vite bouffé par tous les intervenants et les administrations, et tout le monde s'en lave les mains, notamment le soir ou le week-end.

13. Non.

14. Non, pas du tout.

15. Je ne connais pas.

16. Il y a un CLIC qui a été monté il y a des années. Et la première année euh...elles sont venues à 5 ou 6 pour discuter d'un cas, ça a duré 2 heures pour rien. Donc ça m'a vite euh... donc je les fuis. Donc si les familles veulent, mais je ne veux plus en entendre parler... la lourdeur administrative... des gens très gentils, on va dire ça comme ça... mais la lourdeur administrative.

17. Oui, surtout dans les troubles de mémoire, je sais qu'il y a des consultations soit sur Savenay ou sur Pontchâteau, dans des délais pas trop longs... ça ne demande que 2 mois. Et ça permet de faire comprendre aux gens, ou à l'entourage, que ça devient plus urgent qu'ils ne le pensaient.

18. Pas du tout, non.

19. Bah ce serait bien que les assistantes sociales, dont c'est le boulot, qu'on les connaisse et qu'on ne soit pas obligé de les contacter uniquement en urgence. Généralement, elles sont toujours débordées, dépassées ou... donc, on s'en débarrasse des gens, ça part aux urgences, ouais...

Homme, Médecin urbain.

1. 57 ans, installation en 1985.
2. C'est environ 25 %. Ça fait moins de 25 %.
3. Non.
4. Bah, à l'examen, et surtout par ce que me disent les intervenants auprès d'eux. Il y a des aides à domicile et des... pour un certain nombre de personnes, il y a une personne, plus quelques autres personnes autour qui interviennent, mais une personne qui est régulière et qu'on connaît parfois par leur prénom et...
5. Euh, qu'est-ce que je connais...
 - a. l'hôpital à domicile, la SMDPA, et puis j'ai le nom de plusieurs associations, à but non lucratif, mais employant un certain nombre de personnes.
 - b. l'APA.
6.
 - a. Les familles. Le plus souvent, c'est les familles... oui ce sont les familles principalement.
 - b. Ce sont les familles.
7. L'âge, la maladie, leur état moral, euh... de ce qu'on connaît d'eux par rapport à leur caractère et puis les événements de la vie type le décès d'un... le décès du conjoint.
8. Les foyers logement, la maison de retraite, euh... les appartements dans les résidences pour personnes âgées, des appartements... chers.
9.
 - a. Sujet qui fâche... euh... je dois en remplir 3 aujourd'hui, mais ce n'est pas tous les jours comme ça. 7 ou 8 par mois.
 - b. Soit de la famille, soit de la personne.
10. Le plus souvent j'anticipe, et puis il y a des irréductibles. Et puis de toute façon, il y a aussi un certain nombre, alors qu'ils sont déjà inscrits, des situations d'urgences qui amènent l'entrée en institution.
11.
 - a. Une tous les 2 mois.
 - b. Pour des raisons somatiques.

- c. De temps en temps, ça va être l'assistante sociale de la caisse, euh... de temps en temps l'hospitalisation... même relativement souvent, on va être obligé de passer par une phase d'hospitalisation. Euh... des coups de téléphone aux maisons qu'on connaît pour avoir des structures temporaires, on essaye de faire intervenir quand même la famille et de mobiliser la famille, de leur demander de... on leur donne des adresses et ils vont essayer eux-mêmes de...

12. Non, la coordination, non euh... mais... la coordination... lorsque c'est uniquement... la mise en place ou la coordination ?... la coordination oui, la mise en place non, la coordination euh... oui. Et il y a différents... La gestion, cette gestion-là, ils la font jamais... enfin les aides autour ne font jamais, euh... C'est la famille, c'est la famille qui le fait, mais ce n'est jamais les aides autour qui vont gérer l'entrée. Tout ce qui est social, non. Mais du social, on est obligé d'en faire beaucoup et presque chaque jour. Mais théoriquement, ce n'est pas à nous, on doit essayer de mobiliser... on n'a pas le temps, il y a des gens qui sont rémunérés, ou il y a la famille, qui sont là pour ça. Par contre, on doit diriger... enfin, on doit être assez directif dans les choix qui doivent être pris, euh... on doit un peu s'imposer de temps en temps... essayer de s'imposer.

13. Non.

14. Non. L'APA, point.

15. Les structures de coordination... la question est pas facile... l'hôpital à domicile, si vous attendez, si vous cherchez ce genre de réponse... mais à part ça... les structures de coordination, non.

16. Non.

17. Oui. Déjà lorsqu'on... déjà, l'une des questions, principalement, de Bellier, lorsqu'on les appelle, c'est « est ce qu'il y aura un retour à domicile ? », et on sait très bien que si on leur répond non, « on vous rappellera pour une place ultérieurement », et on sait très qu'ils ne rappelleront pas... et ils ne nous rappelleront pas... ça a le mérite d'être clair ! A la limite, avant même qu'ils ne posent la question, on leur répond « le retour à domicile est bien entendu dans l'esprit de la famille et dans l'esprit de l'entourage. ». Eh bien, de temps en temps, dans des situations d'urgence, on va être obligé de passer par les urgences. Aujourd'hui, j'ai à gérer un maintien en maison de retraite qui va être très délicat... la maison de retraite n'en veut plus, euh... elle a vu, il y a deux ou trois jours Mr J., un psychiatre gériatre, que j'ai eu il y a trois jours. Mais je vais être obligé sans doute de l'hospitaliser, et peut être que ce sera un aller pour la psychiatrie.

18. J'arrive à me débrouiller jusqu'ici... mais je veux bien des aides !

19. Euh... Un service social qui... des chambres d'urgences de gériatrie pour perte brutale d'autonomie parce que lorsque je dis au secours, c'est souvent les aides à domicile qui disent au secours, c'est de temps en temps la famille, mais c'est plus souvent les aides autour, et puis... parce que ce sont des situations extrêmement pénibles à différents niveaux, et... socialement et humainement, parce que la personne s'en rend compte aussi, et c'est un stress tout à fait majeur pour elle.

Femme, Médecin urbain.

1. 47 ans, installation en 1999.
2. Enorme, Je suis à 20 %...je suis au-dessus de la moyenne départementale.
3. Non.
4. Euh, pfff...je n'ai pas envie d'être très protocolaire, je ne suis pas protocolaire. Pas par des grilles et des machins. Comme ça...
5.
 - a. Eh bah les dossiers avec l'APA, là... financière.
 - b. Je délègue à Entour'Age, enfin l'assistante sociale. Et donc bah après je donne les adresses des associations de maintien à domicile. Moi, j'ai un guide, le guide d'Entour'Age et avec ça, je dégaine et je donne les numéros de téléphone et voilà... et je fais les dossiers après. Je l'ai avec moi, toujours, et donc je trouve les solutions.
6.
 - a. Euh... quand il y des... soit les enfants, c'est peut-être pas la majorité. Les patients eux-mêmes, euh... nous, quand même, on propose, et alors, si, à l'occasion, quand il y a une pathologie, il y a un infirmier qui passe, ou une hospitalisation, enfin voilà, un épisode aigu, voilà, où les choses partent... c'est assez équilibré entre les différents demandeurs.
 - b. Bah, ça dépend, s'il y a des enfants présents, c'est les enfants. S'il n'y a pas d'enfants, c'est l'assistante sociale... moi je fais les dossiers, mais je ne m'occupe pas d'aller chercher les aide-ménagères. Je n'ai pas encore signé pour ça...
7. L'isolement...l'isolement familial, euh... quand on sent qu'il y a une pathologie qui risque de se dégrader. Mais c'est surtout l'isolement familial, voilà, les enfants habitent à 500 bornes... il faut peut-être anticiper tout ça.
8. Les maisons de retraite, en terme de trucs transitoires...enfin là, de placements temporaires, les hospitalisations, Bellier, euh...et convalo, je n'utilise que très peu en direct...
9.
 - a. Pfff... 1 par mois...1 par trimestre... non, 1 tous les 2 mois.
 - b. Des enfants. 80 % des cas.
10. J'essaie d'anticiper, mais bien souvent, là où ce n'est pas utile, c'est anticipé. Enfin, là où ce n'est pas utile... là où on ne sent pas le danger immédiat, c'est anticipé, c'est bien fait, et là où on sent que ça va être le chantier, c'est assez...

11.

- a. C'est rarissime... c'est rarissime. Ce n'est pas arrivé souvent, deux fois je crois. Ce n'est même pas une fois par an.
- b. Urgences sociales, ça m'est arrivé 2 fois en 15 ans, et là, j'ai hospitalisé, après avoir prévenu la mairie, machin et tutti quanti qui ne bougeaient pas. Euh... les urgences somatiques... soit on est dans l'urgence vitale, et il faut hospitaliser, soit c'est une dégradation, et je programme l'hospitalisation.
- c. Je vais téléphoner au CLIC, là.

12. Non. Ça relève de... je ne sais pas de qui... de l'assistante sociale. Enfin, on peut être partenaire mais voilà, on ne peut pas gérer tout ça, ce n'est pas possible. Donc je ne sais pas, un système d'assistantes sociales, d'associations d'aides au maintien, voilà, qu'il y a... je ne trouve pas mes mots, des associations d'aides à domicile... et les familles, c'est leur rôle, normalement. C'est qu'à force de substituer, substituer et de mettre 36 intervenants, plus personne n'est concerné.

13. Non.

14. Non... A part l'APA...

15. Pfff... le CLIC, je connais que ça... et Bellier, ce sont mes deux interlocuteurs

16. Oui, pour qu'il y ait une structure qui vienne chez les personnes âgées un peu isolées, un peu perdues pour faire les papiers et compagnie, et qu'on leur explique, voilà, les démarches à faire pour les aides matérielles, les aides humaines, etc... si c'est médical, je me charge du chemin à prendre, si c'est social et isolement, je me libère sur l'assistante sociale.

17. Rarement, ça a été les 2 cas-là. C'était à la fois une urgence sociale et médicale. Une patiente, qui était connue des services de gériatrie, qui était isolée, très isolée, pfff... j'ai hospitalisé autant pour le somatique que pour le social. Et une autre, vraiment, un isolement et une maladie d'Alzheimer, complètement isolée, et elle se baladait avec son sac et tous ses billets...

18. Oui.

19. Qu'il y ait des gens qui ne fassent que ça. Moi, à ma connaissance, les systèmes qui existent, les services sociaux, les conseils généraux, les trucs à domicile, c'est pas mal, quoi. Enfin, pour mettre les choses en place. Après le coût et temps passé, c'est quand même très limité... Voilà, le maintien à domicile, ce n'est pas la panacée, dans le sens où les aides, elles ne sont quand même pas suffisantes. La mise en place des aides, les structures qui existent pour mettre en place ces aides, il y a tout ce qu'il faut mais après, en pratique, dans la vraie vie, voilà... il y a rien de jojo ! Les discussions, les réunions autour de ça, c'est bon, il faut arrêter, ça a été fait et refait. Les papiers, c'est bon aussi, faut arrêter, mais après, voilà soyons efficaces sur le terrain. Je pense qu'en amont, c'est bon mais en... Faut arrêter de faire des trucs en amont, en amont et en amont et de prévoir. Parce que, concrètement, les gens chez eux, effectivement, c'est nous qu'on appelle. C'est nous parce que la mamie, elle est perdue, c'est nous parce qu'elle est un peu triste parce que les enfants sont pas venus à Noël, et que, du coup, elle a mal au ventre, parce que... on comprend bien... et nous, on n'a pas de raison de dire qu'on se retire de l'affaire parce que... bah on termine pas à 5 heures, parce que c'est nous le responsable, c'est pas ma collègue de travail... donc on y va ! Alors, juste un petit mot, moi, ce que j'aimerais, c'est qu'on arrête de demander, aux urgences... des bilans de santé, des bilans mémoire à tous les petits vieux ! Il m'est arrivé

d'avoir des patients qui sont arrivés aux urgences, pas beaucoup, et euh... il y a une cellule de gériatrie, donc, ils trouvent toujours un MMS quelque part qui est un peu limite... et après, c'est le parcours, consultation mémoire, machin pour des petits vieux qui vont très bien...

Homme, Médecin rural.

1. 54 ans, installation en 1990.
2. Que je ne dise pas de bêtise, ça doit être de l'ordre de 23 %.
3. Non.
4. Bon, je n'ai pas l'habitude de me servir d'échelle en clair. Euh...c'est plus... ça fait un bout de temps que je sévis quand même, c'est plus au feeling, par rapport à ce que je vois, ce que j'entends, aux plaintes formulées, euh... aux demandes.
5.
 - a. Au niveau des aides humaines, c'est quand même moi qui fais les demandes, hein, on a un genre de SSIAD, donc je fais les demandes auprès de l'infirmière qui s'occupe de ça. Ou bien, je fais directement des ordonnances pour aides ménagères, ou soins, évidemment, demande d'aides-soignantes, ou demande d'infirmières.
 - b. Les aides financières, ce n'est pas spécialement moi qui vois ça, hein. Je remplis les demandes d'aides APA, ça c'est clair.
6.
 - a. Le patient, le moins je dirais. C'est souvent ou moi, ou la famille, qui fait une demande d'aides à domicile.
 - b. Alors pour ce qui est du SSIAD, donc souvent j'appelle. Autrement, je leur donne le numéro et c'est la famille qui s'occupe de ça.
7. Là, aussi, c'est au feeling, je dirais. C'est souvent des personnes seules, parce que si la famille autour... j'essaye de les garder le plus longtemps à domicile s'il y a des aides familiales, ou des voisins, car ça arrive aussi que ce soit des voisins qui s'occupent des personnes. Et à partir du moment où je vois que ça dérape un petit peu, là, oui je fais la demande en maison de retraite.
8. Eh bah, écoutez, ici, il y a une maison de retraite de 79 lits, avec un CANTOU. Il y a une maison de retraite à Savenay, il y a l'hôpital de Savenay qui est un hôpital de proximité, plus de la convalescence qu'autre chose. Le centre Bodio à Pontchâteau, qui est un centre de convalescence. Vous avez la maison des Tilleuls qui est une maison de retraite à Savenay, une de plus. Euh... il y a aussi une maison de retraite à Bouvron aussi. Il y a aussi des structures d'accueil pour personnes âgées à Pontchâteau mais que je ne connais pas spécialement. Il y a aussi une maison de retraite à Saint Gildas des Bois, et une à Donges. Il n'y a pas de structure d'hébergement temporaire, ça n'existe pas, pas à ma connaissance.
9.
 - a. Par mois, je dirais, euh... parce qu'on fait des préinscriptions toujours, euh... par mois, c'est de l'ordre de 1 ou 2 par mois, à peu près.

- b. Alors, c'est des fois moi qui les remplis, quand c'est à ma demande, à moi. Autrement, c'est à la demande, souvent de la famille, rarement des patients, ils n'aiment pas ça... Mais quelquefois, si, il y a des patients qui viennent avec des demandes de préinscriptions. J'ai eu ça au mois de novembre, euh... on va faire une demande de préinscription au cas où.

10. J'essaye d'anticiper le plus souvent, ce qui ne veut pas dire qu'on peut avoir aussi des urgences, malheureusement. Mais la plupart du temps, je demande toujours des préinscriptions. Sachant que c'est fait, comme ça on est tranquille, après on voit en fonction de... des places aussi, hein, on ne va pas tuer ces pauvres gens en maison de retraite juste pour donner des places à d'autres. C'est quand même aussi un gros problème, les places.

11.

- a. C'est peu, c'est peu, dans le sens où, ici, on est encore en région rurale, euh... l'urgence, urgence, ça arrive une fois par an, et encore. J'essaye... j'essaye soit de les faire hospitaliser, il y a l'hôpital de saint Nazaire pour ça, ou bien de les faire hospitaliser à Savenay, puis voilà. Souvent les gens sont quand même bien accompagnés, il a rarement de grosse urgence à voir sur le coup.
- b. C'est plus du somatique, je dirais. Là, j'ai fait hospitaliser une patiente pour des diarrhées et comme elle était toute seule, on ne peut pas trop gérer. Les gens, les voisins étaient à côté, en plus, il n'y avait pas de famille, mais euh... les voisins étaient là, mais ils ne pouvaient pas être là tout le temps, on ne pouvait pas la laisser dans son « caca », excusez-moi l'expression, ce n'était pas une solution. Donc je l'ai faite hospitaliser à Saint Nazaire, elle est restée 2 ou 3 jours, puis c'est tout quoi, hein... Elle est rentrée chez elle d'ailleurs... Mais bon elle est toujours toute seule, et moi, j'aimerais bien... elle en revanche, j'aimerais bien la mettre en maison de retraite, mais c'est elle qui ne veut pas, puisque c'est une maladie d'Alzheimer, donc euh... Elle se rend pas tout à fait compte de son état, mais comme je n'ai pas le droit de l'obliger. Mais bon là, j'ai quand même prévenu la mairie, en disant « attention, là, on arrive peut être sur une catastrophe. », mais bon... après c'est le social qui prend... voilà, ils sont prévenus, moi j'ai fait mon travail, c'est plus moi, mais je suis prêt à la prendre en maison de retraite, demain si besoin.
- c. En règle générale, je téléphone à la mairie, ça se passe à peu près comme ça. Je connais très bien l'adjoint aux personnes âgées et au sanitaire et social, et je passe directement par elle, je lui téléphone. Pour ça, il y a aucun problème.

12.

- a. Pfff...Oui et non, je dirais. Oui, parce que c'est quand même nous qui sommes au fait de la santé physique et morale de la personne, non parce que on a déjà assez de boulot comme ça... Le social c'est gentil, mais bon, on n'est quand même pas là pour ça. Je veux bien aider mes patients, leur rendre des services, quels qu'ils soient, remplir des papiers, des choses, ils ne savent pas, je leur remplis. Mais euh... ce n'est pas tout à fait notre rôle non plus.
- b. Je pense que c'est plus du rôle d'une assistante sociale à mon avis, qui n'est pas toujours au fait de tout, mais je crois que le social bah c'est un problème public et pas un

problème privé... là, encore, médecin privé paraît-il, paraît-il... peut-être plus pour très longtemps, mais moi je ne verrai pas ça, et j'en suis ravi !

13. Non. Moi, je suis un dinosaure, hein, je vous le dis franchement. Non, moi, je suis encore à l'époque du médecin traitant qui se débrouille... les réseaux, je n'aime pas trop, trop, ça. La réunionite aigue, ça m'agace sérieusement, vous voyez ce que je veux dire... je préfère agir, faire ce qu'il y a à faire, plutôt que téléphoner, machin, et truc, « Bah attendez, on va voir ça ». Allez hop, un staff, deux staffs, trois staffs, bon ras le bol. J'en suis encore là.

14. Pas vraiment. Pas vraiment. Bah, je sais qu'ils ont des actions pour la dépendance, il y a l'aide APA aussi. Mais leurs actions par elles-mêmes, non. De toute façon, ils ne communiquent pas non plus. Donc, le Conseil Général, c'est gentil, mais il n'y a aucune communication entre leurs structures et nous, donc on ne sait pas exactement ce qu'ils peuvent faire et ce qu'ils ne peuvent pas faire. Ce n'est quand même pas à nous, tout le temps, d'aller chercher toujours les choses. Ça nous arrive évidemment... ça m'arrive des fois d'aller chercher autre chose. Mais les actions par elles-mêmes du Conseil Général, je ne sais pas très bien ce qu'ils font et comment ils le font.

15. A part le SSIAD de Pontchâteau... il y a avait un SSIAD aussi à Savenay, mais je crois qu'ils se sont réunis tous les deux. Euh, pour le reste, comme je ne travaille qu'avec eux, finalement, je ne me suis pas intéressé pas à la chose plus que ça, étant donné qu'ils gèrent les 2 cordons de Pontchâteau et de Savenay.

16. Non, ça ne me dit rien du tout ! Je suis désolé !

17. Oui, euh... moi je considère que les consultations de mémoire ou de dépendance, quelles qu'elles soient, ce n'est pas tout à fait de mon ressort, je ne pense pas que j'ai la formation. Etant donné qu'il y a une consultation à l'hôpital de Savenay, ça m'arrange très bien. Maintenant, ça ne m'empêche pas d'envoyer chez un neuro, ou un gériatre si besoin. Je pense qu'ils sont plus aptes que moi. Si vraiment, il y a besoin, je vois un peu comment ça se passe, euh, souvent je gère le problème tout seul. Mais si vraiment ça dépasse mes compétences, je n'hésite pas à envoyer à des confrères plus compétents que moi, je vous le dis franchement.

18. Pfff... C'est un vaste débat ça... je vais faire une réponse de Normand. Oui et non. Oui, parce que quelque part, je suis encore un adepte de la liberté individuelle, et que je trouve que les gens se mêlent de pleins de choses qu'ils n'ont pas à se mêler. Euh... non, parce que je dirais à la limite, quand on a besoin, on n'a pas, c'est le paradoxe. La population vieillit, on le sait tous, euh... gouverner c'est prévoir, mais je ne suis pas sûr qu'on prévoit, donc on ne gouverne pas. [...].

19. Une assistante sociale. Comme je vous l'ai dit ce n'est pas tout à fait mon rôle. Peut-être une meilleure communication du Conseil Général, par exemple. Qu'on sache exactement où on va, où on met les pieds. Pourquoi pas, aussi, quand il y a un problème, que l'assistante sociale, qui vient une fois par semaine à Campbon, prenne contact avec nous, ce qui n'est jamais fait. Même, la mairie, c'est-à-dire, c'est plutôt moi qui les sollicite, plutôt qu'eux qui me disent « bah voilà, on a mis ça en place, on va mettre ça en place », euh... Avec les SSIAD, ça pose pas de problème, je reçois régulièrement des courriers, ils me disent : « voilà, on a modifié ça, machin, est ce que vous voulez venir à l'assemblée générale ». Bon, je n'ai souvent pas le temps, mais... Au niveau du SSIAD, ça va, mais au niveau des autorités de tutelle, il y a un gros problème. Maintenant, c'est vrai qu'ils ont à penser plus haut que nous, mais bon, il faudrait revenir un peu sur Terre....

Homme, Médecin urbain.

1. 57 ans. Installation en 1984.
2. Je dirai 25 % à peu près.
3. J'ai fait un an d'internat à l'hôpital de la Seilleraye, qui était un hôpital de long séjour, et j'ai fait ma thèse sur la gériatrie, un sujet de gériatrie, effectivement. Mais je n'ai pas de DU ou de chose comme ça.
4. Oh par les tests classiques. Le test des 5 mots, le test de l'horloge, le MMS. Et puis après... on ne va pas dire le feeling... en discutant avec les patients, on voit bien. Par exemple, il n'y a pas très longtemps, une patiente m'a appelé pour faire son renouvellement, alors que j'étais passé la semaine d'avant, et elle ne s'en souvenait pas. Donc ça, ce sont des petits signes qui, quand même, tentent à prouver que ça va moins bien.
5.
 - a. Les aides à domicile, c'est la téléalarme, le portage des repas, c'est l'aide-ménagère, c'est l'infirmière éventuellement pour la toilette, les médicaments.
 - b. Bah l'APA aussi bien sûr... d'autres structures, éventuellement, là, comme la MAIA, qui est relativement récent à l'hôpital, mais qui semble intéressante. Euh voilà, des choses assez classiques.
6.
 - a. Je dirai, c'est plus euh... ce n'est pas la personne elle-même, rarement, c'est plus l'entourage proche, la famille, ou les soignants eux-mêmes.
 - b. Ça peut être le médecin, bien que ce ne soit pas complètement son rôle. Mais autrement, l'assistante sociale de quartier ou l'assistante sociale de la CPAM ou les gens de la MAIA.
7. Bah, quand même avec la mise en place de tout ça, le maintien à domicile devient difficile et que la famille, euh... déjà est ce qu'il y a un entourage ? Ou est ce qu'il n'y en a pas ? Il y a des personnes âgées qui n'ont pas d'enfants, qui n'ont pas de ... donc c'est beaucoup plus compliqué, ou bien l'entourage est loin, ou bien il n'y en a pas. Il arrive un moment où l'autonomie n'est plus suffisante pour rester à domicile.
8. Ben, il y a les maisons de retraite, bien sûr. Il y a l'hôpital Bellier, par exemple, c'est plus dans le temporaire, avec les maisons de repos qui peuvent suivre. Puis autrement, les maisons de retraite.
9.
 - a. Trop ! Bah, c'est variable, mais euh... c'est-à-dire, pour une même personne, la famille ou l'entourage fait des demandes dans plusieurs maisons, et comme malheureusement, les dossiers ne sont pas encore uniformisés, il faut qu'on en remplisse 3, 4 ou 5 pour dire la même chose à chaque fois, ce qui est très désagréable.

- b. Bah, à la demande des patients eux-mêmes, il y en a quelques-uns qui anticipent, ils sentent qu'un jour ou l'autre, ils pourront plus rester tout seuls, donc ils ont l'intelligence d'anticiper, de faire le choix eux-mêmes. Donc c'est à leur demande à ce moment-là. Ou alors, c'est à la demande, bah, de l'entourage.
10. Bah, moi, j'essaye d'anticiper, mais malheureusement, c'est plutôt... dans les faits, c'est plutôt dans l'urgence, puisque, les gens, tant qu'ils sont encore à peu près valides, ils disent non, non, ce n'est pas pour moi... jusqu'au jour où les choses se précipitent et ça devient un peu plus dans l'urgence.
- 11.
- a. Oh, ça va se produire quelques fois dans l'année. Je ne sais pas... 2 ou 3 fois peut-être, et encore... entre 1 et 3 fois, ça dépend des années.
- b. Oh, c'est plus souvent médical quand même.
- c. Bah, on les envoie... moi, si c'est possible, je contacte la gériatrie à Bellier, s'ils ont de place pour les prendre, puis sinon, si c'est vraiment une urgence, ça passe par les urgences du CHU.
- 12.
- a. La coordination, non, ça ne devrait pas être... Coordonner, de faire partie de l'équipe de prise en charge, oui, mais la coordination, non, ça ne relève pas de notre rôle.
- b. De qui... Bah, je ne sais pas si cette personne existe ou pas ! Euh ? le problème, c'est que tout le monde est débordé, les assistantes sociales en premier, puis il n'y en a pas suffisamment donc... on travaille en commun. Mais actuellement il n'y a pas vraiment... sauf peut-être cette structure MAIA, que j'ai découverte il y a pas très longtemps, qui semble être intéressante car justement il y des gens qui semblent destinés qu'à ça, et qui se chargent de mettre en place cette coordination et ça, c'est pas mal.
13. Non.
14. Bah, l'APA, si c'est ça dont vous parlez... l'APA, oui, bien sûr je connais
15. Bah, je vous dis, MAIA et puis le CLIC. Est-ce qu'on peut appeler ça une structure de coordination ? Oui, peut être... Il y a aussi... comment c'est... la MDPH... pour les personnes âgées... non, non, à la mairie... il y a... comment ça s'appelle ? A la mairie, il y a un truc, c'est pour le maintien à domicile des personnes âgées, euh... MDPA, ouais, voilà, c'est ça. Donc là, il y a une assistante sociale à la mairie qui n'est dédiée qu'à ça et avec qui on peut prendre éventuellement prendre contact.
16. Oui. Ça m'est arrivé. En tout cas de le recommander auprès des patients et des familles.
17. Ah oui.
18. Bah, c'est peut être quelqu'un d'extérieur qui pourrait me le dire. Bah, je me débrouille avec ce que j'ai, mais je ne connais peut-être pas tout. Non, effectivement, sûrement même.
19. Bah justement, quelqu'un qui coordonne, qui évalue. Parce que nous, on peut évaluer les besoins en termes médicaux, en termes de dépendance pure. Mais après il y a tout le côté social, environnemental, les logements pas adaptés, les problèmes financiers des patients parce que c'est souvent ça

qui nous pose problème. Car une maison de retraite, ça coûte cher, tout le monde n'a pas les moyens, les familles ne sont pas forcément présentes. Enfin si elles s'existent, elles ne sont pas toujours présentes. S'il y avait quelqu'un qui gère tout ça, et qu'on ait à s'occuper que du médical, ça serait très bien.

Femme, Médecin urbain.

1. 38 ans. Installation en 2012.
2. 20 %
3. Non.
4. Euh... Bah c'est surtout les structures fa... les familles qui font le premier signalement. Les majorités des patients que je vois sont, quand même, en maison de retraite, donc l'équipe médicale qui s'en occupe me le signale.
5.
 - a. Alors, ce sont les aides sur Clisson, il y a... des groupes, des associations qui prennent en charge les aides à domicile... les ADMR. Donc ça en premier lieu. Selon les pathologies, la possibilité d'avoir recours à des structures pour les maladies d'Alzheimer, des maisons d'accueil temporaire, pour des journées, l'accueil de jour.
 - b. Les aides financières, ce n'est pas moi qui m'en occupe, ça je ne sais pas.
6.
 - a. Les infirmières, pas mal et les familles.
 - b. C'est plutôt la famille, pour moi.
7. Plutôt sur la dangerosité de rester seul à la maison, le manque de soutien familial, euh... la non compréhension, même s'il y a un entourage, la non compréhension de consignes simples. Euh... chutes à répétition, euh... déambulation dangereuse. Enfin la structure maison n'est plus adaptée.
8. Les accueils temporaires, au sein des EHPAD, les accueils définitifs si on peut dire ça, les soins long séjour, type à l'hôpital de la Roche, des longs séjours hospitaliers, et des maisons de retraite privées.
9.
 - a. Cinq à 7 par an
 - b. La famille. C'est souvent la famille qui m'apporte le dossier
10. C'est plutôt anticipé
11.
 - a. C'est très, très rare. Une fois par semestre. Ne travaillant pas tous les jours, j'ai une activité de petit mi-temps, donc... moins d'une fois par semestre
 - b. Plutôt somatique

- c. Surtout aux gériatres en hospitalier, qui ont des accueils directs dans des services de gériatrie, notamment à Montaigu, l'hôpital de Montaigu, on demande directement le gériatre en ligne, et on organise l'hospitalisation directe.

12. Euh... On doit faire partie de l'équipe soignante décideuse, oui. Je trouve qu'on n'est pas les mieux pour juger car on ne connaît pas la maison dans laquelle ils sont, euh... c'est plus des gens, comme les infirmières... enfin, des gens qui sont passés régulièrement chez eux, qui sont plus au courant.

13. Non.

14. Pas vraiment.

15. Pour moi, l'hôpital de la Roche, à Clisson. Il y a des consultations géronto-psy, à Beaulieu à Nantes. A Montaigu, à l'hôpital de Montaigu. Une maison d'accueil pour les malades d'Alzheimer, pour décharger un petit peu les familles.

16. Oui. Mais malheureusement, je n'ai pas pu aller à leur réunion d'information. Euh, j'y ai eu parfois recours, mais c'était avec l'autre médecin avec qui j'étais avant, ça ne s'est pas reproduit. Pour des personnes atteintes d'Alzheimer.

17. Oui.

18. Non. Comme ce n'est pas la majorité de mes patients, que je récupère les patients du médecin que j'ai remplacé, les personnes âgées, elles arrivent là. Donc, en effet, ça n'était pas du tout la majorité des gens. Et je disais 20%, mais je pense que ça va augmenter. Il va peut-être falloir que je sois plus au fait...

19. Un référent, une personne référente, qu'on pourrait appeler tout le temps, enfin toute la semaine, sur la région, qui ait toutes les manettes, qui ait toutes les possibilités de nous aider à trouver la structure. Un site... je ne sais pas, un site internet, à jour, avec tout ce qui peut exister à 10 km à la ronde, très local.

Homme, Médecin urbain.

1. 44 ans. Installation en 1998.
2. Ça doit être en 10 et 20 %. 15 %, on a qu'à dire.
3. Oui. Gériatre. Capacité.
4. Comment j'évalue. Cliniquement... cliniquement surtout. J'utilise l'IADL, vous en voulez des échelles ? Non, déjà physiquement, la façon de s'habiller, la façon de venir à la consult, est ce qu'il y vient, est ce qu'il ne vient pas, accompagné ou pas... l'aspect général quoi... Après... la nutrition... ça fait appel à pas mal de choses, hein... les chutes, tout ça, ça évalue l'autonomie. La mémoire... Après les échelles, oui, en fonction de ce que je trouve, quoi.
5. Ici, j'utilise le CLIC, beaucoup, parce qu'il marche bien à Sautron. Les aides à domicile, c'est payant donc ça dépend forcément du budget des gens. Donc s'il n'y a pas de budget, il y a l'APA, donc la demande d'APA qu'on fait plus ou moins en urgence, ça dépend. Après, dans un premier temps, c'est le recours aux infirmières, après il y a le SSIAD d'Orvault, là, le service de soins à domicile, qui aide beaucoup, qui permet de faire la transition entre les soins cliniques, les soins médicaux et la dépendance vraie. Et après, ça me regarde plus. Non mais c'est vrai hein ! Quand c'est de l'autonomie pure, c'est du ressort de l'administratif, c'est le Conseil Général qui prend en charge. Après, les gens se débrouillent, ils vont voir l'ADAR, ils vont voir les structures privées.
6.
 - a. Les gens, les patients.
 - b. Bah, c'est moi ! Bah, ici, on est en semi rural. Donc l'infirmière a toute sa place, souvent elle participe aux toilettes et euh... souvent c'est elles qui font le relais, elles donnent des signaux d'alerte, quoi.
7. Euh, premier choix, c'est le souhait des gens, parce que le critère financier rentre en jeu, hein, évidemment. Après, j'essaye de retarder au maximum, sauf quand les gens sont rassurés, et qu'il y a un risque de chute et que ça devient délétère d'être chez eux, dans ces cas-là, oui.
8. A disposition, on a, ici à Sautron, une maison de retraite maintenant, un foyer logement, on a euh... un hébergement temporaire, on a des hébergements temporaires, on a des logements médicalisés, voilà...
9.
 - a. Par mois, je dois être à deux, trois.
 - b. Moi, c'est moi qui le provoque. Euh, j'en fais remplir, voilà. Ils sont inscrits, après, ça veut pas dire qu'ils y vont. Donc deux, trois. Pour moi, c'est une roue de secours
10. J'anticipe.

11.

- a. On va dire deux fois par an.
- b. Ça dépend si ce sont mes patients ou pas. Si ce sont mes patients, ce sont souvent des urgences somatiques. C'est à dire vraiment le conjoint défaillant, quoi, puis... le patient qui se casse le bras et le conjoint Alzheimer, voilà, hein, on n'a pas le choix. Quand ce ne sont pas mes patients ou que les gens n'ont pas été préparés, ça peut être des urgences sociales, oui.
- c. Oh là!... le premier recours qu'il ne faut pas faire, c'est les urgences, mais ce n'est pas ça. J'essaye de passer par Bellier, la plupart du temps. Donc, une hospitalisation retardée souvent de deux, trois jours. Il y a les urgences gériatriques à l'hôpital nord, donc ça, aussi, c'est pratique. On a une structure maintenant aussi à Brétéché qui est pratique aussi. Donc ça me laisse pas mal de choses. Et dans les cas extrêmement compliqués, il y a la MAIA, nouvellement arrivée... par le Conseil Général, quand même.

12.

- a. Euh, non... Clairement. Nous, on fait partie des intervenants, mais on n'a pas un rôle de coordination. Ce n'est pas notre boulot, on a déjà assez de boulot comme ça.
- b. Du Conseil Général ! Ils le font, c'est parfait, qu'ils continuent!

13. Non.

14. Ah bah, oui. Plutôt bien, hein. A travers le CLIC, déjà, hein. Après, il y a les formations pour les médecins généralistes, justement, sur la coordination. Les CLIC après, ça dépend de l'importance du CLIC, avec les différents niveaux de CLIC, hein. Plus le niveau est élevé, et plus il y a une coordination. Celui de Sautron est en train de gagner des échelons. Voilà, euh... Et puis, il y a la MAIA, on a des recours, quoi... Ça, c'est une prise en charge complète, quoi.

15. Bah voilà. Plus le CCAS d'Orvault, le CLIC a regroupé les anciens CCAS, donc euh... Le CLIC est basé à Sautron et regroupe l'assistante sociale de Sautron et le CCAS d'Orvault.

16. Eh bah, dès que je sens qu'il y a une perte d'autonomie chez les gens, j'envoie facilement sur le CLIC... j'envoie les gens, hein. Ça m'arrive d'appeler, pour signaler un isolement, par exemple. Une mamie défaillante qui veut rester chez elle, qui habite en campagne... Par le biais de l'APA aussi. Dès qu'il y a une demande d'APA, comme c'est centralisé par le CLIC aussi, ça permet de faire du repérage. Et, il n'y a pas que moi, les infirmières aussi signalent quand il y a besoin... donc voilà, ça devient la structure de référence, quoi.

17. Alors, l'équipe mobile de gériatrie, c'est un peu spécial... je ne sais pas ce que vous entendez... parce que l'équipe mobile, ça s'adresse à des gens hospitalisés, quoi... donc moi, ça me regarde pas, finalement. Donc, moi, j'envoie, oui, faire des consultations spécialisées... enfin, moi, étant gériatre, j'arrive à débrouiller le terrain quand même. Mais, oui, ça m'arrive, à Bellier, notamment dans les structures d'accueil et de bilan à la fois de chute, de nutrition et de troubles cognitifs.

18. Bah, c'est jamais suffisant... j'en connais pas mal, mais je pense qu'il y a encore des trucs que je ne connais pas, que je ne maîtrise pas. Mais je n'ai peut-être pas besoin de toutes les connaître

19. Un numéro de téléphone unique. Il ne va pas bien, on téléphone, et après... Enfin tout le côté social... nous, on peut gérer le côté médical, faut qu'on reste dans le médical. Le côté social, c'est insupportable, c'est chronophage, et, quand c'est organisé, ça permet de passer la main. Ce n'est pas notre boulot, quoi.

Homme, Médecin rural

1. 43 ans. Installation en 2001.
2. 25 %
3. Oui. Capacité.
4. Je fais un bilan gérontologique. J'utilise des échelles, j'évalue la dénutrition, le risque de chute, euh... la cognition.
5.
 - a. Aides humaines, c'est souvent aide à la toilette, portage des repas, euh... voilà c'est essentiellement ça. Les infirmières pour les soins et la surveillance de la prise des médicaments. Kiné aussi, beaucoup, je travaille beaucoup avec les kinés.
 - b. Euh, le plus souvent à domicile, on fait des dossiers APA.
6.
 - a. Souvent c'est moi qui fais la proposition, en s'appuyant... soit directement avec les infirmières, soit sur le CLIC, si on veut être plus général.
 - b. C'est partagé entre moi et le CLIC, souvent.
7. Demande du patient. Si je n'arrive pas à le convaincre du contraire, si j'estime que voilà... euh... Alors plus que la perte d'autonomie, l'épuisement des aidants, et quand je sens que les aidants n'en peuvent plus et n'arrivent plus à supporter l'idée qu'il soit à domicile.
8. Les maisons de retraite. Les hébergements temporaires qu'on utilise. Sinon, ce sont des longs séjours. Qu'est-ce qu'on a d'autre ?... Des accueils de jours, on n'en a pas beaucoup, je travaille avec Bellier, ou la maison des aidants, souvent on arrive à avoir des accueils de jour.
9.
 - a. Pas beaucoup. Euh... j'en fais peut être un par mois.
 - b. A la demande... rarement du patient, souvent à la demande de l'aidant.
10. Alors euh... la maison de retraite qui est sur Mauves, on a du mal à anticiper. Soit c'est les personnes qui veulent aller en maison de retraite, donc là, on anticipe parce qu'ils ont décidé que... voilà... mais, moi je n'adhère pas trop donc... Mais bon... donc ils sont sur une liste d'attente et, quand c'est l'heure, ils y vont. Mais souvent, ils sont relativement autonomes. Donc, généralement, moi, c'est relativement précipité, puisque soit c'est une perte d'autonomie brutale suite à un événement de la vie X ou Y, ou quand c'est anticipé, c'est parce que j'ai un aidant qui a poussé à la roue pour que ça se fasse. Voilà, la majorité des cas.

11.

- a. C'est assez rare, finalement. C'est-à-dire, que, l'impossibilité de maintien à domicile, soit c'est une urgence vraie euh... et je ne sais pas, ça doit m'arriver six fois par an, où je suis vraiment confronté, où il faut que dans la semaine ou dans les jours qui suivent, il faut qu'on ait une solution. Euh... sinon, ce sont des semi-urgences, où on a quand même quelques semaines devant nous pour organiser les choses.
- b. Euh... les urgences de confort, ce sont souvent des urgences sociales. Les urgences somatiques, entraînant un changement de domicile définitif, ça reste quand même... moi j'en ai assez peu. C'est plus social, l'aidant qui n'en peut plus.
- c. Quand je veux les placer rapidement, enfin, quand on a besoin... je travaille avec Bellier, avec l'hôpital Nord en entrée directe, ou avec Ancenis qui marche pas mal en entrée directe en service de gériatrie. J'évite les urgences, que ce soit pour le patho ou non.

12. Ah complètement, ouais. Indiscutablement, définitivement, oui.

13. Alors... implicitement, oui. Il n'y a rien de structuré, mais implicitement, oui. En plus, j'ai une formation continue.

14. Pas bien. Je sais qu'ils ont monté la MAIA, ils ont monté des choses, mais on est toujours un peu en bout de secteur donc euh... donc on est un peu au courant de ce qui se fait, mais c'est quand même très Nantais... donc on est un peu au courant, mais on est peu concerné...

15. Le CLIC essentiellement. Après nous, ça fonctionne assez bien, je travaille avec les 2 CLIC du coin.

16. Souvent euh... mise en place des aides, que ce soit mise en place des aides financières, finalisation du dossier d'APA. Euh, j'aime bien qu'ils viennent voir les logements, parce que généralement, on peut mettre des aides pour les modifications des salles de bains, des toilettes. Ils gèrent ça très, très bien... je n'ai pas trop le temps de m'en occuper... Ils montent les dossiers financiers, ils montent les aides du Conseil Général, tout ça...

17. Ça arrive, ça arrive, ouais, Bellier.

18. Dans mon petit coin, oui, je connais les structures... maintenant, je pourrais faire bénéficier probablement mes patients... je pense qu'il y a des structures que je ne connais pas bien. C'est assez superficiel, c'est vrai que...

19. Je pense qu'il me manque, mais c'est très compliqué, qu'il me manque un vrai centre de coordination, qui fonctionne bien, avec des assistantes sociales, et qu'on ait, un vrai réseau. Et qu'on ait un vrai outil informatique qui permette de fonctionner parce que...voilà... comme on ne peut pas tous se voir parce qu'on n'a pas le temps... mais je pense qu'il manque une sorte de dossier, un peu, qui ferait réseau. Où le CLIC pourrait... qui serait centralisé par le CLIC, et où on pourrait avoir les assistantes sociales, on pourrait discuter des patients, poser des questions, mettre en place des dossiers, sans qu'on ait besoin de se voir ou de se téléphoner tout le temps, parce que ça, c'est compliqué.

Homme, Médecin urbain.

1. 47 ans. Installation en 2002.
2. Moins de 25 %
3. Non.
4. Par l'interrogatoire de l'entourage et du patient. Par l'examen clinique aussi. Et j'utilise parfois quelques échelles.
5.
 - a. Les aides ménagères, les infirmières, La kinésithérapie et parfois les ergothérapeutes. Le portage des repas, la téléalarme. Et aussi l'ANSPA, l'HAD. et l'hôpital de jour de gériatrie.
 - b. L'assistante sociale, l'APA et le CLIC.
6.
 - a. Euh, tout le monde. Moi, mais le problème, c'est le refus des patients. La famille, puis le patient. Mais les limites sont le refus du patient.
 - b. Je donne le numéro de téléphone à la famille ou au patient. En cas d'urgence, c'est le Conseil Général. Et l'hôpital.
7. A priori sur des critères de dépendance. Lorsque le maintien à domicile est précaire, ou lorsque les aides à domicile sont débordées ou plus adaptées. Mais le problème est toujours le refus du mot institution et les conflits familiaux.
8. Les maisons de retraite, les EHPAD, les foyers logements... l'accueil de jour et les hébergements temporaires.
9.
 - a. Entre 0 et 5 par an. Mais souvent on doit remplir plusieurs dossiers pour le même patient.
 - b. La famille ou le patient.
10. J'essaie d'anticiper mais il y a des refus. Il faut attendre l'acceptation des gens.
11.
 - a. Quatre à cinq fois par an. Entre une fois par mois et une fois par semestre.
 - b. Urgence médicale.
 - c. Les urgences. Le CLIC mais pas brutalement car les visites sont payantes. L'APA d'urgence et les hébergements temporaires.

12. Oui et non. Il y a des limites, on ne peut pas tout faire. Il faut être disponible. Plus que la coordination, c'est la communication qui est importante, les infirmières m'appellent facilement. Ou il y a un cahier au domicile de la personne âgée. Chacun a un rôle à jouer, mais pas coordonner. Ça relève de tout le monde de coordonner, l'infirmière a beaucoup de travail, la famille et l'assistante sociale sont débordées.
13. Non.
14. L'APA.
15. Le CLIC.
16. Oui.
17. Oui.
18. Bah non... avec votre questionnaire, on a l'impression que c'est simple, mais non...
19. Euh... honnêtement, je ne sais pas... c'est compliqué. Je ne sais pas.

Femme, Médecin urbain.

1. 41 ans. Installation en 2010.
2. Euh... je dirais un quart... moins de 25 % je pense.
3. Non.
4. Bonne question. Euh... je pense que je n'évalue pas très bien, car je ne fais pas les grilles AG-GIR, des choses comme ça... Donc, je peux dire que je n'évalue pas... enfin je n'évalue pas... sur l'appréciation clinique, et après quand euh... je n'ai pas été tellement confrontée, non plus, vraiment, perte d'autonomie, encore. A chaque fois que ça s'est fait, c'était dans des situations un petit peu aiguës, quoi. Quand je sentais quelque chose, il y a eu des situations aiguës, qui ont fait que les personnes étaient hospitalisées, et donc évaluées.
5. Je ne sais pas, pas confrontée encore ! Je ne mets pas directement en place les infirmières. Donc... je n'ai pas beaucoup de personnes qui se sont dégradées à un tel point, et les personnes que j'ai déjà en charge, qui sont dépendantes, elles sont en institution.
6.
 - a. Euh... le conjoint, souvent quand on évoque, c'est le conjoint plutôt que la personne.
 - b. Euh, je dirais, qu'à chaque fois... plutôt ça a été le conjoint et les enfants, et plutôt les enfants. Ce n'est pas très fréquent.
7. Alors, je n'ai jamais été confrontée encore. Et si... critères de dépendance, euh... l'état physique, et environnement familial.
8. Euh bah... moyen terme, il y a tout ce qui est maison de convalescence, c'est comme ça qu'on les appelle. Et puis après les EHPAD. Il me semble qu'on peut avoir des moyens et des longs séjours.
9. Ah, je n'en ai pas encore rempli depuis 3 ans. Non je pense que j'ai beaucoup moins de 25 % de la clientèle.
10. Je dirais que euh... J'ai du mal à répondre euh... Non je pense que... Je ne suis pas sûre de bien anticiper, j'aimerais bien anticiper, mais je ne suis pas sûre de bien anticiper. C'est une habitude, je pense, de gérer. Et comme je n'ai pas de patients très âgés... Non, si je devais être juste, ce serait en urgence.
11.
 - a. Là, je ne peux pas répondre. Je n'ai jamais eu le cas.
 - b. Ne sait pas.
 - c. Une hospitalisation, oui. J'essayerais de faire une entrée directe au maximum... après ça dépend de la cause. Si raison médicale, hospitalisation en évitant les urgences, au maximum, mais ce n'est pas toujours possible. Et j'imagine que si c'était... pas de prise

en charge médicale spécifique, j'essayerais les moyens séjours et via euh... c'est compliqué, souvent on fait en direct.

12.

- a. Non, ce n'est pas nous qui devons coordonner. On est acteur mais... C'est compliqué... non je ne suis pas sûre qu'on doive être à la tête.
- b. Euh... bonne question... je pense qu'il n'y a personne dont c'est uniquement le métier. Je pense qu'on a suffisamment de travail.

13. Non.

14. Non.

15. Le CLIC, je sais ce que c'est, mais...

16. Non.

17. Oui, je l'ai envisagé mais... il se trouve qu'il y a une situation d'urgence qui a interféré, mais oui. Il y a quelques personnes, si je sens que ça se dégrade, je pense que j'y viendrai.

18. Non.

19. D'avoir éventuellement, un... je ne sais pas si ça existe... un référent unique sur ce qui existe, mais avoir un référent unique.

Homme, Médecin rural.

1. 58 ans. Installation en 1985
2. Ils vieillissent avec moi donc... à priori, les plus de 75 ans, 50 %.
3. Non.
4. Bah d'abord cliniquement, en les examinant, euh... en allant les voir chez eux, et souvent, l'interpellation de l'entourage.
5.
 - a. Après, on a l'ADMR, l'association des familles rurales qui permet d'avoir les aides ménagères à domicile. Il y a des gens qui ont les moyens qui se payent eux-mêmes les gens, mais enfin, ici, ils n'ont pas beaucoup de moyens. Sinon, on a un service de maintien à domicile, qui est une hospitalisation, enfin... sur prescription médicale, à domicile, il y a un certain nombre de lits. Et puis l'HAD. Et puis j'ai une EHPAD, enfin, on a plusieurs EHPAD, où j'interviens... j'interviens à celle de Saint Mars La Jaille.
 - b. Alors c'est les dossiers APA qu'on remplit, ici, on nous demande tout donc euh...
6.
 - a. Bah, ce sont souvent les gens. On est en milieu rural, donc il y a le phénomène bas de laine, qui existe depuis toujours. Heureusement, ça a un peu changé, parce qu'il y a une époque, moi je savais ça par les assistants sociaux ou par des gens en mairie, qu'il y en avait qui mettaient ça sur le livret de caisse d'épargne et voilà... C'est souvent la demande familiale, ou des gens parce qu'ils sont au courant. Alors là, le premier truc qu'on fait remplir, c'est un calcul de degré de dépendance avec le dossier APA du Conseil Général là...
 - b. Alors euh... moi et les patients. Moi, quand je vois qu'il y a une aggravation, on a un SSIAD... on a un CLIC aussi, qui est à Ancenis. Quand moi, j'ai évalué un degré de dépendance, je le demande. Parfois, c'est à la demande de l'entourage.
7. Lorsqu'il y a une perte d'autonomie, et dangerosité de rester à domicile, tant sur le plan médical, que sur le plan... tout court quoi...
8. Bah il y a en plein... on a une EHPAD ici... moi, je suis tellement loin de tout... Deux hôpitaux locaux, Ancenis et Châteaubriand, avec des services de médecine, et puis des services de moyen séjour, qui permettent de trouver une solution euh... plus prolongée. Après, dans les situations urgentes, on a un Hôpital Local, à Candé, avec un service de soins de suite et une EHPAD, ça c'était très bien comme système. Je dirai que c'est le meilleur système qu'on avait ça, on suivait entièrement des gens. Sinon, il y a une création de SSIAD, il y a l'ADMR... enfin, ce n'est pas pour l'hébergement, mais le SSIAD, c'est pour le maintien des gens à domicile. Je dirais qu'en priorité, on essaye de maintenir les gens à domicile parce que ce qui coûte le plus cher, ce sont les frais d'hébergement, et puis quand il commence à y avoir des troubles cognitifs en particulier, s'ils peuvent rester chez eux, c'est mieux, mais après c'est

selon l'évolution... Moi, ce que je constate, c'est que les gens qui entrent en EHPAD, ce sont des gens qui relèvent à 90% du long séjour. Donc, je dirai maintien à domicile avec tous les moyens qu'on a, AMDR, portage des repas, euh... je dirais, le maillon un peu manquant, c'est la nuit, mais on peut arriver maintenant dans des situations d'urgence... on a un service de garde, mais bon, il y a tout un tas de demandes, ça c'est un peu compliqué.

9.

- a. De demandes de maison de retraite euh... je ne sais pas, entre 20 et 30 par an.
- b. Généralement ça, c'est les... alors, ça, ce n'est pas moi qui m'en occupe, c'est les gens qui vont voir pour s'inscrire. Et donc, dans chaque maison de retraite, il y a un médecin coordonnateur avec un dossier pré-rempli, qu'ils me redonnent. C'est à la demande de la maison de retraite, de l'EHPAD.

10. Ah, j'essaye d'anticiper, mais le problème, c'est que ça a un coût financier important. C'est le prix d'un hôtel deux ou trois étoiles, donc pour les gens qui ont des aides, ça va... Si, j'essaye d'anticiper.

11.

- a. Euh... l'impossibilité de maintenir à domicile... c'est-à-dire qu'il y a une urgence, et que je suis obligé de faire hospitaliser les gens... ah oui, c'est relativement fréquent... oh oui... je suis obligé de faire hospitaliser, quelque soit la raison... ou bien deux ou trois fois par mois, au moins.
- b. Les deux. Les urgences médicales... on soigne mieux les gens qu'avant, hein... mais oui les deux, car il y a parfois des personnes seules, dans des situations catastrophiques... heureusement, là, on a un réseau avec l'HAD, le CLIC, tout ça. On essaye mais bon...
- c. Ah bah, c'est l'hospitalisation. L'hospitalisation, soit dans un service de médecine si c'est un problème médical. Ça m'est arrivé parfois, de faire entrer directement des gens en soins de suite, hein... Mais quand je n'ai pas de solution, c'est l'hôpital. Je fais des entrées directes mais ce n'est pas toujours facile quand vous passez à 16h30 ou 17h, vous voyez quelqu'un qui est tombé par terre, ou je ne sais pas quoi... j'appelle toujours, j'essaye les entrées directes mais c'est très compliqué.

12. Bah oui quand même! Surtout en milieu rural... ou alors... Par contre, je trouve qu'il y a un peu trop d'acteurs, voilà... je trouve qu'il y a un peu trop d'acteurs. Moi, si je n'interviens pas... c'est vrai que j'aimerais mieux ne pas le faire, perdre moins de temps, mais on a quand même notre mot à dire. Excusez-moi, mais si c'est pour faire intervenir quelqu'un qui travaille de 8h à 17h et puis à 18 h, « Ah bah tiens, si on va appeler le médecin de famille. », je ne suis pas d'accord, là. Là, on a un rôle quand même. Ça, j'ai même tapé du poing sur la table, souvent. Parce que, quand on a mis en place l'HAD, c'était Nantes au départ, qui était relié à Ancenis, maintenant, il y a vraiment un médecin sur Ancenis, elle a bien compris qu'il fallait m'appeler. Et puis ce n'est pas la peine qu'on soit deux médecins en même temps, qu'on soit complémentaire, faut qu'on intervienne, enfin... Faut qu'on participe à la coordination, après est-ce que c'est à nous de diriger les équipes ? Non, mais on a quand même notre mot à dire.

13. Non.

14. Bah oui, il y a déjà les dossiers APA, il y a des médecins qui évaluent, notamment quand on demande un dossier APA, ils vont voir si c'est en adéquation... voilà, ça a surtout un côté budgétaire, surtout. Bah oui, les allocations sont données par le Conseil Général, selon les revenus.

15. Le CLIC à Ancenis, alors ça c'est vraiment le numéro... c'est le SAMU social! C'est plus pour les situations urgentes. Après il y a le SSIAD, mais ce n'est pas que les personnes âgées. Bah c'est toutes les EHPAD, hein. Je sais qu'il y a une équipe sur Ancenis, mais je reproche qu'on ne travaille pas du tout ensemble, euh... gérontologie mobile, là... je ne sais pas trop ce que ça veut dire. Je trouve que c'est un peu l'usine à gaz, elles font de supers bilans, elles donnent des notes, et ça, ça m'agace un peu. On ne travaille pas assez ensemble, je trouve. Il y a des gens qu'on suit depuis 20 ou 30 ans, et puis on met une note, « ah bah non, Dipipéron®, ce n'est pas bien, hein, faudrait pas être sous Dipipéron®. »... bon d'accord, hein... donc, ça, ça a été mis en place il y a pas très longtemps à Ancenis, donc il y a l'équipe de gérontologie mobile.

16. Oui, dans des situations d'urgences, la plupart du temps. Surtout médico-sociales. C'est-à-dire qu'il y a besoin d'une place en maison de retraite, et puis on s'inscrit, et puis on a une place dans 15 ans, alors qu'on la voudrait la semaine d'après... j'exagère, mais bon... ils peuvent nous ouvrir des pistes... mais, c'est nous, au quotidien, qui trouvons les places, hein.

17. Bah, il y a une équipe qui s'est mise en place, mais on n'a pas de relation du tout, à Ancenis. Plus sur Châteaubriand, oui ça arrive. Et puis j'ai des correspondants neurologues depuis des années avec qui je travaille aussi.

18. Bah, il y a toujours à apprendre, hein. Bon, je me forme. Oui... non, non... si, si, j'ai des choses à apprendre, mais j'ai aussi une expérience à faire partager car ça fait 28 ans que je suis là, je pense que je commence à... Bien sûr, bien sûr qu'il y a des choses... en tant qu'EPU... enfin je me forme aussi, hein... tout ce qui est thérapeutique de la personne âgée. On a toujours des choses à apprendre.

19. Bah ce serait déjà de me soulager du travail au quotidien! C'est de diminuer ma surcharge de travail, mais c'est un problème de médecine générale, en général, hein... C'est de me soulager sur les tâches administratives, c'est le temps qui nous manque... Après, c'est plus sur les tâches administratives, et puis... il y a 20 ans, les gens rentraient plus jeunes en maison de retraite, on a un manque énorme de prise en charge des gens qui relèvent d'un long séjour. Voilà, on manque de longs séjours en France, et c'est pas satisfaisant actuellement la prise en charge en EHPAD, parce que... j'ai encore arrêté une aide-soignante hier, elles sont débordées, elles n'en peuvent plus. Dès qu'il y a une épidémie, on manque de personnel, quoi. Ça, ça me choque, actuellement, il y a tant de chômage et que, dans un domaine, où pourtant il y a de l'emploi, on l'utilise pas plus. Il faut qu'on crée des emplois dans ce domaine, voilà! C'est ça qui pourrait nous aider, parce que des fois il y a du boulot que je fais, moi, qui n'est pas du tout mon métier. Mais voilà, la médecine générale, c'est ça aussi.

Femme, Médecin rural.

1. 35 ans. Installation en 2009.
2. Très peu, je ne sais pas... 5 %.
3. Oui, j'ai la capacité de gériatrie.
4. Alors, c'est vrai que je n'en ai pas beaucoup, donc au final, tout ce que j'ai appris, je commence un peu à l'avoir moins en tête. Disons que je n'ai pas beaucoup l'occasion de l'utiliser, donc aujourd'hui j'évalue euh... j'utilise peu les tests qui existent, pour l'instant. Donc sur l'examen clinique, l'entourage et l'interrogatoire, mais c'est vrai que j'utilise peu... je fais des MMS quand même de temps en temps. Si, celui que je fais de temps en temps, c'est le Tinetti, je ne me trompe pas ? Quand on se lève avec la chaise, là, pour le risque de chute, un petit peu sur un pied, sur deux pieds, voilà. En gros, c'est un peu ceux-là que j'utilise pour la mobilité, risque de chute et un petit peu la mémoire.
5.
 - a. Ça va être surtout aide-soignante, passage aide-ménagère, aide à la toilette. C'est celles-là les plus fréquentes.
 - b. Je n'ai pas eu beaucoup l'occasion en pratique de demander l'APA.
6.
 - a. Alors soit à la demande de la famille, soit parce que moi, je dis que ça pourrait, peut-être, être bien.
 - b. Je pense que c'est la famille qui les met le plus souvent en place. Moi, souvent, je peux parfois donner une idée, ou quoi, ou parfois... Je les envoie souvent aussi sur le CLIC du Louroux-Boutterau qui est assez dynamique. Donc, j'ai aussi tendance à leur dire de s'arranger directement avec le CLIC.
7. Souvent sur un épisode aigu. Sur une perte... sur quelqu'un qui est déjà en maintien en domicile avec un problème aigu. Mais par contre j'anticipe bien les inscriptions en maison de retraite. C'est quand même le truc qui est resté ! On ne fait pas d'inscription au dernier moment, c'est quelque chose dont on discute.
8. Les EHPAD, les hébergements temporaires pour, un petit peu, les vacances, euh... en hébergement, c'est essentiellement ça. Quand il y a des problèmes de mémoire, ou une démence vasculaire ou d'Alzheimer, j'oriente vers l'accueil de jour.
9.
 - a. J'en remplis 2 par an c'est tout.
 - b. De la famille. Les patients ne sont quand même jamais très pressés d'y aller, donc c'est plutôt les enfants qui demandent.

10. J'anticipe les inscriptions.

11.

- a. Quand même, une fois par an, les patients que j'ai eus... j'ai eu besoin d'avoir recours à une hospitalisation aigue parce que c'était trop compliqué, suite justement à une chute ou à un truc...
- b. Là, en pratique, ça a plutôt été des urgences somatiques que sociales.
- c. Alors, soit je fais appel au service de gériatrie aigue à Nantes, sur Laënnec, soit sur Bellier.

12. Oui, mais après en pratique, ça reste toujours un peu compliqué au niveau du temps. Mais oui, ça fait quand même partie de notre rôle.

13. Non, j'avais commencé un petit peu, puis j'étais enceinte, donc c'est plus compliqué...

14. Euh, je ne suis pas sûre... j'ai en tête, par exemple, les histoires de canicule, je ne sais pas si c'est eux qui gèrent ça, tous les étés, on reçoit un peu des papiers pour connaître ça. Euh après, je pense euh... c'est le seul truc qui me vient...

15. Euh... bah le CLIC en fait partie, euh... après je ne sais pas, mais d'autres trucs qui peuvent être utiles comme l'hospitalisation à domicile, ou RESPAVIE, le soin palliatif, mais après, non, à part le CLIC euh... La MAIA, j'en ai eu la présentation à une formation FMC où j'étais allée... et ça avait été, justement sujet à discussion parce que je crois que tout le monde avait un peu de mal à voir la place que ça pouvait prendre par rapport au CLIC, justement. Et euh... moi, je n'ai jamais eu recours à la MAIA. Mais j'avais eu l'information, mais je n'y pensais même plus trop. Mais je pense, que dans le coin, je ferais plus appel au CLIC... après, euh... le CLIC de Nantes me paraissait moins actif que le CLIC d'ici, donc peut être qu'à Nantes, la MAIA peut être plus utile.

16. Oui. Pour les choses administratives, en fait. Pour pouvoir avoir la liste des choses qui existent, pour pouvoir avoir de l'aide dans la rédaction, voir un peu les pièces qu'il faut fournir et voir financièrement ce à quoi ils ont droit.

17. Oui, plutôt aux consultations gériatriques, justement soit Bellier, soit le Louroux- Bottereau.

18. Non, je pense que je les connais bien, mais que je pourrais les connaître mieux et que, ce que je regrette surtout, c'est que... et je n'arrête pas de me dire, faut que je le fasse, c'est d'être un peu plus en lien avec les assistantes sociales pour connaître un petit peu mieux... précisément, les choses qui existent, parce que les structures hospitalières, ça va, on a aussi les hôpitaux locaux ici, l'hôpital du Louroux-Botttereau, l'hôpital local de Clisson, ils font aussi des accueils, au Louroux-Botttereau, ils font aussi des consultations gériatriques, des évaluations. Après, c'est plus sur les aides, leur mécanisme, le coût, leur fonctionnement, où je vois à peu près, mais je pense que je n'ai pas toujours des réponses précises... et je pense que quand on est dans ces situations-là, on a besoin d'avoir des réponses précises. Et c'est vrai que j'ai tendance pour ça, à envoyer un petit peu au CLIC.

19. Bah, moi je trouve qu'il y a quand même pas mal de choses mises en place depuis Monsieur Berrut à Bellier. Je trouve que le réseau gériatrie, il y est plutôt bien donc que... je pense qu'au fur et à mesure du temps, je vais aussi avoir de plus en plus de personnes âgées... donc aujourd'hui, j'ai pas beaucoup de choses à demander... je trouve que les entrées directes se font bien, on arrive à avoir des consultations d'évaluation, enfin... je trouve que les choses sont plutôt pas mal.

Femme, Médecin urbain.

1. 35 ans. Installation en 2010.
2. Je dirais 20, 30 %.
3. Non, du tout.
4. Comment je l'évalue en consultation... avec l'interrogatoire de l'entourage... soit le conjoint, soient les enfants. Du coup, on est alerté par ça. Et après, du coup, je vais poser des questions à la personne, sur le quotidien de la personne et... en visite, on voit beaucoup de choses, parce qu'on voit qu'il y a des marches pour descendre les escaliers, j'ai une patiente comme ça, qui peut pas... elle reste chez elle à cause de ça, tout simplement. Donc on voit beaucoup de choses en visite aussi. Et puis, après, quand je commence à voir... ce n'est pas l'autonomie... mais si, quand je commence à suspecter un début de syndrome démentiel, je fais au moins un MMS, et voilà.
5.
 - a. Alors, aides humaines, les aides à domicile, euh... aides aux courses, au ménage. Ça beaucoup. Euh... bah éventuellement infirmières pour les toilettes. Et puis voilà. Les plus fréquentes. Les portages de repas aussi, je mets en place.
 - b. Les aides financières, là, je leur demande d'aller voir l'assistante sociale. Je me sens pas du tout capable... je leur dis « allez voir l'assistante sociale » et ils y vont. Cela dit, j'ai le nom d'une assistante sociale chez qui je peux les envoyer.
6.
 - a. C'est une bonne question ça... Souvent c'est moi qui le propose, c'est plus souvent dans ce sens-là. Je dirais que c'est quand même plus l'entourage, c'est souvent le conjoint qui est épuisé de devoir faire pour l'autre.
 - b. C'est souvent les enfants... ouais, les enfants. C'est-à-dire que moi, je donne... je prescris seulement le papier, en leur disant où il faut appeler. Et souvent, c'est les enfants.
7. En fait j'essaye, quand je commence à voir qu'il y a une perte d'autonomie, à partir du moment où il y a des aides ménagères, je leur demande de prévoir et de demander... de faire des dossiers. Quels critères... il y a déjà l'envie du patient car il y a des patients qui s'accrochent à leur domicile. Tant que c'est possible avec les aides à domicile... voilà, donc c'est beaucoup l'envie du patient. Puis quand on commence à voir que c'est dangereux, euh... voilà.
8. Euh... je ne suis pas très bonne... les soins de suite, et puis sinon, les maisons de retraite. Et les hébergements et les accueils de jour, ce sont les gériatres qui mettent ça en place.
9.
 - a. Je dirais 2 ou 3 par mois.
 - b. La famille. Mais souvent, c'est parce que je leur ai demandé de s'en occuper.

10. Ça s'est rarement fait dans un contexte d'urgence, j'anticipe en général.

11.

a. Ça m'arrive deux fois par an.

b. Somatiques. En fait ce sont souvent des gens qui avaient déjà une perte d'autonomie débutante et qui vont avoir une perte d'autonomie brutale. J'ai une patiente par exemple, qui a une BPCO, et qui a eu besoin de plus d'oxygène, etc...

c. Alors comme souvent, c'est une urgence somatique... bah une la dernière, je l'ai faite hospitaliser en pneumo directement, elle a eu une place directe... voilà, j'essaye d'avoir quelque chose de directe. Alors j'ai eu une fois, ça, c'est très bien, le réseau de gériatrie à Nantes, ça a très bien marché, un rendez-vous en hospitalisation directe en deux ou trois jours. Et comme ce n'était pas urgent à la seconde, on a pu attendre.

12. Ah oui, oui. Ah oui, mais on n'est pas très... enfin... euh... pfff... oui et non car je pense que l'assistante sociale gère beaucoup, et moi je me sens pas formée pour tout coordonner. Je trouve que ça marche pas trop mal, quand la famille suit bien, ça marche pas trop mal. Ils n'ont pas trop besoin de moi, en général. Moi je remplis les dossiers et puis ...

13. Non.

14. Du tout. Souvent les patients sont au courant avant moi. Ils se sont renseignés sur les aides à domicile et après ils me demandent, et on en parle ensemble. Mais très souvent, ils sont au courant avant moi.

15. Ah bah euh... de coordination... je ne sais pas si c'est une structure de coordination mais... je trouve que... l'équipe mobile de gériatrie, elle, je la connais et c'est très bien. Je l'ai appelée une ou deux fois... donc voilà, je ne connais que ça, je dirais...

16. Non. Je ne connais pas.

17. Oui beaucoup. Beaucoup pour les syndromes démentiels débutants. Moi, je suis contente, ça prend un peu de temps pour avoir le rendez-vous, par contre, il y a une vraie prise en charge globale qui fait, qu'après, on est un petit peu... on suit, mais de loin... c'est bien géré.

18. Non. Mais, d'un côté, ce n'est pas suffisant, mais, d'un autre côté, je me débrouille avec car il y a un relais qui est fait. Je me sens pas très à l'aise là-dessus, mais finalement, ce n'est pas grave, j'ai l'impression que mes patients n'en souffrent pas car ils ont d'autres structures, un relais.

19. Euh... d'avoir des avis euh... moi ce que je trouve difficile, c'est la poly-pathologie. De pouvoir avoir des avis rapides et faciles par un gériatologue, au téléphone... ou d'avoir des consultations avec un gériatologue. Pas forcément une hospitalisation, voilà... ce serait ça, car je trouve difficile de savoir où on s'arrête, euh... dans toutes les pathologies...

Homme, Médecin urbain.

1. 36 ans. Installation en 2008.
2. 10 %.
3. Non.
4. Euh, je n'ai pas d'outil à part la grille AGGIR qu'on me demande de temps en temps, quoi, qui peut évoluer. Sinon, je n'ai pas d'autres outils. Ça va être sur l'entourage, sur la clinique ? Ceux que je vois en visite, ça peut se voir assez rapidement, mais après, ça va plus être l'entourage.
5.
 - a. C'est soit les prescriptions d'infirmières à domicile pour les soins du matin. Et je travaille beaucoup avec le SSIAD sur Orvault et le CLIC. Puis après les liens entre eux, je ne connais pas.
 - b. Euh, alors, il y a l'APA, par les demandes d'APA. En aides financières, je ne vois que ça.
6.
 - a. Ça vient plus de la famille que de moi ou du patient
 - b. En général c'est la famille.
7. Euh... alors là... en général, il y a la perte d'un des deux du couple. J'ai quelques personnes âgées qui vivent en couple, et quand il y en a un qui part, en général, ça va assez rapidement. Ça peut être à la suite d'un problème aigu, suite à une hospitalisation, au retour en fait à la maison. Et j'en ai pas mis... j'en ai peut-être deux ou trois que j'ai adressés, enfin... que j'ai orientés vers la maison de retraite. Mais pour l'instant, je n'ai pas une expérience énorme.
8. Alors, ça je trouve qu'il n'y en a pas beaucoup, ou alors on n'est pas au courant. Quand je fais les demandes auprès du CLIC ou de l'assistante sociale, euh... à part certaines maisons de retraite qui prennent une semaine ou deux, euh... et puis l'UCC, enfin j'ai eu affaire à l'UCC pour deux patients, à Beauséjour, là... C'est tout, après je n'ai pas l'impression qu'on ait accès facilement aux structures de moyen séjour, de convalescence ou de chose comme ça. J'ai mis un accueil de jour en place une fois, via le CLIC.
9.
 - a. Je dirais trois ou quatre par an.
 - b. Moitié patient, moitié famille.
10. Bah, j'essaye d'anticiper, mais le peu de mise en place qu'on a fait, l'hôpital nous a quand même aidés pas mal. L'UCC pour deux patients, là. J'aimerais anticiper plus mais ce n'est pas évident, je trouve...

11.

- a. Entre une fois par mois et une fois par semestre.
- b. Plutôt somatique
- c. Bah j'essaye... je me mets de plus en plus souvent en relation avec le service de gériatrie aigue. Et là, les deux derniers patients pour qui j'ai eu besoin, ça s'est fait en 48 heures. On n'est pas passé par les urgences, et ça je trouve que ça fonctionne bien, pour le moment je n'ai pas une trop forte demande, mais c'est vraiment, pour moi, la solution.

12. Bah moi je trouve qu'on n'a pas assez de... on n'est pas assez informé du réseau qui existe. Moi je me repose pas mal soit sur l'assistante sociale de la mairie, soit sur le CLIC, en fait. J'encourage les patients à se renseigner auprès de l'assistante sociale de la mairie, qui logiquement, a le réseau.

13. Non.

14. Non.

15. Non, je n'en connais pas.

16. Bah oui. Pour la mise en place des aides, je pense qu'ils doivent coordonner le portage des repas, etc...

17. Euh... plus pour des problèmes aigus, organiques mais pas sociaux.

18. Non.

19. Bah soit des soirées de formation dans le cadre de nos FMC, en fait. Avoir un intervenant qui puisse nous réexpliquer un petit peu tout ça. Que ce soit sur le plan des aides, ou qui gère quoi. Justement par rapport au Conseil Général, la mairie, ou les soins avec la CPAM... Moi, je ne me souviens pas avoir été formé là-dessus pendant mon cursus. Ce n'est pas évident de savoir... enfin sur une pyramide, sur un organigramme, de placer tous ces organismes. A part les infirmières libérales, qui font comme nous, un travail en solo, et puis ce qu'on leur demande de faire.

Homme, médecin rural.

1. 49 ans. Installation en 1995.
2. 15 %.
3. Pas du tout.
4. Je n'ai pas de... En posant des questions sur les actes de la vie quotidiennes, par rapport à ce qu'ils faisaient avant, et qu'ils ne font plus. Je n'ai pas d'échelles.
5.
 - a. Je fais souvent appel au CLIC quand c'est un peu compliqué, qui met en place beaucoup de choses. Il peut y avoir les infirmières et puis toutes les structures qui interviennent à domicile, les structures pour la toilette, pour les aides quotidiennes. Donc il y a plein de structures sur le Pallet. Sinon, qu'est-ce qu'il y a... La kiné peut intervenir aussi.
 - b. On fait souvent les demandes d'APA. Ça s'est fait souvent. Quand c'est un peu compliqué, c'est le CLIC qui s'en occupe, qui nous envoie les demandes d'APA... Le CLIC, c'est vraiment très bien, hein.
6.
 - a. Je ne sais pas... je pense que la famille est souvent demandeuse... La famille est demandeuse. Je pense que pour les patients, il y a un frein. Les personnes âgées, il y a un frein, pour eux, ils attendent le plus longtemps possible. Et, nous, on propose. Mais souvent, la famille est demandeuse.
 - b. La famille, et le patient. Ou le CLIC, jamais moi.
7. Quand je m'aperçois que l'autonomie commence à diminuer, euh... que les patients... d'autant plus qu'il y a une poly-morbidité, euh... un isolement, c'est-à-dire qu'il n'y a pas de famille autour, euh... voilà.
8. Les EHPAD, les maisons de retraite, les services de soins polyvalents, les hébergements temporaires, en raison de l'absence de l'aidant, ou de l'épuisement de l'aidant. Les hébergements temporaires, c'est souvent en EHPAD.
9.
 - a. J'en remplis une dizaine par an.
 - b. Eh bien des fois, lorsque vraiment il y a une perte d'autonomie... moi, je prévois les choses souvent en amont, avant que les gens soient... aient vraiment perdu leur autonomie, je les sensibilise beaucoup, alors qu'ils sont encore autonomes. On voit qu'ils prennent de l'âge qu'ils sont isolés. C'est-à-dire que ça peut être à ma demande en leur disant « écoutez, ça ne vous engage à rien, mais au moins ce sera fait. ». La famille aus-

si, souvent la famille. Les patients aussi, ouais. Je ne peux pas vous dire en pourcentage. Moi, en général, par expérience, je vois que des fois, on arrive à des situations catastrophiques, donc je les encourage à le faire le plus tôt possible.

10. Oui.

11.

- a. Ce n'est pas très fréquent... moi, j'en ai pas beaucoup, hein, vous avez vu, 15 %. J'en ai deux par an.
- b. Moi, c'est plutôt somatique.
- c. Alors, je fais assez appel au MAG, service aigu gériatrique. Quand j'ai un problème aigu gériatrique, je n'envoie pas forcément aux urgences, sauf s'il n'y a pas le choix, et que ça motive. Quand il y a besoin quand même d'une évaluation, etc... je téléphone assez facilement au MAG. Et j'ai souvent un gériatre en ligne, et puis on en parle, et puis on voit ce qu'on fait.

12. Bah, évidemment, on en fait partie, oui. Ce n'est pas notre rôle exclusif, car ça prend du temps, hein. Et donc nous, on n'a pas beaucoup de temps. C'est pour ça que le CLIC est bien car faut passer des coups de fil, etc... remplir les dossiers, ça prend du temps, vous ne pouvez pas vous imaginer, il y a toujours des choses à remplir. Donc, c'est très chronophage, tout ça. Quoi qu'il en soit, le CLIC... à un moment, c'est à nous de remplir l'APA, de remplir... on en fait partie, on est un des effecteurs pivots.

13. Non.

14. Euh... alors, euh... à part l'APA, je ne suis pas très renseigné là-dessus. Le côté financier, ils en parlent quand les structures interviennent. Parce que, nous, on est pas toujours très informé de tout ça. Alors nous, on gère, on propose...

15. Le CLIC.

16. Pour mettre en place les choses.

17. Alors, pour des problèmes de dépendance... je fais appel à des structures pour évaluer, pour faire des évaluations gérontologiques. Et je fais appel à deux structures, euh... aux consultations à Bellier, et j'utilise beaucoup, surtout pour des consultations mémoire, les structures de Beaulieu.

18. Pour le moment, oui, ça va... écoutez, peut-être que je suis dans une profonde ignorance, et on pourrait mieux aider mes patients, mais pour le moment ça passe assez bien.

19. Le CLIC est assez réactif, quand même. Donc moi, je n'ai pas tellement de souffrance dans ce domaine- là, le CLIC est assez réactif, il nous appelle directement au téléphone, euh... j'ai l'impression que ça passe bien. Peut-être qu'on pourrait optimiser les choses... J'ai l'impression que ça va bien.

Femme, médecin urbain.

1. 59 ans. Installation en 1982.
2. 10 %.
3. Non.
4. J'évalue par le nombre d'aides qui vient à domicile, c'est surtout ça. Quand ils sont seuls chez eux, ils ne sont pas dépendants. A partir du moment où ils ont une aide, c'est qu'ils sont dépendants. Voilà.
5.
 - a. Les aides ménagères, les aides-soignantes, les infirmières, les kinés.
 - b. Je remplis les dossiers APA. Quand ils ont des mutuelles particulières, des fois je leur demande de faire appel à des aides de leur mutuelle.
6.
 - a. Les enfants, parce qu'en général, les gens âgés ne demandent rien. C'est rare. Souvent c'est moi qui propose, et parfois ce sont les enfants qui demandent.
 - b. Moi je remplis les papiers, et ce sont les enfants, l'entourage proche qui fait les démarches.
7. Ce sont des gens qui sont isolés, et qui n'ont, vraiment, pas de possibilité malgré les aides bien développées de rester chez eux.
8. Les maisons de retraite, les EHPAD et puis... séjour temporaire, ou définitif dans les maisons de retraite. Et puis, il y a l'hospitalisation à domicile mais ce n'est pas...
9.
 - a. Beaucoup... je ne peux pas vous dire, mais je trouve que ça se répète énormément. Par an, une bonne cinquantaine je dirai...
 - b. Les enfants. Rarement les gens eux-mêmes. Ils souhaiteraient les trois quarts du temps rester chez eux. Donc c'est surtout les enfants qui angoissent et qui demandent les placements.
10. En général, on anticipe parce que les enfants demandent. C'est rarement dans un contexte urgent. Dans une année, ça peut-être une fois ou deux, c'est tout.
11.
 - a. Oh, une par an, hein.
 - b. C'est variable, moitié, moitié.

- c. Bah, la solution, parfois, je les fais hospitaliser aux urgences, en leur spécifiant. Et eux, généralement, ils trouvent une place beaucoup plus facilement. C'est un peu dommage, c'est une drôle de façon d'agir, je trouve, mais c'est la réalité. C'est à revoir ça.

12. Oui, on est quand même concerné. Oui, je pense. Nous, on est quand même le manager de tout le paramédical. Donc, je trouve que c'est quand même le médecin traitant... on connaît bien notre patient, et je trouve que c'est quand même un des rôles du médecin traitant, quand même...

13. Non.

14. Non, à part l'APA.

15. Bah, le CLIC, là.

16. Oui. C'était pour une patiente âgée de 79 ans, qui est paraplégique en fauteuil roulant depuis l'âge de 19 ans, qui est toute seule chez elle, qui a toujours été toute seule à domicile. Elle a tous les services possibles d'aides à domicile, mais financièrement, ça commençait à tirer dur. Donc, il y a eu une réunion, et comme je trouvais que les services sociaux n'étaient pas très conciliants, soit disant qu'il n'y avait pas de moyens etc... donc j'avais téléphoné au CLIC. Et le CLIC de Saint Herblain m'a répondu que tout était fait pour cette dame et qu'il n'y avait pas d'aide supplémentaire possible. Débrouillez-vous !

17. Non.

18. Non, c'est vrai que quand j'ai eu la réunion avec tous ces gens du Conseil Général, des paralysés, de l'ADAR, tout... le CLIC notamment, je ne connaissais pas tout ça. Donc, non. C'est vrai que j'aurais besoin de savoir qui fait quoi, et à qui s'adresser.

19. Bah, justement, d'avoir une info sur toutes les aides possibles, dans telle et telle pathologie, ça serait intéressant. A qui s'adresser.

NOM : AUBRY

PRENOM : Claire

TITRE DE THESE :

CONNAISSANCE DES STRUCTURES SOCIALES GERONTOLOGIQUES
ET PRISE EN CHARGE DE LA DEPENDANCE DU SUJET AGE :
ENQUETE AUPRES DE 30 MEDECINS GENERALISTES DE LOIRE-
ATLANTIQUE.

RESUME

Objectif : Du fait du vieillissement de la population, les médecins généralistes vont gérer de plus en plus de patients âgés dépendants. Notre objectif principal est de dresser un état des lieux des connaissances des structures sociales gérontologiques et des pratiques face à la dépendance des sujets âgés.

Méthode : Etude qualitative exploratoire descriptive auprès de 30 médecins généralistes de Loire-Atlantique, de novembre 2012 à mai 2013.

Résultats : Les médecins généralistes connaissent les structures sociales gérontologiques mais rencontrent des difficultés à les utiliser du fait de la complexité de l'organisation du système français et de la méconnaissance des missions propres à chaque structure. L'évaluation de la dépendance se fait sur l'appréciation clinique, les échelles standardisées paraissant inadap-
tées aux conditions actuelles de la pratique de la médecine générale.

Conclusion : En complément d'une formation médicale continue souhaitée par les mé-
decins, une meilleure information et communication entre le secteur médical et social semble
nécessaire pour mettre en place une réelle coordination autour de la personne âgée. Il serait
peut-être préférable de placer le médecin généraliste dans un rôle de prévention avec le dépis-
tage de la fragilité, afin d'optimiser la prise en charge de la dépendance du sujet âgé.

MOTS-CLES

Structures sociales gérontologiques ; médecin généraliste ; sujets âgés ; coordination ; dépendance