

Académie d'Orléans –Tours
Université François-Rabelais

FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

Année 2012

N°

Thèse
pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

Par

CHAUVIN-DOUBLIER Virginie

Née le 26 Février 1983 à CAEN

Présentée et soutenue publiquement le 27 Septembre 2012

**QU'ATTENDENT LES MEDECINS GENERALISTES DU LOIR ET CHER D'UNE
EQUIPE MOBILE DE GERIATRIE AMBULATOIRE ?
UNE ETUDE QUALITATIVE**

Jury

Président de Jury : Monsieur le Professeur CONSTANS Thierry

Membres du jury : Madame le Professeur HOMMET Caroline

Madame le Professeur LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie

Madame le Docteur RENOUX Cécile

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Professeur Dominique PERROTIN

VICE-DOYEN

Professeur Daniel ALISON

ASSESEURS

Professeur Christian ANDRES, Recherche
Docteur Brigitte ARBEILLE, Moyens
Professeur Christian BINET, Formation Médicale Continue
Professeur Laurent BRUNEREAU, Pédagogie
Professeur Patrice DIOT, Recherche clinique

SECRETAIRE GENERALE

Madame Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Professeur Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Professeur Georges DESBUQUOIS (†)- 1966-1972
Professeur André GOUAZÉ - 1972-1994
Professeur Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

PROFESSEURS EMERITES

Professeur Alain AUTRET
Professeur Jean-Claude BESNARD
Professeur Patrick CHOUTET
Professeur Guy GINIES
Professeur Olivier LE FLOCH
Professeur Chantal MAURAGE
Professeur Léandre POURCELOT
Professeur Michel ROBERT
Professeur Jean-Claude ROLLAND

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Ph. ANTHONIOZ - A. AUDURIER – Ph. BAGROS - G. BALLON – P. BARDOS - J. BARSOTTI_A. BENATRE -
Ch. BERGER –J. BRIZON - Mme M. BROCHIER - Ph. BURDIN - L. CASTELLANI_J.P. FAUCHIER - B. GRENIER –
M. JAN –P. JOBARD - J.-P. LAMAGNERE - F. LAMISSE – J. LANSAC J. LAUGIER - G. LELORD - G. LEROY - Y.
LHUINTRE - M. MAILLET Mlle C. MERCIER - E/H. METMAN_J. MOLINE - Cl. MORAINÉ - H. MOURAY - J.P.
MUH - J. MURAT - Mme T. PLANIOL - Ph. RAYNAUD_Ch. ROSSAZZA - Ph. ROULEAU - A. SAINDELLE - J.J.
SANTINI - D. SAUVAGE - M.J. THARANNE_J. THOUVENOT - B. TOUMIEUX - J. WEILL.

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MM.	ALISON Daniel	Radiologie et Imagerie médicale
	ANDRES Christian	Biochimie et Biologie moléculaire
	ARBEILLE Philippe	Biophysique et Médecine nucléaire
	AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Mme	AUTRET-LECA Elisabeth	Pharmacologie fondamentale ; Pharmacologie clinique
MM.	BABUTY Dominique	Cardiologie
Mmes	BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; Radiothérapie
	BARTHELEMY Catherine	Physiologie
MM.	BAULIEU Jean-Louis	Biophysique et Médecine nucléaire
	BERNARD Louis	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
	BEUTTER Patrice	Oto-Rhino-Laryngologie
	BINET Christian	Hématologie ; Transfusion
	BODY Gilles	Gynécologie et Obstétrique
	BONNARD Christian	Chirurgie infantile
	BONNET Pierre	Physiologie
Mme	BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
MM.	BOUGNOUX Philippe	Cancérologie ; Radiothérapie
	BRUNEREAU Laurent	Radiologie et Imagerie médicale
	BUCHLER Matthias	Néphrologie
	CALAIS Gilles	Cancérologie ; Radiothérapie
	CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
	CHANDENIER Jacques	Parasitologie et Mycologie
	CHANTEPIE Alain	Pédiatrie
	CHARBONNIER Bernard	Cardiologie
	COLOMBAT Philippe	Hématologie ; Transfusion
	CONSTANS Thierry	Médecine interne ; Gériatrie et Biologie du vieillissement
	CORCIA Philippe	Neurologie
	COSNAY Pierre	Cardiologie
	COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et Imagerie médicale
	COUET Charles	Nutrition
	DANQUECHIN DORVAL Etienne	Gastroentérologie ; Hépatologie
	DE LA LANDE DE CALAN Loïc	Chirurgie digestive
	DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
	DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique ; médecine d'urgence
	DESTRIEUX Christophe	Anatomie
	DIOT Patrice	Pneumologie
	DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & Cytologie pathologiques
	DUMONT Pascal	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	FAUCHIER Laurent	Cardiologie
	FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	FETISSOF Franck	Anatomie et Cytologie pathologiques
	FOUQUET Bernard	Médecine physique et de Réadaptation
	FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
	FUSCIARDI Jacques	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	GAILLARD Philippe	Psychiatrie d'Adultes
	GOGA Dominique	Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie
	GOUDEAU Alain	Bactériologie -Virologie ; Hygiène hospitalière
	GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
	GRUEL Yves	Hématologie ; Transfusion
	GUILMOT Jean-Louis	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
	GUYETANT Serge	Anatomie et Cytologie pathologiques
	HAILLOT Olivier	Urologie
	HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique ; médecine d'urgence (Néphrologie et Immunologie clinique)
	HERAULT Olivier	Hématologie ; transfusion
	HERBRETEAU Denis	Radiologie et Imagerie médicale
Mme	HOMMET Caroline	Médecine interne, Gériatrie et Biologie du vieillissement
MM.	HUTEN Noël	Chirurgie générale

	LABARTHE François	Pédiatrie
	LAFFON Marc	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	LANSON Yves	Urologie
	LARDY Hubert	Chirurgie infantile
	LASFARGUES Gérard	Médecine et Santé au Travail
	LEBRANCHU Yvon	Immunologie
	LECOMTE Pierre	Endocrinologie et Maladies métaboliques
	LECOMTE Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
	LEMARIE Etienne	Pneumologie
	LESCANNE Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
	LINASSIER Claude	Cancérologie ; Radiothérapie
	LORETTE Gérard	Dermato-Vénérologie
	MACHET Laurent	Dermato-Vénérologie
	MAILLOT François	Médecine Interne
	MARCHAND Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	MARRET Henri	Gynécologie et Obstétrique
	MULLEMAN Denis	Rhumatologie
	NIVET Hubert	Néphrologie
	PAGES Jean-Christophe	Biochimie et biologie moléculaire
	PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, Pharmacologie clinique
	PATAT Frédéric	Biophysique et Médecine nucléaire
	PERROTIN Dominique	Réanimation médicale ; médecine d'urgence
	PERROTIN Franck	Gynécologie et Obstétrique
	PISELLA Pierre-Jean	Ophthalmologie
	QUENTIN Roland	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
	RICHARD-LENOBLE Dominique	Parasitologie et Mycologie
	ROBIER Alain	Oto-Rhino-Laryngologie
	ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
	ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	ROYERE Dominique	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
	RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
	SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
	SALIBA Elie	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
Mme	SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et Médecine Nucléaire
	SIRINELLI Dominique	Radiologie et Imagerie médicale
	THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
	TOUTAIN Annick	Génétique
	VAILLANT Loïc	Dermato-Vénérologie
	VELUT Stéphane	Anatomie
	WATIER Hervé	Immunologie.

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES

MM. HUAS Dominique Médecine Générale
 LEBEAU Jean-Pierre Médecine Générale
 MALLET Donatien Soins palliatifs
 POTIER Alain Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme ARBEILLE Brigitte Biologie cellulaire
 M. BARON Christophe Immunologie
 Mme BAULIEU Françoise Biophysique et Médecine nucléaire
 M. BERTRAND Philippe Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication
 Mme BLANCHARD-LAUMONIER Emmanuelle Biologie cellulaire
 M. BOISSINOT Eric Physiologie

MM.	BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	CORTESE Samuele	Pédopsychiatrie
Mmes	DUFOUR Diane	Biophysique et Médecine nucléaire
	EDER Véronique	Biophysique et Médecine nucléaire
	FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et Cytologie pathologiques
	GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière
M.	GIRAUDEAU Bruno	Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de
	Communication	
Mme	GOUILLEUX Valérie	Immunologie
MM.	GUERIF Fabrice	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
	GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
M.	HOARAU Cyrille	Immunologie
M.	HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
Mme	LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
Mmes	LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale ; Pharmacologie clinique
	MACHET Marie-Christine	Anatomie et Cytologie pathologiques
MM.	MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
	MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
M.M	PIVER Eric	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et Droit de la santé
M.	VOURC'H Patrick	Biochimie et Biologie moléculaire

MAITRES DE CONFERENCES

Mlle	BOIRON Michèle	Sciences du Médicament
	ESNARD Annick	Biologie cellulaire
M.	LEMOINE Maël	Philosophie
Mlle	MONJAUZE Cécile	Sciences du langage - Orthophonie
M.	PATIENT Romuald	Biologie cellulaire

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE

M.	ROBERT Jean	Médecine Générale
----	-------------	-------------------

CHERCHEURS C.N.R.S. - INSERM

MM.	BIGOT Yves	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
	BOUAKAZ Ayache	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
Mmes	BRUNEAU Nicole	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	CHALON Sylvie	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
MM.	COURTY Yves	Chargé de Recherche CNRS – U 618
	GAUDRAY Patrick	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
	GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
Mmes	GOMOT Marie	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	HEUZE-VOURCH Nathalie	Chargée de Recherche INSERM – U 618
MM.	LAUMONNIER Frédéric	Chargé de Recherche INSERM - UMR CNRS-INSERM 930
	LE PAPE Alain	Directeur de Recherche CNRS – U 618
Mmes	MARTINEAU Joëlle	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	POULIN Ghislaine	Chargée de Recherche CNRS – UMR CNRS-INSERM 930

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

Mme	DELORE Claire	Orthophoniste
M	GOUIN Jean-Marie	Praticien Hospitalier
M.	MONDON Karl	Praticien Hospitalier
Mme	PERRIER Danièle	Orthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie

Mme	LALA Emmanuelle	Praticien Hospitalier
M.	MAJZOUB Samuel	Praticien Hospitalier

Pour l'Éthique Médicale

Mme	BIRMELE Béatrice	Praticien Hospitalier
-----	------------------	-----------------------

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur CONSTANS Thierry,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Soyez assuré de ma reconnaissance et de ma profonde gratitude.

A Madame le Professeur HOMMET Caroline,

Vous avez accepté de juger ce travail. Trouvez ici l'expression de mes vifs remerciements.

A Madame le Professeur LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie,

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie du jury de cette thèse. Je vous remercie également pour le temps passé aux services des étudiants et pour tout ce que vous m'avez appris durant ces trois années. Recevez l'expression de ma respectueuse considération.

A Madame le Docteur RENOUX Cécile,

Pour ton soutien, ta disponibilité, ta réactivité durant ce long travail. Pour tes connaissances, ta patience au cabinet médical, ton sens de la communication. Tu m'as appris la confiance en soi et tellement plus encore. Pour tout cela, tu es bien plus qu'un maître de stage ou qu'une directrice de thèse, tu es mon amie. Reçois mes remerciements les plus sincères.

Un grand merci....

A tous les médecins généralistes qui ont accepté de participer à cette étude.

A Fabian, pour ta présence à mes côtés durant ces longues années de médecine. Pour nos joies et nos peines partagées ensemble. Tu es mon plus beau cadeau. Avec tout mon amour

A ma maman, sans qui je ne serais pas là aujourd'hui. Pour ton soutien, ton écoute, ton réconfort. Tu es plus qu'une maman. Je t'aime de tout mon cœur.

A mon petit papa que j'aime tant. Merci pour ta disponibilité, ta générosité, ton amour et ta sagesse. Je vous dédie à maman et toi cette thèse.

A mon frère Manu, malgré nos chamailleries, tu m'es toujours aussi précieux ! Tu as su être patient durant toutes ces années et je t'en remercie infiniment.

A Steph, pour faire partie de la famille et veiller sur mon frère adoré. Pour tes talents de couturière aussi !

A mes beaux-parents, pour leur courage et leur soutien. Vous êtes mes deuxièmes parents. A Michel, pour vous être si bien battu. Merci d'avoir mis au monde un ange.

A Vanessa et David pour votre soutien dans les moments difficiles.

A toute ma famille, à JC et Nini pour vos encouragements et votre présence.

A Hugo, Romane, Orlane, Thaïs et Salomé, les 5 petits bouts de la famille.

A tous mes Maîtres de Stage qui m'ont tant appris. Jean Mary, vous resterez mon Maître ! Annick et Jacques vous êtes si généreux.

A ma Lysa chérie, mon clone ! Tu fais tellement pour moi, tu m'apportes la joie la connaissance et le plaisir des cafés ! Tu es plus qu'un doc, tu es ma tendre amie.

A Aldine, pour ta gentillesse d'avoir participé en anglais à ma thèse.

A Sandra, pour ces années de bonheur passées ensemble, pour ta fidèle amitié et ton courage. Tu es plus qu'une amie, tu fais partie de moi.

A Elise, ma tendre amie et ma future associée ! Merci pour tes conseils, ton écoute et ton amitié.

A Soso, Cécé, Aline, Tif, Nico et Claude, pour nos escapades ensemble, nos fous rires et nos longues nuits à discuter ! Les filles, vous m'avez beaucoup appris sur les soins infirmiers. Claude tu m'as appris la patience et le calme !

A Yann, mon meilleur co-interne et mon ami. Merci pour ta bonne humeur.

Aux Sim's, pour votre générosité et votre présence dans les moments graves...

A toi qui pousse doucement en moi, tu es mon désir le plus cher....

RESUME :

Contexte : Face au vieillissement de la population et à l'apparition de patients de plus en plus poly-pathologiques, des équipes mobiles de gériatrie (EMG) ont vu le jour dans les années 1990. Il en existe environ 230 actuellement en France. Par contre, les EMG extra hospitalières, aux rôles différents, sont rares. Une EMG extra hospitalière verra le jour prochainement dans le Loir et Cher. L'objectif principal de cette étude était de recueillir les attentes des médecins généralistes, avant sa création. L'objectif secondaire était, à partir de l'analyse de ces données, de comparer leurs besoins aux missions des EMG extra hospitalières.

Méthode : Etude qualitative par 3 Focus Group avec 17 médecins généralistes du Loir et Cher. Une retranscription écrite intégrale et une analyse thématique de contenu ont été réalisées.

Résultats : La grande majorité des médecins interrogés ignorait le concept d'EMG. Ils attendaient de cette équipe, une aide sociale et un soutien psycho-médical dans les situations difficiles au domicile. Ils souhaitaient une structure adaptée à leur pratique avec un médecin gériatre expérimenté en médecine ambulatoire. Ils la comparaient souvent aux réseaux d'appui en soins palliatifs et à l'hospitalisation à domicile mais ne voulaient pas reproduire les mêmes erreurs avec cette nouvelle structure. Cette EMG devait être réactive, disponible et simple d'utilisation pour que les médecins généralistes l'utilisent.

Conclusion : La plupart des médecins généralistes interrogés étaient intéressés par la création d'une EMG extra hospitalière. La prise en compte de ces attentes et l'évaluation du ressenti des médecins généralistes après sa création, permettront d'améliorer son fonctionnement et d'adapter ses missions au plus près de leurs doléances.

Mots-clés : Equipe mobile de gériatrie, réseaux, médecins généralistes, soins à domicile, personnes âgées.

SUMMARY

Context : Because of the aging of the population and an increasing number of patients presenting multiple pathologies, geriatrics mobile units (GMU) started appearing in the 90's. There are currently approximately 230 units in France. However, a new breed of GMU are being created – they have different roles and are rare. One of these GMU is going to be launched soon in the Loir-et-Cher area. The main objective of this study was to collect General Practitioner's (GP's) expectations before its creation. The secondary objective, based on the analysis of this information, aims to compare GP's needs against the mission of this new breed of GMU.

Method : Qualitative study involving 3 Focus groups with 17 GPs from the Loir-et-Cher area. An integral written transcript and a thematic analysis of the content have been done.

Results : The vast majority of interviewed GP's were not aware of the GMU concept. From this unit, they are expecting social support and psycho-medical help for difficult home care situations. They wish for a structure relevant to their practice supported by a geriatrician with experience in ambulatory medicine. They often compared it with support networks in palliative care and the 'at home' medical treatment service but do not want to reproduce the same mistake with this new structure. This GMU should be responsive, available and easy for GP's to use so that they will effectively use it.

Conclusion : Most interviewed GP's were interested in the creation of a GMU. A more thorough evaluation of GP's expectations and of their experience after the creation of this GMU should allow it to adapt its missions as closely as possible to their needs and thus contribute to a better performing GMU. Taking into account these expectations and the understanding of GPs' experience, after the creation of this GMU, will contribute to make it more efficient and allow to adapt its objectives as closely as possible to their needs.

Keywords : Geriatrics mobile units, networks, General Practitioners (GP's), « at home » medical treatment service, elderly people.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION..... Page 11

MATERIEL ET METHODE..... Page 12

RESULTATS..... Page 14

DISCUSSION..... Page 22

CONCLUSION..... Page 25

BIBLIOGRAPHIE..... Page 26

ANNEXES :

- Annexe 1 : Trame d'entretien..... Page 27

- Annexe 2 : Description de la population étudiée..... Page 28

INTRODUCTION

La gériatrie, spécialité médicale s'intéressant aux personnes âgées, prendra une place de plus en plus importante dans la pratique des médecins généralistes. En effet, au 1^{er} janvier 2050, si les tendances démographiques récentes se maintiennent, la France métropolitaine comptera 70 millions d'habitants, soit 9,3 millions de plus qu'en 2005. A cette date, un habitant sur trois sera âgé de plus de 60 ans contre un sur cinq en 2005 [1].

Le vieillissement de la population s'accompagne du développement de pathologies liées au grand âge, avec une large part de poly-pathologies chez les personnes âgées de plus de 75 ans. Tout l'enjeu de la gériatrie est de savoir reconnaître et prévenir les risques de perte d'autonomie par une prise en charge globale.

La personne âgée est très vulnérable à toute rupture avec son environnement habituel, source de décompensations, tant au plan physique que psychique. Une prise en charge de proximité doit, chaque fois que possible, être privilégiée. Cette prise en charge est difficile à gérer au domicile par manque de moyens tant sur le plan financier (faibles revenus des personnes âgées, coût du matériel médical et des aides à la personne) que sur le plan humain (pénurie de personnel soignant et parfois d'aidant naturel). Dans ce cadre, le médecin généraliste est le premier interlocuteur. Il joue un rôle essentiel et peut être aidé dans sa prise en charge par une évaluation gériatrique standardisée [2].

C'est dans ce contexte de vieillissement de la population et de poly-pathologies que sont apparues les équipes mobiles de gériatrie (EMG) hospitalières dans les années 1990 [3]. Elles comprennent des professionnels expérimentés en gériatrie avec, au minimum, un médecin, une infirmière d'évaluation et de prévention, une assistante sociale et une secrétaire. Leur intervention est ciblée sur la population âgée fragile. Elles sont mobiles sur signalement des services et ont une activité de consultant médical [4]. Environ deux cents trente EMG hospitalières existent en France. Par contre, les EMG extra hospitalières, aux rôles différents, sont rares. Leurs objectifs sont d'assurer des hospitalisations directes en gériatrie sans passer par les urgences ou d'accéder à une consultation gériatrique rapidement. Elles répondent alors aux problématiques des médecins généralistes qui se retrouvent régulièrement seuls face aux situations complexes de gériatrie. Il leur est souvent difficile de savoir quel interlocuteur appeler, la personne âgée nécessitant une prise en charge globale, souvent médico-sociale. L'EMG extra hospitalière constitue une interface entre les médecins généralistes et l'univers hospitalier. Elle crée un lien autour de la personne âgée pour une meilleure prise en charge. Pour autant, jusqu'à maintenant, la plupart de ces EMG se sont mises en place sans explorer les attentes des médecins du secteur qu'elles couvraient.

Une EMG extra hospitalière verra le jour prochainement dans le Loir et Cher. L'objectif de ce projet est de faciliter la prise en charge des personnes âgées en situations difficiles par les médecins généralistes du secteur qui sont les premiers acteurs concernés. L'objectif principal de cette étude était de recueillir les attentes des médecins généralistes, avant la création de cette EMG extra hospitalière. L'objectif secondaire était, à partir de l'analyse de ces données, de comparer leurs besoins aux missions des EMG extra hospitalières.

MATERIEL ET METHODE

Enquête qualitative par *focus group* auprès de médecins généralistes du Loir et Cher.

Les médecins généralistes ont été recrutés par le chercheur dans un groupe de pairs (connaissances du directeur de thèse) pour le premier *focus group* (FG), dans trois cabinets médicaux (Contres, Cour-Cheverny et St Romain sur Cher) pour le second FG et enfin, par téléphone à l'aide des pages jaunes dans la région du Vendômois pour le dernier. Dans chaque FG, participaient des maîtres de stage universitaire (MSU). Les différents critères de sélection étaient :

- Etre médecin généraliste
- Exercer dans le département du Loir et Cher
- Accepter de participer à l'étude
- Avoir dans sa patientèle une population âgée de plus de 60ans

L'échantillon était raisonné en fonction du sexe, de l'âge, du type d'exercice (collaborateur, remplaçant, groupement médical) et du lieu d'exercice (rural, semi-rural et urbain) des différents médecins généralistes dans le département afin d'obtenir un panel le plus diversifié possible.

Ces FG ont eu lieu soit au cabinet médical des médecins, dans une salle annexe, soit dans une salle de réunion au sein d'un restaurant. Après accord des médecins, ils ont été intégralement enregistrés avec un dictaphone numérique.

La trame d'entretien (annexe 1) comportait sept questions avec des questions de relance si les médecins avaient des difficultés à initier la discussion. Après avoir suscité l'évocation de situations difficiles vécues par les participants avec des patients âgés à domicile, elle explorait le problème de dépendance de ces patients, la connaissance et les représentations que ces médecins avaient des équipes mobiles de gériatrie (EMG), ce qu'ils en attendaient avec les limites et les craintes qu'ils émettaient si une telle organisation voyait le jour. La trame n'a pas été modifiée au cours de l'étude.

Les verbatim ont été intégralement retranscrits. Les données non verbales n'ont pas été recueillies, ni analysées. Une analyse thématique du contenu a été réalisée en plusieurs étapes :

- appréhension globale du contenu par plusieurs lectures attentives,
- découpage du texte avec relevé systématique des citations et des thèmes auxquels elles se rapportaient,
- classement des thèmes,
- interprétation dégageant les concepts abordés.

Le recueil et l'analyse des données ont été réalisés par une interne dans le cadre d'un travail de thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine. Le codage des verbatim et l'interprétation ont été supervisés par le directeur de thèse, qualifié en recherche qualitative. Aucune triangulation des données n'a été réalisée dans ce travail.

RESULTATS :

Caractéristiques de la population et des entretiens :

La population étudiée était constituée de dix femmes et sept hommes âgés de 33 à 64 ans. Six médecins exerçaient en milieu urbain, sept en milieu semi-rural et deux en milieu rural (Annexe 2). Le nombre de participants à chaque FG variait de quatre à sept. Quatre médecins avaient une patientèle plutôt jeune, dix avaient une patientèle assez équilibrée et deux avaient une patientèle assez âgée. Les visites à domicile oscillaient entre deux et trente par semaine. Un seul médecin était coordinateur de maison de retraite, sept étaient MSU.

Les entretiens ont duré de 65 à 85 minutes et ont eu lieu du 09 Mars 2011 au 30 Novembre 2011. Dans les deux premiers FG, le directeur de thèse était l'animateur et l'interne était l'observateur. Dans le 3^{ème} FG, l'interne était l'animateur, l'observateur était un de ses amis. Ils ont été retranscrits au fur et à mesure afin de ne perdre aucune donnée. L'analyse a eu lieu après le troisième focus group. La saturation des données n'a pas été observée, du fait des difficultés rencontrées à organiser un quatrième FG dans le département. Un seul item nouveau est apparu lors du codage du 3^{ème} FG : la possibilité de prescription des médecins gériatres de l'EMG.

Les situations difficiles évoquées par les médecins

Les critères démographiques et médicaux des patients âgés de prise en charge difficile

La plupart des patients concernés par ces situations difficiles était âgé de 80 à 95 ans : « A3 : une patiente de 95 ans ». La grande majorité des médecins généralistes avait une proportion importante de personnes âgées dans sa patientèle : « C2 : on a des patients qui sont vieux ».

Les atteintes organiques des patients étaient nombreuses et variées, aussi bien pulmonaire : « C1 : un monsieur qui a une insuffisance respiratoire sub terminale » que cardiaque : « B3 : et qui est en FA avec AVK ». Certains patients étaient plus compliqués avec une accumulation de pathologies : « B3 : obèse, diabétique, hypertendue, pleine d'arthrose, coronarienne ». Les atteintes psychologiques et démentielles représentaient également une part importante : « A4 : elle est totalement enkystée dans une récrimination psychique avec une névrose ancienne ». Les médecins avaient des difficultés pour impliquer les patients déments : « B3 : lui est toujours dans le déni de sa maladie, il comprend rien du tout », « A3 : le traitement part dans tous les sens ». Un médecin a évoqué la iatrogénie comme source de difficultés : « A1 : elle n'a pas toléré, l'aricept® ».

Le milieu de vie du patient

La majorité de ces patients était à domicile : « A6 : qui vit à domicile », souvent seul : « A6 : un qui est tout seul à domicile » et en milieu rural : « B3 : paysanne à la campagne ».

Quelques patients concernés étaient en institution : « C3 : ils sont en foyer ou en maison de retraite ».

L'isolement social a été très souvent cité par les médecins. Il s'agissait soit d'un éloignement de la famille : « B3 : la fille habite Paris mais le voit très, très peu », soit d'un isolement par absence de conjoint ou de famille : « A6 : qui n'a pas de famille ». Certains médecins ont évoqué un isolement par manque de moyens techniques : « B1 : ils ont pas de téléphone ».

La gestion du domicile était faite soit par le patient s'il était autonome : « A3 : c'est lui qui gère tout ça », soit par un tiers lorsque le patient était dépendant : « A3 : ils ont une employée de maison qui fait un petit peu tout ».

La majorité de ces patients était contre l'institutionnalisation : « C2 : il ne supporte pas d'être en institution » et contre les aides à domicile : « B3 : il refuse l'aide au domicile ». Ils n'étaient pas non plus favorables à une prise en charge spécialisée : « B4 : il y a quand même souvent un refus des patients qui ne veulent pas la faire cette consultation ».

Dans leur patientèle, il y avait autant de patients investis dans leur pathologie que de patients indifférents : « B3 : faut vraiment qu'ils soient confrontés à des réalités euh d'institutionnalisation imminente pour arriver à réagir ».

Les motifs et conséquences de l'hospitalisation

Les motifs d'hospitalisation étaient divers, aussi bien médicaux : « A4 : Je l'ai hospitalisé car il allait mal avec sa pneumopathie » que sociaux : « C4 : A l'hosto, elle y a été plusieurs fois, elle y a été pour me soulager moi, pour soulager la maison de retraite, pour soulager le personnel ». Parmi les causes sociales, certains médecins refusaient d'hospitaliser sur ce motif seul : « A6 : on ne va pas hospitaliser une personne âgée pour une protection sociale ». Plusieurs médecins ont évoqué « l'urgence de la situation » comme motif d'hospitalisation : « A4 : la dame a été hospitalisée en catastrophe ».

Pour de nombreux médecins, l'hospitalisation était responsable d'une « dégradation rapide » des patients : « B3 : ce qui contribue à les dégrader et qui ne résout aucun problème en fait ». Quelques médecins n'étaient pas d'accord avec la prise en charge médicale hospitalière : « A5 : de toute façon ils sortent tous de la consultation mémoire avec soit ebixa®, aricept® et même chez des gens qui ont un MMS à 11 ». Certains déploraient le manque de communication avec les médecins hospitaliers : « A4 : jamais on ne reçoit un coup de fil de l'hôpital ». Un médecin a abordé le coût d'une hospitalisation : « B3 : qui certainement coûte cher à la société ».

Quelques médecins ont mentionné la pénurie des lits en milieu hospitalier : « C4 : Ils la renvoient à la maison car, bien évidemment, il n'y a pas de place en convalescence ».

Le patient et son entourage

La plupart des conjoints et des enfants étaient épuisés dans ces situations : « A1 : il y avait un épuisement de lui ».

La moitié des aidants naturels ne voulait pas d'aides à domicile pour leur proche : « B2 : elle ne veut pas entendre parler d'une fille qui fasse le ménage, le portage de repas elle veut pas ». La plupart était également contre l'institutionnalisation : « B2 : ils ne veulent pas les envoyer en maison de retraite car ça va coûter trop cher ». Quelques familles souhaitaient pouvoir joindre le médecin rapidement : « C1 : elle appelle toujours à des heures impossibles et c'est tout de suite, maintenant ».

Certains enfants s'impliquaient volontairement dans la prise en charge médico-sociale de leur parent : « A6 : la famille est très présente et a demandé à ce qu'il retourne à la maison car ils veulent le prendre en charge jusqu'au bout ». Parfois le médecin devait intervenir auprès de la famille : « C4 : j'ai forcé la fille à venir, je lui ai expliqué que c'était quand même à elle de gérer son papa ». D'autres ne voulaient pas être impliqués : « B5 : ça m'est déjà arrivé de téléphoner aux enfants et qu'ils me disent pourquoi vous m'appelez ?... si elle a besoin d'aller en maison de retraite et ben elle a les moyens, elle y va. ». Enfin, quelques familles étaient perdues dans les démarches sociales et ne savaient pas comment procéder : « B2 : le dossier est toujours sur la table ». L'absence de famille posait problème aux médecins pour les démarches sociales : « A6 : si on n'a pas la famille ça devient très vite galère ».

Les réseaux de soins locaux

Face à ces patients poly-pathologiques, les médecins généralistes avaient recours à différentes structures pour les aider dans la prise en charge. Tous les médecins du Vendômois utilisaient fréquemment le service de court séjour gériatrique sur Vendôme pour les seconder dans les situations difficiles à domicile. Ils étaient tous très satisfaits de leur relation avec l'équipe de ce service : « C3 : oui on a une bonne équipe ». Ils préféraient avoir recours à cette unité car ils pouvaient effectuer des hospitalisations directes sans passer par le service des urgences de l'hôpital : « C4 : je travaille en direct avec eux, c'est ça qui est agréable, il n'y a pas besoin de passer par les urgences sauf cas extrême. ». Un médecin a évoqué l'hôpital de jour Alzheimer de Montrichard comme aide à la prise en charge mais ne l'avait encore jamais utilisé.

Les gériatres de ville étaient utiles pour faire des bilans mémoire mais certains généralistes préféraient utiliser la consultation mémoire de l'hôpital de Blois car la trouvaient plus détaillée : « B3 : mais c'est pas la même chose que la consultation mémoire où on a les 3 consultations avec le bilan, c'est quand même beaucoup plus pointu ». La majorité des médecins disait faire appel à l'ADMR ou au CIAS lorsqu'ils devaient mettre des aides à domicile en plus. Ils recherchaient essentiellement une aide dans les soins (infirmière ou aide soignante) et une aide ménagère : « B2 : avec l'ADMR maintenant on a le côté aide ménagère et le côté aide soignant ». Tous les médecins étaient d'accord pour dire être perdus dans ces divers organismes : « B3 : on commence à être un petit peu perdu avec toutes ces

organisations d'aide à domicile car ça ne me paraît pas très, très clair », « B2 : *On sait pas trop qui intervient, si c'est l'aide ménagère* ». Beaucoup déplorait le manque de communication avec ces équipes et pour certains, il existait un manque de formation des intervenants : « B3 : *y'a un problème de formation et de conscience professionnelle* », « A1 : *ces gens je ne les vois jamais, je ne les ai jamais vus, je ne sais pas ce qu'ils font* ».

L'infirmière libérale était tantôt un lien entre les différents intervenants, tantôt au cœur de conflit : « B3 : *les infirmières sont gérées par l'ADMR, il y a des conflits perpétuels car elles veulent coter les actes que l'ADMR ne veut pas payer... ça se complexifie* ». L'aide ménagère avait un métier difficile, pas assez valorisé. Certains médecins regrettaient un délai d'intervention trop long : « B2 : *c'est très, très long* ». La plupart des médecins déplorait le manque de réactivité des aides sociales dans le milieu ambulatoire : « A6 : *s'ils ne sont pas passés dans un service hospitalier où les démarches vont deux fois plus vite* ». La pénurie des kinésithérapeutes posait également problème à la majorité des médecins : « B5 : *et puis y'en a plus ! Combien de fois j'aurais besoin d'un kiné pour la kiné respiratoire, y'a pas moyen d'avoir un kiné à Chémery* ».

La place du médecin généraliste dans ces situations

L'investissement du médecin

Sur le plan médical, les médecins s'impliquaient autant qu'ils le pouvaient mais certains reconnaissaient changer un peu leur prise en charge chez les patients très âgés : « A2 : *à partir d'un certain âge, moi je me passe du cardio* » Sur le plan social, ils étaient tous d'accord pour considérer la mise en place d'aides fastidieuse : « A6 : *un an de démarches pour protéger quelqu'un* » mais pour certains, cette fonction faisait partie intégrante de leur rôle : « C3 : *les grilles GIR, moi je pense que c'est quand même plus à nous de les remplir* ». La plupart des médecins disait s'investir sur son temps personnel (jour de repos ou temps de pause) pour assurer la continuité des soins : « A3 : *j'avais pas envie de faire une visite le soir mais bon j'y vais* »

Les limites du médecin

Tous se sentaient impuissants pour gérer le social. Plusieurs avouaient être perdus et manquer d'expérience : « B2 : *on doit gérer des choses, qui ne sont pas de mon ressort* », « B4 : *oui mais y'a des limites quand même, on n'est pas assistante sociale* », « C2 : *je pense que c'est tout sauf notre boulot* ». Quelques médecins évoquaient des difficultés face à des symptômes médicaux peu communs : « A3 : *Je ne comprenais pas ce qu'elle avait* ». De nombreux généralistes s'accordaient à dire que la relation médecin-patient pouvait être un frein à une prise en charge « optimale », soit par routine : « A2 : *quand on les voit tous les jours il y a des fois, on ne fait plus attention* », soit par absence d'osmose : « A4 : *ma tolérance n'est pas bonne, car quand je suis agressé j'ai beaucoup de mal* ». Beaucoup de médecins ont évoqué un manque de disponibilité par surcharge de travail : « C3 : *on est tous débordé* ».

L'équipe mobile de gériatrie

La méconnaissance des EMG

La plupart des médecins ne connaissait pas le concept « d'équipe mobile de gériatrie ». Ils ne savaient ni la composition, ni le fonctionnement, ni les missions de ces structures ; « C4 : je ne sais pas ce que c'est qu'une EMG », « C2 : J'sais pas bien à quoi ça sert ». Certains se questionnaient sur leur mode de financement : « C2 : comment sont financées ces équipes, à la journée, au coût, au patient vu ? ».

Les représentations sur les EMG

Tous pensaient qu'il s'agissait d'une équipe centrée sur un médecin gériatre : « C4 : c'est une équipe pluridisciplinaire, ce n'est pas un médecin seul ». La plupart a cité l'assistante sociale comme primordiale dans cette équipe, certains ont évoqué la possibilité d'y intégrer un ergothérapeute en plus du gériatre, de l'infirmière et de l'assistante sociale : « C1 : y'aura besoin de quelqu'un qui gère le social », « C1 : une compétence médicale, une compétence infirmière, une compétence aide soignante et sociale ». Personne n'a nommé de façon spontanée la secrétaire. Les médecins n'étaient pas unanimes sur l'intérêt d'un orthophoniste dans cette structure. Quelques uns le trouvaient utile pour des bilans de la déglutition et de la mémoire alors que pour d'autres, ce n'était pas une priorité : « C4 : l'orthophoniste peut être la cerise sur le gâteau mais c'est pas notre priorité ».

Ils attribuaient un rôle essentiellement social à cette structure : « C1 : quelqu'un qui s'occupe des papiers ». Elle était souvent comparée à l'hospitalisation à domicile (HAD) ou aux soins palliatifs : « C4 : c'est le même principe pour moi qu'une équipe mobile de soins palliatifs ou HAD ». Elle permettait de prendre en charge de façon globale le patient dans son environnement naturel : « C4 : c'est une consultation d'ensemble de gens qui peuvent réfléchir dans le bon sens à un problème ». Pour certains, l'objectif était d'éviter les hospitalisations en maintenant un maximum les personnes âgées à leur domicile : « C4 : j suppose que l'objectif au départ c'est de maintenir les gens au domicile au maximum et puis d'éviter des hospitalisations inutiles en gériatrie, j pense que c'est ça le but de l'EMG ». La plupart souhaitait communiquer avec ces intervenants pour établir un projet de soins : « C3 : le médecin qui va intervenir dans l'équipe mobile, il va discuter avec toi ». Pour certains, il devait certainement y avoir un lien entre l'hôpital et cette structure, sans réussir précisément à le définir : « A3 : ce réseau là doit être intégré à l'hôpital, en fait avoir un poids à l'hôpital », « C4 : y'a p't'être des questions techniques pour que ce soit mis sur le budget de l'hôpital... peut être qu'au niveau de la sécu... ».

Les représentations sur les réseaux et structures existantes.

La plupart des médecins comparait l'EMG aux structures déjà existantes, essentiellement l'HAD et l'équipe d'appui en soins palliatifs ambulatoire.

Ils considéraient les réseaux chronophages et inadaptés au médecin : « A3 : *le réseau diabète, c'est n'importe quoi c'est même choquant* », mais par contre, utiles au patient : « A5 : *ça apporte peut-être au patient... ça a un intérêt pour eux* ».

Parmi les différentes structures déjà existantes, le modèle de l'HAD était fastidieux pour certains médecins : « B3 : *le problème de l'hospitalisation à domicile c'est que ça se limite à des gestes techniques. Si y'a plus de gestes techniques, y'a plus d'hospitalisation à domicile* », « C4 : *Tu peux prescrire que dans un cadre limité, tu peux faire intervenir des gens... Enfin tout le monde doit se référer à l'HAD* ». Pour d'autres, c'était le seul moyen de réunir tous les intervenants libéraux en « même temps » : « C4 : *Si tous les libéraux ne peuvent pas se mettre en place, le seul moyen de le faire en même temps, c'est une HAD* ». De nombreux médecins déploraient un manque de communication avec les intervenants de l'HAD, ils se sentaient mis à l'écart : « A5 : *avec l'HAD : ça a complètement coulé quand ils ont voulu tout prendre en charge en délaissant complètement le généraliste* ».

La plupart des médecins avait l'habitude de travailler avec l'équipe d'appui en soins palliatifs ambulatoire de Blois. Ils appréciaient cette équipe car l'entente était bonne entre les intervenants. Le fait que le médecin de cette structure ait une formation de médecin généraliste était un point fort pour beaucoup d'entre eux : « C1 : *ce qui fait le succès de l'équipe de soins palliatifs de Blois c'est que le Dr H. il est médecin généraliste à la base* », « A6 : *c'est du relationnel* ». Un médecin citait le problème d'engorgement de cette structure : « B3 : *Parce qu'on voit bien, les soins palliatifs ça marchait au quart de tour au départ et puis rapidement, c'est de plus en plus compliqué de les avoir, même dans les services* ».

Les attentes des médecins vis à vis de l'EMG :

Tous les médecins étaient d'accord pour dire que ce qu'ils en attendaient principalement, c'était une aide sociale : « B3 : *toute la gestion sociale c'est à dire la gestion des chéquiers, des achats, la protection des biens, protection de justice* », « A4 : *nous c'est plus le coté social qui nous intéresse* ». Pour certains médecins, l'EMG avait un intérêt dans les bilans mémoire au domicile ou dans la prescription de thérapeutiques ne pouvant être prescrites par le médecin généraliste : « B3 : *ça pourrait l'être de façon à pouvoir programmer les traitements si besoin vu que nous, on n'a pas la compétence pour le faire en premier* ». Pour d'autres, elle permettait de les aider dans la prise en charge hyper spécialisée des patients : « A4 : *ça nous apporte même sur l'aspect technique des innovations parce qu'on ne peut pas non plus tout savoir* ». Ils pensaient également l'utiliser pour un conseil médico social ou pour les aider à former du personnel soignant : « C1 : *un conseil ne peut pas faire de mal* ».

Quelques médecins souhaitaient que cette équipe les aide à gérer des situations d'urgence et constitue un relais en attendant une place soit dans un service hospitalier, soit dans une institution : « C1 : *je les attends plutôt tout de suite, c'est-à-dire, est ce que vous pouvez gérer 48 heures qu'il va falloir pour trouver une place sans que j'ai à me prendre la tête !* ». La plupart espérait éviter ainsi des hospitalisations inutiles : « C4 : *s'ils peuvent se*

déplacer eux, pour gérer un peu, ça permettrait de garder des gens dans la maison de retraite et d'éviter des hospitalisations ». Ils désiraient également un relais lors du retour à domicile des personnes âgées, après une hospitalisation : « A1 : lors des sorties précoces d'hôpital, faire le relais avec l'hôpital ». Ils souhaitaient avoir une équipe qui se déplace directement dans le milieu naturel des patients : « C4 : si quelqu'un pouvait venir la voir dans son milieu naturel, ».

La plupart des médecins souhaitait échanger et transmettre des points de vue avec cette équipe : « C4 : ils vont aller voir comment ça se passe et ils vont te donner des idées ». Certains évoquaient la possibilité de créer un dossier partagé informatique pour communiquer : « B3 et B1 : moi je crois que le dossier partagé informatique ce serait super ». Ils recherchaient une écoute et un soutien psychologique, à la fois pour leur patient, mais également pour eux : « A2 : j'aimerais bien avoir un autre médecin pour me décharger sachant qu'on ne fera rien de plus ». Beaucoup d'entre eux exprimaient l'envie de voir leur travail allégé avec cette équipe : « B2 : nous soulager quand même un peu car c'est un travail... ».

Tous voulaient une organisation simple avec une facilité d'appel, une rapidité d'intervention et peu de papiers à remplir : « B3 : Oui mais quelque chose de simple, pas de littérature », « C1 : il faut que ce soit super simple ». Certains souhaitaient un accès exclusivement réservé aux médecins, d'autres proposaient un accès à la famille : « A3 : il ne faut pas réserver l'accès seul aux médecins ».

Plusieurs médecins voulaient une réplique de l'équipe de soins palliatifs. Un médecin souhaitait bénéficier de l'intervention d'un ergothérapeute au sein de cette équipe pour une raison financière: « A1 : un ergothérapeute, parce que l'ergothérapeute en ville c'est pas pris en charge ». La moitié des médecins a insisté sur le fait que le médecin de cette unité devait connaître l'univers de la médecine générale : « A6 : il faut quelqu'un qui sache ce qu'est la médecine générale, c'est fondamental ». Quelques médecins estimaient que cette équipe devait prescrire : « C1 : il faut qu'ils prescrivent sinon ça ne sert à rien ».

Les trois quart des médecins voulaient être intégrés à cette équipe avec une réelle interaction : « B1 : on fait partie de l'équipe aussi ». Les quelques autres préféraient rester en dehors de la structure : « C2 : moi je n'ai aucunement envie de faire partie de l'équipe mobile de gériatrie ». Un médecin voulait bénéficier d'une rémunération en fonction du temps passé à mettre en place cette équipe mobile : « B3 : mais avec une étude de forfaitisation qui corresponde au temps passé ».

Les limites et craintes d'une EMG

La plupart des médecins émettait des craintes sur la disponibilité et la réactivité de cette équipe. Ils craignaient un engorgement au fil des mois : « B3 : C'est un peu ce que je redoute. L'explosion de la demande et après les délais de prise en charge ».

Beaucoup redoutaient l'intervention d'un médecin hospitalier dans cette équipe pour la prise en charge ambulatoire des patients : « C1 : de parachuter des hospitaliers dans le monde ambulatoire... Euh ça risque d'être difficile pour eux », « C2 : une crainte par rapport au fait que ce ne soit pas des médecins ambulatoires, que les médecins ne sachent pas gérer l'ambulatoire ». Un médecin déplorait l'absence d'aide soignant dans cette équipe : « C3 : j'ai jamais compris qu'il n'y ait pas d'aides soignantes en libéral ». Un autre redoutait l'absence de prescription de cette équipe : « C2 j'ai une vraie crainte s'ils ne prescrivent pas ». Quelques médecins reconnaissaient avoir une certaine appréhension à travailler en équipe : « B1 : le problème aussi... Moi j'aime bien le travail en solitaire ». D'autres avaient peur d'être mis à l'écart : « A5 : qu'on nous prenne notre place ».

Quasiment tous les médecins s'inquiétaient de l'aspect chronophage de la mise en place de cette structure : « B3 : Non les seules craintes moi c'est de tomber dans le chronophage. Mais ne pas être bouffé par un système qui te pompe du temps. Et que ce ne soit pas une usine à gaz ».

Pour d'autres, il n'y avait aucune crainte à avoir : « C1 : moi j'vois pas pourquoi on aurait des craintes ».

DISCUSSION :

L'objectif principal de cette étude était d'explorer les attentes des médecins généralistes sur la mise en place d'une EMG extra hospitalière dans le Loir et Cher (41). Cette étude qualitative par Focus group a étudié les représentations des MG sur la gestion des situations difficiles avec des personnes âgées en ambulatoire ainsi que leurs attentes et craintes sur la mise en place d'une EMG.

Les *focus group* étaient plus appropriés pour cette étude car cette méthode qualitative était interactive. Elle a recueilli, grâce à la dynamique de groupe et la liberté d'expression, des idées témoins de la réalité du « terrain ». Elle a également favorisé l'émergence d'une image de l'EMG « idéale » pour les médecins généralistes, c'est-à-dire répondant au maximum à leurs attentes. Lors du FG du groupe de pairs (le premier FG), le groupe est arrivé à un réel consensus en construisant l'EMG imaginaire idéale. Ces idées pourraient être prises en compte lors de la création effective de cette EMG. Par ailleurs, cette thématique ne fait pas appel à des éléments trop personnels qui auraient mieux été exploités en entretiens semi dirigés. Cependant cette étude a montré des limites. Il existait dans chaque FG un leader qui prenait la parole facilement et faisait avancer le débat mais il empêchait parfois certains médecins timides de s'exprimer pleinement. Les FG peuvent induire des réticences à exprimer des idées personnelles et il peut se dégager des normes de groupe, source de blocage [5]. Une triangulation avec des entretiens semi-dirigés aurait renforcé les résultats. Le recrutement des médecins, pour réaliser cette étude, a été difficile car peu ont répondu aux appels téléphoniques et la plupart ne souhaitait pas participer à une réunion le soir après leur travail ou sur leur temps libre. Il n'a pas été possible de réaliser un quatrième FG pour vérifier la saturation des données. Toutefois, l'objectif de ce travail était d'identifier les éléments essentiels à prendre en compte pour la création d'une EMG. L'ensemble des données recueillies donne une image du minimum requis pour ces structures d'après les médecins généralistes.

Aucune étude ne s'est intéressée aux attentes des médecins généralistes avant la mise en place d'une EMG extra hospitalière. Cette étude a décrit l'EMG « idéale » pour les médecins généralistes à savoir, une équipe avec obligatoirement une assistante sociale et un médecin, avant tout, habitués à la médecine ambulatoire. Quelques uns souhaitaient même que ce médecin ait une formation de généraliste. Pour ces derniers, le médecin de l'équipe devait comprendre leur mode d'exercice, leurs conditions de travail afin de prendre en compte ces divers éléments dans la prise en charge ambulatoire des patients concernés. L'aspect social en ambulatoire était très souvent perçu comme chronophage et complexe. L'EMG était peu connue des médecins généralistes et la plupart l'assimilait à l'équipe d'appui en soins palliatifs et à l'HAD. L'EMG devait être accessible rapidement et être simple d'utilisation. Quelques médecins déploraient l'absence de prescription de cette équipe, mais la plupart s'accordait à dire que le conseil et l'aide sociale étaient, pour eux, le plus important si cette structure devait voir le jour.

Plusieurs EMG extra hospitalières ont vu le jour ces dix dernières années. Le travail en équipe mobile de gériatrie implique un partenariat avec les différents services hospitaliers, les

urgences, et les structures médico-sociales ou les professionnels libéraux : on parle alors de réseau gérontologique [6]. Ces EMG ont toutes les mêmes missions. Les médecins généralistes de notre étude ont évoqué spontanément la plupart des missions des EMG à savoir, elles favorisent le maintien à domicile et évitent, chaque fois que possible, les hospitalisations en urgence car souvent traumatisantes et responsables d'une perte d'autonomie de la personne âgée. Elles ont aussi pour mission de concourir au retour à domicile après une hospitalisation [7,8]. Par contre, pour la majorité des médecins interrogés, la prise en charge de la douleur faisait référence à l'équipe d'appui en soins palliatifs. Pourtant, les EMG viennent également en appui des équipes de l'hôpital confrontées à des situations difficiles notamment dans le domaine de la prise en charge de la douleur et de la fin de vie [7,8]. Quelques médecins dans notre étude souhaitaient pouvoir bénéficier d'une formation, à la fois pour eux, mais également pour le personnel des maisons de retraite. L'EMG assure effectivement des missions de formation et de communication [7,8]. Certains généralistes souhaitaient que l'EMG prenne en charge en globalité le patient à domicile avec, entre autre, la prescription des thérapeutiques. L'EMG extra hospitalière n'intervient jamais de sa propre initiative mais toujours à la demande des professionnels ambulatoires et ne se substitue pas à eux mais travaille en partenariat avec eux. Elle n'effectue pas de soin et s'inscrit dans une démarche de compagnonnage [7,8]. Il n'y a jamais de réponse standardisée. A chaque fois, il s'agit de s'adapter à une situation unique. Toutes les EMG extra hospitalières interviennent sur signalement. Les médecins interrogés étaient partagés sur le moyen pour faire appel à l'EMG. Certains voulaient être les seuls à pouvoir contacter cette structure, d'autres souhaitaient que le signalement puisse se faire par la famille des patients concernés ou d'autres professionnels (infirmière notamment). Dans les EMG extra hospitalières déjà en place, ce signalement peut varier d'une structure à une autre, mais la plupart correspond à un appel pouvant venir soit d'un médecin généraliste, d'une structure sanitaire ou sociale appartenant ou non au réseau gérontologique, ou bien d'une personne âgée ou de son entourage si elle est déjà incluse dans ce réseau [8]. Peu de médecins se sont interrogés sur le mode de financement de ces structures. Les EMG sont, pour la plupart, financées par des Missions d'Intérêts Générales et d'Aide à la contractualisation (MIGAC). Le coût estimé d'une EMG est de l'ordre de 350 000 Euros par an [4].

Les médecins interrogés comparaient cette EMG aux réseaux déjà existants, à savoir l'hospitalisation à domicile (HAD) et l'équipe d'appui en soins palliatifs. Ils évoquaient leur rapport avec ces structures, ce qu'ils appréciaient, ce qu'ils leur reprochaient et ce qu'ils ne voulaient pas reproduire avec l'EMG future. Des études ont été menées en 2008 et 2010 lors de travaux de thèse sur l'HAD [9,10] dans la région Messine et de Crest afin de connaître le ressenti des médecins généralistes sur cette structure. Ces études ont montré des résultats similaires. La charge de travail et le besoin de formation complémentaire étaient cités comme un frein à la prescription de l'HAD. Dans la deuxième étude [10], les généralistes avaient la sensation de perdre leur rôle de médecin traitant lors de la prise en charge d'un patient en HAD. Par contre, contrairement à notre étude les médecins généralistes étaient contre le dossier informatisé au lit du patient, le trouvant trop compliqué et trop envahissant.

Une thèse qualitative par entretiens semi dirigés sur les difficultés des médecins généralistes dans les prises en charge au domicile de leurs patients en soins palliatifs a été réalisée en 2011

dans le département d'Ille et Vilaine [11]. Tout comme dans les deux études sur l'HAD, le médecin généraliste se sentait souvent exclu du réseau, trouvant ce système de soins chronophage. Dans notre étude, le réseau d'appui en soins palliatifs était plus apprécié des médecins généralistes que l'HAD, essentiellement dû au fait que le médecin responsable de cette structure avait une formation de médecin généraliste. Si l'EMG se mettait en place dans leur secteur, la plupart des médecins interrogés souhaitaient avoir une structure comparable au réseau d'appui en soins palliatifs avec un médecin généraliste de formation, une prise en charge complémentaire et une EMG réactive et disponible rapidement dans l'urgence.

Une enquête récente de satisfaction a été réalisée au sein des médecins généralistes et autres professionnels (EHPAD, SIAD, infirmiers libéraux) des huit cantons de Nord Seine et Marne où intervient une EMG extra hospitalière (EMG de Meaux). Cette étude a recueilli le ressenti des professionnels libéraux sur le fonctionnement de cette structure et étudié les améliorations à apporter. Un médecin généraliste sur deux a répondu au questionnaire envoyé et les trois quarts de ces médecins connaissaient l'existence de cette équipe. Plus de la moitié des personnes concernées par cette enquête (médecins généralistes, EHPAD, IDE du SIAD) connaissait l'équipe grâce à une rencontre avec les professionnels de cette EMG. La majorité faisait appel à l'équipe pour des troubles du comportement chez une personne âgée à domicile. En revanche, peu d'appels concernaient l'orientation et l'aide au placement contrairement aux attentes des médecins généralistes interrogés dans notre étude. Deux des craintes majeures des médecins de notre étude étaient le manque de réactivité de l'EMG et son délai d'intervention. Or, dans l'étude de Meaux, la plupart des professionnels était très satisfait de la réactivité de l'EMG lors du signalement et de la clarté du compte rendu. Par contre, le délai d'intervention était, pour la majorité, moins satisfaisant. Il existe des similitudes dans les deux études. En effet, dans l'étude de Meaux, les professionnels souhaitaient essentiellement être mieux informés sur les missions et fonctionnement de l'EMG, pouvoir joindre plus facilement un médecin au téléphone et bénéficier de formations [12].

CONCLUSION :

Cette étude a révélé les principales attentes des médecins généralistes avant la mise en place d'une EMG dans leur secteur. La création d'une équipe mobile de gériatrie extra hospitalière semblait intéresser la plupart des médecins interrogés. Cette catégorie d'étude est indispensable avant la création de ce type de réseau afin d'accorder l'offre aux réels besoins des praticiens de terrain. Ces derniers souhaitaient essentiellement une aide sociale et un soutien psycho-médical dans les situations difficiles au domicile. Ils voulaient une structure adaptée à leur pratique avec un médecin gériatre expérimenté en médecine ambulatoire. Ils la comparaient souvent aux réseaux d'appui en soins palliatifs et à l'hospitalisation à domicile (HAD) mais ne voulaient pas reproduire les mêmes erreurs avec cette nouvelle structure. Cette EMG devra être réactive, disponible et simple d'utilisation pour que les médecins généralistes l'utilisent.

La prise en compte de ces attentes et l'évaluation du ressenti des médecins généralistes après la création de cette EMG, devraient permettre d'améliorer le fonctionnement de cette unité et d'adapter ses missions au plus près de leurs doléances.

BIBLIOGRAPHIE

1. INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050. 2006 Juillet;1089.
2. Circulaire DHOS/O 2/DGS/SD 5 D N 2002-157 du 18 Mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique.
3. Dubois.M, Lorthiois J, Mansour S, Fleury M, Ballouche N, Blanc P. Les équipes mobiles sont elles l'avenir de la gériatrie ? Gérontologie et Société. 2008 Mars;126.
4. Couturier.P, Tranchant L, Laniece I, Gromier A, Sala C, Lo B. Equipes mobiles de gériatrie : objectifs et fonctionnement. Age et nutrition. 2007;18;2:61-6.
5. Moreau.A, Dedianne MC, Letrillart L, Legoaziou MF, Labarere J, Terra JL. S'approprier la méthode du focus group. La revue du praticien médecine générale. 2004;18;645.
6. Liger-salvy M, Voisin T. Equipes mobiles de gériatrie extra hospitalières. L'année gérontologique. 2007;21.
7. Remy.I. L'équipe mobile de Bretonneau, un pont entre l'hôpital et la ville. Soins gérontologie. 2007 Mars;64:35-8.
8. Couturier P. L'équipe mobile de gériatrie, une nouvelle pratique dans l'exercice de la gériatrie. Coordination ville-hôpital. Repères en gériatrie. 2008 Février;10;78:40-4.
9. Malek A, Schmitt V. 5èmes journées nationales des équipes mobiles de gériatrie : EMG CH Meaux, expérience extra hospitalière;7-8 Juin 2012;Limoges.
10. Sauvage D. Hospitalisation à domicile et médecins généralistes. Thèse pour le doctorat en médecine générale. 2010 Octobre.
11. Musquar I. Intérêts et insuffisances de l'HAD selon le ressenti du médecin généraliste : expérience de l'HAD de Crest. Thèse pour le doctorat en médecine générale. 2008. Décembre.
12. Texier G. Difficultés des médecins généralistes dans leurs prises en charge au domicile de leurs patients en soins palliatifs. Thèse pour le doctorat en médecine générale. 2011.

ANNEXE 1 : TRAME D'ENTRETIEN

1. Racontez-moi des problèmes que vous avez rencontrés dans la prise en charge d'une personne âgée en consultation ou à domicile ?

Quelles étaient les difficultés rencontrées ?

Comment vous en êtes vous sortis ?

A qui avez-vous adressé ce patient ?

Quels sont vos interlocuteurs privilégiés pour les personnes âgées avec ces types de problèmes ?

2. Comment abordez-vous le problème de la dépendance avec vos patients ?

Quels moyens utilisez-vous ?

Quelles démarches entreprenez-vous ?

3. Comment imaginez-vous les Equipe Mobile de Gériatrie (EMG) hospitalières sur le plan de leur composition et de leur fonctionnement ?

Que pensez-vous de l'intégration d'un orthophoniste dans cette unité ?

4. A la lumière de ça, comment imagineriez-vous une EMG Extra-hospitalière dans votre secteur pour qu'elle soit adaptée à vos besoins ?

Sa composition ?

Son fonctionnement ?

Comment la contacter ?

Quelles relations avec le MG, quelle place pour le MG ?

5. Qu'attendriez-vous d'une telle EMG dans votre secteur ?

Pour quels patients ?

Quelle offre ?

Quels bénéfices ?

6. Quelles seraient selon vous les limites d'une telle organisation ?

Aspect financier ?

7. Quelles seraient vos craintes ?

ANNEXE 2 : DESCRIPTION DE LA POPULATION ETUDIEE

Numéro de Focus Group	1	2	3
Date de l'entretien	09/03/2011	09/06/2011	30/11/2011
Mode de recrutement	Groupe de pairs, connaissances du directeur de Thèse	MSU du thésard	A l'aide des pages jaunes dans la région Vendômoise
Durée de l'entretien	85 min	65 min	71 min
Lieu de l'entretien	Dans une salle annexe du cabinet médical	Dans une salle annexe d'un restaurant de Contres	Dans une salle annexe d'un restaurant de Vendôme
Nombre de MG Participants	7	6	4
Age des MG	33;34;38;39;45;51;64	37;39;48;49;55;62	34;50;60;64
Sexe des MG	5 femmes 2 hommes	4 femmes 2 hommes	1 femme 3 hommes
Mode d'exercice	4 Urbains ; 2 Ruraux ; 1 semi- rurale	2 Ruraux ; 4 semi-ruraux	2 Urbains ; 2 semi-Ruraux
Type de patientèle	3 patientèles jeunes ; 4 patientèles équilibrées	1 patientèle jeune ; 3 patientèles équilibrées ; 2 patientèles âgées	3 patientèles équilibrées ; 1 patientèle âgée
Nombre de visites / semaine	2 ; 2 ; 3 ; 3 ; 5 ; 10 ; 15	4 ; 4 ; 10 ; 12 ; 25 ; 30	3 ; 5 ; 20 ; 25
Type de Formation en gériatrie	2 MSU ; 1 MG Form	3 MSU ; 1 FMC ; 1 coordinateur de maison de retraite	2 MSU ; 3 MG Form

MG : Médecin Généraliste

MSU : Maître de Stage des Universités

FMC : Formation médicale continue

MG Form : Association de formation médicale continue des médecins généralistes

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

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

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

Faculté de Médecine de TOURS

CHAUVIN Virginie épouse DOUBLIER

Thèse n°

29 pages _1 tableau

Résumé :

Contexte : Face au vieillissement de la population et à l'apparition de patients de plus en plus poly-pathologiques, des équipes mobiles de gériatrie (EMG) ont vu le jour dans les années 1990. Il en existe environ 230 actuellement en France. Par contre, les EMG extra hospitalières, aux rôles différents, sont rares. Une EMG extra hospitalière verra le jour prochainement dans le Loir et Cher. L'objectif principal de cette étude était de recueillir les attentes des médecins généralistes, avant sa création. L'objectif secondaire était, à partir de l'analyse de ces données, de comparer leurs besoins aux missions des EMG extra hospitalières.

Méthode : Etude qualitative par 3 Focus Group avec 17 médecins généralistes du Loir et Cher. Une retranscription écrite intégrale et une analyse thématique de contenu ont été réalisées.

Résultats : La grande majorité des médecins interrogés ignorait le concept d'EMG. Ils attendaient de cette équipe, une aide sociale et un soutien psycho-médical dans les situations difficiles au domicile. Ils souhaitaient une structure adaptée à leur pratique avec un médecin gériatre expérimenté en médecine ambulatoire. Ils la comparaient souvent aux réseaux d'appui en soins palliatifs et à l'Hospitalisation à domicile mais ne voulaient pas reproduire les mêmes erreurs avec cette nouvelle structure. Cette EMG devait être réactive, disponible et simple d'utilisation pour que les médecins généralistes l'utilisent.

Conclusion : La plupart des médecins généralistes interrogés étaient intéressés par la création d'une EMG extra hospitalière. La prise en compte de ces attentes et l'évaluation du ressenti des médecins généralistes après sa création, permettront d'améliorer son fonctionnement et d'adapter ses missions au plus près de leurs doléances.

Mots-clés : Equipe mobile de gériatrie, réseaux, médecins généralistes, soins à domicile, personnes âgées.

Jury :

Président : Monsieur le Professeur CONSTANS Thierry

Membres : Madame le Professeur HOMMET Caroline

Madame le Professeur LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie

Madame le Docteur RENOUX Cécile

Date de la soutenance : le jeudi 27 Septembre 2012