



Année 2017/2018

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Latifa HOUMAIDA - SAID

Née le 10/04/1989 à Châteauroux (36)

TITRE

Vécu des médecins généralistes ayant collaboré avec l'équipe mobile de gériatrie extra-hospitalière ETRE-INDRE.

Présentée et soutenue publiquement le 15 novembre 2018 devant un jury composé de :

Président du Jury :

Professeur Jean-Pierre LEBEAU, Médecine Générale, PU, Faculté de Médecine - Tours.

Membres du Jury :

Professeur Bertrand FOUGERE, Gériatrie, Faculté de Médecine - Tours.

Professeur François MAILLOT, Médecine Interne, Faculté de Médecine - Tours.

Directeur de thèse : Docteur Christophe RUIZ, Médecine Générale - Neuvy Saint Sépulchre.

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr Henri MARRET

ASSESEURS

Pr Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*
Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*
Pr Hubert LARDY, *Moyens - relations avec l'Université*
Pr Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, *Médecine générale*
Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*
Pr Patrick VOURC'H, *Recherche*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) - 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Pr Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972
Pr Andr  GOUAZE - 1972-1994
Pr Jean-Claude ROLLAND - 1994-2004
Pr Dominique PERROTIN - 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON
Pr Philippe ARBEILLE
Pr Catherine BARTHELEMY
Pr Christian BONNARD
Pr Philippe BOUGNOUX
Pr Alain CHANTEPIE
Pr Pierre COSNAY
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr Lo c DE LA LANDE DE CALAN
Pr Alain GOUDEAU
Pr No l HUTEN
Pr Olivier LE FLOCH
Pr Yvon LEBRANCHU
Pr Elisabeth LECA
Pr Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ
Pr Gérard LORETTE
Pr Roland QUENTIN
Pr Alain ROBIER
Pr Elie SALIBA

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ - A. AUDURIER - A. AUTRET - P. BAGROS - P. BARDOS - J.L. BAULIEU - C. BERGER - J.C. BESNARD - P. BEUTTER - P. BONNET - M. BROCHIER - P. BURDIN - L. CASTELLANI - B. CHARBONNIER - P. CHOUTET - T. CONSTANS - C. COUET - J.P. FAUCHIER - F. FETISSOF - J. FUSCIARDI - P. GAILLARD - G. GINIES - A. GOUAZE - J.L. GUILMOT - M. JAN - J.P. LAMAGNERE - F. LAMISSE - Y. LANSON - J. LAUGIER - P. LECOMTE - E. LEMARIE - G. LEROY - Y. LHUINTE - M. MARCHAND - C. MAURAGE - C. MERCIER - J. MOLINE - C. MORAIN - J.P. MUH - J. MURAT - H. NIVET - L. POURCELOT - P. RAYNAUD - D. RICHARD-LENOBLE - J.C. ROLLAND - D. ROYERE - A. SAINDELLE - J.J. SANTINI - D. SAUVAGE - D. SIRINELLI - B. TOUMIEUX - J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique	Cardiologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie clinique
BERNARD Anne	Cardiologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BODY Gilles	Gynécologie et obstétrique
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent.....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CALAIS Gilles.....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CHANDENIER Jacques.....	Parasitologie, mycologie
COLOMBAT Philippe.....	Hématologie, transfusion
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESOUBEAUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DIOT Patrice.....	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
DUMONT Pascal.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan	Réanimation
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FAVARD Luc.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUGERE Bertrand	Gériatrie
FOUQUET Bernard.....	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOGA Dominique.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
GOUPILLE Philippe.....	Rhumatologie
GRUEL Yves.....	Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....	Hématologie, transfusion
HAILLOT Olivier.....	Urologie
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HANKARD Régis.....	Pédiatrie
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
LABARTHE François	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie

MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénérologie
MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MORINIÈRE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna	Gynécologie-obstétrique
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-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophthalmologie
PLANTIER Laurent	Physiologie
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénérologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VAILLANT Loïc	Dermato-vénérologie
VELUT Stéphane	Anatomie
VOURC'H Patrick	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien	Soins palliatifs
POTIER Alain	Médecine Générale
ROBERT Jean	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

BAKHOS David	Physiologie
BARBIER Louise	Chirurgie digestive
BERHOUEZ Julien	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERTRAND Philippe	Biostat., informatique médical et technologies de communication
BRUNAUT Paul	Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CLEMENTY Nicolas	Cardiologie
DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane	Biophysique et médecine nucléaire
FAVRAIS Géraldine	Pédiatrie
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et cytologie pathologiques
GATAULT Philippe	Néphrologie
GOUILLEUX Valérie	Immunologie
GUILLON Antoine	Réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HOARAU Cyrille	Immunologie
IVANES Fabrice	Physiologie
LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
MACHET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
MOREL Baptiste	Radiologie pédiatrique
PIVER Éric	Biochimie et biologie moléculaire

ROUYER Camille.....Médecine légale
ROUMY Jérôme.....Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET Bénédicte.....Néphrologie
TERNANT David.....Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
ZEMMOURA Ilyess.....Neurochirurgie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....Neurosciences
BOREL Stéphanie.....Orthophonie
DIBAO-DINA Clarisse.....Médecine Générale
MONJAUZE Cécile.....Sciences du langage - orthophonie
PATIENT Romuald.....Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile.....Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

RUIZ Christophe.....Médecine Générale
SAMKO Boris.....Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA

BOUAKAZ Ayache.....Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
CHALON Sylvie.....Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
COURTY Yves.....Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
DE ROCQUIGNY Hugues.....Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259
ESCOFFRE Jean-Michel.....Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
GILOT Philippe.....Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
GUILLEUX Fabrice.....Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7001
GOMOT Marie.....Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
HEUZE-VOURCH Nathalie.....Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
KORKMAZ Brice.....Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
LAUMONNIER Frédéric.....Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
LE PAPE Alain.....Directeur de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
MAZURIER Frédéric.....Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001
MEUNIER Jean-Christophe.....Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259
PAGET Christophe.....Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
RAOUL William.....Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001
SI TAHAR Mustapha.....Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
WARDAK Claire.....Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

DELORE Claire.....Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie.....Praticien Hospitalier
PERRIER Danièle.....Orthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie

LALA Emmanuelle.....Praticien Hospitalier
MAJZOUB Samuel.....Praticien Hospitalier

Pour l'Ethique Médicale

BIRMELE Béatrice.....Praticien Hospitalier

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.

RESUME

Titre : Vécu des généralistes ayant collaboré avec l'équipe mobile de gériatrie extra hospitalière ETRE-INDRE.

Contexte : Les situations gériatriques complexes sont devenues plus fréquentes en soins premiers dans le département de l'Indre du fait du vieillissement de la population et de la démographie médicale. L'équipe mobile de gériatrie (EMG) extra hospitalière ETRE-INDRE propose aux généralistes de ce département, une évaluation gériatrique médico-psycho-sociale pour leurs patients. L'objectif principal de l'étude était de rendre compte du vécu des médecins ayant collaboré avec cette EMG. L'objectif secondaire était d'améliorer cette coopération pour répondre au mieux aux besoins des patients.

Méthode : Pour réaliser notre étude qualitative, 15 entretiens semi-dirigés auprès de généralistes de l'Indre ont été retranscrits et analysés selon les principes de la théorisation ancrée.

Résultats : Les polyopathologies dont les troubles cognitifs et comportementaux compliquaient le maintien au domicile des patients âgés. Le plus souvent, l'EMG répondait aux attentes des médecins dans le champ de la coordination des soins et du soutien apporté aux patients, aux familles et aux soignants. Par contre, l'intervention de l'EMG ne permettait pas toujours d'améliorer le devenir du patient créant une insatisfaction chez certains médecins de l'étude.

Conclusion : Très souvent, l'EMG est sollicitée à un stade de dépendance avérée et non plus à un stade de fragilité comme elle le préconise dans sa plaquette de présentation. En communiquant davantage autour du concept de fragilité, l'EMG pourrait amener les médecins généralistes à la solliciter à un stade plus précoce. Ainsi, son intervention serait plus à même d'améliorer la trajectoire de vie des patients.

Mots-clés : situations gériatriques complexes, soins premiers, équipe mobile gériatrique extra-hospitalière, médecins généralistes, recherche qualitative, fragilité.

ABSTRACT

Title: Experience of the general practitioners having collaborated with the non-hospital geriatric mobile team ETRE-INDRE.

Background : Complex geriatric situations have become more frequent in primary care in the french department of the Indre because of the ageing of the population and the medical demography. The non-hospital geriatric mobile team (GMT) ETRE-INDRE proposes, to the general practitioners (GPs) of this department, a medical-psychosocial geriatric assessment for their patients. The main objective of the study was to report the experience of the GPs who collaborated with this GMT. The secondary objective was to improve this cooperation to best meet the needs of patients.

Method : To realize our qualitative study, 15 semi-structured interviews with GPs of the Indre were retranscribed and analyzed according to the principles of the Grounded Theory.

Results : Polypathologies such as the cognitive and behavioural disorders complicated the home care of the elderly patients. Most of the time, the GMT met the GPs' expectations regarding the coordination of the care and the support to the patients, to the families and to the healthcare team. However, the intervention of the GMT did not always improve the patient's future creating dissatisfaction among the doctors of the study.

Conclusion : Very often, the GMT is requested at a known dependence stage rather than at a stage of frailty as recommended in the GMT's presentation brochure. By communicating more about the concept of frailty, the GMT could bring the general practitioners to request them at an earlier stage. Thus, their intervention would be more helpful to improve the life trajectory of the patients.

Keywords : complex geriatric situations, primary care, non-hospital geriatric mobile team, general practitioners, qualitative research, frailty.

REMERCIEMENTS

Au Professeur LEBEAU :

Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Veuillez trouver ici mes remerciements les plus respectueux et l'expression de mon profond respect. Merci pour vos conseils durant ces trois années.

Au Professeur FOUGERE :

Vous avez accepté sans hésitation de siéger à ce jury de thèse. Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

Au Professeur MAILLOT:

Vous avez accepté de participer à ce jury de thèse. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements. Merci pour tout ce que vous faites pour les internes de médecine générale.

Au Docteur RUIZ :

Je vous remercie pour votre disponibilité, vos précieux conseils et votre soutien tout au long de ce travail.

Au service de gériatrie de l'hôpital de Châteauroux...

A l'équipe mobile ETRE-INDRE... A Christine Moreau, tout ce que tu as apporté au département te survivra...

A tous mes maîtres...

A ma famille :

A mon père : Mohamed Houmaïda.

Merci pour tout ce que tu as fait pour nous...ton courage. Merci pour ton endurance. On n'a jamais manqué de rien. Une vie entière ne serait pas suffisante pour te rendre toute le dévouement dont tu as fait preuve pendant toutes ses années.

A ma mère : Fadma Aboueddahab.

Toute ta vie aura été un combat pour notre bien-être. Aucun mot n'est assez fort pour t'exprimer mon amour... Merci pour tous tes sacrifices...pour toutes les fois où tu as été la pour m'épauler...Tu es pour moi un modèle de courage, d'endurance et de droiture...

A vous deux :

Vous nous avez donné le meilleur. Puisse Dieu vous donner une longue vie afin que je puisse, à mon tour, prendre soin de vous. Je vous aime!

A mes frères et sœurs :

Mina : Tu as toujours été comme une mère pour moi...Merci pour ton écoute, ta franchise.

Fatiha : Merci pour ton sourire et tout ce qui fait que tu es toi...Tu es notre rayon de soleil.

Abdellah : Merci de m'avoir transmis le sens du travail bien fait ...Merci pour ta patience et ta sagesse.

Hassan : Entre sagesse et folie, j'ai toujours pu compter sur toi...Merci de m'avoir porté comme tu l'as fait en 2007.

Farid : A toi mon tout petit...Avec toi j'ai perdu des cheveux mais ai gagné tellement de bons moments...Ma vie sans toi n'aurait pas été la même.

A mes neveux, mes bébés... Merci pour vos sourires, vos bêtises...Tata Latifa est fière de vous.

A Azeddine, mon amour. Tu es mon équilibre...Je t'aime tout simplement.

A Selma, ma perle, ma princesse...Tu grandis tellement vite...Merci d'avoir été si sage pendant toutes ces années. Je t'aime. Tu es ce que j'ai de plus précieux.

A Sarah,mon ange, mon bébé... Une année difficile pour nous deux mais tes yeux et ton sourire me font tout oublié. Merci pour ton courage... Je suis fière de toi. Je t'aime mon trésor.

A Dada Brahim, Jda Fatime, Jda Zaina et tous les autres...

A Dada Lahoucine, parti trop tôt... Le bonheur de t'avoir connu est plus fort que la tristesse de t'avoir perdu. *Laféta*

TABLE DES MATIERES

Liste des professeurs	2
Serment d'Hippocrate	6
Résumé	7
Remerciements	9
Table des matières	11
Liste des abréviations	12
Introduction	13
L'équipe mobile de gériatrie ETRE-INDRE	14
Matériel et Méthode	15
Résultats	18
Discussion	34
Bibliographie	41
Annexe 1 : <i>Trame d'entretien</i>	45
Annexe 2 : <i>Récepissé de déclaration à la CNIL</i>	47
Annexe 3 : <i>Tableau comparant les difficultés évoquées par les médecins avec les résultats observés après l'intervention de l'équipe mobile ETRE-INDRE</i>	48
Annexe 4 : <i>Plaquette de présentation de l'équipe ETRE-INDRE</i>	49
Annexe 5 : <i>Tableau comparant les rôles de l'équipe mobile ETRE-INDRE aux attentes des généralistes interrogés</i>	50
Annexe 6 : <i>Gerontopole Frailty Screening Tool</i>	51

LISTE DES ABREVIATIONS

EMG : Equipe Mobile de Gériatrie.

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales.

ARS : Agence Régionale de Santé.

EGMPS : Evaluation Gériatrique Médico-Psycho-Sociale.

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques.

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes.

SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile.

EADSP : Equipe d'Appui Départementale de Soins Palliatifs.

SFGG : Société Française de Gériatrie et Gériologie.

CNPG : Conseil National Professionnel de Gériatrie.

FMC : Formation Médicale Continue.

INTRODUCTION

La population française ne cesse de vieillir. Depuis les années 90, la part des plus de 75 ans augmente de manière importante (1).

Les projections démographiques montrent qu'en 2050, plus du tiers de la population française aura plus de 65 ans (2).

Ces patients âgés mais surtout fragiles au sens gériatrique du terme représentent un véritable défi de prise en charge pour notre société. Les différents plans d'adaptation de l'offre de soins montrent l'intérêt du gouvernement pour le sujet (3).

Dans ces textes, le médecin traitant a un rôle capital de coordination. *«Son action est déterminante en matière d'orientation et de soins, ce qui implique qu'il soit parfaitement informé du fonctionnement du dispositif et sensibilisé à une approche gériatrique. Il doit pouvoir avoir accès, lorsqu'un bilan global est nécessaire, à des consultations d'évaluation gériatrique...»* (3).

Cependant, la prise en charge de la personne âgée dans sa globalité est perçue, par le médecin généraliste, comme un exercice difficile à réaliser à lui seul (4).

Les situations gériatriques complexes rendent précaire le maintien à domicile de ces patients et entraînent bien souvent des hospitalisations non programmées qui leur sont délétères (5).

C'est dans cette optique qu'ont été créées et continuent de se développer les équipes mobiles de gériatrie extra-hospitalières (6). Elles offrent aux intervenants extra-hospitaliers un accès à des compétences difficiles à mobiliser en ville (7).

L'équipe mobile ETRE-INDRE basée à Châteauroux sillonne depuis janvier 2014 tout le département de l'Indre pour soutenir médecins, équipes soignantes et familles. Cette équipe propose, sur signalement ou avec l'accord du médecin traitant, un avis pluridisciplinaire par le biais d'une évaluation médico-psycho-sociale standardisée.

Le médecin généraliste est alors un interlocuteur privilégié étant donné qu'il reste seul prescripteur.

Dans un contexte où médecins traitants et équipes mobiles tendraient à travailler ensemble, il semble essentiel de s'assurer de la satisfaction des généralistes quant à l'aide apportée et de mettre en évidence les éventuels aspects à améliorer pour optimiser cette coopération.

Ainsi, l'objectif principal de notre étude est de rendre compte du vécu des généralistes ayant collaboré avec l'équipe mobile ETRE-INDRE.

L'objectif secondaire est d'améliorer la coopération entre généralistes et équipe mobile pour répondre au mieux aux besoins des patients.

L'EQUIPE MOBILE DE GERIATRIE ETRE-INDRE

Cette équipe trouve sa source de l'ancien réseau ETRE-INDRE basé à Levroux dans le département de l'Indre. Créé en 2004 à l'initiative de la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) et du conseil général, il avait pour but de soutenir, accompagner et informer les professionnels prenant en charge des personnes âgées avec des troubles du comportement. Ce réseau était composé d'une infirmière, d'une psychologue et d'une secrétaire.

En janvier 2014, celui-ci devient l'équipe mobile de gériatrie (EMG) ETRE-INDRE avec l'arrivée d'un médecin gériatre. Depuis, elle est financée par l'Agence Régionale de la Santé (ARS) et est basée à Saint-Maur dans l'Indre.

L'EMG intervient sur le lieu de vie de la personne âgée, que ce soit à domicile ou en institution. L'équipe prend en charge la personne âgée sur demande du médecin traitant ou avec son accord si la demande est faite par la famille ou les autres soignants.

Elle offre une évaluation de la personne âgée par le biais d'une évaluation gériatrique médico-psycho-sociale (EGMPS) ainsi qu'un suivi de ses patients avec des interventions régulières sur un délai de 6 mois renouvelable une fois. Elle intervient également pour des situations à risque suicidaire et de syndrome de Diogène. Elle a pour but d'améliorer le parcours de santé de la personne âgée en évitant les ruptures de prise en charge (notamment les hospitalisations en urgence) et en repérant précocement les personnes âgées à risque de décompensation. Elle peut également accompagner les retours à domicile afin de prévenir les réhospitalisations.

Enfin, elle peut être sollicitée par les équipes soignantes pour ses capacités de soutien et de formation au travers des «Appuis Techniques».

MATERIEL ET METHODE

1) LE TYPE D'ETUDE :

L'objectif principal de notre travail était d'étudier le vécu des médecins généralistes ayant collaboré avec l'équipe mobile de gériatrie extra-hospitalière ETRE-INDRE. Pour cela, nous avons fait le choix d'une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés.

2) LA POPULATION ETUDIEE :

Les médecins généralistes ont été recrutés par le chercheur sur les listes de collaborateurs faites par l'équipe mobile ETRE-INDRE.

Les critères d'inclusion étaient :

- Être médecin généraliste installé dans l'Indre.
- Avoir déjà sollicité l'équipe mobile ETRE-INDRE ou avoir donné son accord pour l'intervention de l'EMG.
- Accepter de participer à l'étude.

Un premier contact par courrier postal afin d'expliquer le déroulement des entretiens ainsi que le thème et l'intérêt de l'étude a été privilégié.

Les accords ont ensuite été recueillis par téléphone et les modalités des entretiens fixées.

La durée des entretiens n'était pas précisée à l'avance. Lorsqu'il y avait une demande du médecin, une durée de 45 minutes était avancée.

L'échantillon a été raisonné autant que possible en fonction du sexe, de l'âge et du type d'exercice (rural, semi urbain et urbain) afin d'obtenir un panel le plus diversifié possible.

3) LES ENTRETIENS :

Après lecture de la bibliographie et après avoir sélectionné les idées qui nous intéressaient, nous avons pu réaliser notre guide d'entretien.

Celui-ci comprenait une présentation de l'étude suivie de quatre parties.

La première portait sur la prise en charge des patients âgés et les difficultés inhérentes à cet exercice.

La deuxième partie évoquait la sollicitation de l'équipe mobile et les attentes des médecins généralistes. Il leur était demandé de raconter une ou plusieurs situations vécues pour illustrer leurs propos.

La troisième partie avait pour thème : la première intervention de l'équipe mobile avec le vécu des médecins.

Enfin, la dernière partie abordait les résultats de la prise en charge de l'équipe mobile avec les réserves éventuelles des médecins.

Nous avons hiérarchisé nos quatre items dans l'ordre chronologique.

Chaque partie comportait des questions de relance pour alimenter la discussion.

Le guide d'entretien, répertorié en Annexe 1, n'a pas été modifié pendant l'étude.

Le recueil des données a été réalisé par le chercheur, interne en médecine générale entre juin 2017 et mai 2018.

Ces entretiens ont eu lieu, à la demande des médecins, au sein de leur cabinet, au conseil de l'ordre des médecins ou encore à leur domicile. Les entretiens ont été poursuivis jusqu'à suffisance théorique des données.

Avec l'accord des participants, les entretiens ont été enregistrés puis anonymisés avant leur retranscription intégrale.

Afin de préserver l'anonymat, un numéro était attribué à chaque médecin (de M1 à M15).

4) LA RETRANSCRIPTION :

Les verbatims ont été intégralement retranscrits avec leurs hésitations, leurs répétitions et leurs fautes de syntaxe.

La retranscription sur Open Office a été réalisée par le chercheur, interne en médecine générale.

5) L'ANALYSE DES ENTRETIENS :

Nous avons réalisé une analyse thématique basée sur les principes de la théorisation ancrée.

Le codage des verbatims et l'interprétation ont été réalisés avec la collaboration du directeur de thèse, qualifié en recherche qualitative.

Nous avons réalisé un double codage.

Après retranscription de chaque entretien au fur et à mesure de leur réalisation, nous procédions à une première relecture afin de noter les grandes idées de l'entretien.

Rapidement, nous avons pu établir une grille d'analyse en fonction des différents thèmes abordés.

Devant l'absence de données nouvelles, nous avons décidé l'arrêt des entretiens.

Nous avons ensuite déstructuré les entretiens en « unités minimales de significations ». Ces dernières ont été étiquetées, comparées les unes aux autres et classées en sous-thèmes.

Ces sous-thèmes ont ensuite été regroupés en grands concepts puis comparés aux données de la littérature.

6) LES ASPECTS ETHIQUES :

Le consentement éclairé du médecin interrogé a été recueilli oralement lors de la prise de rendez-vous ainsi que lors de la présentation en début d'entretien.

Cette étude qualitative portant sur le vécu des médecins généralistes lors de leur collaboration avec l'équipe mobile ne relevait pas d'une autorisation du comité de protection des personnes (Décret 2017-884 du 9 mai 2017).

Cette étude a été déclarée à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (Déclaration numéro 2153565 répertoriée en Annexe 2).

RESULTATS

1) LA POPULATION ETUDIEE :

Nous avons estimé que la suffisance des données a été obtenue avec treize entretiens. Deux entretiens complémentaires n'ont pas permis de mettre en évidence d'éléments nouveaux.

Les caractéristiques des médecins et des entretiens sont résumées dans le tableau ci-dessous :

Entretien	Sexe	Age (Années)	Lieu D'exercice	Maître de Stage Universitaire	Formation en gériatrie	Durée de l'entretien	Lieu de l'entretien
M1	M	58	urbain	non	capacité	43 min	salle de consultation
M2	M	57	rural	non	capacité, DU soins palliatifs	37min	salle de consultation
M3	M	62	rural	non	non	14 min	salle de consultation
M4	M	64	rural	non	non	35 min	salle de consultation
M5	M	50	urbain	oui	non	57min	salle annexe
M6	F	42	rural	oui	non	46min	salle de consultation
M7	M	40	urbain	oui	non	55 min	domicile
M8	M	63	urbain	oui	non	52 min	salle de consultation
M9	F	52	urbain	oui	non	39 min	salle de consultation
M10	M	58	rural	non	non	40 min	salle de consultation
M11	F	57	rural	non	non	38 min	salle de consultation
M12	M	60	urbain	oui	non	47 min	conseil de l'ordre
M13	M	60	urbain	non	capacité	38 min	salle annexe
M14	F	68	rural	oui	non	53 min	salle de consultation
M15	F	40	rural	non	non	32 min	salle de consultation

Le caractère urbain du lieu d'exercice était défini selon les critères de l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE).

2) LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS AGES EST UN TRAVAIL JUGE DIFFICILE.

Les médecins de l'étude disaient devoir prendre en charge des personnes « *de moins en moins autonomes* » (M11) ; « *seules, fragilisées ...dans des logements pas adaptés* » (M8) : « *L'essentiel de son problème c'est son handicap !* » (M9).

Certains médecins qualifiaient les patients comme de « *vieilles machines qu'il faut essayer de faire rouler* » (M5) tout en acceptant que parfois « *le corps* » (M7) ne suive plus : « *c'est normal qu'il y ait des choses qu'elle n'est plus capable de faire* » (M7).

Plusieurs médecins disaient adapter leur pratique en fonction de l'âge des patients : « *L'espérance de vie n'étant pas la même, les décisions ne sont pas tout le temps les mêmes voilà !* » (M10) ; « *Les objectifs ne sont pas forcément les mêmes !* » (M12).

On notait parfois une pointe de désespérance chez certains médecins : « *On n'attend pas de miracles...* » (M12).

Les examens complémentaires étaient jugés parfois « *plus délétères que bénéfiques...Comme l'hospitalisation d'ailleurs...* » (M7).

Tout cela rendait la prise en charge des patients âgés « *spécifique* » (M11), « *un peu plus compliquée* » (M5), « *plus complexe* » (M8) : « *C'est particulier !* » (M2).

Des médecins généralistes de l'étude éprouvaient un désintérêt pour la gériatrie : « *Ooff c'est pas le truc qui me passionne on va dire (rires) !* » (M7).

Le versant bio médical : « Je gère ! » ...

Concernant la prise en charge « biomédicale » des patients âgés, la plupart des médecins de l'étude affirmaient « gérer » (M1) (M7) (M11) (M12) : « je connais... » (M1) (M2) ; « ne pas avoir de soucis » (M3) ni de « problèmes » (M6) ni de « difficultés » (M8) ; s' « en sortir » (M9) : « Je me débrouille ! » (M5).

Parfois, ils comparaient même cela à de la mécanique « Après le reste c'est de la mécanique cardiaque euh rein etc... Tout ça ça reste de la mécanique ! » (M12).

Quelques uns évoquaient tout de même des difficultés : « Je ne savais pas trop prendre une décision au niveau thérapeutique. » (M4).

Celles-ci étaient favorisées par « le problème de la polypathologie » (M3) et « la partie négociation » (M10) du traitement avec les patients.

En cas de difficultés, les médecins soulignaient l'importance de se « faire des réseaux » (M8) pour pouvoir faire appel « aux spécialistes de l'hôpital » (M8) notamment « les gériatres » (M2) (M7) (M8) ou « les urgences en dernier recours » (M5) : « Après la prise en charge médicale euh on arrive souvent avec les milieux hospitaliers à palier un petit peu mais il faut avoir ses entrées ! » (M10).

Même si ces derniers ne répondaient pas toujours présents : « Bin déjà les gériatres, il faut les trouver ! » (M14).

Ils soulignaient également l'intérêt de la pluridisciplinarité et « du partage » (M8) pour certaines situations difficiles. Ils trouvaient cela « plus rassurant » (M8) pour le médecin et « plus bénéfique pour les patients » (M8).

... Malgré les difficultés dûes à la polypathologie...

Du fait « des poly-pathologies intriquées » (M8), les patients avaient « pleins de médicaments » (M2).

Il fallait être « *très vigilant de ne pas nuire* » (M8) et « *faire attention aux interactions* » (M11) : « *On ne peut pas leur mettre le traitement qu'on veut !* » (M12).

Il fallait « *les prendre dans leur ensemble à chaque fois* » (M2).

Cela demandait « *plus d'attention, de temps...* » (M8) : « *Il faut traiter la personne et pas que l'organe !* » (M13).

Il fallait « *tout le temps se remettre en question* » (M8), casser « *les routines* » (M8) et « *essayer de faire des points* » (M15) pour « *éliminer les médicaments complètement obsolètes* » (M12).

Le renouvellement des ordonnances était un travail jugé « *pas toujours simple* » (M7).

Les médecins devaient faire face à des recommandations parfois inadaptées à la médecine générale : « *C'est un peu compliqué entre les recommandations extrêmes des cardiologues et les recommandations extrêmes des gériatres purs et durs...* » (M10).

Les médecins se sentaient souvent seuls au milieu des différents spécialistes : « *J'ai par exemple...une patiente de 77 ans qui a une SEP qui est très très douloureuse au niveau du dos, de l'abdomen euh les gastro-entérologues disent « C'est la SEP ! ». Le neurologue dit « Ce n'est pas la SEP ! »... Et au final ça fait plus d'un an qu'elle est douloureuse... que personne ne sait quoi faire !* » (M6).

... et à la négociation avec les patients.

Les médecins jugeaient la négociation des traitements avec les patients « *pas tout le temps simple* » (M10) voire même « *très compliquée* » (M15) : « *Après le problème c'est toujours de faire accepter nos choix au patient...* » (M11).

Il avouaient utiliser « *le temps* » (M15) pour « *expliquer* » (M1) ; donner les « *arguments* » (M13) aux patients et ainsi les « *persuader* » (M1) d'arrêter le médicament « *petit à petit* » ou « *par étapes* » (M5) si nécessaire.

Néanmoins, ils avouaient devoir faire preuve d' « *autorité* » (M12) lorsque la « *négociation* » (M10) n'était pas suffisante.

Par contre, pour le versant psychosocial, « J'essaye... »...

Beaucoup de médecins de l'étude disaient avoir « *moins besoin de la dimension médicale et plus de la dimension psycho socio...* » (M8) : « *La difficulté ça peut être l'accompagnement...* » (M9) ; « *C'est surtout sur le plan social !* » (M11).

Ils trouvaient cette dimension « *un peu plus compliquée* » (M5) avec « *des situations parfois difficiles à gérer...* » (M2) : « *des cas qui m'ennuyaient* » (M4) ; « *je m'interrogeais...* » (M8).

Ainsi les médecins disaient plutôt « *essayer* » (M5) (M7) (M9) (M10) (M11) (M15) de répondre aux problématiques psychosociales et non plus « *gérer* » ou « *connaître* » comme pour les problématiques biomédicales pures.

Des médecins soulignaient l'importance « *d'intervenir assez vite* » (M8) dès les premières difficultés : « *Il ne faut pas fonctionner en temps de crise. Il faut fonctionner en amont. C'est ce que je me tue à dire aux familles. Il faut anticiper.* » (M11).

... A cause des troubles cognitifs...

La plupart des médecins étaient investis : « *Je ne vais pas dire que c'est une nouvelle maladie pour nous mais c'est un gros...C'est un nouveau côté médical que l'on va traiter...dont on va s'occuper !* » (M14) malgré les difficultés : « *Les difficultés, c'est quand il y a des troubles cognitifs qui s'installent...* » (M1).

Certains médecins avaient du mal à « *définir ces troubles* » (M6).

Ils étaient amenés « *à prendre des avis* » (M5) ; à « *passer la main...pour évaluer la situation* » (M9).

Pour cela , ils orientaient vers « *les consultations mémoire* » (M5) des « *gériatres de l'hôpital* » (M7) même si ceux là demandaient « *des délais longs* » (M5) ou vers les services spécialisés : « *... des confrères qui font plutôt de la gérontopsy'.* » (M8).

Les possibilités thérapeutiques étaient jugées « *très limitées* » (M8) : « *Malheureusement, il n'y a pas beaucoup de traitements... Il faut faire souvent avec ça.* » (M5) et l'institutionnalisation souvent inévitable : « *Tôt ou tard, on sera sûrement obligés de l'institutionnaliser...* » (M4).

L'intégration de ces patients était jugée difficile : « *Ça pose problème parce qu'il faut arriver à les intégrer.* » (M10).

... Mais aussi à cause des problèmes de maintien à domicile.

« *Le plus difficile, c'est le maintien à domicile.* » (M14).

« *Et puis le problème empire quand on a des patients de moins en moins autonomes euh...de plus en plus dépendantes...* » (M11).

Les aides mobilisables étaient connues : « *le SSIAD* » (M6) (M7) (M10) (M11) (M14) ; « *les aides ménagères* » (M7) (M10) ; « *les aides de vie* » (M10) ; « *les ergothérapeutes* » (M10) ; « *les kiné'* » (M10).

La télésurveillance était également mentionnée (M4).

Leur mise en place était qualifiée de « *compliquée* » (M15) : « *Je ne connais pas forcément tous les rouages...* » (M9).

La coordination était jugée « *difficile* » (M11) car « *chronophage* » (M1) : « *C'est un petit peu difficile...Oui c'est chronophage en plus...D'ailleurs c'est pour ça que c'est difficile ! Ça prend du temps !* » (M11).

Certains médecins disaient se faire aider par des « *assistantes sociales* » (M5) (M7) ; la « *MAIA* » (M4) (M5) (M10) ou encore « *l'équipe mobile de gériatrie* » (M5) (M7).

L'importance de l'aidant dans le maintien à domicile était soulignée à plusieurs reprises dans nos entretiens : « *Le mur est essentiellement quand vous avez des gens... où vous n'avez pas de famille, pas d'aidant plutôt !* » (M10).

Avec un entourage familial « *présent et actif* » (M14), la gestion au quotidien était jugée « *plus facile* » (M14) : « *Là il n'y a pas de problèmes... parce que la famille est présente.* » (M1).

La famille permettait « *de pallier aux difficultés, d'essayer d'organiser des choses* » (M11) plus aisément.

Néanmoins, l'isolement social des patients âgés était un paramètre de plus en plus fréquent et entraînait plus rapidement « *le placement de la personne âgée* » (M11) : « *Au départ le maintien à domicile était faisable parce qu'il y avait déjà plusieurs personnes dans la même maison. En plus, il y avait les voisins... que maintenant on n'a plus de voisins. On n'a personne !* » (M14).

3) SOLLICITATION DE L'EMG :

Souvent par les généralistes eux mêmes...

La plupart du temps, se sont les médecins qui font la demande : « *Non c'est moi !* » (M1) ; « *Oui à chaque fois la demande venait de moi !* » (M2) ; « *Non c'est moi qui les demande.* » (M4) ; « *Oui c'est moi ! Tout à fait !* » (M15).

Parfois les médecins faisaient la demande « *sur les conseils des infirmières* » (M4) libérales ou de l'EHPAD : « *Des fois c'est la maison de retraite qui me l'a suggéré !* » (M6).

Deux médecins disaient remettre « *le courrier à la famille pour les laisser prendre contact avec l'équipe* » (M5) et « *s'investir dans la démarche* » (M12).

Souvent en période de crise...

La plupart des médecins faisaient appel en temps de « *crise* » (M1) (M2) (M6) (M7) (M11) ; quand « *...ça explose !* » (M11) : « *J'ai épuisé toutes mes cartouches !* » (M7) ; « *Bin c'est souvent quand je suis devant le fait accompli...* » (M14).

Des médecins soulignaient l'intérêt de faire appel par anticipation même si souvent c'était « *compliqué d'anticiper le problème* » (M11).

Ils n'étaient « *pas forcément toujours au courant* » (M11).

Parfois il fallait « *préparer le patient* » (M7). Il y avait « *un peu de négociation* » (M7) car les patients n'acceptaient « *pas toujours les prescriptions de réseaux* » (M7).

Les attentes des généralistes envers l'EMG étaient variées.

Les médecins de l'étude faisaient appel à l'EMG pour trouver des « *solutions* » (M12) (M13) ; « *apporter des plus* » (M12) ou pour « *avoir des conseils gériatriques* » (M4) concernant des situations « *déliçates* » (M2) ; « *compliquées* » (M10) ; « *complexes* » (M6).

Ces situations « *difficiles à gérer* » (M2) étaient en lien avec des « *pathologies lourdes* » (M10) (M7) et des patients souvent « *moins mobilisables* » (M5) (M8) ; « *moins mobiles* » (M8) et nécessitaient ainsi « *un avis global* » (M6) (M10) ; « *une vue d'ensemble* » (M15) ; « *une évaluation globale des besoins des patients* » (M9).

Les demandes portaient sur des problématiques variées :

- le **maintien à domicile et la mise en place des aides** autour du patient.

Certains médecins attendaient de l'équipe qu'elle « *évalue la faisabilité du maintien à domicile* » (M5) : « *Est ce que... on peut techniquement, médicalement les laisser sans souci à domicile ?* » (M5).

Les médecins espéraient aider leurs patients « *à rester chez eux dans de bonnes conditions* » (M15) et « *le plus longtemps possible* » (M7).

surtout quand il existait « *une problématique familiale* » (M2) ; quand il n'y avait pas « *de famille, d'environnement qui permette de palier aux difficultés* » (M9).

Des médecins faisaient appel à l'équipe pour « *débrouiller des situations* » (M2) et « *organiser les choses* » (M9) « *autour du patient* » (M2).

L'équipe devait « *mettre en place des aides* » (M2) et les « *faire accepter* » (M2) (M15) aux patients.

- le **soutien aux patients, aux aidants et aux soignants.**

Certains médecins demandaient une écoute des patients voire même « *un suivi psychologique* » (M15) : « *J'avais besoin d'une aide autre... c'est à dire non remboursée par la sécu' type psychologue ou infirmière qui puisse discuter avec les patients.* » (M7).

La plupart des médecins de l'étude soulignaient l'importance des aidants et la nécessité qu'ils soient « *pris en compte* » car ils étaient parfois « *désemparés* » (M12) : « *Il y avait un essoufflement du conjoint* » (M7).

L'EMG était appelée pour « *dialoguer* » (M7) ; « *expliquer au patient et sa famille* » (M7) et ainsi faire accepter « *le vieillissement normal* » (M7) du patient.

Pour un des médecins, l'EMG était attendue comme soutien « *suite à la découverte d'un cancer tardif* » (M7).

Pour certains généralistes les « *infirmières* » (M5) ; « *les aides ménagères* » (M5) étaient « *importantes aussi* » (M5).

Ainsi, l'EMG était parfois sollicitée pour « *prévenir le burn out des aides* » (M6).

En effet, les patients présentaient parfois « *des troubles du comportement avec les équipes soignantes* » (M10) ; « *de l'agressivité* » (M5) entraînant « *l'épuisement de certaines aides* » (M6).

- un **regard neuf** sur la situation.

Le médecin avait épuisé toutes ses ressources.

Il faisait alors appel à l'EMG pour « *sortir de l'impasse* » (M11).

Il en attendait un « *regard nouveau* » (M13) (M3) (M14) ; « *un œil nouveau* » (M14) (M8) ; « *des idées nouvelles* » (M11) . « *un œil extérieur* » (M7) pour contrer les « *idées fixes* » (M14) ; « *mettre en cause des routines* » (M8) et « *corriger les erreurs* » (M7) (M14).

- un **soutien actif** pour le généraliste.

D'autres médecins attendaient de l'équipe qu'elle valide leur travail.

Elle devait « *convaincre les aidants que c'est la bonne prise en charge* » (M7) et leur « *faire entendre raison* » (M14).

La procédure de demande était jugée simple par la plupart des médecins interrogés.

Pour faire appel à l'EMG, certains médecins de l'étude utilisaient le « *formulaire* » (M9) (M10): « *Et il y a des formulaires papier à remplir.* » (M1) d'autres non : « *Le formulaire, je ne l'utilise pas souvent parce que je ne l'ai pas toujours sous la main.* » (M12).

Ils utilisaient alors le « *téléphone* » (M2) parce que « *ça facilitait le truc !* » (M2) : « *J'appelle !* » (M14) ou mettait les patients à contribution : « *Je demande aux patients qu'ils contactent* » (M12).

D'autres encore utilisaient les deux : « *Euh alors j'ai appelé et ensuite j'ai rempli un formulaire.* » (M15).

Pour certains, il fallait joindre « *un courrier* » (M8) (M9) « *avec l'essentiel* » (M9) car le formulaire ne permettait « *pas de détailler* » (M9).

Globalement, la procédure de demande était jugée « *simple* » (M4) ; « *adaptée* » (M6) ; « *correcte* » (M8) ; « *bien* » (M15) ; rapide : « *Ça va assez vite !* » (M9).

Un médecin jugeait cela « *très procédurier* » (M10) et « *chronophage* » (M10).

Un médecin justifiait la nécessité des formulaires pour avoir « *une traçabilité* » (M13) afin de « *justifier le budget* » (M13) de l'EMG.

Plusieurs généralistes disaient oublier l'EMG parfois : « *Je n'y pense pas.* » (M6) (M14) (M15) ; « *Je n'ai pas du tout le réflexe en fait !* » (M6).

Deux médecins expliquaient cela par des « *conditions d'intervention* » (M6) floues : « *Parce qu'en plus moi j'ai du mal entre ETRE-INDRE et équipe mobile gériatrique parce que du coup avant y avait ETRE-INDRE qui est devenu équipe mobile de gériatrie et du coup euh...* » (M7).

Une autre médecin expliquait cela par le fait qu'elle était « *prise dans le truc* » (M14).

Les médecins avaient un avis mitigé sur les délais d'intervention de l'EMG.

Des médecins trouvaient les délais d'intervention « *corrects* » (M6) ; « *pas trop longs* » (M15) voire même « *rapides* » (M14).

D'autres au contraire, trouvaient le « *temps de réaction chez eux* » (M2) « *long* » (M2) (M7) (M11).

Ils trouvaient que l'EMG ne pouvait « *pas répondre à des cas urgentissimes* » (M4) : « *Je ne suis pas sûr qu'en urgence ce soit le meilleur moyen de régler le problème.* » (M5). Ceux sont ces médecins là qui faisaient souvent appel en tant de crise.

Des généralistes disaient faire « *attention de ne pas les saturer pour un oui ou pour un non* » (M5) : « *Les demandes, je les sélectionne !* » (M9).

Malgré cela, les délais tendaient à « *s'allonger* » (M9).

Ceci était la plupart du temps expliqué par le fait que l'EMG était « *là pour tout le département* » (M9).

Ils devaient avoir « *assez de travail* » (M7) ; « *du boulot* » (M12) ce qui les obligeait à « *mettre des priorités* » (M8).

Deux médecins expliquaient les délais par une certaine « *inertie* » (M4) de l'EMG : « *Ils font, allez, 7 interventions par semaine et le reste du temps ?* » (M13).

Parfois la demande d'intervention était faite par les familles ou les soignants.

Quelquefois c'était « *la famille directement qui avait fait la demande* » (M7) d'intervention et les médecins donnaient leur « *accord après coup* » (M3).

Dans ce cas, les médecins n'avaient pas d'attentes particulières : « *Bin... Il y avait une demande de la fille bien sûr !* » (M3).

En ville « *le SSIAD, les aides à domicile* » (M11) étaient souvent demandeuses d'interventions de l'EMG « *pour améliorer la qualité de vie des personnes âgées* » (M10) : « *D'autre fois, c'est les infirmières qui marquent : « Il faudrait peut être... » Voila !* » (M14).

En EHPAD, c'était « *souvent les infirmières* » (M10) qui pensaient à l'équipe lors « *des staffs* » (M13).

Il s'agissait, la plupart du temps de « *troubles comportementaux* » (M11).

Les médecins acceptaient dans un deuxième temps : « *En général, moi j'acquiesce !* » . Encore une fois, ils n'attendaient rien de particulier de la part de l'EMG et la faisait intervenir par souci de pluridisciplinarité et d'écoute envers le personnel paramédical : « *Quand il y a deux aides soignantes, deux infirmières qui interviennent... C'est intéressant aussi de savoir ce qu'ils décident... Enfin ce qu'ils décident... Ce qu'ils ont évalué...* » (M8) ; « *C'est, la plupart du temps, les paramédicaux qui font la demande et moi je dis : « OK » après.* » (M10) ; « *Ca permettait... Je pense que aussi c'est... Pour les équipes avec qui je travaille...* » (M13).

Parfois, il existait des protocoles au sein des EHPAD : « *En EHPAD, il y a des partenariats qui existent alors quand euh...voilà il y a des moments où je fais intervenir l'EMG parce que je dois faire intervenir l'EMG. C'est automatique ! Donc voilà forcément... Parfois on a un peu moins de... Comment dire... D'attentes vraies...* » (M9).

4) LES GENERALISTES ETAIENT SOUVENT ABSENTS LORS DE LA PREMIERE INTERVENTION DE L'EMG :

Certains médecins assistaient à la première intervention de l'EMG « *pour faire le lien* » (M1) (M15) entre le patient et l'équipe ; *pour* « *apporter des précisions* » (M15) quant aux attentes et « *mettre en commun* » (M8).

Un médecin affirmait ne jamais avoir été convié : « *On ne m'a jamais proposé !* » (M9).

La plupart des médecins refusaient l'invitation malgré qu'ils estimaient que leur présence serai « mieux » (M2) ; « bien » (M7) ; « intéressante » (M4) ou encore « bénéfique pour le patient » (M7).

Ils justifiaient leur absence par :

- le manque de temps :

Les médecins disaient manquer de « temps » (M1) (M2) (M4) (M7) (M9) ; « avoir trop de boulot » (M11) ; « trop de travail » (M4).

Les consultations de l'EMG étaient « des consultations très, très longues » (M11) donc les médecins ne pouvaient pas « aller s'asseoir pendant des heures » (M11) ; se « permettre de bloquer deux heures » (M11) ; « dégager une heure ou une heure et demie » (M4).

Deux médecins disaient s'être déplacé « pour la conclusion » (M10) (M11) de quelques interventions en EHPAD.

- le manque de rentabilité pour le médecin :

Certains médecins assistaient à l'intervention « sans être payés » (M1).

D'autres étaient rémunérés « sur la base d' une visite à domicile » (M7).

« En terme de rentabilité » (M5), ils ne s'y retrouvaient pas : « Du point de vue financier, le médecin est entre guillemets un peu perdant ! » (M7).

- l'inutilité de leur présence :

Certains médecins estimaient que leur présence n'apporterait « pas grand chose de plus » (M9) (M15) voire « rien » (M9) (M14) à l'EMG : « Si je n'avais pas été là, il n'y aurait pas eu une énorme perte ! » (M15).

Ils faisaient leurs « transmissions de façon indirecte » (M5) grâce au « courrier » (M9) : « Je dis ce qui m'embête au moment de la demande. » (M4).

Parfois, ils comptaient sur la famille du patient pour informer l'équipe de « toute l'histoire, la problématique, les crises, les machins... » (M1).

« La vision du médecin traitant » (M5) qui était « assez orientée sur le côté organique » (M5) ne leur paraissait « pas utile » (M5) pour l'EMG.

Pour un des médecins, sa présence était même **délétère** : « Il me semble que sur un premier contact... Je n'ai pas à mettre mon grain de sel. » (M3).

Un médecin avouait son **désintérêt** pour les interventions quand le gériatre était absent : « Il y a des interventions où le médecin n'intervient pas, où il n'y a que l'infirmière qui intervient donc... bon bin là euh... on lit le compte rendu ! » (M10).

5) LES APPORTS DE L'EMG ETAIENT MULTIPLES :

Les apports de l'EMG étaient qualifiés comme des « plus indéniables dans la relation avec le patient » (M5) et il était « très difficile d'avoir un équivalent » (M5).

L'EMG était « très aidante » ; « très utile » (M8) grâce aux « conseils » (M10) (M11) (M14) ; aux « petits trucs » (M10) ; aux « astuces » (M10) qu'elle donnait.

La plupart des médecins se disaient « satisfaits » (M5) (M7) (M11).

Pour les médecins, l'EMG était :

- une aide pour leur pratique quotidienne :

L'EMG donnait l'impression d'avoir « plus le temps de se poser sur les situations » (M6).

L'équipe avait « le temps » (M7).

Ainsi, les moments qu'elle passait « auprès du patient » (M7) faisaient « **gagner du temps** » (M2) (M9) (M7) (M6) aux médecins : « Moi en tout cas, je trouve qu'ils font ce que je n'ai pas le temps de faire quoi ! » (M6) ; « Elle me fait gagner du temps ! » (M9).

Elle apportait un **regard** « **nouveau** » (M14) ; « neuf » (M11).

Elle n'avait « pas la même approche » (M14).

Elle voyait « *les choses autrement* » (M10) et avait « *un positionnement en dehors de la relation « médecin traitant-patient* » » (M7).

Cette « *triangulation* » (M7) permettait de « *casser les routines* » (M8) ; « *les idées fixes* » (M14) des médecins.

Elle faisait ainsi « *réfléchir sur les prescriptions* » (M12) et donnait « *leur avis sur les thérapeutiques* » (M12) : « *Ça m'a répondu à certaines questions sur la thérapeutique !* » (M4).

Un des médecins a évoqué le « **confort médico légal** » (M4) apporté par l'équipe et la nécessité de « *toujours avoir un filet de sécurité* » (M4).

Certains médecins déléguaient les choses qu'ils n'avaient pas envie de faire : « *Et du coup bin... Ça m'évite de faire ça !* » (M15) ; « *Et puis je ne sais pas si j'ai envie d'aller passer des heures et des heures chez un patient !* » (M12) ; « *Et puis ce n'est pas ça qui me passionne quoi ! Je n'ai pas forcément envie d'y passer autant de temps pour euh... Voilà ça me fait autre chose de moins à faire...* » (M10).

En prenant « **le temps d'expliquer au patient et sa famille la prise en charge** » (M7), l'équipe permettait au médecin « *d'être plus tranquille* » (M12) ,« *moins embêté par les questionnements de la famille* » (M12) : « *Ça m'évite de faire ça !* » (M15) ; « *...Ca fera qu'il y aura moins d'appels et que du coup ça me permettra de souffler.* » (M7).

Quand l'équipe soignante « *reprochait* » (M8) des choses au médecin, **l'équipe permettait « de faire tomber la pression »** (M8) : « *Ça a calmé les infirmières quoi !* » (M13).

-un pivot dans la coordination des soins :

L'EMG communiquait « *avec toutes les associations* » (M2) présentes « *autour du patient* » (M9).

Elle créait « *un lien* » (M9) entre tous les soignants.

-un soutien pour le patient et son entourage :

L'équipe apportait un « *confort supplémentaire pour le patient et sa famille* » (M12).

L'EMG prenait en charge « *le côté psychologique* » (M6) (M7).

Elle était « *à l'écoute* » (M7) des patients : « *Ils discutent avec lui.* » (M3) ; « *Le seul fait d'écouter le patient, je pense que ça désamorce pleins de choses.* » (M7). Cela permettait de « *rassurer* » (M4) (M8) et favorisait ainsi « *l'acceptation de la maladie, l'acceptation de la sénilité.* » (M7) par le patient mais aussi son « *bien-être* » (M7) et « *l'amélioration de sa qualité de vie* » (M7).

Elle prenait également en charge le « *soutien psychologique* » (M3) de la famille et de l'aidant plus particulièrement.

L'équipe « *l'aidait* » (M14) à « *comprendre* » et « *gérer la situation* » (M14).

L'aidant se sentait alors « *soutenu et sollicité* » (M12).

Lorsque l'aidant se sentait « *désemparé* » (M11), l'équipe permettait « *d'ouvrir les portes sur un tas de choses* » (M11) qui permettait de le « *soulager* » (M12).

-une garante du maintien à domicile :

L'EMG fournissait aux médecins une « *évaluation du domicile* » (M2) ; « *un état des lieux précis* » (M12).

Les aides qu'elle mettait en place étaient jugées « *salutaires* » (M9).

Elle permettait ainsi un « *ralentissement de l'évolution vers le placement* » (M14) : « *Le résultat c'est de garder les gens chez eux.* » (M4) ; « *Sinon on n'aurait pas pu le maintenir à domicile !* » (M7).

Les patients pouvaient « *être un peu plus longtemps chez eux* » (M14) et éviter « *une hospitalisation inutile* » (M5) : « *Elle apporte un maintien de vie de couple ou de vie de famille qu'on aurait été obligés d'abrèger* » (M14).

Parfois l'institutionnalisation était inévitable.

L'EMG permettait alors d'attendre une place : « *Donc il a fallu qu'il attende, qu'on attende ensemble que... et on l'a fait grâce à eux quand même oui !* » (M8).

Les généralistes appréciaient la mobilité de l'EMG ainsi que la proximité qu'ils avaient avec elle.

L'EMG se démarquait des gériatres hospitaliers par sa « *mobilité* » (M11).

Elle pouvait se déplacer « *à domicile* » (M15) (M7) (M8) ; « *sur place* » (M14).

Cela permettait une prise en charge globale et individualisée : « *Les gériatres de l'hôpital vont les voir... le temps d'une consultation... je ne sais pas... 15 minutes... Ils vont voir le patient tout seul... Ils ne vont pas voir les enfants... Ils ne vont pas voir le mari... Ils ne vont pas voir la maison etc... contrairement à l'EMG* » (M11).

La plupart des médecins appréciaient la proximité qu'ils avaient avec l'EMG et la communication qui était qualifiée de « *facile* » (M14).

Les médecins n'avaient pas de difficulté à « *les joindre* » (M5). Ils pouvaient « *appeler* » (M6) (M7) facilement « *pour faire préciser les choses* » (M6) ou « *parler* » (M2) (M14) des situations.

Parfois, c'était l'EMG elle-même qui appelait le médecin pour le « *tenir au courant de telle ou telle chose* » (M11).

En cas de désaccord, ils savaient qu'ils pouvaient en « *discuter* » (M2) (M14) avec l'équipe. Un seul médecin avait dit qu'il n'osait « *pas trop les déranger* » (M9).

Les comptes rendus de l'EMG divisaient nos médecins.

Les comptes rendus étaient « *biens* » (M4) (M6) (M15) ; « *précis* » (M4) (M9) ; « *très intéressants* » (M8) (M9) (M11).

Ils étaient « *assez exhaustifs* » (M6) ; « *très bien détaillés* » (M6).

Les médecins y trouvaient « *les informations* » (M6) qu'ils cherchaient notamment sur « *l'histoire du malade* » (M6) ; « *les situations familiales* » (M11).

Les médecins disaient pouvoir « *imaginer les actes réalisés et les demeures aussi* » (M11).

Ils avaient alors « *un état des lieux précis* » (M11).

Néanmoins, certains médecins trouvaient les comptes rendus « *pas si synthétiques que ça* » (M10) ; « *longs* » (M14).

Ils lisaient « *un peu en diagonale* » (M7) ce « *pavé* » (M10) : « *Je lis l'introduction et la conclusion !* » (M7).

Ils faisaient un « *tri* » (M11) et ne prenait que ce qui les intéressait.

6) LE GERIATRE DE L'EQUIPE MOBILE :

La plupart des médecins soulignaient l'importance du gériatre dans l'équipe : « *L'avantage c'est qu'elle est médicalisée !* » (M10) ; « *C'est le gériatre qui fait l'équipe mobile gériatrique !* » (M13) ; « *Il faut un gériatre... Il faut un œil médical comme le notre... Et puis, nous on n'a pas l'œil médical du gériatre.* » (M14).

Ils avaient « *plutôt tendance à vouloir s'adresser au médecin* » (M7).

Un médecin avouait son désintérêt pour les interventions auxquelles le gériatre ne participait pas : « *Il y a des interventions où le médecin n'intervient pas, où il n'y a que l'infirmière qui intervient donc... bon, bin là euh... on lit le compte rendu !* » (M10).

Malgré cela, ils affirmaient ne pas faire appel à l'EMG pour gérer les problématiques biomédicales.

Un médecin disait que parfois, il avait seulement besoin d'une « *simple évaluation psychologique* » (M9) et pas des apports du gériatre : « *Il y a un gériatre effectivement, mais pour moi ce n'est pas euh... Ce n'est pas lui qui va faire des... J'en attend pas euh... C'est pas lui qui va me dire : « Là, il faut faire un bilan orthophonique, un bilan mémoire. » Ça je sais le faire et je vais le faire de mon côté... Tout est bilanté quand je vais faire appel !* » (M9).

7) L'INTERVENTION DE L'EMG NE SATISFAIT PAS TOUS LES MEDECINS :

D'après certains médecins, il y avait des situations pour lesquelles **L'EMG n'avait « pas fait avancer beaucoup les choses »** (M5).

L'évaluation n'avait pas été d'une « *grande utilité* » (M10) et **l'état du patient restait « stationnaire »** (M3) : « *J'avais mobilisé ETRE-INDRE à ce moment-là pour me donner des pistes, des solutions... Elles n'en ont pas trouvé en fait !* » (M7).

Ces médecins étaient ceux qui faisaient appel à l'EMG plutôt en temps de crise.

Ils disaient ne pas attendre « de miracles » (M10).

Un médecin disait suivre les conseils de l'équipe sans être sûr des résultats : « *On fait des essais. On voit si ça marche... ou pas.* » (M11).

Un autre médecin disait que les conseils de l'EMG étaient parfois inapplicables : « *Certains conseils... effectivement on a suivi et puis sur d'autres trucs euh... On n'a pas pu suivre.* » (M10).

La réponse de l'équipe, jugée « tardive » (M1) sur certaines situations étaient sources de déceptions pour des médecins.

Il fallait « *qu'ils soient réactifs !* » (M1) : « *Si mes problèmes à moi je vous les soumets et au bout de quinze jours on y est encore, je n'ai même pas besoin de vous !* » (M1) ; « *La seule chose que j'aimerais améliorer quand j'ai besoin, c'est le temps de rapidité pour les visites quoi !* » (M4).

Cette notion d'urgence était là encore évoquée par les médecins qui sollicitaient l'EMG en période de crise.

Deux médecins trouvaient « *dommage* » (M7) le fait que l'équipe ne prescrive pas.

Ils trouvaient que cela faisait « *perdre du temps par rapport au patient* » (M7).

Ils disaient ne rien avoir « *à gagner avec cette EMG* » (M1) si elle se cantonnait à « *un état des lieux* » (M1).

Ils proposaient que cela fasse partie « *des choses à améliorer* » (M7).

Ils trouvaient cela « *utile* » (M7) que l'équipe fasse des « *prescriptions de dépannage* » (M7) « *pour un mois* » (M7).

8) LA PLACE LAISSEE PAR LES GENERALISTES A L'EMG :

La plupart du temps, le médecin voulait rester maître de la situation et des décisions prises pour son patient.

Il était « *content* » (M7) d'être tenu « *au courant* » (M6) (M7) de la date de l'intervention tout en sachant qu'il ne pourrait pas y assister.

Il trouvait « *très bien* » (M6) que l'équipe lui envoie un compte rendu même quand c'était les infirmières qui avaient fait appel et malgré le fait qu'ils ne lisaient « *pas tous les courriers* » (M12).

Concernant les conseils donnés par l'équipe, un médecin disait : « *Le médecin doit quand même être acteur mais pas esclave !* » (M1) de l'EMG.

Plusieurs médecins disaient qu'ils ne voulaient pas que l'équipe mobile fasse « *la prise en charge* » (M6) à leur place ou « *transformer l'équipe mobile en médecin du patient* » (M7).

Plusieurs disaient vouloir que l'équipe leur donne « *un maximum d'informations* » (M6) pour faire leur synthèse : « *Après moi je fais ma conclusion à ma sauce !* » (M6).

D'autres médecins préféraient laisser « *quartier libre* » (M14) à l'EMG.

Ils estimaient qu'ils avaient « *besoin* » (M14) de l'EMG.

Ils ne voulaient pas « *influencer* » (M3) le travail de l'équipe : « *Je n'ai pas à mettre mon grain de sel !* » (M3).

Après analyse des entretiens, on notait que l'EMG était parfois vue comme un « **allié** » (M6) ; un « **partenaire** » (M10) : « *On fonctionne vraiment en partenariat !* » (M9).

Les médecins avaient l'impression de travailler « *en équipe* » (M14).

Ils pouvaient « *discuter ensemble* » (M4) et mettre leur évaluation « *en commun* » (M3).

Pour certains médecins, l'EMG était « **spécialiste dans le domaine de l'évaluation globale des besoins des patients à domicile** » (M9).

Elle était capable de donner des « *conseils gériatriques* » (M4) ou de « *corriger les erreurs* » (M14).

Elle avait des « *compétences* » (M5) que le médecin n'avait pas et une « *pertinence* » (M9) dont il était « *difficile d'avoir un équivalent* » (M5).

En interrogeant les médecins, on notait, d'autres fois, une **dépersonnalisation de l'équipe mobile**.

L'EMG était alors qualifiée de « *truc* » (M10) ; de « *moyen* » (M5) (M12) (M13) ; d' « *arme* » (M10) ; d' « *outil* » (M8) (M10) (M12) : « *Je pense que je ne les utilise pas assez* » (M14).

Pour parler de l'EMG, certains médecins utilisaient des termes comme « *service* » (M8) ; « *structure* » (M4) ; « *réseau* » (M7) ; ou encore « *système* » (M10).

Par ailleurs, elle était parfois comparée à l'Equipe d'Appui Départementale de Soins Palliatifs (EADSP) par le fait qu'elle soit mobile et médicalisée : « *L'avantage c'est qu'elle est médicalisée... comme l'équipe de soins palliatifs...* » (M10) ; « *Mais une équipe mobile est plus utile parce que effectivement c'est comme l'équipe mobile de soins palliatifs... qui viennent à domicile, qui voient les patients dans leur univers...* » (M12).

DISCUSSION

1) FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE :

A) FORCES :

Notre étude est la première à explorer le vécu des généralistes ayant collaboré avec l'équipe ETRE-INDRE.

Les résultats fournissent des pistes de réflexion aux EMG présentes et futures.

Le choix d'une méthode qualitative était adapté (8).

Les données recueillies ont été diversifiées.

La réalisation d'entretiens semi-dirigés a permis aux médecins interrogés d'aborder ce dont ils avaient envie avec l'enquêteur et de pouvoir échanger sur des sujets riches émotionnellement tout en ayant une réflexion sur leur pratique (9).

Les différentes étapes de l'analyse et du codage ont été réalisées en double aveugle afin de valider notre travail de recherche.

La théorisation ancrée est une méthode de référence en matière de recherche qualitative (10).

Elle nous a permis de construire un modèle théorique à partir des éléments analysés (10).

Fidèlement à notre objectif, notre étude a permis de rendre compte du vécu des médecins généralistes avant, pendant et après une collaboration avec l'EMG ETRE-INDRE.

B) LIMITES :

Nous avons réalisé un travail à visée exploratoire.

Nous voulions atteindre une diversité importante de nos résultats.

Notre but n'était pas à visée statistique.

Ainsi, la méthodologie n'imposait pas de règles strictes pour définir la taille de l'échantillon.

La saturation des données a donc été pressentie au bout de treize entretiens.

Nous avons néanmoins rajouté deux entretiens supplémentaires pour confirmer l'absence de données nouvelles.

Les entretiens ont été réalisés par une étudiante en médecine, novice dans le domaine de la recherche qualitative.

Ainsi, malgré les conseils du directeur de thèse, qualifié pour ce type de recherche, une part de subjectivité a sûrement dû transparaître dans les questions posées par l'étudiante.

Les éléments non verbaux n'ont pas pu être relevés.

La neutralité de l'environnement n'a pas été respectée pour tous les entretiens.

En effet, sur les quinze entretiens menés, treize ont eu lieu au cabinet du médecin et un au domicile de l'interrogé.

Les treize entretiens réalisés en cabinet ont eu lieu pendant les horaires de consultation.

Cela a pu entraîner un raccourcissement de l'entretien par le médecin.

Le directeur de thèse, était médecin généraliste dans le département étudié.

Cela a peut-être entraîné une censure de la part des médecins interrogés notamment concernant leurs difficultés quotidiennes.

Pour minimiser cela, la thésarde a confirmé que l'anonymisation des données sera effectuée avant l'envoi des verbatims au directeur de thèse.

Le gériatre de l'équipe mobile était un ancien médecin généraliste libéral dans l'Indre.

Ainsi, il n'est pas exclu que certains médecins aient un avis biaisé sur l'équipe.

Le recueil et l'analyse des données ont été réalisés par la même personne, l'étudiante.

Le manque d'expérience de la thésarde a inévitablement favorisé une part de subjectivité dans l'analyse des discours.

Cela a néanmoins été minimisé par le fait que l'analyse et le codage des verbatims aient été réalisés en double aveugle avec le directeur de thèse.

Cette analyse croisée a permis une triangulation.

Malgré tout, il aurait fallu, pour améliorer notre contrôle de cette subjectivité, faire une micro-analyse initiale afin de recueillir nos préjugés sur le sujet.

Notre étude était monocentrique. Les résultats obtenus ne peuvent pas être généralisables à toutes les EMG existantes.

2) LES DIFFICULTES DES MEDECINS DE L'ETUDE :

La complexité de la prise en charge de nos patients âgés était souvent source de difficultés pour nos généralistes.

Ils faisaient principalement référence aux problématiques de la polypathologie, des troubles cognitifs et comportementaux, de l'isolement,... comme on peut retrouver dans la littérature (11) (12).

Par le biais d'un tableau présent en Annexe 3, nous avons pu croiser ces difficultés avec les résultats évoqués par les médecins après l'intervention de l'EMG ETRE-INDRE.

Nous avons ainsi noté un phénomène de miroir.

Pour presque chaque difficulté énumérée par nos médecins, nous avons pu associer une réponse de la part de l'EMG.

Lors de l'analyse des apports de l'EMG relatés par les médecins, nous n'avons pas retrouvé de notion concernant le thème «Diagnostic des démences» pourtant évoqué parmi les difficultés ressenties.

Nous expliquons ceci par le fait que les médecins de l'étude faisaient appel à l'équipe après avoir fait bilancer les troubles par les spécialistes hospitaliers.

La plupart des généralistes interrogés étaient satisfaits de la prise en charge par l'équipe ETRE-INDRE.

Ces résultats sont en accord avec une étude publiée dans la revue NPG en 2016 dans laquelle les médecins interrogés attribuaient une cotation médiane de 8 sur 10 à l'EMG de leur secteur (13).

3) DES ROLES BIEN DEFINIS PAR L'EMG :

L'EMG a réalisé un dépliant à l'attention des généralistes du département mais également pour tous les soignants et les familles.

Celui-ci est répertorié en Annexe 4 et facilement consultable sur Internet.

Il pose les bases de fonctionnement de l'équipe ETRE-INDRE.

Nous pouvons alors lire :

-modalités d'intervention :

« L'équipe intervient dans le département de l'Indre : au domicile des particuliers, dans les établissements de santé, dans les EHPAD. »

« (...) à la demande des professionnels et / ou des familles sous réserve de l'accord du médecin traitant. »

« Le consentement signé par la personne âgée ou son représentant légal est indispensable. »

« La prise en charge médicale du patient reste, à domicile, sous la responsabilité du médecin traitant. »

-missions :

Dispenser « une évaluation gériatrique médico-psycho-sociale » et « un suivi de la situation pendant 6 mois. »

Proposer « des actions concrètes pour améliorer la qualité de vie de la personne âgée. »

« Aider les proches : soutien psychologique, prise en compte de leur santé, orientation vers les professionnels. »

« Participe ou met en œuvre la coordination. »

« Assurer aux professionnels écoute et aide technique, soutien et information. »

« Contribuer à faire évoluer le regard porté par notre société sur les personnes âgées. »

-objectifs :

« Éviter les hospitalisations notamment en urgence. »

« Programmer les hospitalisations directes avec les services hospitaliers et prévenir les réhospitalisations en accompagnant les retours à domicile. »

Tout ceci est en cohérence avec la circulaire DHOS/02 n°2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques qui pose les bases des équipes mobiles extra-hospitalières (14).

Nous avons croisé, dans le tableau figurant en Annexe 5, les rôles que se donne l'EMG ETRE-INDRE avec les attentes énumérées par nos généralistes.

Nous retrouvons une bonne cohérence entre les deux groupes. Une seule discordance a été mise en exergue.

Elle concerne le moment de la sollicitation de l'EMG par les généralistes.

4) UNE INCOMPREHENSION PERSISTANTE :

Des médecins de l'étude nous faisaient part de leurs réserves quant à l'efficacité des propositions d'ETRE-INDRE sur certaines situations.

Ils déploraient l'absence d'amélioration de l'état du patient.

Ils trouvaient également que l'EMG manquait de réactivité sur certaines situations.

Nous avons tenté de trouver les causes probables de ces déceptions pour essayer de les prévenir.

Sur la plaquette de présentation de l'EMG ETRE-INDRE présente en Annexe 4, deux notions paraissent importantes.

Celles-ci sont « personnes âgées fragiles » et « repérer précocement ».

La Société Française de Gériatrie et de Gérontologie a adopté la définition suivante de la fragilité : « *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 (incapacités, chutes, hospitalisation, institutionnalisation)* » (15).

Dans notre étude, un seul médecin a employé le terme « *fragilisés* » pour qualifier des patients âgés.

Néanmoins, la plupart d'entre eux soulignaient le risque élevé de déstabiliser l'équilibre précaire de ces patients.

De ce fait, ils semblent appréhender le concept de fragilité sans pour autant réussir à le définir clairement.

La SFGG ajoutait « *La prise en charge précoce des déterminants de la fragilité peut réduire ou retarder ses conséquences. Ainsi, la fragilité s'inscrirait dans un processus potentiellement réversible.* » (15).

Cette prise en charge améliorerait le statut fonctionnel du patient et diminuerait la mortalité à long terme (16).

Néanmoins, pour être efficaces, ces mesures devaient concerner des patients à risque de dépendance, fragiles et non des patients à l'état de santé déjà précaire (11).

Or, la plupart des médecins de notre étude disaient faire appel à l'EMG en période de crise et évoquaient la difficulté d'anticiper les problèmes.

Un seul médecin affirmait avoir fait appel à l'équipe de manière anticipée pour une situation où il existait une différence de point de vue entre lui et la famille de la patiente.

Pour toutes les autres situations évoquées par nos médecins, **l'EMG était sollicitée à un stade de dépendance avérée et non plus de fragilité.**

Les modifications conseillées ne permettaient alors pas toujours de modifier la trajectoire de vie du patient d'où le sentiment d'inefficacité de l'équipe chez certains médecins.

Une des explications possibles à cette sollicitation tardive pourrait être une mauvaise maîtrise du concept de fragilité par nos généralistes entraînant un retard au dépistage.

Avec certains médecins, nous avons abordé le souhait de rester maître de la situation et de leur patient.

Cette réticence à passer la main pourrait également expliquer ce retard.

D'après la littérature, les généralistes connaissaient bien le concept théorique de la fragilité des patients âgées.

Néanmoins, son intégration dans leur pratique clinique restait difficile.

Il était alors dit que les généralistes interrogés ne connaissaient pas d'outil de dépistage de la fragilité adapté à la médecine de ville.

Le repérage des situations à risque était alors perçu comme difficile et chronophage (17).

Cette sollicitation tardive de l'EMG pourrait expliquer l'impression de manque de réactivité évoquée par plusieurs médecins.

Le caractère urgent de la situation entraînait probablement une sorte d'impatience chez ces médecins.

5) PERSPECTIVES :

Le concept de fragilité permet d'orienter les soins vers une médecine préventive (18) (19).

Ainsi , l'équipe mobile pourrait être sollicitée en amont des problèmes pour être plus efficace.

Une des pistes d'amélioration serait d'inclure, dans le formulaire de demande d'intervention, une échelle de fragilité qui pourrait aider les médecins généralistes mais également le personnel soignant à repérer le moment le plus opportun pour faire appel à l'équipe.

La référence pour diagnostiquer une fragilité chez un patient reste bien entendu la réalisation d'une Évaluation Gériatrique Standardisée (20).

Néanmoins, celle-ci est difficilement transposable à l'exercice ambulatoire du fait qu'elle nécessite du temps et des compétences avancées en gériatrie (21).

Elle pourra donc être confiée à l'EMG.

Les échelles de mesure de la fragilité sont multiples comme celles de *Fried* ou de *Rockwood* (22).

Néanmoins, aucune d'entre elles n'est validée et applicable en médecine de ville (23).

Un questionnaire permettant de repérer la fragilité d'un patient en soins primaires comme le *Gerontopole Frailty Screening Tool* de Toulouse serait éventuellement adapté (24).

Ce questionnaire figurant en Annexe 6 a été validé par la SFGG, le conseil national professionnel de Gériatrie (CNPG) et est évoqué dans la fiche « *Comment repérer la fragilité en soins primaires ?* » éditée par la Haute Autorité de Santé (21).

Il s'appuie sur les critères de *Fried* tout en y ajoutant une question sur l'environnement social du patient et un item en rapport avec la dimension cognitive.

Si la réponse est positive à au moins une de ces questions, une septième question prend en compte le sentiment subjectif du professionnel sur la fragilité de son patient (21).

Une deuxième piste d'amélioration serait de mettre en place des séances de sensibilisation autour du concept de fragilité.

Elles seraient proposées par l'EMG.

Ces séances pourraient s'adresser aux généralistes lors de séances de formation médicale continue (FMC) par exemple afin d'augmenter le taux de participation des médecins et, par la même occasion, permettre à l'équipe de se faire connaître davantage.

La sensibilisation des médecins au concept de fragilité permettrait un dépistage plus précoce des patients fragiles et ainsi une meilleure prise en charge (25).

L'équipe pourrait également discuter avec les généralistes des raisons de leur « manque d'efficacité » sur certaines situations et ne pas rester sur une incompréhension.

Ces séances d'échanges pourraient également concerner les infirmières et aides à domicile, plus proches des patients, qui pourront continuer à solliciter l'EMG directement.

Une troisième piste consisterait en l'élaboration d'affiches d'information à destination du grand public pour démocratiser ce concept de fragilité.

En effet, quelques médecins affirmaient avoir été confrontés à un refus d'intervention de l'EMG de la part des patients.

Ces affiches exposées dans les salles d'attente des médecins pourraient rendre les patients et leurs familles plus sensibles aux propositions de dépistage.

Pour conclure, les médecins de l'étude sont globalement satisfaits de l'action de l'équipe mobile ETRE-INDRE mais il demeure une certaine incompréhension.

Cette incompréhension est dûe à une sollicitation trop tardive de l'EMG dont le champ d'intervention est alors limité.

Ce retard de sollicitation peut s'expliquer, d'une part, par des champs d'intervention de l'EMG qui restent trop flous pour nos médecins et d'autre part, par la difficulté des généralistes de l'étude à intégrer le concept de fragilité dans leur pratique.

Une sensibilisation des généralistes au concept de fragilité et une clarification des conditions d'intervention de l'EMG pourraient permettre une sollicitation plus précoce de l'équipe et ainsi une prise en charge plus pertinente des patients.

BIBLIOGRAPHIE

- 1) Sermet C. Question 1 : description de la population de plus de 75 ans en France : état des lieux et perspectives. *Journal européen des urgences*. 2004;17(3):203-207.
- 2) Brutel C. La population de la France métropolitaine en 2050 : un vieillissement inéluctable. *Econ Stat*. 2002;355(1):57-71.
- 3) Circulaire DHOS/O2/DGS/SD 5D n°2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques.
- 4) ORS Pays de la Loire, URPS-mi Pays de la Loire. La prise en charge des personnes âgées dépendantes vivant à domicile par les médecins généralistes des Pays de la Loire. *Panel Obs Prat Cond Exerc En Médecine Générale*. 2014 Feb;7.
- 5) Buyck JF, Casteran B, Cavillon M, Lelievre F, Tuffreau F, Mikol F. La prise en charge en médecine générale des personnes âgées dépendantes vivant à domicile. *Etudes et Résultats DRESS*. 2014 Feb;869:1-6.
- 6) Dubois M et al. Les équipes mobiles sont-elles l'avenir de la gériatrie ? *Gérontologie et société*. 2008;31:91-103.
- 7) Steenpass V, Amiard S, Garnier V, Deschasse G, Laniece I, Couturier P. Les équipes mobiles de gériatrie servent-elles à quelque chose ? Données de la méta-analyse COCHRANE et expérience du CHU de Grenoble. *La revue de gériatrie*. 2012 Nov;37(9):742-745.
- 8) Aubin I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P, Letrilliart L, Lebeau JP. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*. 2008;84(19):142-145.
- 9) Démoncy A. La recherche qualitative : Introduction à la méthodologie de l'entretien. *Kinesither Rev*. 2016;16(180):32-37.

- 10) Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative : Analyser sans compter ni classer. Louvain-La-Neuve : De Boeck; 2014.
- 11) Bosson L, Lanièce I, Moheb B, Lapouge-Bard V, Bosson JL, Couturier P. Difficultés rencontrées par le médecin généraliste dans la gestion des personnes âgées en situation médicale et psychosociale complexe : place des équipes mobiles. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 2016;14(1):23-30.
- 12) Jeandel C, Pfitzenmeyer P, Vigouroux P. Un programme pour la gériatrie : 5 objectifs, 20 recommandations, 45 mesures pour atténuer l'impact du choc démographique gériatrique sur le fonctionnement des hôpitaux dans les 15 ans à venir. Rapport commandé par X. Bertrand. 2006 Apr.
- 13) Canali C, De Montgolfier S, Mohebi A, Harboun M. Satisfaction des médecins généralistes intégrés dans une équipe mobile gériatrique : une étude qualitative. *NPG Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*. 2016 Feb;16(91):53-58.
- 14) Circulaire DHOS/02 n°2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques.
- 15) 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. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 2011;9:387-90.
- 16) Dramé M. La fragilité du sujet âgé : actualité-perspectives. *Gérontologie et société*. 2004 Feb;27(109):31-45.
- 17) Saleh PY, Maréchal F, Bonnefoy M, Girier P, Krolak-Salmon P, Letrilliart L. Représentations des médecins généralistes au sujet de la fragilité des personnes âgées : une étude qualitative. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 2015;13(3):272-8.

18) Haute Autorité de Santé. Comment prendre en charge les personnes âgées fragiles en ambulatoire? 2013 Dec

www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-01/fps-prise-en-charge-paf-ambulatoire.pdf

19) Ricour C, De Saint-Hubert M, Gillain S, Allepaerts S, Petermans J. Dépister la fragilité : un bénéfice pour le patient et pour le soignant. Rev Med Liège. 2014;69:5-6.

20) Pepersack T. Reconnaître la fragilité : un défi en Médecine Générale. Rev Med Brux. 2016;37:365-370.

21) Haute Autorité de Santé. Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ? 2013 Jun.

www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1602970/fr/comment-reperer-la-fragilite-en-soins-ambulatoires.

22) Michel H. La notion de fragilité des personnes âgées : apports, limites et enjeux d'une démarche préventive. Retraite et Société. 2012 Feb;62(1):174-181.

23) Rougé-Bugat ME, Subra J, Oustric S, Nourhashémi F. Les outils de dépistage de la fragilité : un enjeu pour la médecine générale. Les cahiers de l'année gérontologique. 2012 Sep;4(3):279-288.

24) 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. Les cahiers de l'année gérontologique. 2012 Sep;4(3):269-278.

25) Cesari M, Demougeot L, Fougère B. Les études d'impact ayant démontré l'intérêt de la prise en charge des sujets fragiles. Livre Blanc « Repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles ». 2015:56-58.

Annexe 1:Trame d'entretien.

Présentation du sujet et recueil du consentement.

I) Avant :

Vous avez sûrement des personnes âgées dans votre patientèle...

- 1- Comment se passe leur prise en charge ?
- 2- Avez-vous des difficultés ?

J'ai appris qu'il y avait une équipe mobile gériatrique dans le département...

- 3- La connaissez-vous ? Comment ? Depuis longtemps ?
- 4- Connaissez-vous les personnes qui y travaillent ?
- 5- Vous travaillez souvent avec eux ?

II) La sollicitation :

Ah ? Vous avez des patients en commun ?

Vous pensez à quelqu'un en particulier ?

- 1- Pour ces patients, qui a fait la demande ?

A) Si demande provenant directement du médecin :

1- Pour ces patients, qu'est ce qui a fait que vous avez appelé l'équipe mobile ? *(En général, à quel(s) moment(s) pensez-vous à l'équipe mobile ? A quel(s) moment(s) pensez-vous qu'elle soit la plus utile ?)*

2- La plupart du temps, qu'est-ce que vous en attendiez ? Pour le patient ? Pour vous ?

Si appel dans les situations d'urgences : Vous est-il déjà arrivé de les appeler de manière anticipée ? Dans quels buts ?

Si appel de manière anticipée : Vous est-il déjà arrivé de les appeler pour des situations « d'urgences » ? Pourquoi ?

3- Comment faites-vous habituellement pour contacter l'équipe ? (*Comment peut-on faire sinon ? Est-ce que vous en parlez avant de faire la demande ? A qui ? Famille ? Patients ? Autres soignants ?*)

B) Si demande faite par un tiers :

1- Comment avez-vous donné votre accord ? Vous étiez d'accord ?
Pour quelles raisons ? Dans quels buts ?

III) L'intervention :

Pour le patient dont vous m'avez parlé, l'équipe est intervenue...

1- Avez-vous assisté à la première rencontre ? Dans quels buts ?

A) Médecin présent

Si oui =>2-

B) Médecin absent

Si non : Auriez-vous aimé y assister ? Pourquoi ? Avez-vous su comment ça s'est passé ? Par quels moyens ?

2- Qu'est-ce qu'ils ont fait pendant l'intervention ?

3- Et vous, que faisiez-vous pendant ce temps-là ?

Si absent : Qu'est-ce que vous auriez pu faire si vous aviez été présent ?

4- Vous auriez voulu faire plus ou faire moins ?

5- La prise en charge s'est déroulée comme vous l'imaginiez ? C'est ce que vous attendiez ?

IV) Résultats :

1- Finalement qu'est-ce que l'équipe vous a apporté ? Avez-vous suivi les conseils de l'équipe ? Ont-ils été bénéfiques ?

2- Qu'est-ce qui vous a déplu ? Est-ce qu'il y a des choses que vous auriez aimé changer dans la prise en charge ? Auriez-vous voulu que ça se passe autrement sur certains points ? Lesquels ?

3- Avez-vous d'autres patients en vue pour l'équipe mobile ?

Si non : C'est parce que vous n'avez pas de candidats pour le moment ou... il y a d'autres raisons ?

Annexe 2 : Récépissé de la déclaration à la CNIL.

RÉCÉPISSÉ

Madame HOUMaida Latifa
46 RUE D AUVERGNE
36000 CHATEAUROUX

DÉCLARATION NORMALE

Numéro de déclaration

2153565 v 0

du 15 février 2018

À LIRE IMPÉRATIVEMENT

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis à la CNIL un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en oeuvre votre traitement de données à caractère personnel.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier, par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, que ce traitement respecte l'ensemble des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004. Afin d'être conforme à la loi, vous êtes tenu de respecter tout au long de votre traitement les obligations prévues et notamment :

- 1) La définition et le respect de la finalité du traitement,
- 2) La pertinence des données traitées,
- 3) La conservation pendant une durée limitée des données,
- 4) La sécurité et la confidentialité des données,
- 5) Le respect des droits des intéressés : information sur leur droit d'accès, de rectification et d'opposition.

Pour plus de détails sur les obligations prévues par la loi « Informatique et libertés », consultez le site Internet de la CNIL : www.cnil.fr

Organisme déclarant

Nom : Madame HOUMaida Latifa

Service :

Adresse : 46 RUE D AUVERGNE

Code postal : 36000

Ville : CHATEAUROUX

N° SIREN ou SIRET :

Code NAF ou APE :

Tél. : 0674332872

Fax :

Traitement déclaré

Finalité : THESE DOCTORAT MEDECINE GENERALE

Fait à Paris, le 15 février 2018
Par délégation de la commission



Isabelle FALQUE PIERROTIN
Présidente

Annexe 3 : Tableau comparant les difficultés évoquées par les médecins avec les résultats observés après l'intervention de l'EMG ETRE-INDRE.

	Difficultés des médecins :	Résultats de l'intervention :
Troubles du comportement :	<i>" C'est ça ! Parce que tout le monde est au bout du système et on ne sait plus trop quoi faire. " (M10)</i>	<i>" Elles l'ont aidé aussi à savoir comment la prendre, comment s'en occuper, comment gérer. " (M14)</i>
Isolement des patients :	<i>" En plus, il y avait les voisins... que maintenant on n'a plus de voisins. On n'a personne ! " (M14)</i>	<i>" Donc ça aide aussi parce que Sylviane, sa fille, est loin donc elle est bien contente qu'il y ai des gens qui interviennent et donnent leur avis euh... " (M3)</i>
Familles :	<i>" Il y avait une grosse pression de ses enfants ! " (M5)</i>	<i>" Voila ! que moi j'ai donné... quand j'appelle l'équipe, ils les redonnent d'une autre manière. Ils les reformulent. Et du coup, bin, oui, les familles à force qu'on leur dise euh... " (M7)</i>
Polypathologie :	<i>" Et puis il y a tout le problème de la poly pathologie... " (M3)</i>	<i>" Ils nous font réfléchir sur nos prescriptions ! " (M12)</i>
Négociation des prescriptions :	<i>" Après le problème c'est toujours de faire accepter nos choix au patient. " (M11)</i>	<i>" Ils sont intervenus deux ou trois fois et ça a été aidant puisque ça nous a permis de favoriser le placement de son épouse en établissement spécialisé: chose qu'il ne voulait pas et puis lui se rend compte avec effarement qu'elle y est très bien. " (M8)</i>
Coordination des soins :	<i>" C'est un petit peu difficile... Oui c'est chronophage en plus... D'ailleurs c'est pour ça que c'est difficile ! Ça prend du temps ! " (M11)</i>	<i>" Ca a créée un lien entre tout le monde. " (M9)</i>
Mise en place des aides :		<i>" Sinon on n'aurait pas pu le maintenir à domicile. " (M7)</i>
Diagnostic de démence :	<i>" Je ne savais pas comment définir ses troubles. " (M6)</i>	
Routines de prise en charge :	<i>" Il y a malgré tout des routines dans ma pratique... " (M8)</i>	<i>" Ça évite qu'on fasse les choses de manière automatique... " (M12)</i>
Manque de temps :	<i>" On manque de temps, franchement... trop de boulot ! " (M11)</i>	<i>" Elle me fait gagner du temps ! " (M9)</i>
Absence de recommandations adaptées :	<i>" C'est un peu compliqué entre les recommandations extrêmes des cardiologues et les recommandations extrêmes des gériatres purs et durs, je veux dire euh... " (M10)</i>	<i>" Ça m'a répondu à certaines questions sur la thérapeutique ! " (M4)</i>
Sentiment de solitude du médecin :	<i>" J'ai par exemple... une patiente de 77 ans qui a une SEP qui est très très douloureuse au niveau du dos, de l'abdomen euh les gastro-entérologues disent : « C'est la SEP ! . Le neurologue dit : « Ce n'est pas la SEP ! »... Et au final ça fait plus d'un an qu'elle est douloureuse... que personne ne sait quoi faire ! " (M6)</i>	<i>" On travaille en équipe ! " (M14)</i>
Désintérêt pour la gériatrie :	<i>" Oofff ce n'est pas le truc qui me passionne on va dire (rires) ! " (M7)</i>	<i>" Et du coup bin... Ça m'évite de faire ça ! " (M15)</i>

Annexe 4 : Plaquette de présentation de l'équipe mobile ETRE-INDRE.

**Fonctionnement
du lundi au vendredi
de 8h30 à 17h30**

- L'Equipe Mobile Gériatrique ETRE-INDRE (EMG ETRE-INDRE) est une structure médicosociale, mise en place au 01/01/2014 financée par l'ARS Centre.
- L'EMG ETRE-INDRE est installée sur le site principal "Les Grands Chênes" du Centre Départemental Gériatrique de l'Indre à Saint Maur.
- Son équipe est pluridisciplinaire, elle réunit des compétences de médecin gériatre, de psychologue, d'infirmière. Elle est coordonnée par un cadre paramédical.
- Il peut être fait appel, si besoin, à d'autres professionnels, par exemple, psychiatre, assistante sociale, ergothérapeute, etc.

Vos interlocuteurs

Accueil	02 54 29 12 09
Cadre de santé	06 84 25 00 44
Psychologue	06 70 74 50 49
Infirmière	06 07 30 19 36
Médecin gériatre	06 30 26 36 26



CENTRE
DEPARTEMENTAL
GERIATRIQUE DE L'INDRE

**L'Equipe Mobile Gériatrique
ETRE-INDRE
réalise ses interventions
dans le respect
des choix de vie
des personnes âgées.**

**L'équipe intervient
dans le département de l'Indre :**

- Au domicile des particuliers
- Dans les Etablissements de santé
- Dans les EHPAD



EPVAGE 36
Etablissement Public d'Accompagnement Gérontique

Centre Départemental Gériatrique de l'Indre
EMG ETRE-INDRE - BP 317
36006 CHATEAUROUX CEDEX
Tél. : 02 54 29 12 09
Fax : 02 54 53 77 21
E-mail : emg.etre-indre@cdg36.fr

L'EMG ETRE-INDRE s'adresse aux personnes âgées fragiles de plus de 75 ans qui vivent en priorité à leur domicile (des dérogations sont possibles) et à leurs proches.

Elle a pour but de repérer **précocement** les personnes âgées qui présentent des poly-pathologies, maladies chroniques, dépression, risque suicidaire, troubles cognitifs, dépendance psychique et/ou physique, etc.

Objectifs

- Eviter les hospitalisations, notamment en urgence.
- Programmer les hospitalisations directes avec les services hospitaliers et prévenir les ré-hospitalisations en accompagnant les retours à domicile (dans certaines situations).
- Aider les proches : soutien psychologique, prise en compte de leur santé, orientation vers les professionnels et services dont ils ont besoin (association, groupe de parole, etc.).
- Assurer aux professionnels écoute et aide technique, soutien et information.
- Contribuer à faire évoluer le regard porté par notre société sur les personnes âgées.

Actions mises en œuvre

1 - L'évaluation gériatrique médico-psycho-sociale est réalisée à la demande des professionnels et/ou des familles sous réserve de l'accord du médecin traitant. Le consentement signé par la personne âgée ou son représentant légal est indispensable.

Il s'agit de procéder à un bilan global de la situation de la personne âgée.

Des actions concrètes pour améliorer la **qualité de vie** de la personne âgée et de ses proches sont proposées.

Pour mettre en œuvre ces actions, l'équipe pluridisciplinaire de l'EMG ETRE-INDRE :

- Participe ou met en œuvre la coordination de manière concertée avec :
 - la personne âgée et ses proches
 - les différents professionnels (médecin traitant, service de soins, associations d'aide à domicile, établissements de santé etc.)
- Assure le suivi de la situation pendant 6 mois et organise les relais.

2 - Appui technique aux professionnels

- Ecouter leurs difficultés et inquiétudes ;
- Partager l'analyse des situations ;
- Aider à l'identification des besoins des personnes âgées et de leurs proches ;
- Proposer des actions concrètes et accompagner leur réalisation ;
- Contribuer à l'évolution des pratiques professionnelles.



Annexe 5 : Tableau comparant les rôles de l'EMG ETRE-INDRE aux attentes des généralistes interrogés.

Rôles que se donne l'EMG :		Attentes des médecins envers l'EMG :
<i>“ Elle a pour but de repérer précocement (...) ”</i>	X	<i>« Bin c'est souvent quand je suis devant le fait accompli... » (M14)</i>
<i>“ Evaluation gériatrique médico-psycho-sociale ”</i>		<i>« J'attendais une évaluation globale des besoins des patients. » (M9)</i>
<i>“ Eviter les hospitalisations (...) en urgences ” “ Accompagner les retours à domicile ”</i>		<i>“ Mon attente c'est : qu'est ce qu'on fait de cette personne âgée ? Est ce qu'on la maintient à domicile ou pas ? ” (M5)</i>
<i>“ Participe ou met en oeuvre la coordination ”</i>		<i>« Il faut organiser des choses et là je n'ai pas forcément le temps. Je ne connais pas forcément tous les rouages... pour évaluer la situation et c'est là que je dit : « Help ! Aidez moi ! ». » (M9) “ Donc là je leur ai demandé d'intervenir pour mettre en place des aides. ” (M2)</i>
<i>“ Aider les proches : soutien (...), orientation. ”</i>		<i>“ Et donc j'avais besoin de quelqu'un qui puisse poser les choses et essayer de,de ,de... comment dire... de dialoguer avec la famille pour les calmer, leur expliquer. ” (M7)</i>
<i>“ Assurer aux professionnels écoute et aide technique, soutien et information. ”</i>		<i>“ Et donc voir, voir comment améliorer les choses euh pour que ça se passe au mieux euh... pour le couple de patients et prévenir le burnout des aides ! ” (M6)</i>
<i>“ Bilan global de la situation ” “ Actions concrètes pour améliorer la qualité de vie. ”</i>		<i>“ Qu'est ce que j'en attend ? ... (silence) Je dirais des idées nouvelles... Peut-être... Savoir si... avec une autre approche... des idées différentes, on peut euh... sortir de l'impasse quoi ! ” (M11)</i>

Annexe 6 : Gerontopole Frailty Screening Tool.

Gérontopôle Frailty Screening Tool (GFST)

Patients de 65 ans et plus, autonome (ADL \geq 5/6), à distance de toute pathologie aiguë.

	<i>OUI</i>	<i>NON</i>	<i>Ne sait pas</i>
Votre patient vit-il seul ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient a-t-il perdu du poids au cours des 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient se sent-il plus fatigué depuis ces 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient a-t-il plus de difficultés pour se déplacer depuis ces 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient se plaint-il de la 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 mètres) ?	<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* *NON*

Si OUI, votre patient accepte-t-il la proposition d'une évaluation de la fragilité en hospitalisation de jour ? *OUI* *NON*

Vu, le Directeur de Thèse

A handwritten signature in blue ink, consisting of a large, rounded loop on the left and a vertical line on the right that extends downwards and then horizontally to the right.

Vu, le Doyen

De la Faculté de Médecine de Tours

Tours, le

HOUMaida – SAID Latifa

63 pages – 1 tableau – 5 annexes.

Contexte : Les situations gériatriques complexes sont devenues plus fréquentes en soins premiers dans le département de l'Indre du fait du vieillissement de la population et de la démographie médicale. L'équipe mobile de gériatrie (EMG) extra hospitalière ETRE-INDRE propose aux généralistes de ce département, une évaluation gériatrique médico-psycho-sociale pour leurs patients. L'objectif principal de l'étude était de rendre compte du vécu des médecins ayant collaboré avec cette EMG. L'objectif secondaire était d'améliorer cette coopération pour répondre au mieux aux besoins des patients.

Méthode : Pour réaliser notre étude qualitative, 15 entretiens semi-dirigés auprès de généralistes de l'Indre ont été retranscrits et analysés selon les principes de la théorisation ancrée.

Résultats : Les polyopathologies dont les troubles cognitifs et comportementaux compliquaient le maintien au domicile des patients âgés. Le plus souvent, l'EMG répondait aux attentes des médecins dans le champ de la coordination des soins et du soutien apporté aux patients, aux familles et aux soignants. Par contre, l'intervention de l'EMG ne permettait pas toujours d'améliorer le devenir du patient créant une insatisfaction chez certains médecins de l'étude.

Conclusion : Très souvent, l'EMG est sollicitée à un stade de dépendance avérée et non plus à un stade de fragilité comme elle le préconise dans sa plaquette de présentation. En communiquant davantage autour du concept de fragilité, l'EMG pourrait amener les médecins généralistes à la solliciter à un stade plus précoce. Ainsi, son intervention serait plus à même d'améliorer la trajectoire de vie des patients.

Mots clés : situations gériatriques complexes, soins premiers, équipe mobile gériatrique extra-hospitalière, médecins généralistes, recherche qualitative, fragilité.

Jury :

Président du Jury : Professeur Jean-Pierre LEBEAU

Membres du Jury : Professeur Bertrand FOUGERE

Professeur François MAILLOT

Directeur de thèse : Docteur Christophe RUIZ

Date de soutenance: 15 Novembre 2018.