



URML

RHÔNE-ALPES

UNION RÉGIONALE DES
MÉDECINS LIBÉRAUX
DE RHÔNE-ALPES

Enquête

Médecine Générale et Gériatrie

Enquête auprès des Conseils Généraux,
des CLICs, des Réseaux
et des médecins généralistes
de la région Rhône-Alpes

*Une étude de
l'Union Régionale des Médecins Libéraux Rhône-Alpes*



Réalisation de l'étude :
Pascale Gayraud
et
l'Observatoire Social de Lyon

**MEDECINE GENERALE
ET
GERONTOLOGIE**

**Enquête auprès des Conseils Généraux, des CLICs,
des Réseaux et des Médecins Généralistes
de la région Rhône-Alpes**

**Etude pour L'Union Régionale des Médecins Libéraux
Rhône-Alpes**

Membres du Comité de Pilotage

Docteur Emile OLAYA, Président du Collège des Généralistes

Docteurs D. ATAYI, P. BARBEDIENNE, M. BREMOND, E. EGLINGER,
M. FRANCOIS, JM. GAGNEUR, G. GRANET, F. LABORIER, R. MARQUIS, A. MILLON,
N. PUECH, B. ROUGIER, JP. TELMON,
Mesdames G. BATARD, H. CORDIER, E. MAZET

Nous tenons à remercions pour leur précieuse collaboration et leur disponibilité

Les Médecins Généralistes,
Les Responsables personnes âgées des Conseils Généraux
de la région Rhône-Alpes.
Les Médecins et Coordonnateurs de CLICs,
Les Responsables de réseau gérontologique et les médecins y adhérant,

Cette étude a été réalisée par :
Pascale Gayrard, médecin de santé publique, consultante
Christian Harzo, sociologue, Directeur de l'Observatoire Social de Lyon
Marie-Pierre Clerget, psychologue chargée d'études
à l'Observatoire Social de Lyon

EDITORIAL

Dans de nombreux domaines, les médecins et acteurs du secteur social s'appellent mutuellement à la collaboration sans toujours savoir y parvenir. Différences de culture professionnelle, différences de langage, différences d'objectifs sont autant d'obstacles.

Si la plupart des personnes âgées vieillissent autonomes et en bonne santé, pour un grand nombre d'entre elles il est nécessaire de compenser les handicaps liés à l'âge ou à la maladie, de prendre en charge des états plus ou moins importants de dépendance. Cela suppose la cohérence des interventions autour de la personne âgée qu'ils s'agisse de la famille, des professionnels de la santé ou de l'aide aux actes de la vie quotidienne, en la reconnaissant surtout et avant tout pour ce qu'elle est : une personne.

La médecine générale, revendique et intègre une forte dimension sociale dans son exercice, c'est même une des spécificités de cette discipline. Pour autant, comment dans leur pratique les généralistes s'intègrent-ils dans les dispositifs sociaux ? Nombreux ont été les médecins à souligner l'inadaptation des réunions de travail à leur statut de médecin libéral, la frénésie « paperassière », la trop fréquente « réunionnite ».

Les Pouvoirs Publics, les collectivités, locales soulignent la place du généraliste comme acteur essentiel des dispositifs médico-sociaux de prise en charge des personnes fragiles ou dépendantes. Au delà des mots si souvent utilisés qu'ils en sont usés, tels que « pivot » ou « coordonnateur » cela se traduit-il dans les faits, dans l'organisation de la politique de gérontologie ou le suivi des dispositifs sociaux ? Associer les médecins à l'élaboration et au suivi des dispositifs mis en place avec eux, certes, mais là où se manifeste un véritable effort de concertation, ceux-ci doivent savoir y apporter une réelle contribution.

Dans un système médico-social ni parfaitement cohérent ni parfaitement coordonné, on a le sentiment qu'une sorte de dialogue de sourds est instauré entre deux mondes poursuivant indépendamment l'un de l'autre le même objectif : garantir à la personne âgée en perte d'autonomie sécurité et dignité.

Nous avons voulu rencontrer les responsables de la politique gérontologique dans les huit départements de Rhône Alpes, les animateurs de CLICs et de Réseaux afin de mieux cerner leur vision de la coordination médico-sociale et leurs attentes quant au rôle du médecin généraliste.

Nous avons souhaité également interroger les généralistes eux-mêmes sur leur perception de leurs interlocuteurs en charge des dispositifs sociaux, les difficultés rencontrées dans la prise en charge des personnes âgées, leur désir ou non d'être plus associés aux politiques gérontologiques locales

Nous avons trouvé deux mondes qui se cherchent, se méconnaissent le plus souvent, qui parfois, à l'initiative de quelques uns se rencontrent. Le contenu de cette enquête peut être dérangeant. Les déclarations des uns et des autres doivent être prises pour ce qu'elles sont : un ressenti, un vécu qui doit nous obliger, Union Régionale et Responsables de la politiques gérontologique, à trouver les moyens de coopération entre la médecine générale et les Conseils Généraux et à inventer des liens entre la médecine générale et la gérontologie.

Docteur Jacques CATON
Président de l' URML RA



Docteur Emile OLAYA
Président du Collège des Généralistes



SOMMAIRE

INTRODUCTION	7
I. CONTEXTE	9
II. OBJECTIFS ET QUESTIONS POSEES	11
III. METHODOLOGIE	11
1. Les Conseils généraux	12
2. Les dispositifs de coordination	12
3. Les médecins généralistes	13
ENQUETE AUPRES DES CONSEILS GENERAUX	17
I. DEROULEMENT DE L'ENQUETE	19
II. POINT DE VUE DES DEPARTEMENTS	19
1. Ain	19
2. Ardèche	21
3. Drôme	23
4. Isère	25
5. Loire	28
6. Rhône	29
7. Savoie	31
8. Haute-Savoie	33
III. SYNTHESE	36
ENQUETE AUPRES DES CLICs	39
I. DEROULEMENT DE L'ENQUETE	41
II. REPONSES DES CLICs INTERROGES	41
1. CLICs de niveau 1	41
2. CLIC de niveau 2	45
3. CLICs de niveau 3	46
III. SYNTHESE	51
ENQUETE AUPRES DES RESEAUX GERONTOLOGIQUES	53
I. DEROULEMENT DE L'ENQUETE	55

II.	LES RESEAUX GERONTOLOGIQUES DE RHONE-ALPES	55
	1. Réseau AMADIS	55
	2. Réseau gérontologique des Côteaux Roannais	59
	3. Réseau de santé CORMADOM	62
	4. VISAGE, Réseau de santé gérontologique de la région de Vienne	65
III.	SYNTHESE	67
	ENQUETE AUPRES DE 80 MEDECINS GENERALISTES	71
I.	RAPPEL METHODOLOGIQUE	73
II.	LES GENERALISTES ET LEUR PRATIQUE AVEC LES PATIENTS AGES	74
III.	LES GENERALISTES ET LES POLITIQUES DES CONSEILS GENERAUX	77
	1. Connaissance de l'action gérontologique des Conseils généraux	77
	2. Le schéma gérontologique départemental : un document peu connu des médecins	78
	3. Une majorité de médecins impliqués dans le dispositif APA	80
IV.	LES GENERALISTES ET LA COORDINATION GERONTOLOGIQUE	84
	1. Les CLICs	84
	2. Les réseaux gérontologiques	85
V.	LA PRATIQUE DES GENERALISTES EN EHPAD	86
VI.	LES CONDITIONS D'UNE PARTICIPATION A LA COORDINATION GERONTOLOGIQUE	87
VII.	LES GENERALISTES, L'INFORMATION ET LA FORMATION DANS LE DOMAINE GERONTOLOGIQUE	77
	1. L'information	90
	2. La formation	93
VIII.	BESOINS PARTICULIERS ET COMMENTAIRES DIVERS	94
IX.	SYNTHESE	98
	SYNTHESE GENERALE	101

INTRODUCTION

INTRODUCTION

A la suite de différents travaux déjà menés autour de la prise en charge des personnes âgées¹, l'Union régionale des médecins libéraux Rhône-Alpes a souhaité prolonger sa réflexion sur la place du médecin généraliste dans la prise en charge médico-sociale des personnes âgées. Pour accompagner cette réflexion, elle a commandé l'étude présente. La finalité de celle-ci est de faire un état des lieux régional des constats et des souhaits des différents acteurs concernant l'implication des médecins généralistes dans les politiques et les dispositifs gérontologiques.

Après un rappel du contexte, des objectifs et de la méthodologie de l'étude, ce rapport présente tour à tour les enquêtes réalisées auprès des huit Conseils généraux de Rhône-Alpes, de onze Centres locaux d'information et de coordination gérontologique, des quatre réseaux gérontologiques présents dans la région et de 80 médecins généralistes rhônalpins. La dernière partie propose une synthèse des éléments recueillis auprès de ces différents acteurs.

Les résultats de cette étude ont été présentés le 2 avril 2005 à Lyon en introduction du Colloque régional « Médecine générale et gérontologie ».

I. CONTEXTE

a) Le médecin généraliste et ses patients âgés :

Les médecins généralistes ont un rôle déterminant dans la prise en charge des personnes âgées. Selon l'enquête décennale de santé 1991-1992, le nombre de séances de généralistes par personne et par an atteint 8 chez les 70-79 ans et avoisine 10 chez les 80 ans et plus². De leur côté, les médecins ont de plus en plus de patients âgés dans leur clientèle et compte tenu de la démographie, tant médicale que générale, cette tendance devrait s'accroître dans les années à venir. Les données de l'Observatoire de la médecine générale³ de 2002 indiquent que les patients de 70 ans et plus représentent 10% de la clientèle des médecins généralistes tandis qu'une enquête de la DREES⁴ montre que 28% des séances (consultations + visites) de médecins généralistes concernent des patients âgés de plus de 70 ans.

¹ Notamment en 2001 : « Prise en charge médicale dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées »

² Rapport La santé en France 2002 – Haut Comité de la Santé Publique

³ Site de la Société Française de Médecine Générale, www.sfm.org

⁴ Direction de la Recherche des Etudes de l'Évaluation et des Statistiques - Les consultations et visites des médecins généralistes, un essai de typologie. Etudes et résultats, n° 315, juin 2004

Les patients âgés sont souvent porteurs d'affections chroniques et de pathologies multiples, dont certaines nécessitent une coordination des soins. Au-delà des aspects médicaux, le généraliste doit prendre en compte les difficultés sociales de ces patients, notamment leurs conditions de vie, car leur impact sur l'état de santé peut être prégnant.

b) Les politiques envers les personnes âgées :

Depuis les lois de décentralisation de 1981, les Conseils généraux jouent un rôle central dans la politique gérontologique. Ce rôle vient d'être renforcé par la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales⁵ qui leur accorde à partir du 1^{er} janvier 2005 une compétence générale dans la conduite et la coordination de l'action sociale en faveur des personnes âgées. Outre l'élaboration du schéma départemental d'action sociale et médico-sociale (en concertation avec l'Etat), le Conseil général aura à coordonner les actions menées par les différents intervenants et à veiller à la bonne répartition des rôles. Notamment, il devra veiller à la cohérence des actions respectives des Centres Locaux d'Information et de Coordination gérontologique, des équipes médico-sociales de l'Aide Personnalisée à l'Autonomie, des établissements et services sociaux et médico-sociaux qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent une assistance dans les actes de la vie quotidienne, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale.

Le rapport de l'IGAS⁶ suite aux évènements liés à la canicule de l'été 2003 recommande également de renforcer la coordination locale et notamment d'articuler l'action sociale départementale avec celle des intervenants du secteur sanitaire.

La nécessité de renforcer les liens entre le sanitaire et le social, le préventif et le curatif est soulignée par ailleurs par le Programme national de prévention de d'organisation des soins pour les personnes âgées fragiles 2002-2005⁷. Le deuxième axe de ce programme, « adapter l'organisation des soins aux besoins spécifiques des personnes âgées fragiles » prévoit la structuration et le développement de réseaux gérontologiques réunissant les professionnels du soin et de l'aide.

⁵ La loi relative aux libertés et responsabilités locales, Actualités Sociales Hebdomadaires, 10 septembre 2004, n° 2372, p 13-26

⁶ Inspection Générale des Affaires Sociales. La prise en charge sociale et médico-sociale des personnes âgées face à la canicule de l'été 2003. Rapport n°2004 009. Janvier 2004

⁷ Site du Ministère de la santé et de la protection sociale, www.sante.gouv

Si l'implication des médecins généralistes dans la prise en charge médico-sociale des personnes âgées est souhaitée par les différentes politiques, les modalités de celle-ci ne sont pas arrêtées et restent à préciser.

II. OBJECTIF ET QUESTIONS POSEES

Dans ce contexte, l'Union Régionale des Médecins Libéraux Rhône-Alpes a souhaité savoir comment sur le terrain les médecins généralistes sont impliqués dans les politiques et dispositifs gérontologiques et dans quelles conditions, leur implication paraît possible aux uns et aux autres.

L'étude présente vise à répondre aux questions suivantes :

- Comment les Conseils généraux de Rhône-Alpes associent ou souhaitent associer les médecins généralistes à leur politique ? Que pensent-ils de leur implication dans les différents dispositifs (APA, CLIC, EHPAD) ?
- Quelles sont les relations entre les CLICs existants et les médecins généralistes ?
- Comment fonctionnent les réseaux gérontologiques ? Que nous apprennent-ils ?
- De leur côté, comment se positionnent les médecins ? Se sentent-ils associés aux politiques gérontologiques ? De quelle façon le sont-ils ? A partir de leur expérience, comment souhaitent-ils s'impliquer dans les différents dispositifs ? Sont-ils bien formés pour intervenir auprès de leurs patients âgés et quels besoins ont-ils dans ce domaine ?

III. METHODOLOGIE

L'étude réalisée est une enquête qualitative visant à cerner les sensibilités, les contextes, les actions et les souhaits des divers acteurs concernés par la place et l'implication des médecins généralistes dans la politique départementale et les dispositifs gérontologiques existants. Trois grands groupes d'acteurs rhônalpins ont été interrogés : les Conseils généraux, des représentants de dispositifs de coordination (CLICs et réseaux gérontologiques) et un panel de médecins généralistes.

1. Les Conseils Généraux :

L'enquête auprès des Conseils Généraux a pris la forme d'entretiens semi-directifs en face à face avec le responsable du service personnes âgées de chaque Conseil général de Rhône-Alpes, éventuellement assisté de personne(s) de son choix.

Les entretiens portaient sur les orientations politiques du Conseil Général en matière d'implication des médecins généralistes dans la prise en charge des personnes âgées (notamment dans le cadre de l'élaboration des schémas gérontologiques, du suivi de l'APA et des EHPAD), sur les actions mises en œuvre pour les associer, ainsi que sur la perception qu'ont ces acteurs de l'implication des médecins généralistes dans les dispositifs existants. Leurs souhaits dans ce domaine ont aussi été recueillis.

2. Les dispositifs de coordination

• **Les Centres Locaux d'Information et de Coordination gérontologique**

La région Rhône-Alpes comptait 30 CLICs labellisés au 9 août 2004⁸. Ils se répartissent inégalement sur le territoire régional, comme suit :

Ain : 5	Drôme : 4	Loire : 6	Savoie: 4
Ardèche : 1	Isère: 5	Rhône: 4	Haute-Savoie : 1

11 structures sur les 30 existantes ont été interrogées. Elles ont été choisies en fonction de leur niveau de labellisation et d'une couverture régionale de l'enquête.

Les responsables de chaque structure ont été enquêtés par entretien téléphonique. Les entretiens portaient sur les caractéristiques propres à chaque CLIC puis sur leurs relations avec les médecins généralistes ainsi que sur leurs souhaits concernant l'implication de ces derniers.

⁸ Source : site ministériel <http://www.social.gouv.fr>. La labellisation se décline selon 3 niveaux, en fonction des missions mises en œuvre par les CLIC. A terme tous les CLIC doivent tendre au niveau 3. Le territoire des CLIC est infra-départemental, défini dans le cadre du schéma gérontologique et correspond aux « bassins de vie » des habitants. Selon la configuration locale, il peut concerner une population de l'ordre de 7.000 à 10.000 personnes âgées de 60 ans et plus en milieu rural et de 15.000 en milieu urbain. (Document *Les centres locaux d'information et de coordination – CLIC*, 20 avril 2004, p. 2).

- **Les réseaux gérontologiques**

La région Rhône-Alpes compte actuellement quatre réseaux gérontologiques financés dans le cadre de CAP réseaux⁹ : 2 dans la Loire, 1 en Isère et 1 dans le Rhône.

Des entretiens semi-directifs en face-à-face ont été réalisés avec un responsable de chaque réseau. Ces entretiens portaient sur l'implication des médecins généralistes, d'une part au moment de la construction du réseau, et d'autre part dans son fonctionnement au quotidien.

Ces entrevues ont été complétées par un contact téléphonique avec un ou deux médecins adhérent à chaque réseau dans le but de mettre à jour l'intérêt potentiel pour un médecin généraliste de la participation à de tels dispositifs.

3. Les médecins généralistes

La région Rhône-Alpes comptait 6.160 médecins généralistes au 1^{er} janvier 2004¹⁰. Compte tenu de l'objectif de l'enquête, nous avons souhaité interroger majoritairement des médecins fortement confrontés à la problématique personnes âgées et n'avons donc pas constitué un échantillon représentatif des généralistes rhônalpins.

Pour constituer le panel des médecins généralistes, nous nous sommes appuyés sur la notion de bassins d'activité des médecins généralistes¹¹ et avons considéré le poids de la population vieillissante dans ces bassins en utilisant l'indicateur *proportion de personnes âgées de plus de 75 ans*. [Une proportion de personnes âgées de plus de 75 ans supérieure à 10,0% concerne 13,2% des bassins d'activité de Rhône-Alpes, mais avec une répartition inégale selon les départements. Sont concernés : en Savoie, Rhône, Isère et Haute-Savoie moins de 7% des bassins d'activité, 10 à 20% des bassins de la Drôme et de l'Ain, et respectivement, 25,5% et 48,9% des bassins la Loire et de l'Ardèche. Les espaces où le vieillissement de la population est le plus marqué sont la partie orientale des départements de l'Ain et de la Drôme, la partie Nord de la Loire et le département de l'Ardèche.]¹².

⁹ CAP Réseaux Rhône-Alpes. Bilan 2003 et perspectives. Avril 2004

¹⁰ URML Rhône-Alpes, Démographie de la médecine générale en Rhône-Alpes pour un schéma de démographie médicale, réalisation GEOSANTE-GEOS, juin 2004.

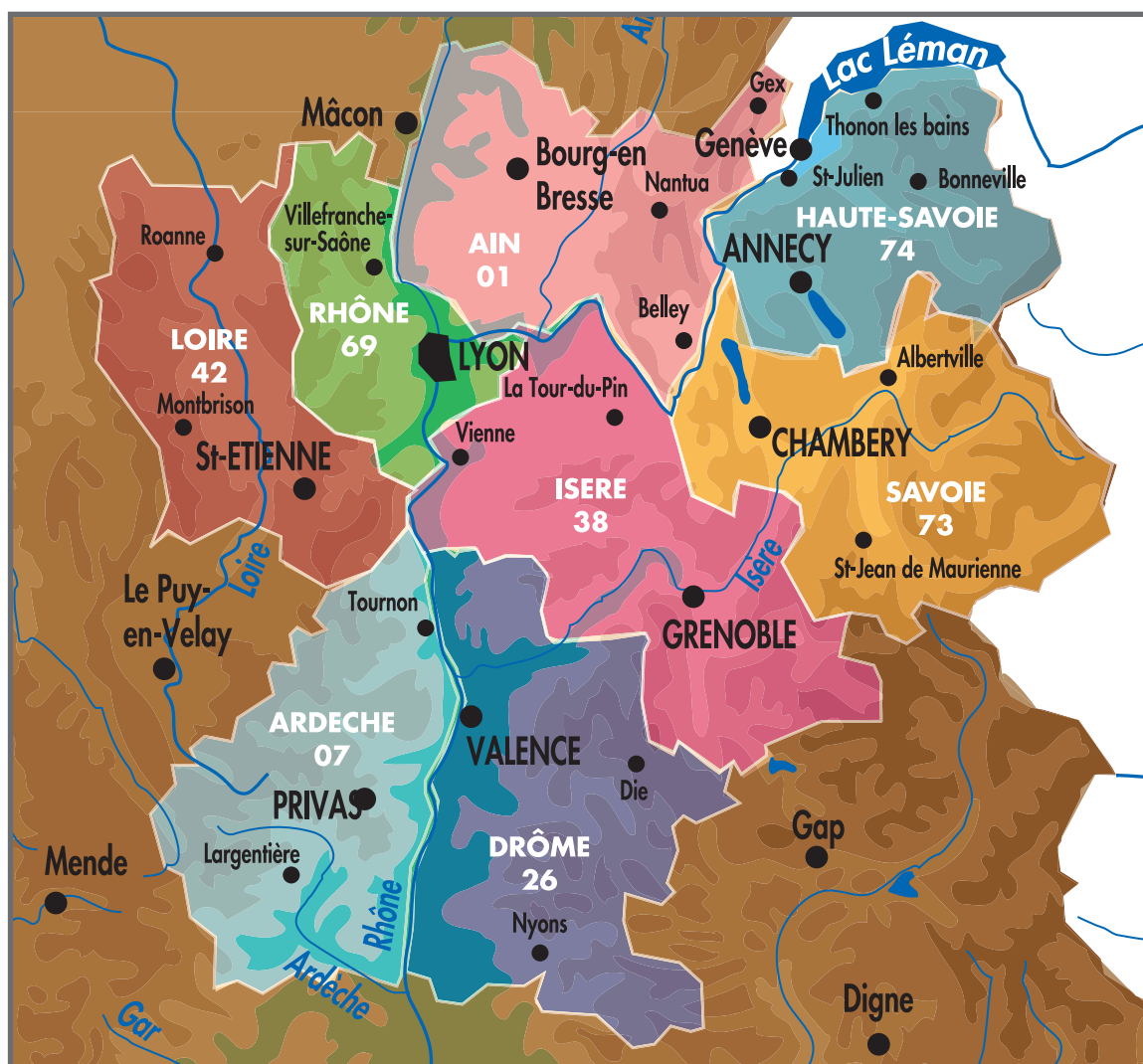
¹¹ « Le bassin d'activité se définit comme un territoire au sein duquel les populations se déplacent afin de consulter leur médecin généraliste. Des comportements homogènes en terme d'accès aux soins caractérisent la population du bassin ». 1011 bassins d'activité ont été dénombrés en 2004 dans la région Rhône-Alpes. URML Rhône-Alpes, op. cit. p. 13.

¹² Ibid., p. 27-34.

Le tirage au hasard des médecins généralistes a été réalisé à partir du listing de l'URML avec pour objectif d'interviewer 80 médecins (10 par département), 60 exerçant leur activité dans des bassins où la population des plus de 75 ans est supérieure à 10% et 20 dans des bassins d'activité où la population des plus de 75 ans est inférieure à 10%. Compte tenu des refus prévisibles de certains médecins, un tirage au hasard de 200 médecins travaillant dans les bassins d'activité les plus âgés et de 60 médecins basés dans des bassins d'emploi moins âgés a été effectué.

Ce panel de 80 médecins généralistes a été interviewé par téléphone. Les entretiens téléphoniques, d'une durée de 15 à 20 minutes, comportaient plusieurs questions ouvertes afin d'apporter des éléments qualitatifs sur leur pratique, sur leur positionnement, sur la façon dont ils se sentent associés à la politique départementale et aux divers dispositifs existants, sur leurs souhaits et sur leurs éventuels besoins de formation dans le domaine.

REGION ON RHONE-ALPES



**ENQUETE AUPRES DES
CONSEILS GENERAUX**

ENQUETE AUPRES DES CONSEILS GENERAUX

I. DEROULEMENT DE L'ENQUETE

Dans un premier temps, les responsables des services personnes âgées des huit Conseils généraux de la région ont été informés par courrier de la réflexion en cours de l'URML, de l'étude, de ses objectifs et de son déroulement, puis du souhait de les interroger (cf. courrier type en annexe). Des rendez-vous ont ensuite été organisés dans chaque département. Les rencontres se sont déroulées du 26 novembre au 20 décembre 2004 avec une à quatre personnes selon les départements. Il s'agissait de responsables de service personnes âgées (dont certains sont médecins), de médecins conseils départementaux et/ou de médecins intervenant sur un secteur ou un territoire. Dans les huit départements, un médecin était présent à l'entretien.

La grille d'entretien (cf. annexe) avait pour thème central l'implication des médecins généralistes dans la politique et les dispositifs gérontologiques. Les Conseils Généraux ont été interrogés sur les constats (les faits), la perception qu'ils en ont et l'analyse qu'ils font ainsi que sur leurs souhaits concernant l'implication des médecins dans la politique personnes âgées en général, et de façon plus particulière dans le schéma gérontologique, l'APA et les EHPAD.

II. POINTS DE VUE DES DEPARTEMENTS

1. *Ain*

La politique du Conseil Général de l'Ain concernant les personnes âgées est mise en œuvre par le Pôle « Dépendance – autonomie » de la Direction générale de la prévention et des affaires sociales. L'entretien s'est déroulé avec le Responsable du domaine personnes âgées de ce pôle et les deux médecins territoriaux chargés de l'APA. Chacun d'eux a la charge de quatre circonscriptions d'action sociale (le département en compte huit).

Dans l'Ain, un partenariat de longue date existe avec les médecins libéraux. Il s'est construit autour de la prise en charge de la dépendance à partir de 1995, lors de la création de la Prestation Expérimentale Dépendance. Il s'est prolongé ensuite autour de la Prestation Spécifique Dépendance, puis autour de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA). N'ayant pas d'équipe médico-sociale constituée, le Conseil Général a passé convention avec les médecins libéraux. Pour toute demande d'APA, la personne âgée doit consulter son médecin traitant. Celui-ci lui délivre un certificat médical et remplit la grille AGGIR (document de deux pages). Ces documents sont transmis à la circonscription d'action sociale concernée qui les transmet avec le dossier complet à l'un des médecins territoriaux chargés de l'APA. Si une discordance existe (entre la grille du médecin et le GIR attribué par le travailleur social du Conseil Général, par exemple), le médecin territorial prend contact avec son confrère libéral pour en discuter avant de prendre une décision sur le dossier (nouveau dossier ou arbitrage). En cas de contestation sur le niveau de dépendance, le dossier est repris par un second médecin libéral. Les médecins libéraux sont rémunérés 2C (40€) par dossier pour cette participation à l'APA. L'intervention des médecins généralistes s'arrête à l'entrée de la personne âgée dans le dispositif.

Le choix du médecin traitant comme porte d'entrée dans le dispositif est motivé par le fait « que c'est lui qui connaît le mieux la personne âgée ». La participation des médecins est cependant inégale : certains sont « à fond dans le dispositif », d'autres sont très moyennement intéressés et disent qu'ils sont débordés. Certains ont également des réticences par rapport à « l'administration et ses papiers à remplir et souhaitent privilégier leurs patients ».

Des difficultés existent en pratique concernant la détermination du GIR. Une méconnaissance de la grille AGGIR existe encore (le discernement soins/dépendances est parfois épineux pour le médecin de famille). Pourtant des réunions d'information ont eu lieu, sur les imperfections de la grille notamment, et la dépendance et la grille AGGIR sont traitées dans le cadre de la formation en gériatrie. De plus, deux fois par an les deux médecins territoriaux APA rencontrent les internes en médecine générale, dans le cadre des stages chez le praticien, pour leur présenter ces sujets non inscrits dans le cursus des études. Certains médecins, également, ont des difficultés à expliquer le dispositif aux familles et à résister à leur pression. Au total, malgré la rémunération existante, les certificats ne sont pas toujours détaillés. Par contre, celui du deuxième médecin - en cas de litige - l'est beaucoup plus. De plus en plus souvent, les médecins traitants font des propositions pour l'élaboration du

plan d'aide dans leurs conclusions. C'est une implication non demandée mais jugée intéressante par le Conseil général dans la mesure où le médecin est celui qui évalue le mieux la personne âgée et le réseau qui existe autour d'elle.

Le premier schéma gérontologique de l'Ain est au stade de projet. Il est prévu d'y associer les médecins libéraux par le biais des groupes thématiques et de réflexion.

Concernant les CLICs (il en existe 5 dans l'Ain), les médecins libéraux sont, de façon générale, peu impliqués, faute de temps. Cependant lorsqu'un médecin a participé à la construction ou à la labellisation d'un CLIC (cas de celui de Bourg notamment), cela permet une dynamique et un travail en réseau avec les acteurs médicaux. Il est important que les médecins libéraux puissent parler des difficultés qu'ils rencontrent dans leur pratique, notamment à la sortie d'hôpital d'une personne âgée, dans le cadre de ces dispositifs de coordination et qu'en même temps, ils découvrent d'autres façons de travailler.

Le Conseil Général note une évolution de la culture gérontologique des médecins généralistes liée aux dynamiques APA et EHPAD. Les contacts établis autour de l'APA permettent aux libéraux de mesurer qu'ils ne sont pas seuls face aux problématiques qu'ils rencontrent. Une difficulté est à prendre en compte pour l'avenir, celle de la démographie médicale en chute libre dans le département en face d'une augmentation de la population de l'Ain.

2. Ardèche

Au Conseil Général de l'Ardèche, le domaine des personnes âgées est de la responsabilité de la Direction générale adjointe Solidarité et en son sein de la Direction Santé famille et gérontologie et de la Direction de l'Aide sociale et des établissements. L'Ardèche est divisée en quatre unités territoriales. Dans chacune d'elle, travaille une équipe médico-sociale en charge des personnes âgées, composée d'un médecin et d'infirmières et d'assistantes sociales en nombre variable. Quatre personnes ont participé à l'entretien : la Directrice générale adjointe, le Chef de service APA, le Chef de service Etablissements et le médecin de l'unité territoriale du Nord Ardèche.

En Ardèche, le schéma départemental en faveur des personnes âgées en cours a été arrêté en 2001 et arrivera à son terme en 2006. Sa révision sera entreprise en 2005. Le Conseil Général souhaiterait y associer les médecins libéraux mais pense par expérience que ce sera difficile.

La mise en place de l'APA a changé l'organisation de la prise en charge à domicile. Le médecin libéral n'en connaît pas bien les rouages et a sans doute peu de temps pour s'impliquer plus. En Ardèche, les médecins généralistes font le certificat médical et un premier Girage sur un formulaire de 4 pages, ils ne sont pas rémunérés pour cela. Le dossier est transmis à l'unité territoriale. L'équipe médicosociale réévalue le GIR dans une approche multidimensionnelle, fait le plan d'aide et en assure ensuite le suivi. Le médecin traitant est systématiquement informé des suites de l'instruction du dossier. Souvent, des différences apparaissent entre les deux Girages. Il semble que les médecins libéraux ne connaissent pas bien toutes les nuances de la grille (mais est-ce vraiment important ?) et qu'ils n'ont pas, pour la plupart, une réflexion gériatrique, prenant en compte l'environnement de la personne âgée. En revanche, certains, qui ont été confrontés à un problème, ont développé ce type d'approche. Le Conseil Général ne sait pas quelle perception les médecins ont du médico-social, ni de l'activité de ses médecins.

Dans les EHPAD, le lien avec les médecins libéraux se fait bien quand il y a un médecin coordonnateur (seulement quelques EHPAD sont sans médecin coordonnateur en Ardèche). Tous les médecins intervenant en EHPAD signent leur adhésion au règlement intérieur.

Il existe un seul CLIC en Ardèche, à Lamastre, avec un secteur restreint, il a un projet d'extension. Il fait un important travail de coordination, avec les hôpitaux en particulier. Il s'occupe des personnes âgées avant qu'elles puissent bénéficier de l'APA, de celles dont la situation est complexe, des sorties d'hôpital problématiques. Il est bien repéré par les professionnels.

Concernant les CLICs la politique départementale reste à définir. L'articulation avec les équipes médicosociales et les réseaux a été mal définie au départ. La lettre DGAS/DHOS¹³ du 16 septembre 2004 éclaircit la place respective des réseaux et des

¹³ Lettre circulaire n°DGAS/DHOS/2C/O3/2004-452 du 16 septembre

CLICs. Les CLICs sont clairement positionnés comme un cadre de partenariat pour tous les acteurs autour des personnes âgées. Mais le texte ne parle pas des équipes médico-sociales qui s'occupent des personnes dépendantes. Peut-être, les CLICs doivent-ils fonctionner de façon plus spécifique pour les personnes en GIR 5 et 6 ? Quoi qu'il en soit, une coordination apparaît nécessaire entre Conseils généraux et URCAM pour bien positionner les CLICs et les réseaux.

Concernant les dispositifs pour personnes âgées en général, le Conseil général a du mal à mobiliser les généralistes. Il est difficile de les faire participer à des réunions ou de les toucher à travers des documents écrits. Le Conseil général a bien conscience qu'ils sont beaucoup sollicités par rapport à leur disponibilité.

Il semble que les médecins libéraux sont aujourd'hui dans une dynamique d'utilisation des services du Conseil général plus que dans une dynamique de coopération. Le souhait du Conseil Général est celui d'une meilleure connaissance réciproque pour un travail partenarial plus important et plus efficace. Les responsables interrogés pensent que les médecins sont pour beaucoup individualistes et ne sont pas réellement représentés par les organismes professionnels. Le développement d'un travail partenarial passe sans doute par des rencontres individuelles, locales, pour que les uns et les autres apprennent à se connaître pour ensuite coopérer. Compte tenu de la démographie tant médicale que celle des personnes âgées, la coopération devient de plus en plus obligatoire. Le Conseil général la souhaite.

3. Drôme

La politique du Conseil Général de la Drôme concernant les personnes âgées est mise en œuvre par la Sous Direction personnes âgées adultes handicapés de la Direction de la Solidarité avec l'aide d'un médecin référent appartenant à la Sous Direction prévention santé. Le département est divisé en quatre territoires. Trois médecins du Conseil général sont chargés de l'APA. L'entretien a été réalisé auprès du Sous Directeur personnes âgées et du médecin référent.

Dans la Drôme, une nouvelle équipe politique est en place depuis mars 2004, elle ne s'est pas encore positionnée par rapport à l'implication des généralistes dans le secteur personnes âgées. Jusqu'à présent, les médecins libéraux n'ont pas été particulièrement associés à la politique ni aux dispositifs. Il faut savoir que le département de la Drôme n'a pas l'habitude de déléguer ses compétences en dehors de ses services sauf dans la prévention spécialisée et dans la gestion de certains établissements. Les personnes âgées sont aujourd'hui un public prioritaire des centres médico-sociaux qui assurent une prise en compte globale de leurs besoins.

Le dernier schéma gérontologique couvre la période 1998-2003. Un nouveau schéma est en cours et presque finalisé, il concerne également les personnes handicapées. Il sera signé courant 2005. La question s'est posée de la participation éventuelle de généralistes à son élaboration mais cela ne s'est pas imposé. La question est difficile, d'autant plus que les modalités pratiques d'une participation des médecins libéraux est difficiles à trouver. Les généralistes sont mentionnés dans le nouveau schéma quand il est fait mention des CLICs et des réseaux.

Il est possible que les médecins aient souhaité en 2002 être davantage impliqués dans l'APA comme dans d'autres départements, et en retirer une rémunération. La question n'est plus d'actualité aujourd'hui. Les médecins généralistes font le certificat médical (document de 4 pages) pour la demande d'APA. Ils peuvent être présents lors du Girage qui est réalisé au domicile par un travailleur médico-social du Conseil général, mais cela est peu fréquent. Il n'y a pas d'information particulière du médecin sur les suites (accord ou refus), il est informé par son patient. En revanche, des liens sont éventuellement faits par les médecins du Conseil général avec les médecins traitants pour discuter des problèmes autour d'un dossier. Par ailleurs, le Conseil Général a conventionné avec des services d'infirmières libérales pour effectuer des Girages et des plans d'aide, cela représente 10% des dossiers environ. Récemment, une étude a été faite sur les bénéficiaires de l'APA à domicile. Un rendu est prévu aux généralistes sans que la forme en soit encore déterminée.

Concernant les EHPAD, le rôle des médecins coordonnateurs par rapport à leurs confrères libéraux qui interviennent dans l'établissement est précisé dans les conventions signées. Les médecins coordonnateurs doivent faire respecter certaines règles à leurs confrères (tenue du dossier médical, liste des médicaments, évaluations régulières) pour rentrer dans des normes de qualité. Cela est souvent difficile pour eux, les médecins

libéraux ayant du mal à s'inscrire dans ces dynamiques. Ils sont de fait les seuls à rester libéraux dans les EHPAD.

Avant le démarrage des CLICs, le Conseil Général a élaboré un cahier des charges avec la DDASS, notamment pour définir les huit secteurs géographiques à couvrir et ce qui était attendu des CLICs. Le Conseil général participe sous forme d'un mi-temps de travailleur social dans chaque CLIC. Il y en a quatre aujourd'hui. Celui de niveau 3 ne fait pas de plan d'aide, selon la volonté du Conseil Général.

D'autres occasions de collaboration entre le Conseil général et les médecins libéraux existent. Depuis septembre 2003, le Conseil général a mis en place un groupe de réflexion sur la maltraitance (pour tout adulte) où les médecins de l'Ordre ont été invités. L'un d'eux participe particulièrement. Dans ce cadre, des liens sont faits entre les médecins traitants et les travailleurs sociaux. Depuis 2004, des concertations sur des situations très difficiles sont organisées avec la psychiatrie, les médecins traitants y sont invités mais ils sont peu présents. Lorsque cela est nécessaire, les médecins du Conseil général se mettent en rapport avec eux. Les médecins généralistes constituent également un relais d'information potentiel des personnes âgées, relais utilisé au cours de l'été 2004 dans le cadre du plan canicule : une plaquette sur la conduite à tenir en cas de fortes chaleurs réalisée par le Conseil Général a été distribuée en nombre auprès des médecins généralistes pour leurs patients âgés.

Il semble aux responsables interrogés que les médecins évoluent, qu'ils travaillent plus facilement aujourd'hui avec les services médico-sociaux, pour notamment s'appuyer sur eux, sans savoir toujours de quelle façon ils peuvent collaborer. Leur souhait est que les médecins généralistes s'impliquent dans la coordination locale et sollicitent plus volontiers les dispositifs CLICs et les services médicosociaux.

4. Isère

Au Conseil Général de l'Isère, le domaine des personnes âgées est de la responsabilité de la Direction de la santé et de l'autonomie. L'Isère est divisée en six territoires. Dans chacun d'eux, travaille une équipe médico-sociale en charge des personnes âgées, avec

toujours un médecin. La Directrice de la santé et de l'autonomie et le médecin chargé de l'APA ont participé à l'entretien.

L'Isère bénéficie d'une histoire gérontologique très ancienne, d'où un souci lui-même très ancien d'intégrer les médecins traitants dans les dispositifs gérontologiques. Mais, ce souci se heurte à la réticence des médecins généralistes lorsqu'il s'agit d'investir du temps non financé (dans des groupes de travail, comités de pilotage, etc.). Les médecins distinguent nettement la relation de soin, qui relève de leur compétence et la relation médico-sociale, qu'ils perçoivent comme relevant des professionnels du Conseil général. D'une façon générale, ils sont marqués par une pratique individuelle de leur métier et ont du mal à s'investir dans des démarches collectives. Lors d'une réunion de présentation de l'APA et des CLICs organisée par le Conseil général, seuls des médecins salariés se sont déplacés, aucun médecin libéral n'est venu. Les médecins sont sans doute bien formés, car la gérontologie est depuis longtemps un des points forts de l'Isère mais ils semblent peu connaître l'offre médico-sociale existante (en matière d'accueil de jour par exemple). Il y a probablement aussi un manque d'intérêt, de la part de certains, vis-à-vis des personnes âgées, « *le handicap et le vieillissement symbolisant l'échec de la médecine.* »

La stratégie du Conseil Général de l'Isère par rapport aux médecins généralistes est de leur rendre service à chaque fois que cela est possible, pour qu'ils comprennent le bien fondé des dispositifs gérontologiques et qu'ils y adhèrent. Compte tenu de la démographie médicale, les médecins ont de plus en plus de travail. Le Conseil Général doit donc s'efforcer de les aider, plus que de leur demander du travail supplémentaire. «*Nous souhaitons créer une relation structurée avec les médecins traitants, dans le cadre de notre mission de service public, ceci autour de deux axes : information et soutien.*» Actuellement, le Conseil Général met au point un outil informatique permettant d'informer systématiquement les médecins traitants des décisions prises en ce qui concerne leurs patients (plan d'aide / APA). Jusqu'à présent, cela se fait au cas par cas.

Concernant le schéma gérontologique, le Conseil général a tenté d'impliquer les médecins généralistes dans l'élaboration du premier schéma (2000-2004). Ils ne sont jamais venus. Ils n'ont donc pas été sollicités pour le second schéma, dont l'élaboration démarre actuellement.

Le certificat médical et la grille AGGIR sont obligatoires au moment de la constitution du dossier APA (bien que non prévu par la loi). Leur remplissage fait partie pour le Conseil

général du travail du médecin traitant, de sa relation avec le patient et il n'a pas été établi de convention pour cela. Les médecins traitants utilisent de plus en plus le certificat médical pour alerter le Conseil général sur des problèmes particuliers. La présence d'un médecin dans chaque équipe médico-sociale facilite les rapports avec les médecins traitants.

Le Conseil Général signe des conventions tripartites avec la DDASS et les EHPAD. L'aspect soins de ces conventions est géré uniquement par la DDASS. En revanche, les médecins des équipes médico-sociales réfléchissent actuellement à la façon dont ils pourraient appuyer les médecins coordonnateurs, notamment dans la relation avec leurs confrères libéraux.

En Isère, six CLICs sont actuellement implantés, 13 sont prévus d'ici fin 2005. Le Conseil général finance tous les coordonnateurs de CLIC. Il travaille actuellement à la création d'outils informatiques permettant de faire circuler une information partagée entre l'hôpital, l'équipe médicosociale, le médecin traitant et les acteurs de l'aide à domicile. Ces outils devraient faciliter l'organisation autour de la personne âgée et permettre notamment d'améliorer les conditions du retour à domicile en cas d'hospitalisation temporaire. Dans l'idéal, il serait souhaitable qu'un médecin généraliste participe aux démarches d'évaluation qui seront mises en œuvre dans le cadre des CLICs. Mais compte tenu des problèmes de démographie médicale, cela risque d'être difficile.

Dans le cadre de la prévention de la perte d'autonomie, il paraît par ailleurs important au Conseil général d'évoquer le rôle potentiel des médecins généralistes auprès des personnes âgées non dépendantes. L'autonomie n'empêche pas la fragilité, laquelle est souvent liée à l'environnement. Les généralistes sont très bien placés pour repérer des difficultés à ce niveau. Mais, s'ils sont bien formés à la prévention médicale, ils n'ont pas de formation par rapport à la dimension sociale de la prévention (processus de désocialisation, habitat inadapté, etc.) qui est pourtant essentielle dans la prévention de la dépendance. Le rôle du médecin généraliste dans ce cadre devient d'autant plus important que les assistances sociales n'ont plus le temps de s'occuper du suivi social des populations âgées vieillissantes, tout leur temps étant consacré aux « populations en difficultés », dont les personnes âgées ne font pas partie.

5. Loire

La politique du Conseil Général de la Loire concernant les personnes âgées est mise en œuvre par la Sous Délégation Protection médico-sociale adultes de la Délégation à la vie sociale. La Loire est organisée en 4 secteurs : St-Etienne et sa couronne (le plus important), le Roannais, le Forez, et Gier – Ondaine – Pilat (autour de St-Chamond). Sur chaque secteur, un médecin territorial exerce à mi-temps. L'entretien s'est déroulé avec le Sous Directeur de la Protection médico-sociale et le médecin conseil de la Délégation, également responsable d'un secteur.

Dans la Loire, il n'y a pas aujourd'hui de volonté politique exprimée sur l'implication des généralistes dans la politique gérontologique du Conseil général. Les médecins des secteurs jouent un rôle d'interface entre le Conseil Général et les médecins traitants.

De façon générale, les médecins impliqués sont les médecins coordonnateurs d'EHPAD ou ceux qui s'y préparent (ce sont des médecins généralistes). Les médecins territoriaux ont des relations particulières avec eux. Ils les rencontrent dans les établissements lorsqu'ils vérifient les GIR moyens pondérés des établissements. Ils ont réalisé avec eux des formations à la grille AGGIR. Concernant les autres médecins, Il ne semble pas qu'ils aient la volonté de s'impliquer davantage. Des relations ponctuelles existent avec les médecins généralistes dans le cadre de la Formation Médicale Continue. Récemment, une intervention a été réalisée sur les réseaux géronto-psychiatriques.

Le schéma gérontologique actuel couvre la période 2001-2006. A la connaissance des responsables interrogés, les généralistes n'ont pas été associés à son élaboration. Le nouveau schéma va être travaillé à partir de 2005 sur les bases du schéma en cours.

Concernant l'APA, les médecins généralistes remplissent un certificat médical (document de quatre pages incluant une grille AGGIR) pour leurs patients. Les personnes âgées le joignent à leur demande d'APA. Lors du traitement des dossiers, un courrier d'information sur l'attribution ou le refus de l'APA est systématiquement envoyé au médecin généraliste qui a fait le certificat.

Toute demande ponctuelle des médecins généralistes (elles sont rares) est systématiquement traitée par les médecins de secteur. Ce sont eux qui contactent les

médecins traitants quand un membre de l'équipe médicosociale observe un problème pour une personne à domicile (maltraitance, maintien à domicile délicat). Dans la Loire, la montée en charge de l'APA a mobilisé toutes les forces et n'a pas permis d'investir d'autres champs, comme celui de la maltraitance.

Dans les conventions EHPAD, seuls les médecins coordonnateurs apparaissent. Le Conseil général a un droit de regard sur les documents élaborés (comme les contrats de prise en charge) dans le cadre des audits qualités mais dans la réalité, il fait peu d'audits.

Le Conseil Général s'est impliqué de façon importante dans le montage des CLICs (aujourd'hui, 5 CLICs sont en place sur 11 prévus) : aide en personnel, bienveillance, rémunération des traitements de dossier. Aujourd'hui, il y a un frein politique, il n'est pas souhaité que les CLICs évoluent vers des niveaux supérieurs et aillent au-delà de l'information, ni qu'ils s'impliquent plus fortement dans l'APA.

Par ailleurs, le Conseil Général participe à quelques actions de santé publique à destination du grand public âgé : journée de l'ostéoporose en octobre en partenariat avec le CHU (qui travaille en lien avec des médecins libéraux sur cette action), informations sur les démences, la maladie de Parkinson.

Jusqu'à présent, le Conseil Général ne s'est pas vraiment posé la question de l'implication des médecins libéraux dans sa politique et les dispositifs gérontologiques. Celle-ci paraît effectivement souhaitable. La réflexion de l'URML devrait aider le Conseil général à mieux répondre à cette question.

6. Rhône

Au Conseil Général du Rhône, le domaine des personnes âgées est de la responsabilité du Pôle personnes âgées personnes handicapées. L'entretien s'est déroulé avec la Directrice de la coordination médico-sociale personnes âgées et handicapés de ce Pôle, médecin de formation.

Le Rhône est divisé en 46 unités territoriales, dirigées chacune par un médecin à orientation plutôt pédiatrique. Le Conseil Général emploie 15 médecins gériatres, qui couvrent chacun plusieurs unités territoriales.

Depuis 1997, les politiques – à commencer par le Président - souhaitent collaborer au plus près avec les médecins libéraux. La collaboration qui a été initiée autour de la Prestation Spécifique Dépendance s'est poursuivie dans le cadre de l'APA. Les médecins généralistes qui ont une patientèle âgée importante font de plus en plus appel aux gériatres du Conseil Général. Ils ont repéré qu'il existe des équipes de proximité. Il existe une volonté forte du Président d'impliquer les médecins généralistes. Mais il ne faut pas perdre de vue que dans une situation tendue du point de vue de la démographie médicale, le rôle de soin des médecins généralistes est prioritaire.

Le schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale en faveur des personnes âgées a été arrêté en 2004 pour 5 ans. Les médecins ont été associés à son élaboration à travers le Comité rhôdanien de coordination gérontologique (CORHOCOGÉ), instance consultative - qui va prochainement fusionner avec le CODERPA – et où le Conseil de l'Ordre et les Syndicats de médecins sont représentés. Les médecins généralistes sont cités dans le schéma proprement dit et dans les fiches actions.

Tous les documents concernant l'APA ont été travaillés avec le Conseil de l'Ordre et les Syndicats de médecins libéraux. Les médecins remplissent le certificat médical et la grille AGGIR (trois pages). Une convention existe, prévoyant une rémunération des médecins dans le cadre de l'APA lorsque les médecins participent aux commissions qui statuent sur les demandeurs d'APA. Dans les faits, elle est très peu utilisée, par manque de temps des médecins. En revanche, ceux-ci ont une très bonne collaboration avec les médecins gériatres du Conseil général, dont certains sont intervenus sur le thème de l'APA dans des actions de formation des médecins libéraux. Le médecin gériatre décide, après analyse du dossier médical et de la grille AGGIR, qui, de l'équipe médico-sociale et administrative, va au domicile du demandeur : assistante sociale, infirmière, médecin gériatre, plusieurs d'entre eux... Le demandeur ou/et sa famille sont avisés que le médecin traitant peut être présent pendant la visite.

Il existe une collaboration intéressante entre les médecins généralistes et les médecins gériatres du Conseil général, dans les cas d'hospitalisation à la demande d'un tiers ou lors de maltraitance : le médecin traitant peut garder la confiance du patient (ou/et de la

famille) et le gériatre du Conseil général endosser la responsabilité d'une décision. Le rôle du généraliste est toujours très important pour une bonne analyse de la situation.

Dans les EHPAD, le Conseil général souhaite que l'évaluation autour de la personne âgée se fasse en équipe : médecin coordonnateur, équipe soignante, médecin traitant. Des difficultés ont été rencontrées au début. Cela se passe beaucoup mieux maintenant : les médecins coordonnateurs, de mieux en mieux formés, comprennent mieux leur rôle.

Actuellement, six CLICs sont installés dans le Rhône. Certaines maisons du Rhône pourront devenir des CLICs. Il y a une volonté affichée de développer ces instances de coordination sur le territoire. Le généraliste a sa place dans le cadre des CLICs. Mais doit-il participer à la coordination ? Il paraît difficile de lui demander d'être partout.

Par ailleurs, d'autres relations existent avec les médecins généralistes. Actuellement, le Conseil général a deux axes de travail en prévention chez la personne âgée : l'équilibre nutritionnel et la prévention des chutes. La campagne de prévention des chutes va passer par les généralistes. Son slogan est : « *l'équilibre, c'est comme la tension : parlez-en à votre médecin* ». Les Syndicats ont été très réactifs par rapport à cette campagne.

Une soirée « médecins » a été organisée par le Conseil général dans le cadre du dernier Forum personnes âgées. 60 médecins sont venus. C'est peu par rapport aux 1 500 médecins que compte le département, mais ce n'est pas négligeable. Certains médecins libéraux ont également participé activement à la « semaine bleue ».

7. Savoie

La politique du Conseil Général de la Savoie concernant les personnes âgées est mise en œuvre par la Mission personnes âgées personnes handicapées de la Délégation à la vie sociale. La Savoie est organisée en 7 territoires de développement social. Sur chaque territoire, intervient une équipe médico-sociale composée d'une assistante sociale et d'une infirmière. L'entretien s'est déroulé avec le Médecin conseil départemental personnes âgées, personnes handicapées.

L'implication des médecins libéraux dans la politique et les dispositifs gérontologiques est très faible en Savoie. Il est difficile de les associer si on ne les connaît pas personnellement. Dans un enseignement post universitaire sur la maltraitance aux personnes âgées, quatre médecins libéraux seulement sont venus. C'est une difficulté pour développer une coopération avec eux.

De l'avis du médecin interrogé, il y a de multiples raisons à cette faible implication : ils sont très occupés et leur disponibilité diminue compte tenu de la démographie, ils fonctionnent pour la plupart sur un mode individualiste et ont des difficultés à travailler dans un réseau avec des non-médecins, on ressent parfois de leur part un certain mépris pour l'administration, de plus, le temps de leur implication n'est pas rémunéré. Il manque également peut-être en Savoie un « leader » gériatre qui les entraînerait vers une coopération gérontologique.

Le schéma en faveur des personnes âgées en cours se termine en 2005. Le prochain est en construction, il sera prêt en février 2005. Dans ce cadre, le Conseil général a mis en place quatre ateliers : Alzheimer, soutien à domicile, familles d'accueil et établissements. Deux médecins généralistes ont pu participer grâce à une relation déjà tissée avec eux. Les médecins généralistes ne sont pas cités en particulier dans le schéma.

Lors du démarrage de l'APA, les médecins libéraux ne voulaient pas remplir le certificat médical s'ils n'étaient pas rémunérés en contrepartie (comme en Haute-Savoie) mais le Conseil Général a refusé. Aujourd'hui, la plupart des généralistes le remplissent. Mais peu d'entre eux voient la complémentarité qui existe entre approche médicale et médico-sociale. Ils n'ont pas été formés en ce sens. La grille AGGIR est remplie par l'équipe médico-sociale. Le Conseil Général n'envoie pas d'information au médecin traitant suite à la décision APA.

Concernant les EHPAD, des réunions sont organisées en amont de la signature des conventions tripartites. Les médecins des patients hébergés sont invités. Les gériatres viennent facilement, les généralistes aussi mais avec plus de résistances. A part certains plus intéressés par la gériatrie, ils contestent « l'usine à gaz ».

En Savoie, tous les CLICs sauf deux qui fonctionnent bien (Aix les Bains dépendant du Centre Communal d'Action Sociale, et Moutiers qui repose sur un service de soins

infirmiers) vont être repris par le Conseil général. Il y aura à terme sept lieux de coordination (certains sont en construction), ainsi tout le territoire sera couvert. De façon générale, les médecins voudraient que ces dispositifs leur servent sans y participer.

Les généralistes ont visiblement peu d'intérêt pour la gériatrie. La plupart n'ont pas une véritable réflexion sur la prise en charge des personnes âgées. C'est sans doute un problème de formation mais il n'est pas sûr qu'ils viendraient si des formations gérontologiques étaient organisées.

Au niveau politique, il y a la volonté que les médecins libéraux s'impliquent plus, mais la difficulté est de trouver une stratégie pour qu'ils y trouvent un intérêt.

8. Haute-Savoie

Au Conseil Général de Haute-Savoie, le domaine des personnes âgées est confié à la Direction de la gérontologie et du handicap. La Haute-Savoie est divisée en territoires, sur lesquels exercent les équipes médico-sociales, composées chacune d'un médecin à orientation gériatrique, d'une infirmière et d'une assistante sociale. Celles-ci ont été mises en place lors de la création de la Prestation Spécifique Dépendance. L'entretien s'est déroulé avec la Directrice de la gérontologie et du handicap, également médecin.

L'implication des médecins traitants dans la politique et les dispositifs gérontologiques s'est réalisée surtout à travers la mise en place de la Prestation Spécifique Dépendance, elle s'est prolongée ensuite à travers l'APA. Elle a démarré concrètement lors de la mise en place en 1997 du Comité départemental de coordination gérontologique. Un représentant des syndicats de médecins et un représentant du Conseil de l'Ordre y siègent.

Le schéma départemental en faveur des personnes âgées couvre la période 2003-2007. Les médecins n'ont pas pu être impliqués dans son élaboration pour des raisons pratiques d'organisation : les réunions se tenaient le mercredi matin, jour de disponibilité de l'élu. En revanche, dans le cadre de l'audit réalisé par un cabinet spécialisé pour l'élaboration du schéma, des réunions sectorielles ont été organisées, auxquelles les médecins généralistes étaient invités. Ils y ont participé de façon très variable selon les secteurs, peu de façon générale. Les médecins généralistes sont mentionnés dans le schéma au titre de leur participation dans le cadre de l'instruction de l'APA.

Dès la mise en place de la Prestation Spécifique Dépendance, en 1997, les médecins traitants ont été impliqués dans l'instruction des demandes. Une convention a été signée le 11 décembre 1998 entre le Conseil Général et les syndicats de médecins (MG 74, UNOF 74, FMF 74 et SML 74). Elle prévoyait la rémunération des médecins traitants (à hauteur de 3 C) pour remplir le certificat médical obligatoire, remplir la grille AGGIR au domicile de la personne et transmettre au Conseil général tout éclairage complémentaire pendant un an. Une nouvelle convention a été signée le 1^{er} décembre 2004 (par MG 74, UNOF 74 et FMF 74), dans le cadre de la mise en œuvre de l'APA. Bien que le certificat médical ne fasse plus partie des pièces justificatives à produire par le demandeur de l'APA, le Conseil Général en a maintenu le principe, considérant que pour bâtir le plan d'aide, le médecin de l'équipe médico-sociale doit avoir connaissance des éléments médicaux influant sur l'état de dépendance du demandeur ainsi que de l'avis du médecin traitant sur l'évaluation de la dépendance de son patient et les actions à entreprendre. Les termes de la convention sont les mêmes que ceux de la convention 1998. Moyennant une rémunération de 3 C, le médecin traitant remplit le certificat médical et la grille AGGIR (document de six pages) ; il est susceptible – sur demande de son patient ou de l'équipe médico-sociale – de participer à la réunion qui va déterminer le niveau de dépendance et le plan d'aide à mettre en œuvre (le certificat médical accompagné de la grille AGGIR ne constitue que l'un des éléments pris en compte). Dans tous les cas, le médecin est informé du plan d'aide proposé à son patient et devient un interlocuteur privilégié de l'équipe médico-sociale dans le suivi de la situation. Cette politique est souvent critiquée dans les autres départements en raison de son coût qui a fait un bond lors du passage de la PSD à l'APA, du fait de la multiplication par 10 du nombre de dossiers (de 600 à 6 000). La PSD étant liée à l'aide sociale, le nombre de demandeurs étaient relativement faible compte tenu du fait que la Haute-Savoie est un département « riche ».

Concernant les EHPAD, le Conseil Général ne traite pas du volet soins des conventions tripartites. Ce volet est jusqu'à présent négocié par l'Etat.

Le Conseil Général n'a pas voulu mettre en place de CLIC. Dans le cadre du schéma gérontologique, une réflexion particulière a été menée sur la coordination. Elle a fait le constat de la préexistence de réseaux informels auxquels participent les équipes médico-sociales et pointé les incertitudes sur les financements des CLICs. Considérant que les

équipes médico-sociales ont vocation à répondre à toute problématique gériatrique, le Conseil général a souhaité rester maître d'œuvre du dispositif. Cinq pôles ont été créés et cinq coordinateurs recrutés. Ces pôles assurent des fonctions d'accueil, d'information et d'évaluation (mission assurée par les équipes médico-sociales). La différence de ces pôles avec les CLICs tient dans le pilotage qui est assuré par le Conseil général. Les pôles vont être chargés de mettre en place des Comités locaux de coordination gériatrique, présidés chacun par un Conseiller Général. Les médecins généralistes y auront une place. Ces pôles auront pour rôle d'étudier les problèmes gériatriques sur le terrain, de faire remonter les besoins au comité départemental et d'initier des projets.

En Haute-Savoie, commencent à se poser des problèmes de remplacement des médecins (certains généralistes qui prennent leur retraite ne trouvent pas de remplaçant). Une explication tient au coût de la vie (et notamment du logement) qui est très dissuasif dans le département. C'est un souci en regard de l'augmentation attendue de personnes âgées dans le département (+45% de 75 ans et plus entre 1999 et 2010).

Le Conseil Général juge important le rôle du médecin traitant dans l'instruction de l'APA car il est le porte-parole de la personne âgée. Quand un plan d'aide est réalisé, c'est pour la personne âgée et non pour son entourage. Le médecin est le mieux placé pour cela : parfois, les assistantes sociales doivent « se battre » avec la famille pour voir la personne âgée, le médecin, lui, la voit nécessairement.

L'évaluation de l'implication des généralistes est plutôt positive. Mais le Conseil Général doit constamment insister sur la dimension « suivi » de l'APA ; il multiplie les occasions de communication à ce sujet. En effet, certains généralistes semblent considérer que leur intervention dans le cadre de l'instruction de l'APA s'arrête au remplissage du certificat médical et de la grille AGGIR. Il faut leur rappeler que la rémunération qu'ils perçoivent couvre leurs interventions pendant un an. Cela signifie qu'il y a peut-être un déficit de communication entre les syndicats de médecins signataires de la convention et leurs adhérents.

Le Conseil général souhaite améliorer la prise en charge globale de la personne âgée sur les territoires et dans ce cadre instaurer une meilleure communication entre les médecins généralistes et les équipes médico-sociales.

III. SYNTHESE

▶ De façon générale

Le partenariat entre les Conseils Généraux et les médecins libéraux dans le domaine des personnes âgées est relativement faible sauf dans quelques départements, l'Ain, la Haute-Savoie et le Rhône dans une moindre mesure. Dans ces départements, la collaboration s'est organisée au moment de la mise en place de la Prestation Spécifique Dépendance, et même de la Prestation expérimentale pour l'Ain (1995). En Haute-Savoie et dans le Rhône, des médecins de l'Ordre et représentants de syndicats participent à des instances consultatives.

Tous les Conseils Généraux reconnaissent la place importante du médecin libéral dans la prise en charge des personnes âgées. La plupart souhaitent une implication plus forte dans la coordination locale et une plus grande coopération avec les autres acteurs.

L'analyse faite pointe différents facteurs explicatifs de la faible implication des médecins généralistes dans les dispositifs gérontologiques : manque de temps, culture individualiste, difficultés à travailler en réseau (avec des non médecins et/ou des administratifs), déficit de connaissance des dispositifs et des équipes médicosociales, manque d'intérêt et/ou de réflexion gérontologique, problème croissant du rapport démographie médecins/population âgée.

La volonté d'impliquer plus les généralistes est souvent exprimée sans savoir toujours comment faire pour développer une relation de coopération.

▶ Schéma départemental

A l'exception de l'Ain où le premier schéma gérontologique est en projet, les Conseils Généraux de Rhône-Alpes ont déjà réalisé un ou plusieurs schémas personnes âgées. La plupart du temps les médecins libéraux ont peu participé (ou n'ont pas participé) à leur élaboration. Dans plusieurs Conseils généraux, quelques médecins ont fait partie de groupes de travail ou d'instances consultatives ou sont venus à des réunions. De fait, les modalités pratiques de la participation des médecins libéraux semblent difficiles à trouver.

▶ APA

Dans tous les départements, les médecins généralistes établissent le certificat médical pour le dossier APA, dans six départements, ils font également un premier Girage. Les médecins sont rémunérés pour cela dans deux départements, l'Ain et la Haute-Savoie dans le cadre de conventions (la convention est plus large en Haute-Savoie, où un suivi d'un an est prévu). Une convention de rémunération existe également dans le Rhône mais elle est peu utilisée car elle prévoit la participation des généralistes aux commissions qui statuent sur les demandes d'APA.

En cas de problème sur un dossier, les médecins des Conseils Généraux contactent généralement leurs confrères libéraux pour connaître leur avis.

Plusieurs Conseils Généraux tiennent systématiquement informé le médecin traitant des suites de l'instruction du dossier de leurs patients. En Isère, le Conseil général travaille sur un outil informatique permettant d'informer systématiquement les médecins traitants des décisions prises concernant leurs patients (APA, plan d'aide).

Dans tous les départements, il est souhaité une coopération plus grande autour du dispositif APA.

▶ EHPAD

Les Conseil Généraux ont peu de relations avec les médecins traitants dans le cadre des EHPAD. Dans plusieurs départements, le volet soins des conventions avec les EHPAD est traité par l'Etat. En général, les conventions ne mentionnent pas directement les médecins traitants. Concernant les relations médecins généralistes – coordonnateurs, elles semblent aux Conseils généraux plus ou moins faciles selon les cas, mais plusieurs notent une évolution positive.

▶ CLICs

Les politiques des Conseils Généraux concernant les CLICs, leur implantation, leurs missions et l'articulation avec les services des Conseils Généraux sont disparates même si tous sont convaincus de la nécessité de la coordination. Plusieurs Conseils Généraux considèrent que les missions de niveau 3 des CLICS relèvent de leur responsabilité. En Haute-Savoie, une organisation reprenant les missions des CLICs mais pilotée par le Conseil Général est mise en place. Pour ceux qui l'ont précisé, il semble que les médecins libéraux participent peu à ces dispositifs.

► Au total

Les collaborations qui existent entre les médecins généralistes et les Conseils Généraux, se réalisent essentiellement autour de l'instruction de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie. Elles restent cependant à développer et à améliorer. Les Conseils Généraux jugent important le rôle du médecin généraliste en particulier auprès de la personne âgée et dans le réseau qui l'entoure. Compte tenu des prévisions de la démographie autant médicale que générale, ils considèrent que leur implication doit principalement se jouer dans la coordination locale, et qu'il convient de développer la coopération entre eux et les équipes départementales.

**ENQUETE AUPRES
DES CLICs**

ENQUETE AUPRES DES CLICs

I. DEROULEMENT DE L'ENQUETE

La région Rhône-Alpes compte 30 CLICs labellisés au 30 août 2004 (site www.social.gouv.fr). 21 sont de niveau 1, 4 de niveau 2 et 5 de niveau 3. La Loire en abrite 6, l'Ain et l'Isère 5, la Drôme, le Rhône et la Savoie 4 et l'Ardèche et la Haute-Savoie 1. L'enquête s'est déroulée auprès de 11 CLICs choisis afin de couvrir le territoire régional et les différents niveaux de labellisation et d'avoir un panel des situations rencontrées. Ainsi, ont été enquêtées 4 structures de niveau 1 (Ain, Ardèche, Savoie et Haute-Savoie), 1 structure de niveau 2 (Loire) et 6 structures de niveau 3 (Drôme, Loire et Rhône). Le faible nombre de CLICs en niveau 2 s'explique par le fait que plusieurs structures de niveau 2 sont devenues de niveau 3 après le 30 août. Par ailleurs, un CLIC de niveau 2 sélectionné initialement n'a pas été interrogé, la coordinatrice n'ayant pris ses fonctions qu'au 1^{er} décembre 2004.

Dans un premier temps, les coordonnateurs des 11 CLICs sélectionnés ont été informés par courrier de la réflexion en cours de l'URML, de l'étude et du souhait de les interroger (cf. courrier type en annexe). Ils ont ensuite été interrogés par téléphone, directement ou après prise d'un rendez-vous. Les entretiens se sont déroulés auprès de 10 coordonnateurs et d'un médecin gériatre du 6 décembre 2004 au 14 janvier 2005.

La grille d'entretien (cf. annexe) avait pour but de connaître les caractéristiques du CLIC, les relations existantes avec les médecins généralistes du territoire et les souhaits des personnes interrogées concernant l'implication future des médecins dans le CLIC.

II. REPONSES DES CLICs INTERROGES

1. CLICs de niveau 1

Le label de niveau 1 correspond aux missions d'accueil, d'écoute, d'information et de soutien aux familles. Il suppose un local de permanence, un standard téléphonique, une

base de données, des actions d'information et de formation. Il doit proposer à la fois une information sur les aides et les prestations disponibles ainsi que, chaque fois que possible, les dossiers de demande nécessaires à leur obtention. Les quatre CLICs de niveau 1 interrogés sont les suivants :

- CLIC de la communauté de communes du Pays du Gex à Chevry dans l'Ain
- CISSAD à Lamastre en Ardèche
- CLIC Arlysère à Albertville en Savoie
- CLIC d'Annecy en Haute-Savoie

Parmi eux, un seul est réellement de niveau 1, celui de Chevry. Celui de Lamastre déclare remplir des missions de niveau 3 et ceux d'Albertville et d'Annecy doivent passer sous la responsabilité de leur Conseils généraux respectifs en 2005. De ce fait, leur activité passera en niveau 3 à cette date.

a) CLIC de la Communauté de communes du Pays du Gex

Comme son nom l'indique, ce CLIC est porté par la Communauté de communes du Pays du Gex (CCPG). Il a été créé officiellement en octobre 2001. La coordinatrice interrogée est en poste depuis janvier 2004. Elle succède à plusieurs coordinateurs. Le CLIC a eu du mal à faire sa place, plusieurs partenaires ayant eu le projet de montage d'un CLIC. Le CLIC couvre le territoire de 26 communes, soit 62.000 habitants, avec une population de 10 000 personnes de plus de 60 ans et 41 médecins généralistes.

Plusieurs instances font fonctionner le CLIC, le comité de pilotage départemental et local avec les financeurs (Conseil général de l'Ain, DDASS, CRAM, MSA, Caisse de retraite ORGANIC, CCPG, Commune de Chevry), le comité local de suivi qui réunit environ 60 personnes et un comité technique réunissant les professionnels de terrain (150 personnes) qui correspond au réseau d'action gérontologique du Pays de Gex. 15 personnes participent régulièrement à ces deux dernières instances (comité de suivi et comité technique). Des groupes de travail sont également réunis sur des projets précis, comme celui en 2004 destiné à élaborer le « Guide des seniors ». Un médecin libéral s'est inscrit en 2004 au comité de suivi mais n'a pas participé. Au total, aucun médecin ne participe au CLIC.

Les médecins généralistes semblent peu intéressés par le CLIC, ils répondent peu à ses sollicitations. Plusieurs démarches vers les généralistes ont été faites ou sont en cours. En février 2004, une réunion a été programmée avec l'Association Médicale du Pays du Gex pour présenter le CLIC. Au moment de l'enquête, la coordinatrice avait entrepris de rendre visite à chaque médecin généraliste pour parler du CLIC et de ce qu'un médecin peut y trouver. D'un autre côté, elle a noté avec intérêt que parfois ce sont les patients qui parlent du CLIC à leur médecin. De son point de vue, les médecins généralistes connaissent peu le CLIC et son activité et ne voient pas l'intérêt d'un travail de coordination pour lequel ils ne sont pas rémunérés. Il pourrait d'ailleurs être envisagé de les rémunérer pour cela. Il faudrait que les médecins sachent qu'ils peuvent demander certaines choses au CLIC comme la constitution d'un dossier médical et social complexe, et qu'ils peuvent y trouver des informations utiles à leur patient. Son souhait serait de pouvoir les réunir pour en parler, le moment d'une rencontre restant difficile à trouver.

b) CISSAD (Centre Intercommunal de Soutien et de Solidarité à Domicile)

Ce CLIC est le seul de l'Ardèche. Il est porté par le CISSAD, association d'aide à domicile, qui l'a créé en mars 2001. Il couvre le territoire du canton de Lamastre où habitent 2 000 personnes âgées et où exercent 5 médecins généralistes. Un élargissement du territoire est en projet, il multiplierait par 3,5 la population couverte. Depuis 2003, le CLIC fonctionne avec une coordinatrice à temps plein, la création d'un poste d'assistant de coordination est en cours. Il est labellisé en niveau 1 mais remplit des missions de niveau 3.

Les instances du CLIC sont le comité de pilotage et des groupes projet. Deux médecins généralistes ont participé au départ au comité de pilotage et étaient rémunérés pour cela mais l'un d'eux est parti du territoire et le second ne participe pas.

Le CLIC semble bien repéré pour certains médecins au moins, mais il y a peu de collaboration. Les médecins envoient parfois des patients. Le CLIC les informe systématiquement quand il met en place des actions (formation d'aides aux aidants, conférences...), mais peu de médecins participent. Le souhait de la coordinatrice serait de pouvoir les rencontrer pour définir les modes de collaboration possibles. Il y a sans doute des points sur lesquels le CLIC peut leur faire gagner du temps, ils pourraient de leur côté relayer des informations auprès de leur patient. La difficulté est qu'ils sont très occupés et que le CLIC se trouve en territoire rural.

c) CLIC Arlysère

Ce CLIC a été créé en septembre 2002 par le Syndicat de 3 communautés de communes. Mais son coordonnateur est parti après un an et quatre mois. La coordinatrice interrogée fait partie du personnel du Conseil général, elle est en poste depuis le 1^{er} septembre 2004. A partir de 2005, le CLIC sera sous l'égide du Conseil général, le personnel intégrera l'équipe médico-sociale du territoire et l'activité correspondra à un niveau 3. Son territoire recouvre 5 cantons autour d'Albertville, soit 11 500 personnes de plus de 60 ans (15 700 en 2010). 44 médecins généralistes y exercent.

Le Comité de pilotage du CLIC s'est réuni une seule fois, un médecin généraliste y a participé, il est devenu depuis médecin coordonnateur d'EHPAD. Il n'y a pas d'autres instances de fonctionnement.

Les relations entre le CLIC et les médecins généralistes sont à l'initiative du CLIC. Le CLIC les informe par courrier sur ses actions (conférences, forum maintien à domicile...) ou les contacte parfois à propos d'un de leurs patients. L'accueil est variable, une bonne coopération existe avec certains médecins.

Le souhait de la coordinatrice est que les contacts soient plus faciles (même si elle sait que les médecins sont débordés), que des rencontres aient lieu et qu'une collaboration s'instaure. Les médecins pourraient apporter leur éclairage au CLIC et solliciter plus souvent le CLIC pour leurs patients. Cela semble indispensable pour une prise en charge adéquate des personnes âgées.

d) CLIC d'Annecy

Le CLIC d'Annecy est le seul de Haute-Savoie. Il a été créé par le Centre intercommunal d'action sociale en 2001 et transféré en 2002 à la Communauté d'agglomération d'Annecy. Son territoire dépasse les 13 communes de l'agglomération, où vivent 25 300 personnes de plus de 60 ans et où exerçaient 128 médecins généralistes en 2004. À partir de 2005, conformément au Schéma départemental personnes âgées, il sera géré directement par le Conseil général et constituera un pôle gérontologique avec une activité de niveau 3 (5 pôles gérontologiques doivent couvrir à terme le territoire de la Haute-Savoie).

Les instances de fonctionnement du CLIC sont un comité technique réunissant deux fois par an diverses institutions. Les médecins libéraux y sont représentés à travers

l'Ordre des médecins, leur participation reste difficile. Six groupes thématiques de réflexion fonctionnent de façon mensuelle. Deux médecins généralistes, dont un a également une fonction de coordonnateur d'EHPAD, ont participé au groupe de travail chargé d'élaborer un dossier unique personne âgée.

Le médecin coordonnateur d'EHPAD a réalisé une plaquette à destination des médecins sur l'utilisation de la grille AGGIR.

En 2003, une plaquette d'information sur le CLIC a été adressée à tous les professionnels de santé dont les médecins généralistes. De plus, ils sont informés par courrier des actions du CLIC (journal pour les personnes âgées, conférences).

Il n'y a pas aujourd'hui de réelle collaboration entre le CLIC et les médecins généralistes du territoire. La coordinatrice actuelle devant quitter son poste fin 2004, elle n'a pas de souhait particulier pour le futur.

2. CLIC de niveau 2

Le label de niveau 2 prolonge le niveau 1 par les missions d'évaluation des besoins et l'élaboration d'un plan d'aide personnalisé. Il propose une palette partielle de services, comme des groupes de paroles, et le suivi de la mise en œuvre du plan d'aide, s'il existe, n'est pas systématique.

Un seul CLIC de niveau 2 a été enquêté, il s'agit du CLIC de l'Ondaine dans la Loire. En réalité, son activité relève du niveau 3.

a) CLIC de l'Ondaine

Le CLIC de l'Ondaine a été créé en février 2004 par le Syndicat intercommunal de la vallée de l'Ondaine. Sa création a formalisé une coordination qui a fonctionné pendant deux ans avant la création du CLIC avec la coordinatrice actuellement en poste. Son territoire couvre deux cantons, celui de Firminy et celui du Chambon-Feugerolles. Une antenne existe sur chaque canton. Au total, 14 800 personnes de plus de 60 ans habitent sur le territoire du CLIC et 70 à 80 médecins généralistes y travaillent.

Les instances du CLIC sont le comité de pilotage, composé des tutelles (DDASS, CRAM et Conseil général) et un comité technique réunissant les institutions deux fois par an pour fixer des orientations plus précises. Il n'y a pas de médecin généraliste dans ces

instances mais le CLIC projette d'inviter un médecin particulièrement investi dans le domaine des personnes âgées au comité technique. Par ailleurs, des réunions d'équipe pluridisciplinaires sont organisées toutes les 7 semaines autour de situations complexes, les médecins traitants des patients concernés y sont systématiquement invités.

Plusieurs actions d'information ont eu lieu en direction des médecins généralistes depuis le début de la coordination : présentation du dispositif de coordination lors d'une réunion de garde, diffusion d'un Guide de services, invitation à l'inauguration du CLIC. Cependant il n'est pas sûr que le CLIC soit encore bien repéré par les médecins.

La coordinatrice appelle parfois des généralistes pour des situations particulières. Mais il y a peu de collaboration de façon générale, seuls quelques uns semblent intéressés. Le CLIC travaille plus avec les médecins hospitaliers. Actuellement, une enquête auprès des médecins concernant la maladie d'Alzheimer est en projet.

Le souhait de la coordinatrice est que les médecins interpellent le CLIC plus facilement. Elle aimerait trouver de quelle façon présenter le CLIC aux médecins pour qu'ils l'utilisent. De son point de vue, ils ont leur place au sein du comité technique et des réunions pluridisciplinaires pour leur compétences et leur connaissance du patient. La difficulté est de concilier les horaires des médecins libéraux avec ceux des administratifs. Leur rencontre lui semble pourtant primordiale, la coordination a besoin des médecins.

3. CLICs de niveau 3

Le label de niveau 3 prolonge le niveau 2 par les missions de mise en œuvre et de suivi. Il aide à la constitution des dossiers de prise en charge. Il permet d'actionner les services de soins infirmiers à domicile, les services d'aide à domicile, l'accueil de jour, le portage de repas, les aides techniques, les travaux d'aménagement du domicile... Le partenariat avec les établissements sanitaires et médico-sociaux est formalisé par convention. La palette des services est alors complète et le suivi organisé.

Six CLICs enquêtés sont de niveau 3 :

- les CLIC de Crest et de Grenoble en Isère,
- l'OSPA et le CLIC du Pays du Gier dans la Loire
- les CLICs de Villeurbanne et de Craponne dans le Rhône.

a) CLIC de Crest

Le CLIC de Crest fonctionne depuis 1995, il s'appelait à l'origine Permanence d'Accueil et d'Orientation Gérontologique. Il dépend de l'hôpital de Crest et exerce son activité sur le Val de Drôme. La coordinatrice interrogée est en poste depuis 2000.

Les différentes instances de fonctionnement du CLIC sont le comité de pilotage, le bureau et un groupe de travail. Un médecin généraliste participe au comité de pilotage et au bureau. Des actions d'information sont réalisées auprès des généralistes sous forme de courrier (formation d'aide aux aidants) ou de réunion (canicule). Ponctuellement, des médecins signalent des situations de personnes âgées. Le CLIC est bien repéré par les médecins du fait de son ancienneté et du travail en relais effectué avec l'hôpital. Le CLIC ne fait pas de plan d'aide mais intervient éventuellement pour le suivi, parfois avec le généraliste. De façon générale, les médecins généralistes participent bien à la coordination autour du patient et les relations sont bonnes.

Compte tenu de cette situation, la coordinatrice n'a pas de souhait particulier concernant l'implication des médecins. L'idée d'une implication plus importante lui paraît cependant intéressante : que les généralistes apportent leur point de vue, leurs besoins, des pistes en matière de prévention ou qu'ils soient partie prenante de journées thématiques, que le CLIC de son côté les utilise plus pour transmettre des informations.

b) CLIC de Grenoble

Le CLIC de Grenoble est adossé au Centre communal d'action sociale de Grenoble, il a démarré en 2003 et a été labellisé niveau 3 en septembre 2004. Son territoire s'étend sur Grenoble intra muros, où vivent 30 000 personnes de plus de 60 ans et exercent 220 médecins généralistes.

Aucun médecin ne participe aux instances du CLIC. Les différentes actions d'information réalisées par le CLIC auprès des médecins généralistes (courrier, campagne d'information par affichage, conférence) n'ont la plupart du temps pas de retour. Seuls les médecins de l'Association Grenobloise des Centres de Santé semblent intéressés (AGESCA). De la même façon, le CLIC est très peu sollicité par les généralistes sauf par ceux de l'AGESCA.

Sur la Ville de Grenoble, la politique gérontologique est très développée de longue date. 18 assistantes sociales maillent le territoire, elles ont des contacts avec les médecins traitants. Cela explique sans doute en partie selon le coordonnateur la faiblesse des liens entre les généralistes et le CLIC. Une autre explication tient sans doute au fait que le CLIC est méconnu des médecins, certains l'imaginent comme un « dispositif de fonctionnaires ». Le projet du coordonnateur est de faire du porte à porte auprès des médecins généralistes d'un ou deux quartiers de Grenoble afin de leur expliquer son activité et de leur faire connaître les relais auxquels ils peuvent faire appel lorsqu'ils se trouvent confrontés à des problèmes liés au vieillissement de leurs patients. Une telle démarche a déjà été réalisée avec succès auprès des infirmières libérales.

c) OSPA (Office Stéphanois des Personnes Agées)

Ce CLIC, crée en 2001, est un service de l'OSPA, localisé au même endroit que le réseau AMADIS. Son activité s'exerce sur Saint-Etienne intra muros. Elle concerne potentiellement 45 000 personnes de plus de 60 ans et 259 généralistes.

Son fonctionnement s'appuie sur un comité de pilotage, des commissions de travail et un comité technique pour les situations délicates. Aucun médecin ne participe aux instances du CLIC. L'information des médecins généralistes se fait par courrier, elle concerne le CLIC et les manifestations qu'il organise. En 2004, une enquête a été faite auprès des médecins pour connaître les présents pendant l'été. Des personnes sont adressées de plus en plus souvent au CLIC par les médecins généralistes. Le CLIC semble petit à petit de mieux en mieux repéré par les médecins grâce au réseau mais il n'est pas sûr qu'ils identifient bien son activité. Les contacts entre les généralistes et le CLIC sont de façon générale plutôt bons.

La coordinatrice pense qu'il serait intéressant que les généralistes soient représentés au comité de pilotage ou dans les commissions de travail et qu'il soit possible d'échanger avec eux sur les situations complexes. Leur participation paraît de plus en plus nécessaire, ils pourraient faire remonter leurs besoins et également participer à la diffusion de l'information.

d) CLIC du Pays du Gier

Le CLIC du Pays du Gier est porté par l'association Gier G rit , il a démarré en novembre 2002 et a été labellisé niveau 3 en octobre 2003. Son territoire est la vallée du Gier, de

Saint-Chamond à Rive de Gier. 18 900 personnes de plus de 60 ans y habitent et 75 médecins généralistes y travaillent.

Les instances du réseau sont un comité de pilotage, un conseil d'administration, un bureau et cinq commissions. Un médecin généraliste participe à deux commissions, « réseau » et « hébergement ». Les médecins généralistes ont fait l'objet de plusieurs actions d'information : courrier de présentation lors de l'inauguration du CLIC, organisation d'une formation avec le Conseil général sur la grille AGGIR (mais seulement quelques médecins sont venus), courrier pour leur rappeler que le CLIC est à leur disposition en cas de canicule, courrier d'invitation dans le cadre d'un projet d'enquête concernant la maladie d'Alzheimer.

Des patients sont quelquefois adressés au CLIC par les médecins généralistes pour une demande d'APA. Les relations avec les médecins sont plus ou moins bonnes selon les cas. Le souhait de la coordinatrice est que les médecins soient plus sensibilisés à la prise en charge coordonnée, qu'ils sollicitent mieux le CLIC et qu'au total ils travaillent plus avec lui.

e) CLIC de Villeurbanne

Le CLIC de Villeurbanne a été créé en 2001 par l'OVPAR (l'Office Villeurbannais des Personnes Agées et des Retraités), il faisait partie des CLICs expérimentaux. Il est labellisé en niveau 3 depuis décembre 2004. Son activité s'exerce sur Villeurbanne et s'adresse potentiellement à 24 000 personnes de plus de 60 ans. 111 médecins généralistes exercent sur son territoire. C'est le médecin gériatre qui travaille deux demi-journées par semaine au CLIC qui a été interrogé.

Aucun médecin généraliste ne participe aux instances du CLIC (comité de pilotage). En revanche, les généralistes participent aux coordinations autour de la personne âgée, initiées le plus souvent par le CLIC mais aussi de temps en temps par eux. Une cinquantaine de médecins sont en relation avec le CLIC de cette façon. Il existe aussi des réunions de concertation qui réunissent tous les intervenants deux fois par mois. Une quinzaine de généralistes y participent. Quelques uns participent également à des projets, comme actuellement, celui d'un réseau pour les malades atteints de la maladie d'Alzheimer.

Plusieurs actions d'informations ont été réalisées auprès des médecins : invitation des médecins à l'inauguration du CLIC (2 médecins sont venus et sont depuis des partenaires actifs), envoi d'une affiche en 2003, diffusion d'une plaquette en 2004, nouvelle diffusion prévue cette année avec une lettre d'accompagnement.

La collaboration avec les médecins est encore « timide », mais elle s'est améliorée au cours des années, petit à petit les gens se connaissent. La meilleure porte d'entrée est la coordination autour de la personne. Les médecins sont satisfaits de la prise en charge de leurs patients. Il est plus facile de les solliciter ensuite.

Les perspectives du CLIC sont de renforcer l'information faite aux médecins et de permettre des rencontres. Un souhait concerne le projet de santé Alzheimer, s'il n'aboutit pas, il serait intéressant que le groupe continue de fonctionner et s'oriente vers l'organisation d'échanges et de formations communes.

f) CLIC de Craponne

Le CLIC de Craponne a démarré en octobre 2003. Il dépend du SIPAG qui est un syndicat de communes. Son activité s'exerce sur 6 communes du Grand Lyon, 9 communes de la communauté des communes des vallons du Lyonnais, et 1 commune de la communauté de communes du pays de l'Arbresle. 14 800 personnes de plus de 60 ans y habitent et 48 médecins généralistes y travaillent.

Le comité de pilotage comprend un collège professions libérales. Les infirmiers et les kinésithérapeutes y sont représentés mais pas les médecins généralistes malgré la demande du CLIC.

Tous les deux ans, le CLIC adresse un courrier d'information à chaque médecin généraliste. Lors de la création d'un SSIAD, le CLIC a fait passer l'information à tous les médecins concernant une rencontre médecins infirmières, 5 médecins sont venus. En 2004, le CLIC leur a également écrit pour connaître leur présence pendant l'été, 19 médecins ont répondu. Ce chiffre est jugé positif par la coordinatrice. Dans l'ensemble le CLIC paraît bien repéré par les généralistes.

Un lieu d'écoute fonctionne au CLIC avec un psychologue, un médecin gériatre et des bénévoles du secteur. Si besoin, un lien est fait avec les généralistes, la coopération fonctionne bien dans ce cadre. La présence du médecin gériatre (à la retraite) facilite beaucoup les relations avec les médecins qui acceptent plus facilement de collaborer. L'infirmière coordinatrice est très souvent en contact avec les médecins généralistes pour des personnes âgées qui demandent une aide à domicile. Cette démarche est bien accueillie par les médecins et elle facilite l'action.

Le souhait de la coordinatrice est que les liens CLIC/médecins s'étoffent encore, le CLIC pouvant leur rendre des services importants. Les perspectives immédiates concernent la signature d'une convention avec le réseau CORMADOM pour les retours à domicile des personnes hospitalisées.

III. SYNTHESE

- ▶ Le premier constat de cette enquête est la diversité des situations des CLICs interrogés, tant dans leur contexte de travail, leur structure support, la taille de leur territoire, l'effectif de personnes âgées potentiellement concernées(2 000 à 45 000) et le nombre de médecins avec qui ils peuvent être en relation (5 à 260). De la même façon, les rapports entretenus avec les médecins sont divers. Cependant de façon générale, ils sont relativement peu importants.
- ▶ Il est rare que les médecins participent aux instances des CLICs. Parfois, un généraliste du territoire ou deux participent à des commissions de travail.
- ▶ La plupart des CLICs mènent des actions d'information en direction des médecins le plus souvent par courrier (informations sur le CLIC ou ses actions). Parfois ils organisent des rencontres. Mais la plupart du temps, ils ont peu de retour. Pour beaucoup de coordonnateurs interrogés, il y a une méconnaissance des CLICs par les médecins généralistes.
- ▶ Les liens CLICs/médecins se créent souvent à l'occasion de contacts et/ou coordinations autour de patients. L'initiative appartient le plus souvent aux CLICs. La

plupart du temps les relations sont bonnes dans ce cadre et permettent aux médecins d'envisager une coopération. Les liens paraissent d'autant plus forts que l'implantation du CLIC est ancienne (CLICs expérimentaux ou CLICs bâtis sur des coordinations existantes). Deux CLICs interrogés emploient ou font intervenir un médecin gériatre. Cette ressource semble faciliter les rapports avec les généralistes.

- ▶ ***Les souhaits des personnes interrogées sont le plus souvent une meilleure connaissance réciproque CLIC/médecin,*** des rencontres, l'adressage plus fréquent de personnes au CLIC par les médecins et plus de coopération. De leur point de vue, les CLICs peuvent être utiles aux médecins et la coordination autour des personnes âgées a besoin des médecins.

**ENQUETE AUPRES DES
RESEAUX GERONTOLOGIQUES**

ENQUETE AUPRES DES RESEAUX GERONTOLOGIQUES

I. DEROULEMENT DE L'ENQUETE

La région Rhône-Alpes compte quatre réseaux gérontologiques financés dans le cadre de Cap Réseaux¹⁴ : 2 dans la Loire, 1 en Isère, et 1 dans le Rhône. Tous ont été rencontrés.

Dans un premier temps, un courrier a été adressé aux responsables de ces réseaux, les informant de la réflexion en cours de l'URML et de l'étude, ainsi que du souhait de les interroger (cf. courrier type en annexe). Puis, des rencontres ont été organisées. Elles se sont déroulées entre le 4 janvier et le 3 février 2005 avec une personne de chaque réseau (président ou coordonnateur) sur la base d'une grille d'entretien commune (cf. grille en annexe). L'objectif des entretiens était de connaître chaque réseau, son organisation et ses spécificités et de préciser quelle était l'implication des médecins généralistes. Les souhaits concernant l'implication future des médecins étaient également recueillis.

Dans un deuxième temps, pour les trois réseaux déjà fonctionnels depuis plusieurs mois, un à deux médecins adhérents, dont les noms ont été transmis par les responsables des réseaux, ont été interrogés par téléphone sur l'intérêt pour eux et les inconvénients éventuels de participer au réseau et sur leurs souhaits pour l'avenir.

II. LES RESEAUX GERONTOLOGIQUES DE RHÔNE-ALPES

1. Réseau AMADIS

L'association AMADIS (Avenir Maintien à Domicile Innovant Stéphanois) sur laquelle repose le réseau est née en 1999. Sa création fait suite aux constats issus d'un travail de l'OSPA (Office Stéphanois des Personnes Agées) réalisé avec des professionnels libéraux et des hospitaliers sur l'état de santé des patients âgés en ville. Ce travail

¹⁴ Cap Réseaux Rhône-Alpes. Bilan 2003 et perspectives. Avril 2004

mettait en évidence un nombre important de réhospitalisations, d'hospitalisations pour motif social et d'hospitalisations iatrogéniques de personnes âgées.

Des médecins généralistes se sont impliqués dans la construction du réseau à côté d'autres professionnels libéraux et de médecins hospitaliers. Les membres constitutifs du réseau sont les ordres professionnels, des syndicats (d'infirmiers, de kinésithérapeutes, de médecins), l'OSPA, le Conseil général, la Municipalité, des Etablissements hospitaliers publics et privés. Quatre de ces membres, l'Ordre des médecins, MG France, le SML et la CSMF sont représentés par des médecins généralistes. Deux médecins participent au Conseil d'administration, un au bureau et un au Comité scientifique.

Les **objectifs** du réseau sont :

- L'optimisation de l'organisation des soins autour de la personne âgée par une coordination médico-sociale et entre les professionnels libéraux et les structures de soins
- La prévention de la perte d'autonomie
- L'amélioration de la qualité de vie et de la qualité des soins
- La maîtrise des coûts

Les nouvelles pratiques professionnelles instaurées par le réseau s'appuient sur quatre règles fondamentales : le respect des chartes éthiques, la libre adhésion, la non concurrence et l'absence de rapport hiérarchique. L'utilisateur valide son accord par la signature d'un acte d'adhésion et de la charte de la personne âgée adhérente au réseau.

Le réseau s'adresse aux plus de 75 ans, habitant à St Etienne (intra muros), en perte d'autonomie (GIR \leq 4) et présentant plus de 3 critères de fragilité.

Le fonctionnement du réseau est assuré par une cellule de coordination composée d'un médecin directeur (ancien médecin généraliste du territoire), d'un cadre de santé, d'un travailleur social et d'une secrétaire-comptable. Le local du réseau se situe dans le même immeuble que le CLIC de Saint-Etienne avec qui des liens fonctionnels existent. 211 médecins généralistes travaillent sur le territoire du réseau. Environ 17 200 personnes de plus de 75 ans habitaient à St Etienne en 1999.

Le parcours du patient

Après signalement (réalisé par une personne connue du patient), le médecin directeur vérifie les critères d'inclusion et s'assure de l'accord du médecin traitant. Ce dernier réalise l'évaluation gériatrique initiale ou demande au médecin directeur de la réaliser. Au cours de cette évaluation, le fonctionnement du réseau est expliqué au patient et son accord lui est demandé. Après son adhésion, un bilan social est systématiquement établi par l'assistante sociale du réseau ou celle du CLIC si le patient bénéficie de l'APA. Si nécessaire, un bilan infirmier, un bilan de kinésithérapeute et un bilan pharmaceutique sont effectués. Si besoin, le médecin directeur fait le lien avec l'établissement hospitalier. Une réunion de concertation est ensuite organisée avec tous les professionnels ayant participé au bilan et un plan d'intervention est décidé en cohérence avec les souhaits du patient. Il comporte un volet médical et un volet social. La liaison entre les professionnels se fait ensuite grâce au dossier partagé du patient qui reste à son domicile. Des réunions de coordination sont réalisées annuellement ou plus tôt si un évènement intervient ou s'il est mis fin à la prise en charge du patient par le réseau.

Une expérimentation est en cours depuis début 2003, suite à l'accord pour un financement DRDR (dotation régionale des réseaux) intervenu fin 2002. Elle doit se dérouler sur 3 ans.

Au cours des dix premiers mois de 2004, AMADIS a inclus 157 patients.

La participation des généralistes

Au départ, le médecin généraliste était le coordonnateur de la prise en charge. A l'usage, il est apparu plus pertinent de confier ce rôle au professionnel intervenant le plus souvent auprès de la personne âgée, l'infirmier dans la plupart des cas. La cellule du réseau le soutient dans cette mission. Le rôle du médecin directeur est de « négocier » pour une coopération optimale entre les intervenants.

125 médecins généralistes participent au réseau et ont signé la convention constitutive du réseau et la charte du médecin. Ils sont indemnisés 60 € pour le bilan gérontologique et 120 € par an pour la coordination.

Différentes actions d'information ont été menées par le réseau auprès des acteurs du territoire de Saint Etienne. Une réunion interdisciplinaire a été organisée en juin 2003 à la faculté de médecine, elle réunissait les professionnels de santé avec les acteurs

médico-sociaux. En avril 2004, une journée nationale de réflexion sur les réseaux et leur évolution, a eu lieu au Technopole de St Etienne mais a mobilisé peu de généralistes.

En octobre et novembre 2003, le réseau a organisé des formations spécifiques pour les différents professionnels dont les médecins, 7 médecins ont participé (tous les médecins de St Etienne avaient été invités). De nouvelles formations spécifiques sont envisagées avec des échanges sur l'expérience d'1 an du réseau (présentation de l'activité, importance du bilan, comment travailler mieux ensemble ?).

Concernant la satisfaction des médecins du réseau, une évaluation externe est en cours et une évaluation par questionnaire est prévue au démarrage des prochaines formations. De l'avis du médecin directeur, dans la majorité des cas, la collaboration avec les médecins généralistes se passe très bien. Un intérêt d'AMADIS pour le généraliste est le rapport qu'il lui permet avec le monde social. Une difficulté sans doute pour lui est la multiplication des réseaux. Sur Saint-Etienne, il existe également un réseau de soins palliatifs et un réseau diabète (Dédicace).

Les souhaits du médecin directeur sont d'améliorer encore la coopération, que les uns et les autres trouvent leur compte dans le réseau et qu'au bout du compte la prise en charge du patient en soit améliorée.

Un médecin adhérent contacté, prenant en charge 4 patients dans le cadre du réseau, relève sa satisfaction sur le plan des mesures médicales mais regrette la lenteur de l'avancée des dossiers sur le plan social. C'est pourtant pour lui l'intérêt du réseau : pouvoir confier les aspects sociaux à des professionnels qui sont formés pour cela. Les inconvénients de la participation au réseau sont la « paperasserie » et le temps pour les réunions qui doit être pris sur le temps de repos quand le médecin exerce seul.

Un second médecin interrogé, ayant adhéré au réseau dès son installation, 18 mois auparavant, se déclare très satisfait de la prise en charge des patients dans le cadre d'AMADIS. Ce médecin, dont 5 patients sont actuellement dans le réseau, voit de nombreux intérêts pour lui à participer au réseau : meilleure connaissance des autres intervenants auprès du patient, plus grande sécurité de la prise en charge à domicile, décharge des soucis administratifs, recherche d'infirmière effectuée par le réseau et apport d'un autre regard sur le patient. Il ne note pas de réel inconvénient mais relève

certaines situations difficiles pour les aidants (notamment chantage affectif mère-fille) qui obligent parfois à envisager le placement.

2. Réseau gérontologique des Côteaux Roannais

Le réseau gérontologique des Côteaux Roannais est né suite à un travail mené en commun avec AMADIS. L'initiative provenait au départ d'hospitaliers. A partir de 2000, trois médecins généralistes et d'autres professionnels libéraux se sont impliqués dans le groupe de pilotage. Le réseau a été créé officiellement en décembre 2002. La secrétaire a été embauchée en août 2003 et les premiers patients inclus dans le réseau en octobre 2003. Le réseau est installé à Saint Haon le Chatel. Ses membres sont des professionnels libéraux, le Centre hospitalier de Roanne, le Conseil général, la CRAM, la MSA, plusieurs collectivités locales, les associations ADMR (Association du Service à Domicile), Familles Rurales, ARCADIA (Association Roannaise du Comité d'Aide à Domicile Intergénération et Assistance), AGFR (Association Générale des familles de Roanne), le service de soins infirmiers à domicile de la côte roannaise, plusieurs établissements d'hébergement¹⁵, des usagers et des retraités. Trois médecins libéraux participent au bureau. Le Conseil d'administration comprend 4 médecins libéraux sur 21 membres. Il est présidé par un médecin généraliste.

De façon générale, *l'objectif du réseau* est d'aider à maintenir les personnes âgées de 60 ans et plus dans leur cadre de vie le plus longtemps possible et dans de bonnes conditions. De façon plus précise, ses objectifs sont de :

- Permettre l'articulation entre les partenaires pour une prise en charge adaptée de la personne au niveau médical et social
- Prévenir la perte d'autonomie et l'installation de la dépendance
- Assurer une qualité de l'intervention par la formation des acteurs
- Répondre au mieux aux besoins de la personne à domicile en étroite collaboration avec la famille

Le territoire d'action du réseau s'est constitué autour des professionnels motivés à partir des secteurs de garde 8 et 9. Il regroupe 27 communes à l'ouest de Roanne. Environ 5 400 personnes de plus de 60 ans y habitaient en 1999.

¹⁵ MAPA « Les gens d'ici » à St Alban les eaux, Maison de retraite de la Pacaudière, Foyer résidence « Les Morelles » à Renaison

L'équipe du réseau comprend début 2005 une secrétaire à temps plein, 3 mi-temps de coordinatrice qui devraient évoluer vers 2 temps plein (une assistante sociale et une infirmière). C'est l'équipe du réseau qui est chargée de la coordination.

Le parcours du patient

Le réseau reçoit la visite ou un appel du patient ou de sa famille. Une coordinatrice vérifie l'adhésion ou l'accord des professionnels puis effectue une visite à domicile pour une évaluation et/ou un bilan social et recueille l'adhésion du patient. Si besoin, une seconde visite est réalisée pour complément. Un bilan médical et un bilan infirmier sont ensuite effectués par le médecin traitant et l'infirmier du patient. Une réunion de concertation entre les professionnels ayant établi les bilans et la coordinatrice du réseau permet de définir et de lancer le plan d'aide. Un suivi par la coordinatrice est prévu deux mois après pour s'assurer du bon déroulement du plan d'aide et évaluer si la personne a de nouveaux besoins. Une réunion de concertation a lieu 6 mois après l'inclusion pour faire le point. Auparavant la coordinatrice prend contact avec le patient ou sa famille pour évaluer sa satisfaction. Après cette deuxième réunion, elle réalise une synthèse médicosociale. Par la suite, 2 réunions de concertations sont prévues par an pour chaque patient.

Début 2005, plus de 70 patients sont ou ont été suivis dans le réseau.

La participation des généralistes

Pendant un an, au démarrage, les membres du réseau ont réalisé beaucoup de relations publiques pour faire connaître le réseau aux médecins notamment. Début 2005, presque tous les médecins du secteur participent au réseau, soit 14 médecins sur 16, et 3 médecins installés hors du territoire du réseau ont des patients dans le réseau (domiciliés sur le secteur du réseau). L'adhésion des médecins passe par la signature d'un acte d'adhésion dans lequel ils déclarent adhérer au réseau et s'engager à respecter la charte du réseau. La charte prévoit notamment pour les acteurs une attention pour faciliter l'accès aux soins et aux droits sociaux du patient, une vigilance accrue sur la circulation des informations relatives aux patients et leur confidentialité, le respect mutuel entre professionnels et non professionnels, l'acceptation d'une coordination de la prise en charge, le partage d'expérience et la confrontation des pratiques, l'engagement à faire évoluer les pratiques dont la sienne, la capacité à repérer les dysfonctionnements et à les faire évoluer et une information loyale et complète du patient.

A l'entrée dans le réseau, le médecin généraliste réalise un bilan médical rémunéré 60 €. Il reçoit ensuite des indemnités pour sa participation aux réunions de concertation, de la même façon que les infirmiers, les kinésithérapeutes, les SSIAD, les aides à domicile (le réseau est financé également pour l'aide à domicile). Seuls les orthophonistes et les pédicures ne sont pas financés aujourd'hui. Un ergothérapeute et un psychologue de l'hôpital interviennent également pour le réseau, ils sont financés par l'hôpital. Le médecin est le prescripteur mais il participe au réseau au même titre que les autres professionnels.

Le réseau a organisé en octobre 2004 une formation sur la douleur destinée aux médecins et paramédicaux, il y a eu une bonne participation.

La satisfaction des médecins n'a pas été mesurée à ce jour. Mais les retours au réseau sont positifs de la part des patients comme des professionnels.

De façon générale, la collaboration avec les médecins généralistes se passe bien. La difficulté est qu'au fur et à mesure de l'inclusion des patients, le travail demandé par le réseau devient de plus en plus lourd pour les médecins. De l'avis du président, il faut veiller à ne pas en demander trop aux médecins et simplifier au maximum leur participation. Dans ce souci, les réunions de concertation sont organisées au plus près du cabinet des médecins. L'ambition du réseau est de maintenir l'activité et de rallier les médecins non encore adhérents. Sur un autre plan, le souhait est que le réseau puisse à terme s'accoler à un CLIC car beaucoup de demandes correspondent à l'activité d'un CLIC (le CLIC de Roanne n'est pas vraiment sur le secteur du réseau).

Un médecin adhérent interrogé et ayant pris en charge déjà un peu moins d'une dizaine de patients dans le cadre du réseau note que le réseau a formalisé pour lui une dynamique professionnelle qui existait avant. L'apport de la participation est notamment qu'il est plus rapide d'obtenir un lit médical pour le patient par exemple ou une adaptation du logement. Les inconvénients sont la lourdeur administrative du réseau et le temps nécessaire pour le bilan médical et les réunions de concertation (3/4 d'heures environ par réunion), ce temps étant à multiplier par le nombre de patients suivis avec le réseau. Par ailleurs, en cas d'urgence, en fin de semaine par exemple, il reste encore difficile d'organiser rapidement le retour à domicile. Mais, pour lui, cela reste corrigible, le réseau est encore au début de son fonctionnement,

il va encore progresser. L'évaluation sera vraiment pertinente au bout de quelques années.

Un second médecin contacté, en charge de deux patients dans le réseau, se déclare satisfait de la prise en charge dans le cadre du réseau. Le réseau formalise des pratiques qui existaient avant et permet de décharger un peu le médecin. Il ne voit pas d'inconvénient au réseau. La différence avec les pratiques précédentes est que le médecin n'a pas le choix des intervenants.

3. Réseau de santé CORMADOM

Le réseau CORMADOM est une activité identifiée au sein de l'Association pour le Développement des Services Médico Sociaux à Domicile QUALIDOM. QUALIDOM, créée en 1995, réunit une centaine d'associations d'aide aux personnes du Rhône. Elle assure une plate-forme téléphonique qui accueille les demandes de prestations à domicile des particuliers. La conception du réseau CORMADOM a son origine dans l'analyse des appels reçus par QUALIDOM : une partie importante de ces appels (40% environ) concernent la sortie d'hôpital de patients âgés, mais aussi de personnes seules, qui ont des difficultés pour trouver une aide à leur retour à domicile. En 1999, naît l'idée d'un projet de réseau de soins basée sur les textes issus des ordonnances de 1996. A partir de 2000, l'URML apporte son expertise, le FAQSV finance une étude préalable et en 2001, les Hospices Civils de Lyon inscrivent ce projet dans le cadre du contrat d'objectifs et de moyens de la gériatrie. En septembre 2003, les Hospices Civils de Lyon donnent leur accord pour rémunérer aux associations un forfait par patient pris en charge par le réseau suite à une demande d'un de leurs services. Le projet reçoit un avis favorable de l'Assurance Maladie le 24 octobre 2003 et une convention est signée en juillet 2004 avec l'URCAM et l'ARH pour une expérimentation du réseau à partir de septembre 2004.

L'objectif du réseau est d'organiser et de coordonner le retour et le maintien à domicile des personnes âgées (60 ans et plus) après une hospitalisation.

L'originalité de l'organisation de CORMADOM est la place donnée aux associations d'aide dans le réseau. Celles-ci assurent la coordination au quotidien autour de la personne malade, notamment l'articulation des plannings de passage entre les aides à domicile et les infirmiers, les contacts avec les intervenants et le lien avec la famille et le voisinage. La deuxième particularité est l'implication de l'hôpital à travers le financement des

associations (montant forfaitaire de 230 € par patient), financement qui permet aux associations de s'engager dans la qualification des aides à domicile pour la prise en charge de malades et dans leur supervision.

Le parcours du patient

Le parcours du patient part de l'hôpital : l'assistante sociale du service hospitalier transmet à QUALIDOM par fax une fiche de liaison qui précise la demande et le contexte social de celle-ci. Elle a déjà réalisé le travail social d'ouverture des droits, de repérage de la famille et de contacts avec celle-ci. L'infirmier coordonnateur la rappelle pour préciser les soins requis, les matériels à prévoir. Suite à cet échange d'informations, l'infirmier coordonnateur recherche l'infirmier de ville qui accepte la prise en charge du patient et l'association qui enverra les aides à domicile utiles. Le médecin traitant est à son tour saisi et un rendez-vous fixé au domicile pour qu'il assure la continuité de la surveillance médicale. L'infirmier coordinateur lui indique les prescriptions dont les infirmiers ont besoin pour le soin (produits pour les escarres, perfuseurs, sondes dont l'infirmier a la maîtrise, etc.) et veille à ce que tous les éléments nécessaires au retour soient disponibles en temps voulu.

Lors de l'arrivée de la personne à son domicile une aide à domicile prépare le logement (ou la famille ou le voisinage selon le cas). Un numéro de téléphone est donné à la personne âgée qui lui permet d'appeler le standard de QUALIDOM en cas de souci, ce n° est reversé sur Soins et santé (structure d'hospitalisation à domicile) les nuits et les week-ends. La liaison entre les intervenants au quotidien est réalisée par l'association d'aide à la personne qui est en contact régulier avec l'infirmier coordinateur. Celui-ci assure la coordination générale. Il adresse sous huit jours au service hospitalier une information sur les conditions du retour à domicile et l'état de la personne et réalise chaque mois un point global de la situation.

L'équipe CORMADOM est composée d'un poste d'infirmier à plein temps et d'un directeur à temps partiel. Elle assure la coordination du réseau et les liens entre tous les intervenants dans la prise en charge (médecins libéraux, infirmiers, services de soins à domicile, pharmaciens, associations d'aide à domicile). Elle effectue les transmissions d'information, l'animation des réunions de travail autour de chaque cas, les réflexions communes. Elle propose également de répondre aux appels d'urgence des patients en dehors des heures d'ouverture des professionnels de santé.

La participation des généralistes

Compte tenu de l'historique, très peu de médecins se sont impliqués au départ du réseau. Les membres constitutifs du réseau sont des associations d'aide aux personnes, des cabinets et des regroupements d'infirmiers. Le territoire concerné par l'expérimentation englobe les 1^e, 2^e, 4^e, 5^e et 9^e arrondissements de Lyon en plus des cantons de Tassin et Vaugneray et de la ville de Villeurbanne où des associations adhérentes à QUALIDOM sont d'accord pour développer cette activité. Tous les médecins de ces secteurs ont reçu par courrier une information et un document leur présentant CORMADOM. A partir du fichier de Soins et santé, des invitations ont également été lancées pour une réunion de présentation du réseau, mais les médecins ne sont pas venus (sauf quelques uns qui connaissaient déjà le réseau). Les infirmiers se sont révélés très intéressés. De fait, compte tenu de leurs contraintes d'organisation liées à la régularité de leurs passages chez les patients, le réseau répond vraisemblablement plus à des besoins qu'ils ressentent (remplacement au pied levé, au moment des congés...), il sécurise leurs conditions d'exercice. L'envoi d'un courrier à 300 médecins et infirmiers, posant la question de l'accord pour participer au réseau, a reçu 50% de réponses positives (médecins et infirmiers confondus), taux important pour une requête par courrier.

Pour l'instant, le réseau n'a pas d'instance fonctionnelle propre. Lorsqu'un avis médical est nécessaire, CORMADOM fait appel au médecin traitant ou à défaut à un médecin connu de QUALIDOM.

Dans le réseau, les médecins généralistes sont les prescripteurs des soins, ils n'ont pas de place particulière au titre de la coordination. Ils trouvent dans le réseau un appui pour échanger des informations, organiser des prises de décisions communes, assurer la continuité des soins en cas d'imprévu, de congé... Leur adhésion au réseau signifie qu'ils s'engagent à donner du temps quand le réseau les sollicite. Leur indemnisation est de 3C par heure pour la coordination. C'est une prestation dérogatoire, versée par l'Assurance Maladie.

Le réseau démarre réellement aujourd'hui. Son président souhaite que des médecins, au moins quelques uns, s'y impliquant, provoquent un effet levier sur leurs confrères, et que l'un d'eux prenne éventuellement la présidence du comité de pilotage. Sa conviction est que les acteurs n'adhéreront au réseau que s'il leur apporte un plus dans leur pratique, dans la mesure où ce sont des acteurs libéraux.

4. VISAGE, réseau de santé gérontologique de la région de Vienne

Le réseau Visage s'est construit sur des pratiques de collaboration existantes entre l'hôpital de Vienne et les professionnels libéraux. En 1996-98, un travail sur la qualité de l'accueil à l'hôpital avait occasionné de nombreuses rencontres entre généralistes, services de soins à domicile et maisons de retraites. En 1999, un groupe projet s'est formé pour la construction du réseau. Il comptait 7 médecins généralistes aux côtés d'autant d'infirmières, de trois pharmaciens, de deux kinésithérapeutes et d'un service d'aide à domicile.

Le réseau Visage travaille aujourd'hui avec des médecins généralistes, des infirmières, des services de soins infirmiers à domicile, des kinésithérapeutes, l'ADPHA (Aide à domicile pour personnes âgées handicapées), l'ADMR (Association du Service à Domicile), le Centre hospitalier de Vienne, l'Hôpital de Condrieu et la Maison de convalescence de Saint-Prim.

Son **objectif général** est la prise en charge coordonnée des personnes âgées (sans limite d'âge stricte), polyopathologiques, dépendantes avec des problèmes sociaux. Le territoire couvert comprend les cantons de Vienne nord, Vienne sud et Condrieu. Il se situe essentiellement en Isère et empiète sur le département du Rhône sans que cela pose de problème particulier. La population du territoire est de 100 000 personnes environ, celle des plus de 75 ans de 5 200. Le nombre de personnes âgées dépendantes est estimé à 500, celui des personnes très dépendantes à 250.

Les objectifs opérationnels des professionnels du réseau sont

- De s'accorder sur un projet de soins commun en enrichissant l'information autour de la personne âgée.
- D'accélérer la diffusion de l'information lors d'un nouvel élément médico-social
- De simplifier la communication avec les structures hospitalières
- De faciliter l'accès aux structures de prise en charge médico-sociales

La cellule de coordination du réseau comprend deux médecins gériatres dont l'un est directeur du réseau (il est également responsable du service de gériatrie de l'hôpital), une infirmière, une secrétaire et une psychologue gérontologue. La cellule de

coordination assure la diffusion de l'information centrée sur le patient, apporte si besoin ses compétences spécifiques mais n'assure directement pas de soin dans le réseau. Seule la psychologue a un rôle ressource auprès des familles des patients déments.

Le réseau présente deux grandes particularités : d'une part, la cellule de coordination est basée à l'hôpital de Vienne, ce qui représente pour le directeur un avantage certain pour l'utilisation éventuelle des services de l'hôpital face à certaines situations (notamment, cas de démences) mais en revanche, peut parfois entraîner une confusion entre le réseau et l'hôpital. D'autre part, les échanges entre professionnels sont réalisés grâce à un système d'information spécifique sécurisé utilisant Internet. Ce système permet des échanges plus rapides et diminue les échanges de papiers.

Le réseau a démarré officiellement à l'automne 2003. En février 2005, il prend en charge 150 patients et 200 professionnels de ville y participent.

Le parcours du patient

L'entrée des patients dans le réseau se fait par l'intermédiaire d'un intervenant auprès de la personne âgée, après consentement écrit du patient ou de ses proches. L'adressage des patients est le fait dans 60% des cas du service de gériatrie de l'hôpital (par exemple, patients plus dépendants à leur sortie de l'hôpital qu'à leur entrée, patients déments) et dans 40% des intervenants de ville. Tous les patients étant bénéficiaires de l'APA, des liaisons sont faites avec les équipes qui instruisent les dossiers. A l'entrée, la cellule de coordination valide l'inclusion (indications, professionnels intervenants auprès de la personne) et constitue le dossier réseau. Un questionnaire est adressé à chaque professionnel pour des compléments éventuels. Une réunion d'une demi-heure au domicile du patient avec les intervenants, dont le médecin généraliste et un membre de la cellule de coordination, permet de définir la prise en charge. Elle est suivie de réunions trimestrielles pour le suivi et la résolution d'éventuelles difficultés.

Les sorties du réseau sont liées à l'entrée en maison de retraite, au déménagement du patient, au décès ou à l'amélioration de son état.

La participation des généralistes

Les médecins sont un acteur parmi les autres dans le réseau. Les acteurs les plus importants sont les services de soins et d'aide à domicile. Tous les professionnels participant à la prise en charge d'un patient reçoivent une rémunération dérogatoire. Elle s'élève à 180 € par an et par patient pour les médecins généralistes.

Une fois par trimestre, le réseau organise une réunion de 2 heures en soirée pour tous les participants au réseau dans un objectif de formation et d'information. Des situations concrètes y sont développées. 5 à 10 médecins généralistes y participent. A titre expérimental, une réunion spécifique aux médecins a été organisée avec le soutien de laboratoires. La participation a été identique.

Environ 80 médecins généralistes exercent sur le territoire du réseau. 50 participent au réseau et ont signé sa charte. 15 à 20 généralistes sont membres de l'association qui porte le réseau, l'un d'eux en est le président. La participation des généralistes au réseau est jugée satisfaisante par le directeur du réseau compte tenu du démarrage récent. Les progrès attendus sont un effort dans le partage de l'information.

La prise en charge assurée par le réseau, permet au médecin de ne plus être seul face à ce qu'il peut ressentir comme des limites et une relative impuissance : l'absence de prise sur le temps pour les démarches et la mise en place de l'étayage médico-social et la difficulté de faire accepter à ses patients une aide pour des raisons souvent d'ordre psychologique (difficile de faire entre un 'étranger' chez soi, par exemple).

Pour un médecin interrogé, suivant 4 ou 5 patients dans le cadre de Visage, la participation au réseau permet d'améliorer la prise en charge médico-sociale des patients. Le service supplémentaire apporté par la psychologue est notamment très appréciable. L'intérêt est également de pouvoir échanger devant une situation difficile avec les autres intervenants et avec la coordinatrice. Depuis son implication dans le réseau, ce médecin est plus attentif aux problèmes des personnes âgées et à la dépendance et il est plus à même d'anticiper les problèmes. Les difficultés rencontrées dans le cadre du réseau concernent le système informatique encore à parfaire mais c'est une question de temps.

III. SYNTHESE

- ▶ Au départ de chacun des réseaux rencontrés, on trouve le problème de la prise en charge médicosociale de la personne âgée, objectivé dans certains cas par des résultats de travaux (nombre important de réhospitalisations, d'hospitalisations sociale ou iatrogène), ou par des statistiques d'activité (demandes fréquentes de particuliers

ou d'assistantes sociales hospitalières concernant le retour à domicile après hospitalisation).

- ▶ Les objectifs des réseaux sont variables dans leurs énoncés mais la finalité est toujours la coordination des intervenants autour de la personne âgée pour améliorer sa prise en charge médicosociale à domicile.
- ▶ Selon les territoires, les critères d'inclusions sont plus ou moins larges, personnes dépendantes ou non, de plus de 60 ans ou de plus de 75 ans, un réseau ne spécifie pas de limite d'âge précise.
- ▶ Dans un réseau, l'équipe de coordination emploie un médecin généraliste, dans un autre, deux médecins gériatres. Les équipes des deux autres réseaux ne comportent pas de compétences médicales propres.
- ▶ Dans trois réseaux, les médecins généralistes se sont impliqués dans la construction du réseau. Dans le quatrième, l'initiative vient d'associations d'aides à la personne et l'implication des médecins est souhaitée dans un deuxième temps.
- ▶ Dans tous les cas, les médecins sont rémunérés quand ils prennent en charge des patients dans le cadre du réseau, soit sous la forme d'une rémunération forfaitaire par patient, soit en fonction de leur activité (nombre de réunions, temps de coordination).
- ▶ Dans deux réseaux (Côteaux Roannais, et AMADIS si le médecin le souhaite), la contribution des médecins débute par la réalisation d'un bilan initial. Dans trois cas (AMADIS, Côteaux Roannais, Visage), les médecins participent à des réunions de concertation entre les différents intervenants pour la définition de la prise en charge et le suivi. Dans le réseau CORMADOM, la coordination avec le médecin s'effectue lors d'un rendez-vous au domicile du patient avec l'infirmier du réseau. Quel que soit le réseau, les médecins doivent aussi répondre aux sollicitations d'information des membres du réseau et transmettre les informations dont ils ont connaissance.

- ▶ Les réseaux rencontrés ont pour la plupart une histoire qui remonte à plusieurs années mais le recul sur la prise en charge de patients dans le réseau est faible (moins de 2 ans de fonctionnement). Leur évaluation est en cours et il est encore tôt pour connaître leur plus-value pour les patients comme pour les professionnels.

- ▶ Les intérêts de participer à un réseau gérontologique pour les médecins, de l'avis des coordonnateurs ou de médecins adhérents interrogés, résident dans les échanges avec les autres intervenants dont ceux du social, la possibilité de décisions communes, la décharge des soucis administratifs et de la recherche d'intervenants, la possibilité d'assurer une continuité des soins pour leurs patients, l'appui apporté pour faire accepter l'aide aux patients. En contrepartie, participer au réseau leur demande du temps.

**ENQUETE AUPRES DE
80 MEDECINS GENERALISTES**

ENQUETE AUPRES DE 80 MEDECINS GENERALISTES

I. RAPPEL METHODOLOGIQUE

L'enquête réalisée par téléphone auprès d'un échantillon de 80 médecins généralistes devait cibler en priorité les médecins particulièrement concernés par les politiques gérontologiques du fait des caractéristiques démographiques de leur bassin d'activité. Il s'agit donc d'un « échantillon raisonné » : sur les 80 médecins interviewés (10 par département de la Région Rhône-Alpes), 60 exercent sur des bassins d'activité où la population des plus de 75 ans dépasse 10% de la population totale et 20 sur des bassins où elle est inférieure à 10%. La base utilisée pour le tirage au hasard est le listing URML des médecins généralistes de la Région.

Il résulte de ce parti pris méthodologique que 50% des médecins interrogés exercent en milieu rural ou montagnard, 27% en milieu semi-urbain et 23% seulement en milieu urbain.¹⁶

Logiquement, les « bassins âgés » sont le plus souvent des bassins situés en milieu rural ou montagnard, alors que les autres bassins sont majoritairement urbains ou semi-urbains :

Milieu / Démographie	Bassins âgés (60)	Autres bassins (20)	TOTAL
urbain	16%	44%	23%
semi-urbain	26%	37%	27%
rural et montagne	58%	19%	50,0%
TOTAL	100%	100%	100%

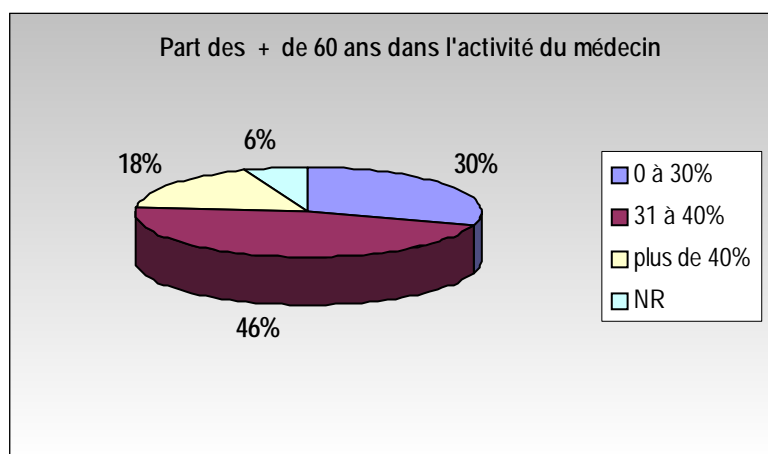
¹⁶ Pour 80 médecins interviewés, nous avons rencontré 106 refus, diversement motivés : indisponibilité ponctuelle (épidémie de grippe notamment), position de principe par rapport aux enquêtes téléphoniques, indisponibilité chronique (manque de temps), lassitude par rapport à la multiplicité des sollicitations, impact de la conjoncture (« on n'est bon qu'à remplir des papiers... »)

Les résultats de cette enquête n'ont pas vocation à exprimer une représentativité statistique des médecins généralistes de Rhône-Alpes. Ils représentent le vécu et les opinions d'un échantillon de médecins particulièrement concernés par le vieillissement de la population et dont la moitié exerce en milieu rural.

II. LES MEDECINS ET LEUR PRATIQUE AVEC LES PATIENTS AGES

La **part d'activité** que les médecins interrogés consacrent à des patients de plus de 60 ans est importante : 46% d'entre eux estiment qu'ils consacrent entre 31 et 40% de leur temps à des patients de cette classe d'âge et 18% plus de 40%. Cette réalité est bien sûr liée au choix méthodologique rappelé ci-dessus.

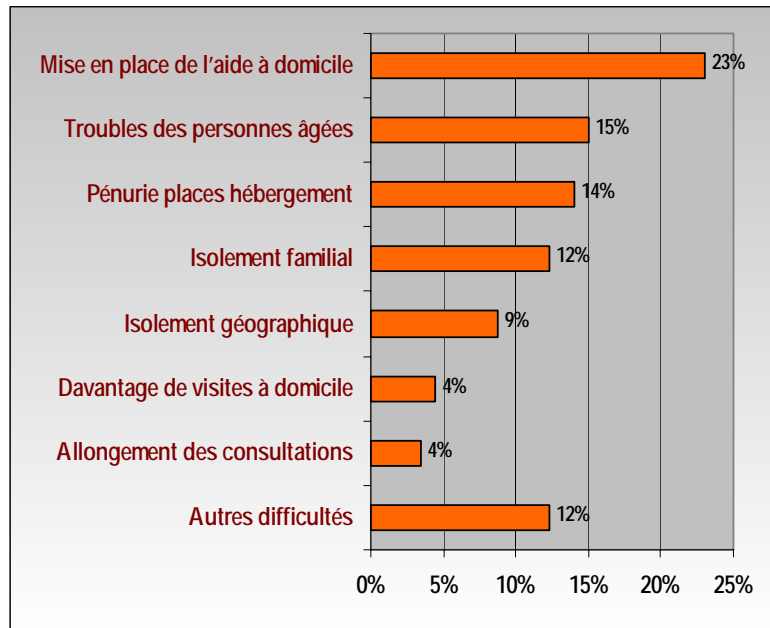
Graphique 1. *Pouvez-vous estimer quelle proportion de votre activité est consacrée à des patients âgés de plus de 60 ans ?*



Les difficultés rencontrées dans la pratique avec les patients âgés

Plus des deux tiers des médecins interrogés (69%) déclarent qu'ils rencontrent des difficultés dans leur pratique avec leurs patients âgés. Le graphique ci-dessous représente la hiérarchie des difficultés évoquées :

Graphique 2 : Dans votre pratique auprès des personnes âgées, rencontrez-vous des difficultés particulières ?



La première difficulté évoquée est relative à la mise en place des aides et des soins à domicile, principalement par manque de places et de personnels. Le problème de pénurie de places en établissements d'hébergement et en structures d'accueil temporaire (pénurie géographique, trop grand éloignement domicile/structures existantes, délais d'attente très longs...) est également évoqué assez souvent.

L'isolement géographique, mais surtout familial (enfants dispersés ou trop occupés) des personnes âgées, confrontent les médecins généralistes à la question des aides à domicile ou à celle du placement en établissement quand vient la dépendance. Quand ces deux types d'isolement se conjuguent, comment assurer le maintien à domicile le plus longtemps possible, en l'absence d'aides à domicile ? interroge un médecin. Un décalage important entre les discours sur le maintien à domicile et les possibilités d'y répondre est donc pointé.

Les troubles normaux liés au vieillissement peuvent être également sources de difficultés dans la pratique quotidienne des médecins généralistes. Les troubles sensoriels, auditifs et visuels, rendent la communication difficile. Les troubles mnésiques rendent problématique le respect des prescriptions médicamenteuses. La lenteur généralisée aux niveaux de la diction, de la compréhension, des gestes (se déshabiller, se rhabiller) demandent plus de disponibilité. Avec les difficultés de

locomotion, l'accès au cabinet devient problématique, ainsi que les déplacements pour les examens (non remboursement des frais de taxi).

Une autre série de troubles, plus pathologiques, est très fréquemment citée par les médecins. Elle concerne la démence, la maladie d'Alzheimer, ainsi que les troubles du caractère liés à l'âge et entraînant des exigences importantes de la part des patients âgés.

Certains des troubles cités ont un retentissement direct sur l'allongement de la durée de la consultation, d'autres provoquent une augmentation du nombre de visites à domicile et, éventuellement, des déplacements multiples pour de petits actes (en lien avec l'isolement et avec la pénurie de personnel médical libéral).

Les autres réponses, plus dispersées, concernent :

- ▶ les aspects financiers des prises en charge, de la garde à domicile ou des placements en établissement, par exemple (ressources insuffisantes).

- ▶ des aspects relationnels, avec les familles d'abord, notamment les enfants des personnes âgées quand surgit entre eux un désaccord sur le maintien à domicile ou le placement ou quand il s'agit d'accompagner les familles dans le placement : *« Il est difficile de faire comprendre aux familles qu'il faut anticiper pour la prise en charge en établissement »*, par exemple. Difficultés relationnelles parfois aussi avec les partenaires du maintien à domicile (kinésithérapeutes et infirmiers), absence de contacts avec les assistantes sociales ou de suivi dans les informations (attribution des aides sociales).

Cette longue liste de difficultés laisse transparaître deux éléments importants :

- ***peu de difficultés liées à des problèmes médicaux, mais des difficultés concernant l'aspect social de la prise en charge, « santé et solitude » résume l'un d'eux dans une formule lapidaire.***

- ***un certain isolement ressenti par les médecins, ce que l'un d'eux traduit ainsi : « On gère de plus en plus de choses tout seuls ».***

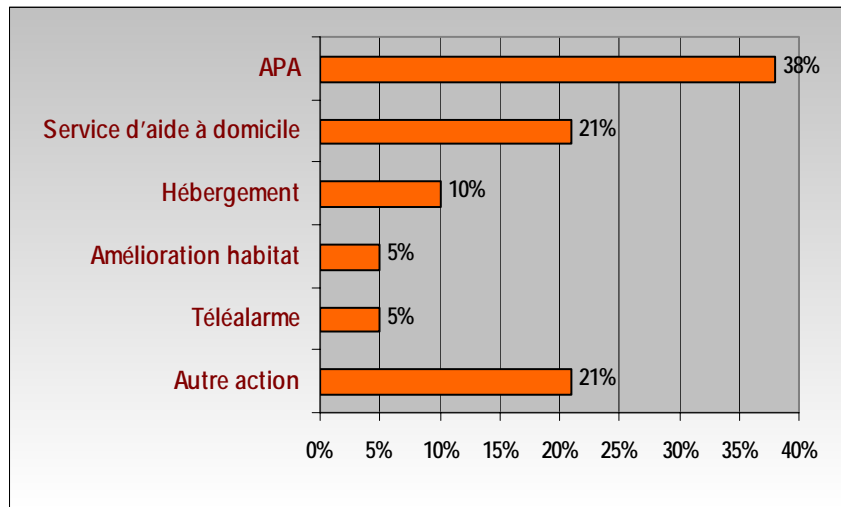
Notons d'autre part que **31%** des praticiens interrogés déclarent qu'ils ne rencontrent ***pas de difficultés particulières*** dans leur pratique avec leurs patients âgés. Parmi les médecins partageant cet avis, certains n'ont pas de patients dépendants ou même en perte d'autonomie (et parmi eux certains ont une orientation particulière : homéopathie, acupuncture, médecines douces...). D'autres, bien qu'ayant une clientèle âgée et dépendante, exercent dans des secteurs d'activité bénéficiant d'une panoplie assez complète de soins et d'aides à domicile, d'établissements d'hébergements et d'accueil et de ressources diverses de prise en charge. Ils disent alors volontiers qu' « *une solution est toujours possible* ».

III. LES GENERALISTES ET LES POLITIQUES DES CONSEILS GENERAUX

1. Connaissance de l'action gériatrique des Conseils généraux

Une proportion significative de médecins interrogés (29%) déclare ne pas connaître l'action du Conseil général de leur département dans le domaine gériatrique. Ce pourcentage varie un peu en fonction de la réalité démographique des bassins d'activité : dans les bassins où la proportion de personnes de plus de 75 ans dépasse 10%, 25% « seulement » des médecins ne connaissent pas la politique gériatrique de leur département, alors que dans les autres bassins d'activité ils sont 33% dans ce cas.

Graphique 3 – *Connaissez-vous ce qui est fait par le Conseil Général de votre département dans le domaine gérontologique ? Réponses des personnes ayant répondu positivement.*



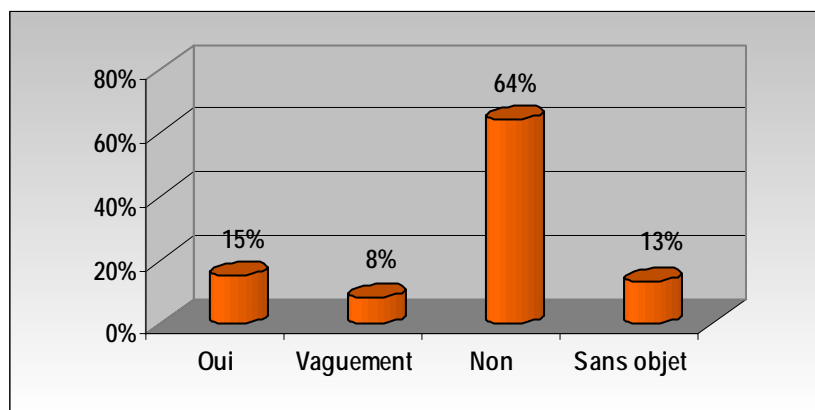
Ceux qui répondent positivement à la question citent le plus souvent l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA). C'est ensuite l'action des Conseils généraux en matière d'organisation des services d'aide à domicile qui est citée et dans une moindre mesure leurs interventions en matière d'hébergement.

Après cette première réponse spontanée, les praticiens ont été interrogés sur chacune des grandes composantes des politiques gérontologiques départementales.

2. Le schéma gérontologique départemental : un document peu connu des médecins

Près des deux tiers des médecins interrogés ne connaissent pas le schéma gérontologique de leur département. Ceux qui ont une connaissance de ce document l'ont acquise dans leur milieu d'exercice institutionnel (maison de retraite ou EHPAD), au cours d'une formation ou dans le cadre de la réalisation de projets de services de soins et d'aide à domicile ou de réseaux. Certains indiquent que le seul exercice libéral en cabinet ne les met pas au contact de ce type de connaissance.

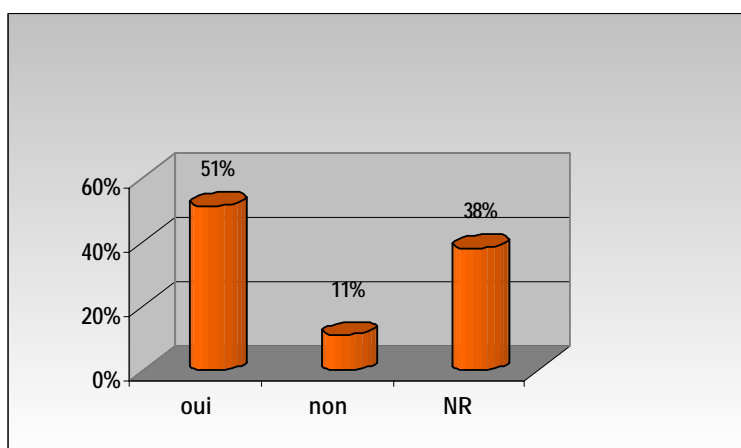
Graphique 4 – *Connaissez-vous le schéma gérontologique de votre département ?*



N.B. : les 13% de « sans objet » correspondent au fait que le département de l'Ain n'a pas de schéma gérontologique.

Pourtant, les praticiens interrogés se sentent en majorité concernés par la programmation gérontologique.

Graphique 5 – *Vous sentez-vous concerné par cette programmation ?*



« Être concerné » signifie essentiellement « être intéressé » et recouvre un souhait d'information, afin d'avoir une vision globale de l'offre départementale en hébergements et en prises en charge à domicile. Disposer de ce type d'information relève pour quelques médecins d'une nécessité, surtout s'ils exercent des responsabilités (coordonnateur, responsable de maison de retraite). Quelques médecins en attendent

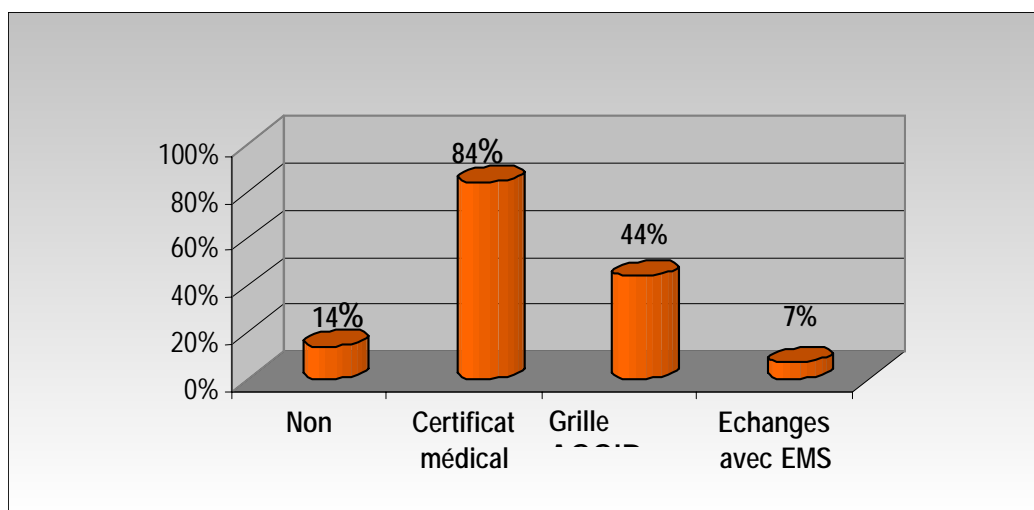
une aide pour leur pratique (« **Oui, si ça nous apporte quelque chose** »). Un médecin juge que les généralistes ne sont pas assez bien organisés pour être représentés dans l'élaboration et le déroulement du schéma, alors qu'un autre précise « **On est là avec notre expérience et face aux choses, on se débrouille** ». Les réserves émises concernent la forme écrite du document et sa complexité supposée, associées à la difficulté à lire toute la documentation reçue (question de temps). Une autre réserve concerne les moyens effectivement mis en œuvre au-delà de l'écriture d'un document : « **Oui, si ça débouche sur des aides matérielles ou financières aux personnes** ».

Les médecins qui ont répondu « non » sont plus centrés sur l'offre et l'information locale (document trop généraliste), généralement satisfaisante, ou alors peu ou pas confrontés à la perte d'autonomie et à la dépendance.

3. Une majorité de médecins impliqués dans le dispositif A.P.A.

Les médecins généralistes sont très majoritairement (84% d'entre eux) impliqués dans le dispositif APA à travers le certificat médical qu'ils remplissent lorsqu'un de leurs patients constitue un dossier de demande d'APA. Certains précisent cependant que cet acte banal ne constitue pas véritablement une implication dans le dispositif.

Graphique 5 – Intervenez-vous dans le cadre du dispositif de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie ? De quelle manière ?

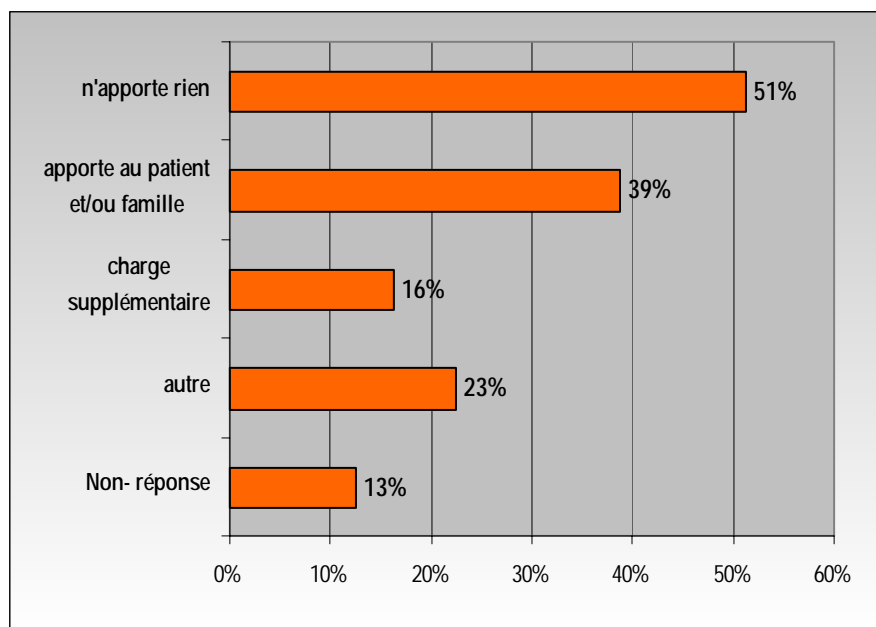


Une proportion également élevée de médecins généralistes (44%) remplit la grille AGGIR, permettant d'évaluer le degré de perte d'autonomie des personnes. Très peu en revanche ont des échanges avec les équipes médico-sociales du Département.

Cependant, les médecins impliqués dans le dispositif APA par le biais du certificat médical ou de la grille AGGIR estiment généralement que cette participation ne leur apporte « rien », du point de vue de leur pratique avec leurs patients dépendants.

La réponse « rien », sous-entendu « pour moi », indique que les praticiens dans leur majorité jugent que leur participation à ce dispositif est destinée à faciliter le maintien à domicile (quelques uns évoquent l'APA en établissement) et à aider matériellement leurs patients et leurs familles (aide à domicile, amélioration de la prise en charge) : « Elle apporte un plus aux patients. Les possibilités d'aide et le plan d'aide est nécessaire au maintien à domicile ». C'est même « une dernière carte » pour certains patients. Il s'agit alors, au mieux d'une formalité, au pire d'un surcroît de paperasses et de travail. Un médecin résume assez bien le sentiment général : « **ça ne m'apporte pas souvent quelque chose à moi, mais c'est nécessaire pour les patients pour qu'ils aient une aide, donc je le fais volontiers** ». Un médecin précise que ça apporte surtout aux maisons de retraites, pour l'obtention de subventions. Un seul médecin juge que « c'est du temps perdu ».

Graphique 5 – *Que vous apporte cette participation du point de vue de votre pratique avec vos patients dépendants ?*



Pour quelques médecins, la participation au dispositif APA peut cependant constituer un appui à leur pratique. Accomplir cette formalité aide les personnes âgées et les familles à prendre conscience de la dépendance et de la nécessité d'une aide, ce que manifestement ils peinent à leur faire entendre, à eux seuls. « On leur montre que c'est

un droit. C'est plus facile de faire accepter surtout l'aide ménagère et la prise en charge des alarmes. Il y a moins de résistances de leur part », « Ca permet aux équipes médico-sociales des visites fructueuses, d'avoir l'aide du gériatre et de son équipe»

Quelques-uns reconnaissent que cette participation leur permet de mieux cerner et évaluer les difficultés du patient, et donc de mieux évaluer et cibler les aides. L'évaluation a également une fonction de prévention : *« elle permet de mieux prévenir les complications de la dépendance, de mieux observer son évolution et de prévenir son aggravation »*. La participation permet aussi d'*« avoir une vision complémentaire, l'infirmière et l'aide à domicile connaissant les personnes dans le cadre de leur domicile »*. Pour un autre, c'est l'occasion d'avoir des interlocuteurs du Conseil général et des services, *« des interlocuteurs qui permettent de gérer les problèmes. On est moins isolé »*. Pour un médecin, il s'agit d'une aide au suivi, mais plus en maison de retraite qu'en cabinet. Selon un médecin interrogé, *« c'est un dialogue supplémentaire, plutôt social. Je conseille les patients pour l'APA »*.

Quelques médecins insistent sur la suite de cette évaluation : *« Mais après, il y a pas mal de choses à faire du côté des prises en charge et des structures »*.

Seule une minorité de médecins interrogés (35%) rencontre des difficultés dans le cadre de leur participation au dispositif APA.

Ces difficultés peuvent être pédagogiques : elles concernent alors la compréhension par les personnes âgées et leur famille de ce qu'est réellement cette allocation, en quoi elle consiste et à qui elle s'adresse. L'expliquer clairement paraît malaisé à certains médecins, dont quelques-uns pensent que ce n'est pas à eux de faire ce travail d'explication, parfois de dissuasion : *« Il faudrait des personnes spécifiques pour ça. On pense aux assistantes sociales, mais elles sont aussi débordées »*, avance un médecin. Cela éviterait peut-être aux généralistes du temps passé en demandes alors qu'ils savent que telle personne n'aura pas droit à l'allocation, ou en demandes de réévaluation répétitive sous la pression des familles. *« Les gens n'ont pas tellement d'information. L'imaginaire des personnes âgées fait de l'APA une rente financière » « C'est une demande d'indemnités. La pression des familles est parfois très forte pour augmenter la gravité de la dépendance »*. Certains médecins se sentent investis d'une mission d'information (ils suggèrent cette solution à leurs patients, donnent des explications), parfois même d'éducation de leurs patients (les aides disponibles ne sont pas des rentes financières ; l'APA est destinée aux personnes dépendantes, isolées, sans famille sur

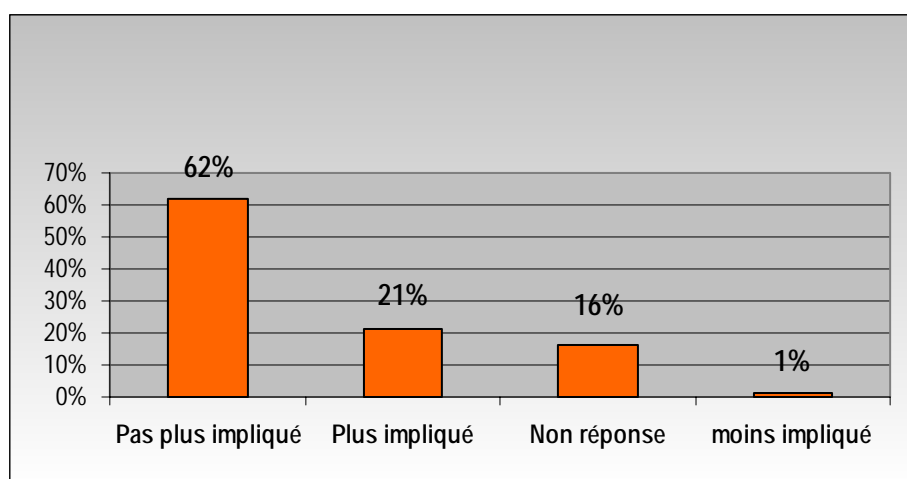
place) et luttent contre l'exagération des prétentions, les demandes intempestives, les trucages, la pression des familles ou des personnes âgées elles-mêmes, etc.

Une autre difficulté évoquée est le manque de réactivité des réponses (du Conseil général ou des services d'aide et de soins). « *Le gros problème, c'est que tout le monde (les enfants) peut faire la demande pour un établissement. Le Conseil général est submergé. Les délais d'attente sont de 6 à 8 mois* ». « *Les délais sont un peu longs entre la constitution du dossier et la mise en œuvre de l'APA* ». Difficultés que certains évoquent en terme de lourdeur administrative (refaire plusieurs fois de suite un dossier, de plus en plus de papiers et de tâches administratives, etc.).

En ce qui concerne leur implication dans le dispositif APA, une grande majorité des praticiens interrogés (62%) sont favorables au statu-quo. C'est-à-dire qu'ils ne refusent pas leur implication actuelle, mais ne souhaitent pas qu'elle se développe ou ne voient pas comment elle pourrait être plus importante. Ils souhaitent donc « rester comme ça », parce que « c'est suffisant », « je ne peux pas mieux faire », « je ne vois pas d'autre implication possible »...

Sans répondre directement à la question, certains expriment un souhait *d'information* : « *Surtout être informé* », « *Je ne sais pas très bien ce que ça impliquerait pour moi et ce que ça apporterait. J'aimerais d'abord être informé* ».

Graphique 6 – *Souhaitez-vous être plus ou moins impliqués dans ce dispositif ?*



Lorsque les médecins déclarent qu'ils souhaiteraient être plus impliqués, il faut considérer que c'est dans la plupart des cas une disposition toute théorique...

Cette éventualité est en effet conditionnée, généralement au temps (« *Oui si j'avais plus de temps disponible* »), ou au contenu d'une implication plus importante : « *tout dépend de ce qui est demandé* ». Quelques médecins subordonneraient leur participation à une amélioration quantitative et qualitative de la prise en charge des personnes âgées : « *Oui, si des choses encourageaient le maintien à domicile et que les personnes soient accueillies de façon plus décente* », précise l'un d'eux. Un médecin souhaiterait être impliqué, mais en amont, dans l'élaboration de la grille AGGIR qu'il juge insuffisante et inadaptée, lorsqu'il s'agit d'évaluer la dépendance de personnes affectées de maladies neurologiques.

Enfin, certains médecins ne peuvent pas se prononcer actuellement, ayant peu de patients âgés et très peu ou pas de patients dépendants : ils verront le moment venu (médecins généralistes à orientation homéopathie, acupuncture, ostéopathie, médecine chinoise, etc. ou spécialisés dans le traitement de la douleur par exemple, ou encore plus orientés vers la pédiatrie).

IV. LES GENERALISTES ET LA COORDINATION GERONTOLOGIQUE

1. Les CLICs (Centres locaux d'Information et de Coordination gériatologiques)

La notoriété des CLICs parmi les médecins généralistes est variable. Parmi ceux qui ont été interrogés, 30% connaissent l'existence d'un CLIC sur leur territoire, 55% affirment qu'il n'y en a pas et 15% ne savent pas. Il n'a malheureusement pas été possible de rapprocher ces déclarations de la réalité des territoires effectivement couverts par des CLICs.

L'implication des médecins dans ces structures de coordination est faible : parmi ceux qui connaissent l'existence d'un CLIC sur leur bassin d'activité, seuls 2 médecins sont impliqués dans son organisation. Ils sont en revanche plus nombreux à recourir aux CLICs : parmi les médecins connaissant l'existence d'un CLIC, la moitié environ y ont recours pour leurs patients, souvent ou de temps en temps.

Dans ce cas, le CLIC est avant tout considéré du point de vue de sa fonction d'orientation et d'information des personnes âgées et des familles. On peut aussi y obtenir « *des renseignements en cas de difficultés* ». Ce dispositif constitue donc une « *aide à la*

décision pour le maintien à domicile ou l'admission en structure », et surtout « vers ce qui convient le mieux aux personnes âgées ». C'est la possibilité de « passer le relais à des gens compétents, on n'est pas armé pour répondre » précise un médecin.

La prise en charge des personnes âgées, à domicile ou en établissement, est améliorée : le CLIC permet de passer le relais quand une coordination est nécessaire et peut faire un travail de synthèse, notamment lors des demandes et des réévaluations (APA en établissement).

Pour deux médecins, l'intérêt du CLIC réside dans une prise en charge plus efficace : il est « *très utile, permet des fins de vie à domicile* », il « *apporte beaucoup : des possibilités médico-sociales et une organisation territoriale de celles-ci* ».

Deux médecins soulignent l'allègement pouvant résulter du recours à de telles structures. Le premier l'a expérimenté : « *L'écoute qu'on peut faire est assurée par le CLIC, elle libère du temps pour le médecin* ». Le second émet le souhait que le CLIC qui vient de se monter assure : « *une prise en charge administrative, ce qui serait très bien* ».

Enfin un médecin apprécie la « *gestion du versant social très utile* » et plusieurs médecins soulignent l'aide au placement en structures grâce à l'action d'un CLIC.

2. Les réseaux gérontologiques

Comme on l'a vu à propos de l'enquête auprès des réseaux gérontologiques, la région Rhône-Alpes ne compte actuellement que 4 réseaux. La probabilité d'interroger des praticiens ayant un réseau gérontologique sur leur bassin d'activité était donc faible.

De fait, seul le réseau gérontologique des Côteaux Roannais a été cité, par des médecins de Roanne¹⁷, l'un d'entre eux étant impliqué dans ce réseau.

¹⁷ Roanne est un bassin d'activité dont la population âgée de plus de 75 ans représente plus de 10% de l'ensemble de la population. Compte tenu de la méthode d'échantillonnage, il y a de ce fait plusieurs médecins roannais dans l'échantillon.

V. LA PRATIQUE DES MEDECINS GENERALISTES EN EHPAD

75% des médecins interrogés suivent des patients en EHPAD, dans un ou plusieurs établissements.

Ils ont été interrogés sur les conditions de leur collaboration avec les médecins coordonnateurs.

La présence d'un médecin coordonnateur va dans le sens d'une facilitation de la pratique quand « *ça se passe plutôt bien* ». « *Je reste le médecin traitant. Le coordonnateur intervient en mon absence et me prévient toujours en cas de modification* ». Quand le code de déontologie est respecté, il n'y a pas de problème. « *C'est un confrère et ça se passe bien. J'ai été moi-même médecin coordonnateur* ». « *Ca permet de gérer avec lui la situation des patients* ». « *Rôle de prévention. On peut se voir facilement pour avis. Depuis qu'il est là, le personnel est plus motivé* ».

Cette présence ne facilite pas la pratique, mais ne l'entrave pas vraiment non plus, lorsqu'il n'y a « *jamais de contacts* », « *jamais de rencontres* ». Cette absence de contact impose un constat : « *chacun ses patients, deux systèmes parallèles* », et parfois un jugement : « *je me demande à quoi il sert* ». L'absence de contact avec le médecin coordonnateur est parfois compensée par des « *contacts directs avec l'infirmière* ».

Fréquemment, les médecins ne parlent ni de facilitation ni de difficultés liées à cette présence. Ils énoncent la fonction : « *Le médecin coordonnateur est là pour les personnes âgées sans médecin traitant* », sa présence étant alors jugée opportune. La situation particulière dans laquelle ils se trouvent mutuellement est évoquée : ils se connaissent tous, exerçant sur le même territoire. Peu nombreux, les généralistes du secteur peuvent être tous intervenants et c'est l'un d'eux qui se forme pour être coordonnateur, ou encore, « *on est deux et on se repasse la patate chaude du poste tous les ans* ». Ils disent alors que leurs relations ne posent pas de problèmes. Enfin, cette question révèle des situations particulières : « *Je suis médecin coordonnateur : sur 65 personnes âgées, j'en soigne 62 comme médecin traitant et un autre médecin libéral intervient* ».

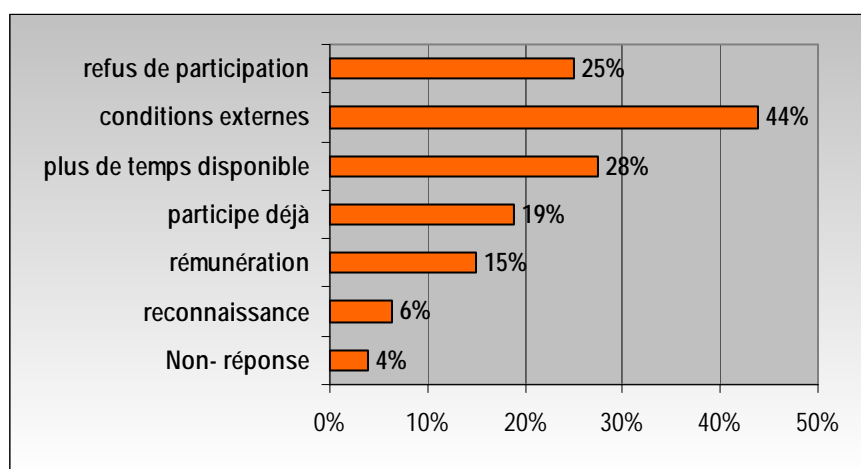
Quelques jugements sont émis : « *ça n'a pas apporté grand chose* », « *ça ne change rien* ». Certains médecins souhaitent que ce poste se généralise : « *Ca ne serait pas mal si toutes les maisons de retraite avaient un médecin coordonnateur* », sans toutefois préciser ce qu'apporte cette présence. Pour d'autres, la tâche du coordonnateur est perçue comme purement administrative. Dans une maison de retraite sans coordonnateur, un médecin mentionne qu'il existe un dossier médical permettant à n'importe quel généraliste du secteur d'intervenir.

Cette question a été un peu embarrassante pour les médecins interrogés, dans la mesure où ils connaissent souvent les deux places, et parfois même les cumulent (8 médecins interrogés occupaient la fonction de médecin coordonnateur au moment de l'enquête et 3 l'ont occupée auparavant). Qu'ils soient médecins traitants ou médecins coordonnateurs, ils se retrouvent le plus souvent avec des collègues de leur bassin d'activité.

VI. LES CONDITIONS D'UNE PARTICIPATION A LA COORDINATION GERONTOLOGIQUE

Un quart des médecins interrogés ne souhaitent en aucun cas être impliqués dans une coordination gériatrique autour de la personne âgée.

Graphique 7 – Quelle seraient les conditions de votre participation à la coordination gériatrique autour de la personne âgée (quel que soit le dispositif) ?



- Les conditions les plus souvent avancées, que nous avons regroupées sous l'intitulé de conditions externes sont souvent articulées aux moyens permettant le maintien à domicile. Le généraliste doit faire partie, avec l'aide ménagère, l'infirmière et la famille, de cette organisation. D'où l'importance de se coordonner pour un maintien à domicile, plutôt que de conseiller l'entrée en maison de retraite, à la condition qu'il y ait un entourage et des moyens ; *« que les personnes âgées restent à domicile et que ce soit organisé autour »*. *« Oui s'il existait des moyens supplémentaires d'aide à domicile »* *« Il faudrait plus de moyens pour les personnes âgées. A domicile, il faudrait plus d'infirmières et d'aides soignants »*. *« Oui si plus d'aides à domicile. On nous dit maintien à domicile, mais il faudrait que tout ce qui va avec soit en place. Ici, pour la nuit, il faut faire avec l'aide du voisinage »*. *« Oui s'il y a des moyens concrets à coordonner, qu'on ait des infirmières sur place pour tout le travail à réaliser, ainsi que des aides ménagères formées, souhait non entendu des politiques qui considèrent la formation comme inutile »* *« Il faudrait que ça puisse s'accorder avec l'exercice libéral et une notion de permanence de système de soins qui ne nous rende pas dépendants de ces patients »*. Articulation également de temporalités différentes des services de soins à domicile/médecins libéraux. *« Oui si une antenne réunissait les trois cantons (8 à 10.000 habitants) sur huit communes »*, *« Oui s'il y avait un travail en partenariat avec les gériatres »*, *« Si ce n'est pas de la parlotte et si ça apporte quelque chose à la pratique »* *« Oui si ça débouche sur des choses concrètes, mais pas de réunions supplémentaires »*. Certains médecins posent donc des conditions de fonctionnement comme celui qui souhaite *« Une réunion trimestrielle avec des médecins travaillant en maison de retraite ou gériatres, pour récolter les doléances, mais aussi sur un thème ou un problème particulier. Elle permettrait d'aboutir à un certain consensus entre les participants »*.

- 28% des médecins interrogés seraient prêts à participer à la coordination, s'ils avaient plus de temps disponible... condition qu'ils jugent eux-même *« surréaliste actuellement »* en raison de la démographie médicale et du cumul des charges pesant sur les médecins généralistes.

- la question de la rémunération : rarement posée comme une condition, elle est fortement souhaitée : *« Le bénévolat est la tendance actuelle. Nous faisons de plus en plus de choses gratuitement »*.

- la reconnaissance : celle-ci recouvre des temps de formation et de coordination reconnus, des possibilités d'intervention conformes aux orientations spécifiques de certains généralistes (thérapie contre les douleurs chroniques et soulagement de la douleur, homéopathie, acupuncture, etc.). Un médecin précise : *« elles ne sont pas englobées dans la médecine actuellement. Si tel était le cas, j'aurais peut-être ma place [dans la coordination gériatrique] »*. Il s'agit aussi de reconnaître ma juste place de médecin généraliste.

- assez nombreux sont ceux qui considèrent qu'ils participent déjà. Les médecins exerçant sur un territoire peu étendu ou une petite ville *« où tout le monde se connaît »*, entretiennent des contacts directs (*« sans réunion officielle »*) avec leurs collègues et les autres intervenants auprès des personnes âgées. Le jugement est sans appel : *« les réseaux personnels vont mieux que les réseaux officiels : ça va plus vite »*. De ce fait, un médecin précise qu'il est *« concerné tous les jours »* par la coordination gériatrique. Dans ce contexte, faut-il ou non passer à quelque chose d'institutionnel ? Les avis sont partagés entre : *« la coordination se fait spontanément avec un réseau de personnes assez complet, avec des relations qui se passent bien. C'est huilé. Si un problème se pose, on communique bien pour le résoudre. Donc, il n'y a pas de nécessité d'envisager plus structuré »* et : la coordination *« ça mériterait peut-être d'être mieux formalisé »*.

Et de fait, ils sont nombreux à contribuer personnellement et de manière active à la mise en place des soins et des aides à domicile, voire à en assurer le suivi de manière active. Ils ont des contacts avec leurs confrères libéraux ou hospitaliers, avec les services de soins et d'aide à domicile, etc., ce qui leur fait dire : *« la coordination, on en fait déjà »*, certains affirmant que le fait de bien se connaître prime sur l'institutionnalisation, d'autres reconnaissant que ces relations de bon vouloir demanderaient à être un peu institutionnalisées.

Quelques médecins mentionnent la multiplication des réseaux, dans tous les domaines. Soit ils sont impliqués dans d'autres réseaux et ne peuvent multiplier cette implication, soit ils se prononcent contre cette inflation.

D'autres remarquent qu'ils ont d'autres patients en tant que médecins généralistes, ainsi que d'autres occupations ou responsabilités. En conséquence, ils ne peuvent pas tout investir sur les personnes âgées. Relevons encore que pour la majorité d'entre eux, toute

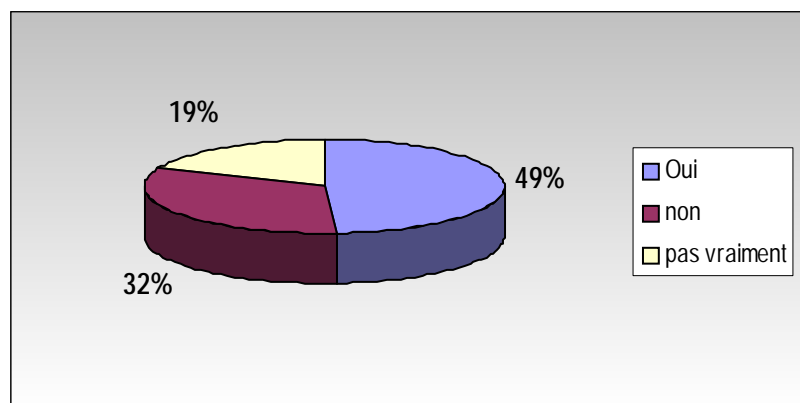
coordination est synonyme de réunions et donc consommatrice de temps, non consacré aux patients, notamment.

VII. LES GENERALISTES, L'INFORMATION ET LA FORMATION DANS LE DOMAINE GERONTOLOGIQUE

1. L'information

La moitié des médecins interrogés s'estime bien informée en ce qui concerne la prise en charge médico-sociale des personnes âgées.

Graphique 8 – *En ce qui concerne la prise en charge médico-sociale des personnes âgées, vous estimez-vous bien informé ?*



Les contacts directs entre les différents intervenants auprès des personnes âgées (infirmières, aides-soignantes, assistantes sociales, directrices de maisons de retraite, collègues hospitaliers) sont la principale source d'information citée. Les contacts téléphoniques sont privilégiés généralement quand il y a un problème, une difficulté ou selon nécessité.

Les plaquettes des organismes et services de soins et d'aide à domicile sont par contre très peu citées. Ces informations sont transmises au moment des créations.

Les documents écrits ont des provenances diverses : le Conseil général, les Caisses, le CLIC, ce qui représente « *beaucoup de documentation* ».

Les informations s'acquièrent aussi avec l'expérience, auprès des personnes âgées en cabinet (transmises par les familles des patients), par le travail en maison de retraite (activité salariée à temps partiel, médecin coordonnateur), relais « *d'informations difficiles à obtenir autrement* », lors de responsabilités actuelles ou passées en services d'aides et de soins à domicile.

Les informations proviennent encore de réunions ou de formations destinées aux médecins : FMC, EPU, DU personnes âgées ou aux étudiants en médecine (sur le thème « Polypathologies et maintien à domicile », par exemple). Le carnet d'adresses personnel, constitué au fil des ans, est aussi une source d'information.

Internet est cité sous la forme d'une utilisation potentielle : « *la documentation est disponible, il suffit de s'en donner les moyens* ».

Quelques médecins estiment ne pas avoir besoin du contenu des informations et adressent leurs patients à d'autres personnes en cas de nécessité (assistante sociale le plus souvent) ou à des structures (CLICs, mairie). Les informations dont ils ont besoin portent sur les coordonnées de ces personnes ou de ces lieux.

Les médecins « pas vraiment/moyennement informés » invoquent la complexité ou la « langue de bois » (Conseil général) des documents reçus. Ce sont aussi ceux qui différencient information médicale et information sociale : « *Sur le plan médical oui, par les revues professionnelles, mais beaucoup moins sur le plan social* ». Les personnes âgées nous sollicitent pour des renseignements très pratiques : combien ça coûte, critères d'octroi des aides, montant des prises en charge, etc.

Les besoins en matière d'information :

En ce qui concerne l'APA, les médecins semblent bien informés. Leurs demandes portent essentiellement sur les ressources locales (zone géographique d'exercice) de prises en charge, à domicile et en établissements, ainsi que sur les coordonnées (téléphoniques le plus souvent) des différents intervenants possibles autour des personnes âgées. Ce besoin d'information peut s'étendre au département (maison de retraites, moyens séjours) ou aux départements limitrophes, selon la situation géographique et les équipements de la zone d'exercice. Tout en ne servant pas à la

pratique quotidienne, une mise à jour périodique est souhaitée « sur les dispositifs gérontologiques existants et qui changent souvent ».

Des besoins d'informations écrites sont exprimés par rapport aux actions du Conseil général et aux compétences d'autres institutions : qui fait quoi entre le Conseil général, la CRAM, le CCAS, etc. (besoin de connaissance directe des personnes).

Sans toujours préciser le contenu des informations nécessaires, la forme souhaitée est abordée. La forme écrite est privilégiée (plaquettes). Quelques réunions, pas trop tard le soir, seraient également possibles. La question de la forme à donner à l'information est cruciale comme l'expose ce médecin : « *On a des revues qu'on ne lit pas toujours. Il faut trouver le temps de les lire. Actuellement sur Internet, toute l'information nécessaire est disponible. L'information existe, mais être disponible pour...* ».

Quelques médecins réaffirment : « *ce n'est pas de notre ressort* ». Le médecin est l'intermédiaire entre les personnes âgées et les structures compétentes, il renvoie ce qui est administratif sur l'assistante sociale ou le secrétariat des structures d'hébergement (APA).

Certains souhaitent distinguer nettement le versant médical et le versant social : « *Pour les soins à domicile, je suis en contact permanent avec les structures intervenant et elles sont contactées directement si besoin. Pour les services à domicile, ça passe par les assistantes sociales. Les coordonnées des services de soins et d'aide sont affichées au cabinet* ».

Plus tard lors de l'entretien, lorsque étaient évoqués d'éventuels besoins particuliers, les médecins ont exprimé celui d'une information plus pragmatique. Plutôt qu'une information généraliste sur tout ce qui existe, savoir où s'adresser pour une urgence, en cas de dépendance temporaire, serait essentiel. Si l'information doit porter sur l'accompagnement et les prises en charge locales, une mise au courant rapide par un document concis, suivi d'un appel téléphonique pour un contact personnalisé seraient appréciés.

2. La formation

60% des médecins interrogés estiment qu'ils sont bien formés pour la prise en charge médico-sociale des personnes âgées. 40% sont d'un avis contraire.

La forte proportion de « oui » s'explique par le fait que l'aspect « formation médicale » est privilégié par rapport à la dimension sociale. Ceci indique clairement que, plus encore que pour l'information, la formation est envisagée majoritairement sous cet aspect.

A ceux qui s'estiment bien formés, il a été demandé ce qui avait le plus contribué à cette formation.

La pratique et l'expérience de généraliste est la source de formation la plus souvent citée (37% des réponses) : « *la formation se fait au contact des personnes âgées* », « *par l'écoute des besoins des personnes âgées et des familles* », « *la pratique est suffisante* ». La formation s'acquière donc « *sur le temps* », « *au fil des ans* », « *par une longue expérience* » ou « *une pratique hospitalière et en maison de retraite* » depuis l'installation.

La seconde modalité de formation citée est la formation permanente (19% des réponses). Sous la rubrique « formation permanente », sont regroupées les formations médicales de mise à jour, qu'elles soient de type universitaire ou à l'initiative de groupes ou associations locales de médecins.

Vient ensuite la capacité en gérontologie, acquise par 13% des médecins interrogés.

A ceux qui s'estiment insuffisamment formés, il était demandé de préciser leurs manques en matière de formation. Les médecins ont peu répondu à cette question et les réponses dont on dispose sont très dispersées. Les thèmes cités concernent :

- les polyopathologies et la surconsommation de médicaments
- les troubles mnésiques et comportementaux
- la conduite à tenir avec les personnes démentes.

Des besoins en formation continue ou en formations locales régulières ont par ailleurs été exprimés dans la suite de l'entretien. Celles-ci sont sources « *d'échanges et d'information entre les médecins d'un même secteur* ». Les relations avec les familles devraient faire

partie de la formation des médecins généralistes (familles démunies par rapport au phénomène démographique nouveau).

Enfin, un financement de la formation de médecin coordonnateur est souhaité.

VII I. BESOINS PARTICULIERS ET COMMENTAIRES DIVERS

En fin d'entretien, les médecins interrogés étaient invités à exposer librement leurs commentaires par rapport à l'objet de l'enquête. Des commentaires très divers ont ainsi été recueillis, synthétisés ci-dessous en quelques grandes rubriques.

▶ La dégradation des conditions de travail des médecins généralistes

Personne ne prend la mesure des « mutations démographiques »¹⁸ des prochaines années, alors qu'elles sont parfaitement connues. Tel est le fond de la grogne exprimée par les médecins généralistes contactés (ayant parfois refusé l'entretien téléphonique) et interrogés. Grogne par rapport à l'État (nouvelle convention) et aux conditions d'exercice de leur métier actuellement : de plus en plus d'heures, de plus en plus de papiers (documentation reçue, mais aussi à remplir tels que : le suivi de leur clientèle, les certificats en tout genre à rédiger, les dossiers multiples à constituer pour les multiples demandes d'entrée en établissement pour chaque personne âgée, etc., de plus en plus de sollicitations pour participations diverses (participation à des réseaux, à des enquêtes de toutes sortes, etc.). Si bien qu'ils sont nombreux à préciser qu'ils ont été formés à l'exercice de la médecine et non aux tâches administratives ou sociales. S'ajoute à cela la pénurie de places pour l'aide à domicile, comme en hébergement. Certains voient se profiler le moment où on pourrait leur demander de se former à faire la toilette de leurs patients.

D'autre part, le problème du manque de temps et donc du manque de disponibilité est abordé de façon récurrente. « *Il y a de plus en plus de tâches qui se rajoutent. On n'a pas le temps d'approfondir* ». Cette situation justifie un recentrage sur le médical : « *J'estime que je suis plus là pour régler les problèmes médicaux que les problèmes sociaux* ». « *J'ai été formé aux soins des personnes et pas au versant social ni*

¹⁸ Alain Villez, *Adapter les établissements pour personnes âgées – Besoins, Réglementation, tarification*, Ed. Dunod, 2005

à toutes les tracasseries administratives. Ce sont aussi des options politiques. » Ils souhaitent donc, par exemple : « un interlocuteur quelque part qui puisse s'occuper de tout ce qui est administratif (places dans les établissements, tarifs, etc.) ».

La question du manque de disponibilité est parfois reliée à celle des revenus : « il faut trouver une solution pour que les temps de coordination soient rémunérés d'une certaine manière. Les médecins généralistes qui pourraient participer demandent une reconnaissance, un intérêt, une rémunération éventuellement mais surtout une reconnaissance de ce travail ». « On est terrassé par les charges, comme toutes les professions libérales ; la rentabilité est obtenue par plus de travail... ».

► Un sentiment d'isolement

Dans l'ensemble, les médecins interrogés se sentent seuls, isolés et démunis par rapport à des prises en charges de plus en plus problématiques (manques de moyens à domicile et en hébergement, délais importants entre instruction, décision et effectivité des prises en charge) et lourdes (sorties d'hospitalisation inopinées et isolement familial, par exemple). Les médecins, en zones rurales, éloignés à la fois de leurs patients, des services (pharmacie) et des structures de soin et d'hébergement, se sentent particulièrement impuissants à faire face aux situations rencontrées. Ils ont le sentiment que tout repose sur eux et ils n'en voient pas le bout. Quelques uns, tout en faisant comme leurs confrères, indiquent que là n'est pas leur place, laissant ainsi un espace libre pour des initiatives.

► La dégradation de la démographie médicale, confrontée au vieillissement de la population

Les médecins généralistes vieillissants déplorent que les étudiants choisissent très peu l'orientation médecine générale, préférant des spécialités aux rémunérations plus prometteuses. « Quand je m'arrêterai, il n'y aura plus de médecin ici ». A la campagne, les jeunes remplaçants ne font pas forcément de visites à domicile (« ils ont une formation de médecin de ville »). Le nombre de médecins diminue sur certains secteurs. Certains annoncent la fin du médecin généraliste à la campagne.

Au-delà des griefs qu'ils peuvent avoir dans le contexte actuel, les médecins interrogés font part de leurs inquiétudes face à l'augmentation exponentielle du nombre de personnes âgées dépendantes :

- Inquiétude pour leur pratique : augmentation du temps de visites, du nombre de visites à domicile avec souvent beaucoup de kilomètres parcourus
- Inquiétudes pour leurs patients : ressources financières limitées augmentation des tarifs des structures (prix d'une certaine obsession sécuritaire...), isolement géographique et familial
- Inquiétude pour les finances publiques : augmentation des hospitalisations (coûteuses) pour des raisons autres que médicales.

▶ Des délais de prise en charge trop longs

Certains médecins dénoncent un manque flagrant d'établissements au regard du vieillissement de la population : « *Un an d'attente dans une situation semi-urgente, ce n'est pas évident. Il faudrait en construire de plus en plus* ». « *Les délais pour une admission sont de 3 à 4 ans, sauf si on passe par l'hôpital pour obtenir un accueil rapide en structure* » (cette remarque concerne les personnes âgées démentes, avec fugues et problèmes de voisinages).

▶ Les dysfonctionnements locaux

Les médecins évoquent les nombreuses difficultés auxquelles ils disent avoir à faire face dans leur pratique quotidienne : organisation de l'aide à domicile rigide alors que les besoins sont divers et fluctuants, dans un contexte de pénurie de personnel et de services complémentaires (absence de portage de repas) ; isolement géographique dont certaines zones souffrent plus que d'autres ; manque de transports en communs (« *on se passe des examens spécialisés* »).

Certains se plaignent du manque de souplesse et de réactivité dans le système. Ils souhaiteraient par exemple des aides à domicile plus rapides quand cela est nécessaire, de même pour les places en accueil temporaire.

Sont également évoqués les délais de réalisation trop longs pour des interventions techniques (aménagement du logement à la suite d'un AVC, par exemple), délais qui empêchent une prise en charge correcte des patients à domicile.

▶ Les hospitalisations pour motifs non médicaux

Elles sont dues, sur certains secteurs, à une inadaptation du logement à la dépendance de la personne, ce qui pose problème aux intervenants, à l'isolement géographique associé à un isolement social et familial ou à un manque de structures intermédiaires pour les personnes sortant de l'hôpital qui ne peuvent rentrer chez elle.

▶ Les personnes âgées et la société

Certains généralistes expriment de l'amertume par rapport à la façon dont la société traite les personnes âgées. « *Les PA ne sont pas traitées comme elles le méritent et les médecins généralistes sont plutôt des victimes* ». « *Les personnes âgées devraient être allégées de toute chimie alors qu'elles sont bourrées d'antidépresseurs* ». Les personnes âgées ont besoin de « *soins-attentions* ». « *Je suis un intermédiaire des familles en souffrance. La mise en établissement est un déchirement pour elles* ». « *La société ne permet pas de les garder chez elles. Je me sens solidaire de tous ces gens.* »

▶ De la difficulté à impliquer les médecins généralistes dans les politiques médico-sociales

Un ancien généraliste devenu salarié en institution déclare :

« Passer du libéral où je travaillais avec moi-même et où j'avais à gérer des problèmes immédiatement, au travail de salarié en institution a été une découverte des problèmes d'équipe : on n'a pas les mêmes habitudes de travail, on n'aime pas forcément les gens avec qui on travaille, on n'est pas forcément d'accord avec eux. Il est très difficile de faire venir des médecins libéraux à des réunions. Les politiques de santé ou médico-sociales ne peuvent être abordées d'emblée (elles n'intéressent pas spontanément). Il faut un thème qui les accroche, pour lequel ils ont des problèmes quotidiens, auquel on pourra raccrocher d'autres choses. Réunir

des médecins, individualistes forcenés, c'est une gageure, même avec les labos et les repas ».

IX. SYNTHESE

▶ De façon générale

La plupart des médecins interrogés sont impliqués au quotidien dans la prise en charge médico-sociale des personnes âgées. Ils organisent des entrées en établissement et des aides et soins à domicile. Cet aspect de leur activité est assez solitaire, disposant en général sur leur territoire d'exercice de peu de relais en mesure de les décharger de ces démarches. Ces dernières sont facilitées lorsqu'ils ont une connaissance ancienne et approfondie des ressources de leur territoire d'exercice, et surtout des personnes qui les animent. Ils se sentent généralement partie prenante, et parfois initiateurs, d'une coordination effective mais informelle, qu'ils jugent majoritairement nécessaire ; mais ils craignent la lourdeur administrative d'une coordination institutionnalisée, le temps à passer en réunions et éventuellement le temps perdu.

▶ Connaissance de l'action gérontologique des départements

A l'exception de l'APA, les médecins interrogés connaissent peu l'action de leur Conseil général en direction des personnes âgées et très rarement le schéma gérontologique. La connaissance souhaitée des orientations départementales relève plus d'une information intéressante à connaître, que d'un souhait d'implication.

▶ Implication dans le dispositif A.P.A.

Qu'elle soit ou non rémunérée, leur participation au dispositif APA est acquise, dans la mesure où ils la perçoivent nécessaire à leurs patients, notamment pour permettre leur maintien à domicile. Néanmoins, ils ne souhaitent pas être plus impliqués dans ce dispositif. Ils souhaitent tout au plus être informés directement du résultat de l'instruction des dossiers.

▶ Pratique en EHPAD

Le bilan des médecins généralistes est parcellaire. La présence de médecins coordonnateurs en EHPAD est souvent récente et pas encore généralisée. Les contacts ne se sont pas toujours pris. Sans soulever jusqu'alors trop de difficultés, la présence d'un coordonnateur apporte peu à la pratique des médecins traitants qui parlent parfois de pratiques ou de systèmes parallèles.

▶ Participation à la coordination gériatrique

Leur participation à la coordination gériatrique (CLICs et réseaux) est actuellement très faible non pas, semble-t-il, par désintérêt, manque de disponibilité ou individualisme, mais en raison de l'absence de dispositif sur leur territoire d'exercice. En effet, les médecins ayant recours à ces instances de coordination en soulignent les bénéfices pour leurs patients, mais aussi pour leur pratique.

Par contre, les conditions de leur participation à la coordination gériatrique, lorsqu'ils l'envisagent (pour les trois quarts d'entre eux), sont de deux ordres. D'une part, leur implication serait soumise à une hypothétique plus grande disponibilité, à laquelle ils sont les premiers à ne pas croire. D'autre part, elle serait conditionnée par l'existence de moyens accrus de prise en charge, au minimum à la hauteur des potentialités d'aides comprises dans l'APA.

▶ L'information

Deux positions existent quant à l'information. Les médecins qui souhaitent pouvoir répondre aux questions de leurs patients et les orienter vers des solutions pertinentes ont besoin d'informations précises et lisibles, assimilables et exploitables avec les patients. La forme sous laquelle elles doivent leur parvenir est prépondérante. Les médecins qui pensent que ces fonctions d'information et d'orientation ne leur reviennent pas, souhaitent avoir connaissance des lieux et des personnes pouvant les assurer.

▶ La formation

L'expérience et la formation continue, sous différentes formes, assurent l'essentiel de la formation qu'ont les médecins dans le domaine gériatrique. Les besoins en formation, peu abordés, concernent essentiellement des problèmes médicaux liés au grand âge, parfois leurs répercussions familiales et sociales.

▶ Au total...

Les médecins généralistes interrogés sont très pris par leur pratique quotidienne, sous la triple pression des contraintes économiques de leur exercice libéral, de l'évolution démographique de la population générale et de l'évolution démographique de leur profession. Ils ont une image et des représentations de la coordination gériatrique qui ne les portent pas à s'impliquer dans les politiques et les dispositifs existants ou qui se mettent en place. Y participer équivaut pour eux à prendre du temps sur le temps consacré à leurs patients, ce qui n'est pas acceptable pour la majorité d'entre eux. Ils ne conçoivent pas, s'ils n'en ont pas fait l'expérience, que les dispositifs gériatriques sont à même d'assurer, le plus souvent, la part d'information et de démarches à caractère social dont ils disent avoir la charge actuellement.

SYNTHESE GENERALE

SYNTHESE GENERALE

- ▶ Quels que soient les points de vue recueillis, Conseils généraux ou médecins généralistes particulièrement confrontés au problème du vieillissement, il ressort de ce travail que les médecins connaissent peu et s'impliquent peu dans la politique et les dispositifs gérontologiques de leur département, en dehors de leur participation à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie.
- ▶ Dans le cadre de ce dispositif, ils remplissent un certificat médical et dans la plupart des départements une grille AGGIR pour le dossier de demande d'allocation de leur patient. Ils sont, si besoin, contactés par un médecin du Conseil général et dans plusieurs départements, ils reçoivent des informations sur les suites données au dossier. Cette contribution des généralistes à l'APA est rémunérée dans deux départements. Elle est jugée importante par les Conseils généraux, le médecin généraliste étant un des intervenants qui connaît le mieux la personne âgée.
- ▶ Les médecins ont souvent peu de liens avec les équipes médicosociales, parfois ils ne les connaissent pas. D'un autre côté, ils expriment souvent un sentiment d'isolement par rapport aux difficultés qu'ils rencontrent dans la prise en charge des personnes âgées. De leurs côtés, les Conseils généraux et les CLICs interrogés reconnaissent le peu de liens avec les généralistes et le manque de connaissance réciproque.
- ▶ Les généralistes interrogés souhaitent le plus souvent être mieux informés, sur la politique de leur département, l'offre médicosociale, les contacts utiles. Les Conseils généraux et les CLICs et les réseaux rapportent des actions d'information réalisées en direction des médecins sans parfois beaucoup de succès et se posent des questions sur les modalités optimales de l'information des médecins.
- ▶ Les Conseils Généraux comme les CLICs souhaiteraient que les médecins coopèrent plus avec leurs équipes au niveau local, pensant que les uns et les autres peuvent y trouver un intérêt. Pour différentes raisons, notamment par manque de temps, parce qu'ils en font déjà beaucoup, parce que ce n'est pas leur fonction, les médecins généralistes n'ont souvent pas le désir de s'impliquer plus dans la coordination.

- ▶ La perception qu'ont les généralistes de la coordination est plutôt administrative, chronophage, paperassière. Ils voient peu ses aspects positifs pour eux. Les autres acteurs se demandent comment les intéresser à la coordination.
- ▶ D'un autre côté, l'expérience des médecins qui ont eu recours à un CLIC montre que ces dispositifs peuvent leur être utiles. Et, même si pour l'instant le recul est faible concernant les réseaux gérontologiques, il semble qu'y participer peut les aider à résoudre des difficultés rencontrées dans la prise en charge des personnes âgées.
- ▶ La gestion du temps est selon la plupart des médecins interrogés une difficulté importante dans l'exercice de leur activité. Ce point est visiblement bien compris par les autres acteurs qui l'énoncent spontanément pour expliquer le peu de participation des médecins.
- ▶ Enfin, le problème de la démographie médicale confrontée à celle des personnes âgées inquiète tous les acteurs, médecins généralistes, responsables des Conseils généraux, responsables de dispositifs de coordination.
- ▶ Au total, les positions des uns et des autres ne sont pas réellement contraires, mais sans doute pour des raisons de cadre d'activité, de culture, d'approche, une distance existe entre eux.



N° Vert 0 800 880 607

URML RA - 20, rue Barrier 69006 Lyon
Tél : 04 72 74 02 75 - Fax : 04 72 74 00 23 - Mail : urmlra@urmlra.org - www.urmlra.org
