

UNIVERSITE PARIS DIDEROT - PARIS 7

FACULTE DE MEDECINE

Année 2010

n° de thèse :

THESE
POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

LUU Say-Chong

Né le 1^{er} Janvier 1981 à Phnom Penh

Présentée et soutenue publiquement le 06 juillet 2010

**OBSTACLES A LA PRISE EN CHARGE
AMBULATOIRE DU SUJET AGE**

Président : Professeur Sylvie LEGRAIN
Directeur de thèse : Docteur Pascale SANTANA-ROLLAND

DES DE MEDECINE GENERALE

REMERCIEMENTS

Je voudrais commencer par remercier très chaleureusement le Dr Pascale Santana-Rolland, sans qui ce projet de thèse n'aurait pas été possible. J'apprécie votre gentillesse, votre attention et votre disponibilité. Vous m'avez accompagné tout au long de mon travail et vous étiez présente chaque fois que j'avais besoin de vous. Merci encore.

Un grand merci également à l'ensemble des membres du jury et en particulier au Professeur Sylvie Legrain qui me fait l'honneur d'être Présidente de mon jury de thèse.

Je tiens également à remercier tous les médecins généralistes qui ont accepté de participer à mon travail de thèse. Ils m'ont transmis un peu de leur savoir, un peu de leur expérience, de leur vision et beaucoup de leur humanité et de confraternité.

J'ai aussi une pensée à tous mes anciens co-internes, les médecins seniors, les infirmiers... qui m'ont aidé pendant mon internat, m'ont soutenu et m'ont permis de me construire en tant que médecin. Je tiens en particulier à citer l'équipe de la réa d'Aulnays, la médecine interne de Garches, la sympathique unité Dufy de Bretonneau, la « Maladie inf » de Tenon, mes anciens maîtres de stage Alain Tyrode et Marcel Hess qui m'ont montré à quel point la Médecine Générale était une spécialité noble, la pédiatrie de Louis Mourier, l'équipe « *décho*c » des Urgences d'Argenteuil, la paisible cardiologie d'Eaubonne et mon tuteur François Millet.

Je n'oublie pas les patients dont j'ai croisé un jour le chemin et qui m'ont appris l'optimisme et le courage. Vous m'avez tellement enrichi à votre contact et c'est à vous que je dois mon goût pour la Clinique.

Enfin, j'adresse mes remerciements à tous mes proches, à ma famille et notamment à mes deux grands-pères qui m'ont quitté malheureusement trop tôt, à tous mes amis, à mes anciens professeurs. Vous m'avez fait grandir et vous m'avez permis de me construire en tant qu'Homme. Que vous soyez en France ou ailleurs, je suis et je serai toujours près de vous.

«Nous désirons tous atteindre la vieillesse, et nous refusons tous d'y être parvenus.»

Francisco de Quevedo

SOMMAIRE

GLOSSAIRE	9
INTRODUCTION	13
La santé des personnes âgées, un enjeu de santé publique	13
L'importance des soins primaires dans la prise en charge des personnes âgées	15
Enjeux de la prise en charge d'une personne âgée	15
Les objectifs de notre travail	17
METHODOLOGIE	18
Choix de la méthode qualitative	18
L'échantillonnage	19
L'analyse des données	20
Le risque du biais d'idées préconçues	21
L'arrêt des entretiens	21
RESULTATS	22
I- DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON	22
II- LE PATIENT AGE ET SES PARTICULARITES	24
1- La notion de « fragilité » du sujet âgé selon les médecins traitants	24
Conception multidimensionnelle de la « fragilité »	24
Repérer la fragilité du sujet âgé	26
Les médecins sont divisés quant à la possibilité d'anticiper la fragilité	30
2- Les difficultés de la prise en charge des personnes âgées par les médecins traitants	33
Une prise en charge nécessairement globale	33
Les difficultés relationnelles et éthiques	36
Les maux du sujet âgé : la solitude et les douleurs physiques notamment	37
L'intégration de l'entourage dans la prise en charge de la personne âgée	38
Ambivalence des personnes âgées	39
Ambivalence des médecins traitants	41
3- Les objectifs de prise en charge des médecins traitants	43
Le maintien à domicile	43
Prendre en charge la globalité de la personne âgée	43
Faire de la personne âgée un partenaire de sa prise en charge	45
Négociation avec la personne âgée	46
Protection de la personne âgée	47
Les autres objectifs du médecin traitant	49

III- UNE PRISE EN CHARGE AMBULATOIRE DIFFICILE GUIDÉE PAR L'IDEE DU MAINTIEN A DOMICILE _____ 52

1- Les raisons de l'importance du maintien à domicile _____	52
Respect de la volonté et de l'autonomie de la personne âgée _____	52
Qualité de vie et confort du patient _____	52
Représentations négatives de l'Hôpital _____	53
Mieux vaut mourir chez soi _____	54
Intérêt économique pour la collectivité _____	54
Il y a très peu d'inconvénients au maintien à domicile _____	55
2- Les visites à domicile du médecin traitant _____	55
Intérêts multiples de la visite à domicile _____	55
Les limites de la visite à domicile _____	56
3- L'ambivalence des aidants _____	57
Importance des aidants. _____	57
Aidants parfois nuisibles _____	59
Nécessité d'aider les aidants eux-aussi _____	61
4- Les réseaux gériatriques peuvent faciliter le maintien à domicile _____	62
Les avantages du réseau gériatrique _____	62
Les inconvénients du réseau gériatrique _____	66
5- Les limites du maintien à domicile _____	68
Les limites liées au contexte médical et social _____	69
Limites du médecin traitant _____	69
Limites liées aux aidants _____	71
Limites sociales du maintien à domicile _____	72
Limites liées à l'éthique _____	73

IV- L'HOSPITALISATION EST SOUVENT LE DERNIER RECOURS _____ 75

1- De multiples motifs d'hospitalisation _____	75
Pathologie aiguë, pathologie chronique _____	75
Pathologie somatique, pathologie neuro-psychiatrique _____	76
Des motifs sociaux d'hospitalisation _____	76
Des raisons d'ordre organisationnel _____	77
Soutien et soulagement de l'entourage et du médecin _____	77
2- Les différentes représentations de l'hospitalisation _____	78
Pour le médecin traitant, c'est une aide qui a ses limites et ses risques _____	78
Le regard des personnes âgées et des aidants sur l'Hôpital _____	82
3- Le rôle du gériatre _____	85
Rôle d'expertise _____	85
Rôle organisationnel _____	87
Limites du gériatre _____	87

4- Critiques du système hospitalier _____	88
Limites liées à l'image de l'Hôpital et à ses risques _____	89
Difficultés liées à l'organisation d'une hospitalisation _____	89
Difficultés de communication avec l'Hôpital _____	90
La sortie de l'Hôpital _____	91
5- Souhaits des généralistes pour améliorer la liaison ville - hôpital _____	92
V- CONCLUSION TIREE DES RESULTATS _____	95
<i>DISCUSSION</i> _____	97
I- LE MAINTIEN A DOMICILE, CLEF DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES PAR LES MEDECINS TRAITANTS _____	97
1- Rappel des résultats de l'étude concernant le maintien à domicile _____	97
2- Les enjeux du maintien à domicile de la personne âgée _____	98
Enjeu médical _____	98
Enjeu psychologique _____	101
Enjeu économique _____	103
Enjeu social _____	105
Enjeu philosophique _____	109
3- Le rôle de l'entourage dans le maintien à domicile d'une personne âgée _____	111
Importance des aidants naturels pour le maintien à domicile _____	111
Effet protecteur des aidants naturels _____	112
Motivation des aidants naturels _____	113
Les aides professionnelles complètent les aides naturelles _____	114
4- Le rôle du médecin traitant dans la prise en charge à domicile _____	114
La visite à domicile et la continuité des soins _____	114
Une prise en charge globale et coordonnée _____	116
Un rôle d'éducation et de prévention _____	118
Le médecin et son rôle de soutien social de la personne âgée _____	119
Le médecin traitant et la santé de la collectivité _____	121
Le médecin traitant et les économies de santé: quelques pistes d'actions _____	122
5- Les limites du maintien à domicile _____	124
Les limites du médecin, de la médecine, du système de santé _____	124
Les limites liées au patient et aux aidants _____	129
Les limites du maintien à domicile liées à notre société _____	136
Les réseaux de soins peuvent-ils contribuer à prolonger le maintien à domicile ? _____	136

II- LA FRAGILITE DE LA PERSONNE AGEE, UNE NOTION COMPLEXE __ 139

1- La « fragilité » des personnes âgées _____	139
Intuition des médecins _____	139
Emergence d'un nouveau concept _____	140
Difficultés d'une définition consensuelle _____	141
Confrontation des points de vue : la fragilité selon les non-médecins _____	143
Les indicateurs multiples de la « fragilité » _____	144
Evolution défavorable des personnes âgées « fragiles » _____	147
2- Implications de la « fragilité » sur la prise en charge : utilité de ce concept ? _____	148
Prévention et traitement de la « fragilité » _____	148
La fragilité met en évidence l'hétérogénéité de la population âgée _____	149
La fragilité souligne les spécificités de la prise en charge des personnes âgées _____	149
Fragilité et relation médecin médecin-malade _____	150
3- Maltraitance des personnes âgées, méconnue des professionnels de santé _____	151
Définition non consensuelle _____	152
La maltraitance des personnes âgées, un phénomène de société _____	153
Quels sont les comportements de maltraitance qui prédominent ? _____	154
Qui sont les auteurs de maltraitance ? _____	156
Quels sont les facteurs de risque de la maltraitance ? _____	156
Quelles sont les conséquences chez la personne âgée de la maltraitance ? _____	157
Qui signale les maltraitements ? _____	158
Comment expliquer la réticence des professionnels au signalement ? _____	158
Propositions d'actions de lutte contre la maltraitance ? _____	161
4- L'ambivalence liée à la prise en charge des personnes âgées _____	163
Comment se manifeste cette ambivalence ? _____	163
Comment expliquer cette ambivalence ? _____	165
Comment dépasser cette ambivalence pour pouvoir agir ? _____	167

III- LES PROBLEMES « EN SUSPENS » _____ 170

1- Limites des institutions _____	170
L'hospitalisation et ses limites _____	170
L'institutionnalisation, réponse aux problèmes du maintien à domicile ? _____	173
Existe-il des solutions pour améliorer le vécu de l'institutionnalisation ? _____	174
2- Les problèmes de communication entre médecins généralistes et spécialistes _____	175
Les critiques de part et d'autre _____	176
L'importance d'une bonne communication entre les médecins _____	177
Comment expliquer cette relation particulière entre le généraliste et ses confrères spécialistes ? _____	178
Comment améliorer la communication entre les médecins généralistes et les spécialistes ? _____	178

3- Le défi politique posé par le vieillissement de la population _____	179
Nécessité d'une réponse politique aux problèmes posés par la prise en charge des personnes âgées _____	180
Le plus grand défi d'une politique de santé : introduire le qualitatif dans le quantitatif _____	182
4- Limites de ce travail de thèse _____	184
Limites liées au caractère qualitatif de notre travail _____	184
Limites liées à la méthode de la Théorisation ancrée _____	185
Pistes de recherche proposées _____	185
Tester la qualité de cette étude par une grille de lecture pour articles de recherche qualitative _____	186
CONCLUSION _____	189
BIBLIOGRAPHIE _____	191
ANNEXES _____	205
SCHEMA METHODOLOGIE (1) _____	206
SCHEMA METHODOLOGIE (2) _____	207
SCHEMA SYNTHETIQUE DES RESULTATS _____	208
VERBATIM _____	209
ENTRETIEN N°1 _____	209
ENTRETIEN N°2 _____	218
ENTRETIEN N°3 _____	225
ENTRETIEN N°4 _____	230
ENTRETIEN N°5 _____	238
ENTRETIEN N°6 _____	249
ENTRETIEN N°7 _____	261
ENTRETIEN N°8 _____	271
ENTRETIEN N° 9 _____	280
ENTRETIEN N°10 _____	291
ENTRETIEN N°11 _____	301
ENTRETIEN N° 12 _____	312
ABSTRACT _____	322
RESUME _____	323

GLOSSAIRE

Voici quelques définitions de termes que nous serons amenés à employer fréquemment.

Hospitalisation

Nous définissons l'hospitalisation par l'admission d'un patient dans un établissement hospitalier public ou privé, afin d'y recevoir des soins à visée diagnostique, thérapeutique ou préventive. Pour parler d'hospitalisation, nous décidons que le séjour hospitalier doit durer au moins 24 heures. Nous excluons de cette définition les consultations externes dans un établissement hospitalier, ainsi que l'hospitalisation à domicile ou encore l'hospitalisation de jour (sauf mention contraire dans le texte).

Médecine générale

Nous utiliserons la définition de la World Organization of Family Doctors ou WONCA (2002) qui définit la médecine générale comme « une discipline universitaire, avec son contenu spécifique de formation, de recherche de pratique clinique, et ses propres fondements scientifiques. »

« C'est une spécialité clinique orientée vers les soins primaires » dont les caractéristiques sont les suivantes :

- *Elle est habituellement le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe ou de toutes les autres caractéristiques de la personne concernée.*
- *Elle utilise de façon efficiente les ressources du système de santé par la coordination des soins, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités, se plaçant si nécessaire en défenseur du patient.*
- *Elle développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales, et communautaires.*
- *Elle utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée.*
- *Elle a la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux, selon les besoins du patient.*
- *Elle base sa démarche décisionnelle spécifique sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires.*
- *Elle gère simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient.*
- *Elle intervient à un stade précoce et indifférencié du développement des maladies, qui pourraient éventuellement requérir une intervention rapide.*

- Elle favorise la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace.
- Elle a une responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté.
- Elle répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle.

Médecin généraliste ou médecin de famille

C'est un médecin formé aux principes de la médecine générale. Les médecins généralistes sont chargés « de dispenser des soins globaux et continus à tous ceux qui le souhaitent indépendamment de leur âge, de leur sexe et de leur maladie. Ils soignent les personnes dans leur contexte familial, communautaire, culturel et toujours dans le respect de leur autonomie. Ils acceptent d'avoir également une responsabilité professionnelle de santé publique envers leur communauté. Dans la négociation des modalités de prise en charge avec leurs patients, ils intègrent les dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle, mettant à profit la connaissance et la confiance engendrées par des contacts répétés. Leur activité professionnelle comprend la promotion de la santé, la prévention des maladies et la prestation de soins à visée curative et palliative. Ils agissent personnellement ou font appel à d'autres professionnels selon les besoins et les ressources disponibles dans la communauté, en facilitant si nécessaire l'accès des patients à ces services. Ils ont la responsabilité d'assurer le développement et le maintien de leurs compétences professionnelles, de leur équilibre personnel et de leurs valeurs pour garantir l'efficacité et la sécurité des soins aux patients. » (WONCA Europe 2002)

Médecin spécialiste

Bien que la médecine générale soit considérée comme une spécialité à part entière (WONCA Europe 2002), par souci de clarté, nous emploierons le terme de « spécialiste » pour désigner tout médecin n'exerçant pas la médecine générale telle que la définit la WONCA (2002).

Médecin traitant

Le « médecin traitant » en France est une création de la loi du 13 août 2004. Chaque assuré social ou ayant droit âgé de plus de seize ans doit désigner un médecin traitant de son choix. Le médecin traitant a vocation à jouer un rôle pivot dans le nouveau parcours de soins et la convention lui confie le soin d'assurer la coordination des informations concernant le patient (Article L.162-5-3 du Code de la Sécurité Sociale, Service Public 2009, Sénat 2005).

La convention lui reconnaît les missions suivantes (Assurance Maladie 2010, Sénat 2005) :

- assurer le premier niveau de recours aux soins ;
- orienter le patient dans le parcours de soins et informer tout médecin correspondant des délais de prise en charge compatibles avec l'état du patient ;
- assurer les soins de prévention (dépistage, éducation sanitaire, etc.) et contribuer à la promotion de la santé ;

- contribuer à la « protocolisation » des soins de longue durée, en concertation avec les autres intervenants ; la rédaction du protocole est faite par le médecin traitant (généraliste ou spécialiste) en liaison ou selon la proposition du ou des médecins correspondants participant à la prise en charge du malade ;
- favoriser la coordination par la synthèse des informations transmises par les différents intervenants et l'intégration de cette synthèse dans le dossier médical personnel ;
- apporter au malade toutes informations permettant d'assurer une permanence d'accès aux soins aux heures de fermeture du cabinet.

Par conséquent, le rôle du médecin traitant dans le bon fonctionnement du parcours de soins est primordial, grâce d'une part à la gestion des informations et d'autre part à son association aux interventions des médecins spécialistes lorsque ces dernières concernent des soins itératifs (Sénat 2005).

Notons que le médecin traitant choisi peut être un généraliste ou un spécialiste, un médecin libéral ou un médecin hospitalier (article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité Sociale, Assurance maladie 2010, Service Public 2009). En fait, les médecins de famille habituels sont choisis comme médecins traitants dans 92% des cas (Dourgnon 2007) et 99% des médecins généralistes ont été choisis comme médecins traitants au moins par un patient (Sénat 2005), si bien que dans la suite de notre exposé, le terme de « médecin traitant » sera souvent employé comme synonyme de « médecin généraliste ».

Médecine libérale

La médecine libérale désigne un mode d'exercice médical. Elle repose sur des principes fondamentaux (Legmann 2010) qui garantissent l'indépendance professionnelle du médecin libéral :

- *la liberté thérapeutique et de prescription,*
- *le respect du secret professionnel,*
- *le droit à des honoraires fixés par « entente directe » entre le médecin à son patient et paiement de ceux ci directement par le malade au médecin,*
- *la liberté d'installation,*
- *le contrôle des médecins exclusivement par leurs pairs.*

Omnipraticien

Dans notre travail, le terme d' « omnipraticien » sera utilisé comme synonyme de « médecine généraliste ».

Personne âgée

Nous ne définissons pas de manière volontaire la personne âgée dans notre travail afin de ne pas influencer la perception de la vieillesse par les médecins généralistes participants. Par ailleurs, cela permet lors de notre recherche bibliographique de ne pas éliminer les études qui n'utiliseraient pas les mêmes critères que nous, ces critères étant très variables d'une étude à l'autre.

Soins ambulatoires et soins hospitaliers

Les soins ambulatoires comprennent les soins effectués en cabinet de ville, en dispensaire, centres de soins ou lors de consultations externes d'établissements hospitaliers publics ou privés. Ils se composent des soins dispensés au titre de l'activité libérale par les médecins, les dentistes et les auxiliaires médicaux (les infirmiers, les kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes), des actes d'analyse effectués en laboratoire et des soins dispensés en cures thermales (INSEE 2010).

Les soins hospitaliers regroupent l'ensemble des services (soins et hébergement) de court et moyen séjours fournis par les hôpitaux du secteur public et par les hôpitaux du secteur privé. Les soins hospitaliers incluent les honoraires des praticiens perçus à l'occasion d'une hospitalisation complète dans le secteur privé ; les consultations externes des hôpitaux publics sont en revanche exclues (INSEE 2010).

Soins primaires

Selon la définition de l'OMS (1978), les soins de santé primaires sont des « soins de santé essentiels rendus universellement accessibles aux individus et aux familles au sein de leur communauté par des moyens acceptables pour eux et à un coût que les communautés et le pays puissent assumer. Ils font partie intégrante tant du système de santé national, dont ils sont la cheville ouvrière, que du développement économique et social d'ensemble de la communauté ».

INTRODUCTION

La santé des personnes âgées, un enjeu de santé publique

Au 1^{er} janvier 2009, 16.6% de la population française a plus de 65 ans dont 8.7% a plus de 75 ans (INSEE 2009). Ce chiffre est amené à augmenter dans les prochaines années. Ce vieillissement de la population est expliqué par l'allongement de l'espérance de vie, un faible taux de fécondité et l'arrivée des Baby-boomers aux âges les plus élevés, en supposant le solde migratoire constant (INSEE 2010, Christensen 2009, Martini 2007, Seshamani 2004, Brutel 2002). Durant ces 10 dernières années, le nombre des personnes âgées de 75 ans ou plus a augmenté d'un tiers soit 5 fois plus vite que la population totale (INSEE 2009).

Or, cette partie de la population constituée par les personnes âgées cumule les problèmes.

Des problèmes médicaux tout d'abord :

- La prévalence des maladies, notamment les maladies chroniques, augmente avec l'âge (Christensen 2009). En France, 73% des personnes de 85 ans ou plus déclarent avoir au moins une maladie chronique et seuls 26.7% des plus de 75 ans se déclarent être en bonne ou très bonne santé (DREES 2009). La proportion des patients polyopathologiques augmente parmi les personnes âgées (DREES 2008, Veysset 1989). Les douleurs chroniques rebelles touchent 60% des personnes âgées en France en 2003 (DREES 2008). La prévalence de la démence augmente avec l'âge (Chapman 2006). De même, la consommation médicamenteuse et la polymédication deviennent plus fréquentes avec l'âge (Gallagher 2007) avec un risque d'effets secondaires, d'interactions médicamenteuses et de prescriptions inappropriées (O'Mahony 2008, Gallagher 2007).
- Les incapacités et le niveau des handicaps augmentent pour les plus âgés (>85 ans) (Christensen 2009). En France en 1999, 75.1% des personnes âgées de plus de 60 ans présentent une déficience, 35.6% des plus de 60 ans ont recours à des aides techniques et 27.9% des plus de 60 ans qui vivent dans leur domicile ont recours à une aide

humaine (INSEE 2004). En France en 2009, plus d'1 million de personnes âgées bénéficient de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie ou APA (INSEE 2009).

- Le risque d'institutionnalisation s'accroît avec l'âge (Désesquelles 2003). L'hospitalisation des personnes âgées de 65 ans ou plus représente 56% des journées en hospitalisation complète en France en 2004 (Mouquet 2008). Les plus de 65 ans sont hospitalisés 3 fois plus souvent que les moins de 65 ans (Landefeld 2003).

Les personnes âgées connaissent également des difficultés socio-économiques (INSEE 2009):

- En France, en 2004, le montant moyen mensuel de la retraite globale est de 979 euros pour les femmes.
- En France, en 2007, 586 000 personnes âgées bénéficient du minimum vieillesse. Ce minimum vieillesse est de 8 125 euros par an en 2009.
- Si l'on fixe le seuil de pauvreté à 60% du niveau de vie médian, alors ce taux de pauvreté concerne 8.9% des hommes de plus 75 ans et 13.4% des femmes de plus 75 ans, en 2007 en France.
- 1.3 million de Français en 2008 bénéficient de l'aide sociale départementale aux personnes âgées dont 721 100 personnes vivant au domicile.
- La fréquence de l'isolement augmente avec l'âge chez les personnes âgées non institutionnalisées (Désesquelles 2003).

Cela explique l'augmentation des dépenses de santé dans une société vieillissante (Martini 2007, Gallagher 2007, Seshamani 2004, Polder 2002, Spillman 2000). Ainsi, la moitié des dépenses de santé de toute une vie se fait après l'âge de 65 ans (Alemayehu 2004). En Angleterre, les personnes âgées qui décèdent représentent en 2002 1% de la population mais 28.9% des dépenses hospitalières (Seshamani 2004).

Cette population âgée a donc de nombreux besoins médicaux. Il n'est pas étonnant que le médecin généraliste joue un rôle essentiel dans la prise en charge de cette population.

L'importance des soins primaires dans la prise en charge des personnes âgées

Les contacts entre le médecin généraliste et la personne âgée sont en effet fréquents : 1/3 des personnes de plus de 85 ans a consulté son médecin traitant dans les 3 mois qui précèdent, 93.5% des plus de 85 ans ont vu leur médecin de famille au moins une fois dans l'année précédente, 13.5% des consultations ont lieu lors de visites à domicile (Collerton 2009). La présence de médecins généralistes permet à la population la plus âgée, notamment celle qui est la moins mobile, d'accéder aux soins (Chaix 2005). Par ailleurs, les généralistes sont les plus enclins à s'installer dans les zones les plus délaissées par les professionnels de santé (Grumbach 2003). Enfin les zones où le ratio (médecins omnipraticiens / habitants) est le plus élevé sont aussi les zones qui ont les meilleurs indicateurs de santé et de qualité de soins, et ce quel que soit le nombre de médecins spécialistes (Mobley 2006, Starfield 2005). Une forte densité en médecins de famille est aussi associée à des dépenses de soins moins élevées, même après ajustement sur le nombre total de médecins par nombre d'habitants (Baicker 2004).

On comprend ainsi l'importance de la médecine générale ambulatoire dans le système de soins non seulement pour la prise en charge des patients les plus vulnérables, mais aussi pour la régulation des dépenses.

Enjeux de la prise en charge d'une personne âgée

On voit donc que les enjeux de la prise en charge des personnes âgées sont multiples. Ces enjeux concernent avant tout la qualité et le coût des soins. Trois points de vue sont à distinguer :

- du point de vue du patient âgé : une prise en charge de qualité procure satisfaction, santé et qualité de vie ;
- du point de vue du médecin : elle signifie satisfaction et efficacité ;
- du point de vue de la santé publique : elle implique efficience et optimisation des dépenses de santé.

C'est pourquoi il est important de connaître et de comprendre les difficultés de la prise en charge des personnes âgées par les médecins généralistes, et notamment le moment particulier de cette prise en charge où l'hospitalisation du patient âgé est demandée. Cela constituerait en effet un point de départ à une réflexion plus générale sur une politique de santé qui puisse soutenir les généralistes dans leur travail.

Or, nous n'avons pas connaissance d'études consacrées spécifiquement au processus de prise de décision par le médecin de famille d'hospitaliser une personne âgée. Et même si de nombreux articles ont étudié les motifs d'hospitalisation du patient âgé, leurs facteurs de risque, et la manière de les prévenir, nous pensons qu'ils n'abordent pas toutes les dimensions de cette prise de décision.

Par ailleurs, les difficultés médicales et socio-économiques que cumule une partie de la population âgée constituent ce que certains appellent parfois la « fragilité de la personne âgée » (Dupre 2009). C'est un concept souvent utilisé en gériatrie parce qu'il permet de décrire et d'identifier les personnes âgées à risque plus élevé d'hospitalisation, d'institutionnalisation, de mortalité, et de guider leur prise en charge et la mise en place d'actions préventives (Dupre 2009). Cependant, il n'y a pas de consensus ni sur la nature de la « fragilité » ni sur les dimensions et composantes à inclure (Karunanathan 2009, Ahmed 2007, Wollner 2005, Markle-Reid 2003). Il n'y a pas non plus, à notre connaissance, d'études sur la perception de la « fragilité » de la personne âgée par les médecins traitants alors qu'ils prennent en charge de très nombreuses personnes âgées (Collerton 2009). Pourtant ce concept pourrait se révéler utile dans leur prise en charge du patient âgé (Dourlens 2008).

Enfin, il est fréquent de constater, même si progressivement les choses sont en train de changer, l'absence d'instances représentatives de généralistes dans les conférences traitant de sujets de santé publique. On peut par exemple citer la conférence de consensus sur la prise en charge de la personne âgée aux urgences, organisée par la Société Française de Médecine d'Urgence en 2003 : aucune Société savante de Médecine Générale n'est présente alors même qu'il est mentionné dans cette conférence que la personne âgée est adressée aux urgences dans 75% des cas par un médecin généraliste. Par conséquent, ce travail est aussi d'une certaine manière une façon de donner la parole aux médecins de famille sur un sujet qui les concerne directement : les difficultés de la prise en charge ambulatoire et la demande d'hospitalisation pour un sujet âgé.

Les objectifs de notre travail

Notre travail a trois objectifs principaux:

- Enoncer les difficultés de la prise en charge ambulatoire d'une personne âgée et recueillir les souhaits et les propositions des médecins de famille pouvant permettre d'améliorer cette prise en charge ;
- Expliciter et comprendre les raisons médicales et extra-médicales qui poussent un médecin traitant à hospitaliser un patient âgé à un moment donné ;
- Evaluer les représentations de la fragilité de la personne chez les médecins traitants et étudier comment cette notion est intégrée, dans le cas où elle est prise en compte, dans le processus de prise en charge du patient âgé par le médecin généraliste.

Notre hypothèse :

Il existe des facteurs de « fragilité » psychologique, sociale et familiale perçus par le médecin traitant, mais pas forcément par le médecin hospitalier parce que celui-ci connaît le patient depuis moins longtemps. Ces facteurs aggravent une situation de crise donnée et imposent une hospitalisation pour les personnes âgées dites « fragiles » alors qu'une hospitalisation n'aurait pas été forcément nécessaire pour une personne, même âgée, mais non fragile.

Ce travail pourrait présenter plusieurs intérêts, notamment celui d'améliorer :

- la qualité de la prise en charge de la personne âgée en ambulatoire, grâce à l'analyse des processus décisionnels et en permettant une réflexion par les médecins traitants eux-mêmes de leur stratégie de prise en charge ;
- la qualité de la prise en charge hospitalière par la prise en compte de l'ensemble des motifs amenant un médecin de ville à demander l'hospitalisation d'une personne âgée ;
- la compréhension et par conséquent le dialogue entre les médecins hospitaliers et les médecins traitants ;
- et enfin de fournir des orientations à une politique de santé publique future.

METHODOLOGIE

Choix de la méthode qualitative

L'objectif de notre travail est triple. Il vise à expliciter et comprendre les raisons qui poussent un médecin généraliste à hospitaliser un patient âgé jusque-là suivi à son domicile. Il cherche également à énoncer les difficultés de la prise en charge d'une personne âgée en ambulatoire. Enfin, il s'attache à évaluer les représentations de la fragilité du sujet âgé chez les médecins de famille et à étudier comment cette notion est intégrée par l'omnipraticien dans le processus de prise en charge et dans sa décision d'hospitaliser ou de « placer » la personne âgée. Par conséquent, dans cette optique exploratoire, il nous semble que la méthodologie qualitative est la plus adaptée (Turgeon 2000, Sofaer 1999, Huston 1998).

La méthodologie qualitative, si appliquée rigoureusement, permet la production de savoirs (Drapeau 2004, Turgeon 2000, Huston 1998). Plusieurs méthodes sont possibles en recherche qualitative (Hennebo 2009, Moreau 2004, Sofaer 1999, Huston 1998). La méthode fondée sur l'observation, participante ou non, n'a pas été choisie en raison de ses contraintes pratiques évidentes. La méthode du focus group est récusée pour plusieurs raisons : la difficulté de réunir en même temps et sur un même lieu plusieurs médecins généralistes, la crainte que tous ne puissent pas exprimer leurs idées, le risque d'avoir des leaders d'opinion ou le risque qu'il ne s'y dégage que des « normes de groupe », l'indispensable maîtrise de la technique de conduite de réunion pour celui qui serait le modérateur, et enfin le faible intérêt, dans notre cas, de l'interaction et de la dynamique de groupe. Finalement, nous optons pour des entretiens individuels semi-dirigés. Ces entretiens permettent d'aborder et d'approfondir un certain nombre de thèmes tout en laissant la possibilité à d'autres thèmes d'émerger. Chaque entretien avec un médecin participant est enregistré à l'aide d'un dictaphone puis retranscrit mot à mot et en intégralité. Les verbatim sont placés en annexe et mis à disposition du lecteur.

Les données issues de ces interviews sont analysées, dès les premiers entretiens, suivant la méthode de la théorisation ancrée ou « grounded theory » (Hennebo 2009, Glaser 1999). La

théorisation de cette méthode est détaillée dans le livre de Glaser et Strauss intitulé *Discovery of Grounded Theory : Strategies for Qualitative Research*. Cette méthode est utilisée depuis les années 60 initialement en sociologie puis plus récemment en médecine (Hennebo 2009, Puts 2009, Van Ravesteijn 2008, Yaffe 2008, Rodriguez 2006). Elle permet, uniquement à partir de données recueillies lors d'entretiens, en s'appuyant sur une démarche inductive rigoureuse, de construire une théorie expliquant le phénomène étudié (Hennebo 2009, Glaser 1999). Elle présente de nombreux avantages qui expliquent notre choix. Elle permet d'expliquer des phénomènes relativement complexes uniquement à partir des données recueillies sur le terrain, grâce à une démarche rigoureuse et codifiée, et ne nécessite pas d'autres connaissances que celle des étapes de l'analyse. Par ailleurs, nous disposons d'un certain recul concernant l'utilisation de cette méthode plusieurs fois éprouvée non seulement dans le domaine de la sociologie mais aussi, plus récemment, dans le domaine médicale. Nous reviendrons plus en détail sur les étapes de l'analyse.

L'échantillonnage

Les participants sont des médecins généralistes exerçant en ambulatoire et ayant des personnes âgées parmi leurs patients. Les médecins que nous avons contactés sont tous Enseignants cliniciens ambulatoires (ECA) rattachés au Département de Médecine Générale de la Faculté Paris Diderot (Paris VII) située au nord de Paris. Nous avons volontairement choisi des maîtres de stage en émettant l'hypothèse (non vérifiée mais crédible) qu'il est très probable que ces médecins aient réfléchi sur leur prise en charge des patients âgés et qu'ils soient capables de verbaliser plus clairement leur démarche, étant chargés d'enseignement pratique et étant davantage confrontés à des questions de collègues plus jeunes. De ce fait, nos données pourraient être saturées plus rapidement.

Par ailleurs, notre travail ne visant pas la généralisabilité des résultats mais la compréhension d'un processus décisionnel chez le médecin généraliste, notre échantillon ne cherche pas à être représentatif de la population des médecins généralistes en France. Les médecins sont choisis de telle façon qu'ils soient les plus différents les uns des autres (ancienneté d'exercice de la médecine, sexe, lieu d'exercice), augmentant ainsi la probabilité d'avoir des réponses variées et permettant la saturation rapide des données.

Les ECA de la Faculté Paris VII sont tout d'abord contactés par un mail, leur expliquant le projet de cette thèse et demandant leur consentement pour participer au projet. Seul le thème de la thèse est mentionné dans le mail, sans les hypothèses. Il est également précisé que leur participation se ferait sous couvert d'anonymat. En cas de réponse favorable du médecin généraliste, un rendez-vous est pris pour convenir d'un entretien à l'endroit souhaité par le participant. Chaque ECA n'est interrogé qu'une seule fois.

L'analyse des données

La technique d'analyse des données est décrite en détail par Glaser et Strauss dans leur livre *Discovery of Grounded Theory : Strategies for Qualitative Research*. Notre analyse reprend les principes de la démarche indiquée dans ce livre.

Chaque entretien est préparé soigneusement grâce à la rédaction d'un guide d'entretien, différent pour chaque entretien, qui reprend les thèmes des entretiens précédents que nous souhaitons approfondir. Cela implique que dès la fin d'un entretien et avant la prochaine entrevue avec un autre participant, le dialogue soit retranscrit puis analysé.

Une fois l'entretien retranscrit, chaque phrase du texte est décomposée en groupes de mots qui forment autant d'unités élémentaires de sens. Chaque unité de sens est codée, c'est-à-dire qu'un « intitulé de code » lui est attribué. L'« intitulé de code » permet de synthétiser la signification de chaque groupe de mots.

L'étape suivante est le regroupement des « intitulés de code » en des « catégories élémentaires ». Les « catégories élémentaires » sont ensuite regroupées en « catégories conceptuelles ». Le niveau de conceptualisation augmente ainsi à chaque étape.

Tout au long de la démarche, un aller-retour permanent est impératif entre les données et les « intitulés de codes » ou entre les données et les différentes catégories, ou encore entre les « intitulés de code » et les catégories. De la même façon, il est important de comparer en permanence les « intitulés de code » entre eux et les différentes catégories entre elles. C'est la méthode de la « comparaison continue » ou « constant comparative method of qualitative analysis ».

Cette « comparaison continue » tout au long de l'analyse des données va permettre la mise en évidence de nouvelles catégories et des liens entre les différentes catégories. Ces liens expliquent les rapports que les catégories entretiennent entre elles. La « comparaison continue » intervient aussi lorsque l'on souhaite confronter l'opinion d'un médecin avec celle d'un autre. Au final, l'ensemble formé par les « catégories conceptuelles » et les relations entre ces catégories constituera notre théorie explicative.

Le risque du biais d'idées préconçues

Il est important qu'à chaque étape et à chaque entretien nous n'introduisions pas des idées qui ne proviendraient pas des données. La théorie doit en effet émerger uniquement des données collectées et non de théorie préconçue (Hennebo 2009, Glaser 1999). En revanche, une fois les concepts issus des données, nous nous autorisons à éventuellement les utiliser dans les entretiens suivants pour qu'ils soient confrontés à l'opinion des autres médecins interrogés par la suite.

L'arrêt des entretiens

Le recueil des données s'arrête lorsque nos données sont saturées. Nous définissons arbitrairement la saturation des données par l'absence d'émergence de nouvelles « catégories conceptuelles » lors de l'analyse de deux entretiens successifs.

En annexe, le lecteur trouvera deux schémas qui récapitulent notre démarche méthodologique.

RESULTATS

I- DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON

Au total, 56 médecins généralistes ont été contactés par mail entre novembre et décembre 2009. 16 médecins ont répondu (soit 29% des médecins contactés) :

- 12 médecins ont accepté
- 1 médecin a refusé pour manque de disponibilité
- 1 médecin a refusé pour cause de départ à la retraite depuis 4 ans
- 2 médecins ont refusé en raison de patientèle particulière (consultations précarité dans un centre de migrants pour l'un et consultations-vaccination pour l'autre).

Parmi les médecins ayant participé aux entretiens :

- le sexe ratio est de 8 hommes pour 4 femmes
- l'ancienneté d'exercice des participants varie entre 1 an et 40 ans :
 - 2 pratiquent la médecine générale depuis moins de 5 ans
 - 1 pratique la médecine générale depuis moins de 15 ans mais plus de 5 ans.
 - 7 pratiquent la médecine générale depuis moins de 30 ans mais plus de 15 ans.
 - 3 pratiquent la médecine générale depuis 30 ans ou plus
- les lieux d'exercice :
 - 7 exercent sur Paris intra-muros
 - 3 exercent dans les Hauts-de-Seine
 - 1 exerce en Seine-Saint-Denis
 - 1 exerce dans le Val d'Oise (en milieu semi-rural)
- en ce qui concerne leur appartenance à un réseau structuré :
 - 4 appartiennent à un réseau de soins gériatriques structurés
 - 8 n'appartiennent officiellement pas à un réseau structuré.

L'entretien s'est déroulé à leur cabinet pour 10 d'entre eux et à la faculté de Paris Diderot Paris VII pour 2 autres.

Les données ont été saturées après le 10e entretien. 12 entretiens semi-dirigés ont été réalisés au total, de durée moyenne de 30 min, réalisés par le même interviewer, entre début novembre et mi décembre 2010 dans la région Ile-de-France.

Dans les prochains chapitres, nous présenterons les différentes « catégories conceptuelles » issues des entretiens grâce à l'analyse des données par la méthode de la théorisation ancrée. Elles concernent principalement les spécificités de la prise en charge ambulatoire des patients âgés, les objectifs de cette prise en charge et les représentations de l'Hôpital chez les médecins généralistes.

II- LE PATIENT AGE ET SES PARTICULARITES

Pour le médecin généraliste, la prise en charge d'une personne âgée comporte des spécificités et de nombreux objectifs de soins qui expliquent les difficultés de sa prise en charge. La prise en compte de la notion de « fragilité » est l'une de ces spécificités.

1- La notion de « fragilité » du sujet âgé selon les médecins traitants

Conception multidimensionnelle de la « fragilité »

Pour tous les médecins que nous avons interrogés, la « fragilité » de la personne âgée est multifactorielle. Elle est tout d'abord médico-biologique, liée à un épuisement des réserves fonctionnelles des organes. Il en résulte une moindre adaptation aux changements, aux agressions même minimales, et une possible décompensation en chaîne des maladies. C'est un état d'équilibre précaire où tout peut basculer.

« Disons que la fragilité, c'est quelque chose qui va me montrer en gros que la personne va moins répondre à un changement de son état ou de son environnement, que ça soit les premiers troubles de la marche, les premières chutes, les premiers signes que... Je sais pas, il y a une atteinte de la mémoire, par exemple après une opération, une anesthésie, enfin ce genre de chose qui montre qu'il y a... que la réserve fonctionnelle est amputée. [...] Le fait que la moindre pathologie puisse en décompenser d'autres. » (Médecin n°9)

« Fragilité, c'est vraiment l'équilibre, c'est-à-dire que la plupart des gens que je vois à domicile pour ma part, ce sont vraiment des équilibristes, c'est-à-dire qu'ils ont vraiment plusieurs pathologies lourdes, un traitement lourd, et malgré tout, vaille que vaille, ils continuent à aller faire leurs courses tous les jours, à avoir une petite vie qui leur convient. Et c'est un équilibre qui est fragile puisqu'on sait pertinemment que si jamais il y a un accident intercurrent, un accident de la vie que ce soit une chute, que ce soit une fracture, un problème vasculaire ou quelque chose comme ça, cet équilibre-là, tout de suite, tombe à plat. On sait très bien que ce qui marchait très bien, il suffit d'un petit souffle pour que tout s'écroule en

fait. Donc ce qui est vraiment important, ce qui nous semble banal comme une chute, ça peut entraîner un syndrome confusionnel, une fracture du col du fémur peut entraîner des complications du décubitus avec décès. Ce qui au départ peut n'être pas trop grave peut vraiment donner des conséquences très graves à court terme, de part cette fragilité. » (Médecin n°4)

La fragilité est aussi neuro-psychique et sociale. Il y a une intrication de ces différents aspects. L'un des médecins a parlé de « spirale de la fragilité ». Certains généralistes accordent une égale importance aux trois aspects, médical, psychologique et social. Pour d'autres, l'un des aspects a tendance à primer.

« Il y a plusieurs types de fragilité. Il y a la fragilité physique avec la polypathologie qui fait que la dégradation d'une pathologie peut amener à la dégradation de toutes les autres. Il y a la fragilité constitutive qui fait que s'ils ne se nourrissent pas, s'ils perdent leur appareil dentaire, ils vont se dénourrir, ils vont maigrir puis après, c'est une spirale. Il y a la fragilité de la mémoire qui fait... C'est peut-être la plus difficile à prendre en charge... Et puis, il y a la fragilité physique, c'est-à-dire que s'il se casse la figure, c'est plus difficile de se lever. Et puis, il y a la fragilité sociale, on voit bien quand ils sont agressés que très vite, très souvent ils décompensent, ils arrivent à un état de dépendance. » (Médecin n°8)

La fragilité est pour nos médecins une notion dynamique. Ils notent une augmentation dans les niveaux de fragilité au fur et à mesure du vieillissement, jusqu'à aboutir à une « perte d'autonomie », une « dépendance ». C'est un processus progressif dans le temps.

« Cette notion de fragilité est en perspective, c'est-à-dire qu'un p'tit vieux, tôt ou tard, il va avoir un problème, il va se fragiliser, donc on va être de plus en plus amené à le voir et puis, à intervenir auprès de lui. Après, l'hospitalisation étant l'étape ultime qui vous intéresse en particulier, mais cette augmentation dans les niveaux de fragilité du p'tit vieux qui est inéluctable, qui fait qu'on les aborde d'une certaine façon. [...] Donc qu'est-ce qui fait la fragilité ? Ben je dirais la dépendance, le niveau de dépendance, la fragilité sur les facteurs respiration, tension, tout ce que vous voulez quoi ! » (Médecin n°2)

Repérer la fragilité du sujet âgé

Pour pouvoir repérer la fragilité, il faut déjà se poser la question, c'est-à-dire y penser, en prendre conscience, et avoir défini ce qu'est la fragilité de la personne âgée.

« Donc comme toujours en médecine, si on ne se pose pas la question, on ne voit pas. On ne voit pas, soit parce qu'on n'a pas envie de le voir, soit parce qu'on n'a pas le temps, qu'on est négligent, soit parce qu'on n'y pense pas. Donc il suffit de se poser la question si elle est fragile, et bien, c'est... on voit tout de suite de manière évidente les signes de la fragilité. » (Médecin n°10)

Sur le plan médico-biologique, les médecins ont proposé, comme critères de fragilité, le grand âge, la diminution de la marche, de la mobilité en raison de troubles de l'équilibre ou de douleurs, les chutes, la dyspnée d'effort, la dénutrition, l'amaigrissement, la polypathologie, la dépendance, en particulier pour la prise des médicaments, l'augmentation de la tension artérielle, l'installation d'une insuffisance rénale.

« La connaître, pour moi, c'est déjà la prévenir, c'est-à-dire avoir conscience de cette fragilité-là, bien prévenir l'entourage d'une surveillance, de nous prévenir s'il y a des chutes, s'il y a une perte de poids, donner des éléments quand même à l'entourage, c'est déjà aider, ça peut prévenir un petit peu. [...] Le moral aussi, quand même, le moral de la personne âgée, la chute, la perte de poids, tout changement dans le comportement aussi... Après, tout changement sur le plan médical, la tension artérielle qui va monter, l'insuffisance rénale qui s'installe. Mais avant, pour moi, l'apparition de poids, la perte de poids et la chute, c'est des choses importantes et on n'en a pas assez conscience, en tout cas, l'entourage n'a pas assez conscience. » (Médecin n°4)

Sur le plan social, pour nos médecins, la fragilité est d'abord compensée et souvent niée : déni de l'isolement social, survalorisation de l'aide de l'entourage. Il faut repérer l'isolement social, la solitude, les aidants naturels (la famille et le voisinage) et les aidants formels. Connaître l'ancienne profession de la personne âgée et ses revenus oriente aussi le médecin. Celui-ci peut également faire une évaluation du domicile lors d'une visite à domicile. Le médecin traitant peut enfin demander l'aide des travailleurs sociaux.

« J'veux dire, la fragilité sociale, elle vient p'tit à p'tit, elle est compensée, elle est niée par la personne âgée qui a très peur de l'hôpital donc qui nie un peu son isolement social, qui a tendance à survaloriser l'aide d'une voisine ou de chose comme ça... Bon tout ça, c'est des fragilités. » (Médecin n°10)

« Si elle a de la famille, des enfants... Comment dire... Son ancienne profession » (Médecin n°3)

« Les aspects sociaux, ben d'abord, est-ce qu'ils sont entourés ? Est-ce qu'il y a des gens qui vont les voir ? Est-ce que les voisins sont disponibles ? Est-ce qu'il y a de la famille ? Est-ce qu'il y a quelqu'un à qui parler si on a besoin, un souci, est-ce qu'on a un recours ? Est-ce qu'il y a quelqu'un à qui on va expliquer ce qu'on va faire et qui peut nous aider ? Les aspects humains, familiaux... Après, les intervenants : infirmières essentiellement, et aides-soignantes, kinés... » (Médecin n°2)

« Quand je vais au domicile, je vois un peu la richesse des lieux. Et puis, j'essaie de savoir s'ils ont de l'argent, je demande " vous touchez combien ? ", une demande à propos, quand je leur propose d'acheter du matériel : " vous avez assez d'argent pour faire cet investissement ? ", acheter je ne sais pas, une chaise cassée ou changer de table parce qu'ils ont une table trop grande et qu'il faut changer cela ; là j'arrive à savoir combien ils gagnent... Ou je connais des fois le travail des enfants donc j'en déduis un p'tit peu, par hypothèse, les revenus qui pourraient venir les aider... » (Médecin n°7)

Sur le plan neuro-psychique, la fragilité est en rapport avec l'histoire de vie, le « moral », le syndrome dépressif, la fragilité de la mémoire voire la démence, un deuil récent. Elle peut aussi se manifester par un changement de comportement, une anxiété, des appels incessants au cabinet ou des demandes de visites non motivées.

« La personne âgée, elle est la somme de sa vie, elle est la somme de son expérience, elle est la somme... Si elle a été battue quand elle était petite, elle a toujours été battue, quand elle est vieille, elle a été battue quand elle était petite aussi, donc elle a été fragile toute sa vie, et c'est sûr que se retrouver toute seule, de se retrouver avec des choses qui lui rappellent... C'est pour n'importe qui la même chose. A chaque fois que quelqu'un a été traumatisé, qu'il

soit adolescent, qu'il soit adulte, qu'il soit vieux, sa fragilité va réapparaître à chaque fois qu'on lui rappelle ou que la vie lui rappelle ce qu'il a vécu » (Médecin n°6)

« Comment elle se manifeste ? Ben, par une anxiété... Bon, physiquement, euh... Ca, c'est connu, ils sont plus fragiles en moyenne que... Que des jeunes adultes en bonne santé. Hein ? Bon, après, psychiquement, on peut avoir des alarmes : une personne qui est seule, qui est seule depuis peu, qui a perdu son conjoint, enfin il y a des événements de vie qui font que tout d'un coup, on va se mettre à se dire " Attention, là, elle est fragile ou elle va le devenir ! ". Voilà, c'est des appels un p'tit peu incessants au cabinet, c'est des demandes de visites, non motivées initialement, bon là, il faut se dire qu'il y a quelque chose qui ne va pas, qu'il y a une anxiété importante. » (Médecin n°5)

Pour certains médecins cependant, soit il n'existe pas de marqueurs systématisés, soit ce sont plutôt des marqueurs d'absence de fragilité. Ces marqueurs ne seraient pas spécifiques des personnes âgées, mais seraient plutôt des marqueurs « universels ».

« J'ai pas de marqueurs systématisés. Je suis assez bordélique quoi... J'ai des marqueurs bien sûr : quelqu'un qui évidemment vous ouvre la porte, vous appelle, et avec qui on peut communiquer... Après il y a dans les intervenants au domicile des aides, infirmières, aides soignantes, etc. Et puis vous avez des gens comme ça qui sont stabilisés et puis tout d'un coup, vous sentez qu'ils vous reconnaissent mais à peine, avant ils s'intéressaient à l'interne, maintenant ils ne s'y intéressent plus, ils ne sortent plus du lit... C'est des marqueurs universels si vous voulez qui sont chez le vieux comme chez tout le monde ! » (Médecin n°2)

Pour d'autres, le diagnostic de fragilité est posé après un listing des potentialités parce qu'il est parfois dangereux de ne se fier qu'à son impression. Ce listing permet d'affiner son approche médicale. L'autre avantage des listings est qu'ils permettent d'étayer la décision médicale.

« C'est le listing de ses potentialités : de déplacement, de conscience, de moral, alimentaire, d'autonomie par rapport à la prise des médicaments... c'est un listing. Il faut, il faut... J'exagère un peu le trait mais c'est comme un commandant de bord qui va faire décoller son Boeing, il va faire une espèce de vérifications donc... c'est difficile. J crois, il me semble que, même si on peut être comme ça un peu intuitif, une personne âgée, c'est pas parce qu'on la

voit comme ça cinq minutes qu'on peut deviner... On peut avoir des informations très vite en croisant une personne âgée, on peut avoir des informations qui permettent de savoir si elle est en bonne santé ou pas etc... mais après il faut pas s'arrêter là, il faut essayer d'étayer un peu la prise de décision. Justement, surtout si on est dans l'idée qu'il serait quand même bien de la conserver à domicile, si c'est possible, le plus longtemps... donc il faut affiner l'approche des choses quoi. » (Médecin n°11)

A noter que l'impression du médecin traitant de ne plus être « suffisant » peut aussi servir de marqueur de fragilité et initier une demande d'aides.

« A partir du moment où bon, j'ai le sentiment que je ne suis plus suffisant pour maintenir la situation, ben effectivement, je vais enclencher l'appel aux services sociaux, oui. Bon, je vais demander l'assistante sociale, je vais contacter l'assistante sociale de réseau pour qu'elle... Ou les points "Emeraude" pour qu'ils se mettent en rapport avec la personne âgée, oui, pour faire le bilan avec elle, de ce qu'elle veut, de ce qu'elle peut avoir. A partir du moment où je sens qu'on a passé un équilibre, c'est-à-dire que je ne suis plus, moi, suffisant pour l'aider. [...] c'est quand... Euh... Quand la personne, ben, a appelé d'autres personnes, a appelé l'entourage, va appeler le voisinage... Des visites régulières, que ce soit tous les mois, tous les quinze jours ou toutes les semaines, ne deviennent plus suffisantes. » (Médecin n°5)

Enfin, les médecins interrogés accordent une grande importance à l'entourage d'un patient âgé dans le repérage de sa fragilité d'où la nécessité de bien connaître ses patients, leur entourage, et de dialoguer avec eux et les autres professionnels.

« C'est un quartier assez familial donc je vois et puis j'ai souvent des patients autour qui m'en parlent, et puis j'ai souvent des contacts avec les enfants. Donc en recoupant tout ça, j'arrive à avoir une idée. » (Médecin n°8)

« Il faut connaître un peu les gens. [...] Ca, quand on fait raconter leur vie aux gens, c'est des romans ! C'est Maupassant, c'est Balzac, c'est... Il faut juste s'y intéresser. Donc repérer la vie, c'est finalement, les connaître bien. Mais ça compte pour ce que vous disiez tout à l'heure. Vous connaissez des personnes âgées, et puis finalement c'est le gériatre qui vous indique, et bien, parce que ces personnes âgées là, dans ce quartier en tout cas, y a un turnover tel. Les trois dernières personnes âgées qu'on m'a mises dans les bras, je ne connais

rien d'elles parce qu'elles viennent d'ailleurs, je ne connais rien d'autres dans la vie courante !» (Médecin n°6)

Les médecins sont divisés quant à la possibilité d'anticiper la fragilité

Pour certains médecins, la fragilité peut être prévenue et retardée. Ceux-là essaient de travailler « en amont » les aspects sociaux, médicaux et psychologiques.

Sur le plan social : ils vont lutter contre l'isolement social, en se rapprochant d'un aidant ou en impliquant la famille, ils vont éventuellement réaménager le domicile et évaluer la nécessité d'un placement.

Sur le plan médical, les médecins vont mettre en place un portage des repas, faire venir le kiné pour prévenir les chutes et le syndrome post-chutes, réévaluer le traitement médicamenteux, faire venir une infirmière pour la distribution des médicaments, prodiguer des conseils hygiéno-diététiques. Ils vont conseiller la pratique d'une activité quotidienne. Ils vont veiller à ne pas sur-traiter, à corriger les carences en vitamine D, à traiter et suivre chaque maladie chronique (diabète, HTA...), à examiner les pieds et demander un avis du podologue éventuellement. Les chutes sont souvent des marqueurs de rupture dans la vie des personnes âgées et doivent être prises en charge.

« Alors comment éviter ? Et ben, il faut essayer de travailler en amont, c'est-à-dire justement sur l'isolement social, se rapprocher d'un aidant, de montrer l'isolement, de faire plus venir la famille, de s'occuper des repas et de ce qui va avec, de faire venir un kiné pour essayer d'éviter des chutes avant qu'elles ne surviennent, le syndrome post chute... euh, et puis de voir, et revoir au niveau du traitement les éléments de fragilité, c'est-à-dire la polymédication, et quelquefois les médicaments qui ont été rajoutés, les benzodiazépines, le Diantalvic®, tous les médicaments porteurs de fragilité... Voilà. » (Médecin n°10)

« Il y a un moment donné où il faut coller à la fragilité de la malade et se dire " bon, de quoi elle a besoin là tout de suite? " et qu'est-ce qu'il, vous disiez " basculer ", c'est bien ce mot " basculer " ... C'est des conseils pour boire, pour manger, pour se chauffer, pour ne pas être isolé, être au plus près de ce qu'elle souhaiterait, pour lui offrir ce qu'elle souhaite. Ca

risque de basculer si vous passez à côté, je ne sais pas si c'était des infirmières dont elle a besoin... Il faut inventer un truc mais il faut que les infirmières passent si c'est de solitude dont elle est en train de mourir vous voyez, il faut bien comprendre ce qu'elle voudrait et d'un autre côté, s'il n'y a pas désir du tout de passage de gens, il faut peut-être respecter ça, elle a peut-être été seule toute sa vie, elle n'a peut-être pas du tout envie de visites et tout... Et j'vous dis c'est difficile parce que les personnes âgées sont ambivalentes... C'est pas simple . » (Médecin n°6)

Sur le plan psychologique, les médecins discutent avec leurs patients et font attention aux mots utilisés, certains pouvant aggraver la personne âgée et réveiller une fragilité psychologique.

« Ben, je pense, repérer la fragilité, ça veut dire repérer les mots qu'il ne faut pas prononcer, les phrases qu'il faut pas dire, c'est-à-dire connaître quand même suffisamment la patiente, non pas comme le gériatre qui encore une fois a des plans bien précis. Moi encore une fois, souvent je connais leur métier mais... Euh il me semble que j'apprends à savoir les mots qu'il faut pas dire avec ma patiente pour ne pas s'engouffrer dans quelque chose qui lui fait peur» (Médecin n°6)

La prévention de la fragilité passe aussi par l'entourage, qui est un atout précieux entre autres pour la surveillance de la personne âgée.

«Bien prévenir l'entourage d'une surveillance, de nous prévenir s'il y a des chutes, s'il y a une perte de poids, donner des éléments quand même à l'entourage, c'est déjà aider, ça peut prévenir un petit peu. [...] C'est une aide, un entourage de bonne qualité peut vraiment nous aider à nous alerter quand il y a un problème » (Médecin n°4)

Quelques médecins interrogés pensent que l'anticipation passe par un plan de prise en charge de la personne âgée.

« C'est prévoir, avoir un plan thérapeutique en quelque sorte : qu'est-ce qu'elle a ? Elle est dénutrie, il faut arrêter la dénutrition, faut la renutrir parce que je sais qu'elle va tomber et se retrouver à l'hôpital. Elle évolue sur un mode Alzheimer, qu'est-ce que je vais faire dans trois ans lorsqu'elle ne saura plus quel est le jour et la nuit ? Est-ce que j'ai le temps de

mettre sur pied une équipe qui va s'en occuper ? Est-ce qu'elle a les moyens de payer quelqu'un parce que les aides ne suffiront pas ? Est-ce que l'entourage est là ? Si la réponse est non tout le temps, ben on ira à l'hôpital. Donc on prévoyant un plan de ce que j'ai envie de faire plus tard en fonction des données, c'est, à mon avis, plus facile de la tenir à la maison ou de décider assez vite de l'envoyer ailleurs, parce que je ne vois pas quelles solutions peuvent solutionner ça... » (Médecin n°7)

La prévention de la fragilité est compliquée. Elle est difficile à anticiper pour certains médecins qui « naviguent au jour le jour ».

« Je crois que justement le problème des personnes âgées, c'est justement qu'on navigue à vue au jour le jour, c'est-à-dire que du jour au lendemain on peut avoir tel ou tel problème, la perte d'autonomie peut être brutale, on peut essayer d'anticiper, c'est difficile d'anticiper parce que si la personne chute et se casse le col du fémur, ben voilà, on fait comme les autres, on les envoie aux urgences quoi. » (Médecin n°4)

Quelques médecins pensent qu'il n'est pas toujours possible de prévenir la fragilité. Parfois, même si la fragilité en elle-même ne peut être évitée, le médecin peut néanmoins en limiter les conséquences voire prévenir les complications que cette fragilité pourrait favoriser, comme par exemple éviter de surtraiter pour prévenir la iatrogénie.

« Non. Moi, j crois pas [qu'on puisse l'anticiper]. La fragilité, elle est ou elle est pas » (Médecin n°6)

« Mon idée, c'est d'éviter le plus possible les complications qui sont liées inévitablement à l'âge, l'âge n'est pas une maladie, mais quand même, on a une perte de fonction : je vais regarder ses pieds s'ils sont un peu tordus pour demander au podologue de faire quelque chose, de voir si elle ne voit pas ou n'entend pas avant même qu'elle ne tombe par terre évidemment, évidemment d'éviter les chutes. Mais le reste, je vais équilibrer son traitement hypertenseur, je vais surtout plus qu'équilibrer, il faut que je surveille le traitement, qu'il ne soit pas trop puissant par rapport à l'âge. » (Médecin n°7)

2- Les difficultés de la prise en charge des personnes âgées par les médecins traitants

La prise en charge ambulatoire de la personne âgée est difficile selon nos médecins généralistes pour plusieurs raisons : nécessité d'une prise en charge globale, difficultés relationnelles et éthiques, prise en compte de l'entourage, ambivalence du sujet âgé.

Une prise en charge nécessairement globale

Une prise en charge globale et pluridisciplinaire de la personne âgée est souvent nécessaire, en particulier s'il s'agit d'un patient fragile. Par ailleurs, la personne âgée ayant plus de besoins, les tâches du médecin de famille sont aussi plus nombreuses. Le médecin traitant doit tout prévoir et tout organiser, ce qui demande du temps. La spirale de la fragilité complique d'autant plus cette prise en charge.

« On sait d'emblée qu'une personne âgée, elle est fragile et qu'il faut essayer de tout prévoir. Mais bon, c'est extrêmement dur parce que bon c'est tout prévoir, à la fois depuis la prise de médicaments à l'observance, depuis le lever, le couchage, les précautions anti-escarres, c'est pour ceux qui ne bougent plus beaucoup, c'est comme ça qu'on voit les personnes qui remuent alors qu'elles restent souvent au fauteuil qui se font pas d'escarres et celles qui ne remuent vraiment plus, qui sont complètement apathiques, soit pour les douleurs soit pour des maladies autres, qui font plus facilement des escarres. Y a tout est à prévoir, la constipation qui peut déboucher sur des fécalomes, des choses comme ça qui arrivent pas chez des personnes mobiles, autonomes, tout, tout peut être grave. » (Médecin n°12).

Sont compliquées à prendre en charge la polypathologie et la polymédication qui en résulte (avec parfois des traitements lourds), de même que la possible décompensation en chaîne, les obstacles à la communication tels les déficiences sensorielles ou cognitives. Les diagnostics chez la personne âgées ne sont pas aisés en raison de la diminution de leur mobilité, de la présentation clinique atypique, des difficultés à situer le normal et le pathologique.

« La première chose qui me vient, c'est les problèmes de communication, que ça soit dans ce que moi, je veux lui faire faire et que j'ai pas l'impression que ce soit compris ou que ce soit pas possible de la faire... Parfois j'ai du mal à la comprendre elle ou on a du mal à se

comprendre tous les deux, pas forcément s'il y a des troubles cognitifs... Mais il faut prendre le temps, prendre le temps ce n'est pas forcément toujours facile. [...] Euh, voilà, après, le fait que la moindre pathologie puisse en décompenser d'autres, la polypathologie en général fait que c'est compliqué de prendre une personne âgée en charge, parce qu'il faut toujours regarder ce qu'il y a à côté et il y a beaucoup de choses à côté. » (Médecin n°9)

« C'est le souci diagnostique, c'est-à-dire que dès qu'on veut un diagnostic, c'est une montagne. Le seul examen technique qui peut être fait à domicile, c'est la prise de sang. En dehors d'une prise de sang, si on veut autre chose pour faire un diagnostic, c'est galère puisqu'il faut un accompagnant, il faut une ambulance et puis donc, il faut souvent que le médecin prenne rendez-vous pour tout organiser quoi... pour la moindre radio pulmonaire, c'est une galère pas possible quoi. » (Médecin n°12).

« La surdité, la difficulté à venir, les troubles de la compréhension aussi, une démence qui débute, ça devient compliqué. On arrive encore à faire passer des messages mais c'est... L'entourage compte de plus en plus : si l'entourage n'est pas présent, c'est fini. Ca peut être aussi des gens qui sont un peu fermés, obtus, ou qui ont un syndrome dépressif et qui n'arrive pas à entendre, ils entendent mais ils n'arrivent pas à saisir l'intérêt de ce qu'on fait. La perte de la langue du syndrome dépressif, c'est quand même assez fréquent. » (Médecin n°7)

Du fait de la polypathologie, pour beaucoup de médecins traitants, l'aide habituellement apportée par les spécialistes d'organe est limitée dans le cadre de la prise en charge d'une personne âgée.

« Si vous demandez à un cardiologue, si vous demandez à ce que le patient âgé soit vu par un urologue, un cardiologue quand il y a des problèmes urologiques ou cardiologiques, la prise en charge ne sera pas toujours adaptée à la personne âgée, au contraire, moi je pense que c'est beaucoup mieux qu'un patient qui est polypathologique soit vu par un gériatre qui va permettre un petit peu de hiérarchiser les priorités et de ne pas forcément traiter à outrance une hypertension artérielle ou un problème de prostate. Non, je ne suis pas tout à fait d'accord avec  a. Moi, je n'enverrai pas facilement chez un spécialiste, j'ai pu voir et constater hélas que les spécialistes ne prennent pas compte des autres pathologies, du terrain de la personne âgée. » (Médecin n°4)

La prise en charge globale inclut non seulement les différentes maladies présentées par une personne âgée mais aussi nécessite une prise en compte des aspects psychologiques et sociaux. La personne âgée réclame davantage de soutien psychologique. Le déclin cognitif peut gêner la communication avec le médecin et la compréhension de la prise en charge. Sur le plan social, l'omnipraticien peut se heurter aux problèmes financiers du patient et à son isolement social. Parfois, il doit respecter l'isolement des certaines personnes qui le choisissent. En outre, les médecins se plaignent d'une mauvaise rémunération par rapport au travail fourni. Enfin, plusieurs problèmes posés par le maintien à domicile sont évoqués par les médecins mais nous les développerons dans une autre partie.

« Ben, quand elles sont isolées, soit je me défonce, et quand j'étais jeune j'avais peut-être plus la volonté de trouver des moyens et tout. Bon maintenant, si elles sont isolées, qu'elles n'ont pas de moyens, si elles ne peuvent même pas avoir une CMU pour que l'infirmière se fasse payer, si elles n'ont pas de mutuelle ou quoi que ce soit... donc t'es foutu. » (Médecin n°1)

« Il est difficile et compliqué parce que, euh, il y a plein de choses, plein de tâches nouvelles qu'il faudrait faire par rapport à notre travail soi-disant basique, qui consiste à faire des ordonnances et à s'occuper du médico-médical. Là on rentre dans le médico-social, dans le maintien à domicile, donc il y a des données qu'il faut recueillir qui ne sont pas naturelles dans notre métier, c'est-à-dire des données sociales, il faut insister plus sur des symptômes comme le poids, comme... j'veux dire, comme l'état général, comme l'état moral, plus que sur la tension ou sur les données biologiques, donc il y a un virage qu'on est pas toujours prêt à faire et qui est chronophage, et qu'on a pas toujours ni le temps ni l'envie non plus de faire. Moi, je contourne la difficulté en confiant ce genre de tâches à mes internes. [...] Et dire qu'on le fait bien, non, c'est pas vrai, on ne le fait pas bien. On le fait pas bien pour une raison très simple, c'est qu'on n'a pas le temps et c'est pas rémunéré. » (Médecin n°10)

Remarquons que nos médecins interrogés sont maîtres de stage rattachés à la faculté de médecine de Paris VII, si bien que beaucoup s'occupent de la formation des internes. En général, ils apprécient l'aide de leurs jeunes collègues, notamment pour la prise en charge de certains patients âgés.

Les difficultés relationnelles et éthiques

La prise en charge d'une personne âgée soulève des questions d'ordre relationnel et éthique. Il n'est pas toujours facile en effet de trouver la bonne distance relationnelle avec le sujet âgé, cette relation pouvant en plus parfois être ambivalente. Sur le plan éthique, certains médecins avouent avoir du mal parfois à différencier le vieillissement normal du vieillissement pathologique. Certains aussi disent parfois se heurter à certains objectifs du patient qui peuvent être complètement différents des objectifs du médecin. Ces médecins sont amenés à s'interroger sur les limites du respect de l'autonomie. Enfin, d'autres évoquent l'idée que le vieillissement renvoie aux limites du médecin et de la médecine.

« Alors, elle est très difficile je dirais, elle est très difficile parce que d'abord, il y a la place du médecin vis-à-vis de la personne âgée, parce que plus on est seule avec elle, plus elle est isolée, et plus nous, médecins généralistes, on se sent investi parce que quelquefois on est LA seule personne extérieure que la personne âgée voit. Alors, avec l'équipe de soins, ça fait un p'tit peu plus, mais enfin, je vais dire que quelquefois, on a l'impression que leur destin est dans NOS mains, parce qu'il n'y a personne d'autre, pas de famille, il n'y a pas d'enfants, et plus la personne est isolée et plus il est difficile de ne pas se prendre pour la mère ou la fille, donc il y a une question de distanciation, de distance de relation, c'est pas bien simple tous les jours, mais avec une personne âgée, il faut, à mon avis, faire gaffe de ne pas s'investir trop et de faire attention à la bonne distance pour le salut de la relation thérapeutique. Et puis, la deuxième chose, à part le problème de la distance, c'est le problème de qu'est-ce qu'est " normal " et qu'est-ce qu'est " pathologique " ? Et est-ce que la vie vaut la peine d'être vécue ? Je veux dire... On peut même faire trois questions : ça ne vaut pas le coup de vivre... C'est vrai que quand on voit une dame de 90 ans qui a bien donné dans sa vie, on a envie aussi quelquefois de dire " pourquoi je me battrais ? ", " jusqu'où je vais aller ? " c'est-à-dire jusqu'où aller au point de vue thérapeutique, jusqu'où lui faire avaler des médicaments, et la plus grande difficulté, c'est le refus de soins. C'est " à quoi bon me soigner ? Qu'est-ce que vous voulez que je fasse de vivre ? ". Et ça c'est des questions métaphysiques, donc ce n'est plus une question de distance, c'est une question philosophico-métaphysique bien difficile à résoudre ! » (Médecin n°6)

Les maux du sujet âgé : la solitude et les douleurs physiques notamment

Pour plusieurs médecins généralistes, la solitude et les douleurs physiques sont les plaintes les plus fréquentes. Elles peuvent être sources d'angoisse. Le médecin traitant se sent parfois impuissant face au sentiment de solitude. Il s'efforce de combattre l'isolement en allant voir leurs patients âgés régulièrement, en discutant avec eux, en faisant passer des aidants, la famille, en faisant appel à des associations. Selon l'un des médecins interrogés, la société est mal faite pour lutter contre la solitude. Cependant, certaines personnes âgées choisissent d'être seules. Il est intéressant de constater que les médecins que nous avons interrogés n'ont pas distingué clairement le sentiment de solitude et l'isolement social de certains de leurs patients.

« J'aurais tendance à dire oui, que c'est pareil, à l'exception d'une... Bien sûr c'est la même chose, à l'exception d'une... D'une grande angoisse chez toutes ces personnes, liée à la proximité de la mort, la solitude. Voilà, pour le reste, la prise en charge médicale, ben c'est la même, c'est pareil. La tension, ça se soigne pareil. Maintenant, je vais tenir compte de leur fragilité psychologique surtout. [...] Oui, la solitude, c'est un problème. Que faire avec la solitude ? A part les mettre en institution... » (Médecin n°5)

« C'est très difficile. Soit il y a un lien social, il est là. Quand il n'y en a pas, on peut les inciter à en créer mais en principe ce n'est pas à 80 ans qu'ils le créent. Et très souvent, les gens qui n'ont pas de liens sociaux, c'est aussi des gens qui n'ont pas recherché avant, et voilà, quand c'est un peu compliqué, on ne crée pas, il existe ou il existe pas.[...] Ben, ça dépend... Mais par exemple des gens valides qui se plaignent d'être seuls, je les encourage à fréquenter des clubs, à voir leurs amis, et la réponse est souvent la même, c'est-à-dire qu'à cet âge-là, les amis, ils en perdent plus qu'ils n'en gagnent... Ils ne se déplacent pas facilement donc ils les voient moins. Voilà. » (Médecin n°8)

Certains médecins traitants ont souligné l'utilité d'un psychologue ou d'un psychiatre et parfois d'un traitement médicamenteux.

« Ben, il y a plein de moyens. Il y a des moyens médicamenteux : des antidépresseurs, les tranquillisants ou les neuroleptiques... à faibles doses. Certaines maladies avec atteinte dépressive : le Parkinson voire même un peu l'Alzheimer, quand ils sont un peu améliorés par

les médicaments adéquats, déjà ça améliore et puis souvent il y a les antidépresseurs associés. En plus, il y a, avec le réseau, on peut mettre en place des psychologues, et puis des psychiatres. Sur Villeneuve, il y a un psychiatre qui passe voir les personnes en perte d'autonomie. Enfin, il y a plein de moyens. Il y a des kinés qui viennent, qui troublent, qui modifient un peu la solitude, il y a les infirmières qui passent, il y a les aides soignantes, 'fin il y a plein de petits moyens pour casser un peu la solitude. Il y a peu de gens qui restent tout seuls pendant les quinze jours où on ne passe pas les voir quoi, heureusement. Il y a le portage de repas, il y a quand même plein de trucs... » (Médecin n°12).

Les douleurs présentes chez les sujets âgés sont souvent morales mais peuvent aussi être physiques et être sources de handicaps.

« Physiquement, quand même, on a l'impression qu'avec l'âge, les douleurs deviennent omniprésentes. Alors, peut-être aussi qu'ils sont moins occupés et qu'ils ont plus le temps d'y penser. C'est quand même quelque chose qui revient dans presque toutes les consultations. Et la solitude. » (Médecin n°8)

« Ah ben, c'est les douleurs, c'est les douleurs qui les handicapent. L'arthrose en général et les douleurs qui les empêchent de se déplacer correctement, de bouger et d'être autonomes. C'est le plus gros truc. » (Médecin n°12)

L'intégration de l'entourage dans la prise en charge de la personne âgée

L'entourage peut être une aide précieuse pour le médecin traitant et il est très souvent nécessaire d'intégrer les aidants dans la prise en charge de la personne âgée. Cependant, l'entourage peut parfois être difficile à mobiliser voire causer des difficultés au médecin.

« Elle est difficile. La personne âgée, pour les visites à domicile, c'est long à se déplacer, long à venir ouvrir, se déshabiller, se rhabiller, donc ça prend du temps. Ce sont souvent des gens polyopathologiques, donc il faut réfléchir, c'est un peu compliqué. Et puis enfin, on a du mal à mobiliser les équipes qui sont nécessaires autour de la personne âgée, on a du mal à appeler aux services sociaux ou trouver une infirmière qui voudra bien, ou un kiné efficace, on a du mal à mobiliser la famille qui devra payer le déménagement, qui devra surveiller un peu. Il

faut aussi penser au juge pour la tutelle si nécessaire. Il y a beaucoup de choses, donc ça prend beaucoup de temps. On est peu payé de le faire. L'ensemble fait que c'est compliqué. »
(Médecin n°7)

L'ambivalence des personnes âgées et de leurs médecins est aussi une source de difficultés dans la prise en charge médicale des patients âgés.

Ambivalence des personnes âgées

Paradoxalement, plusieurs médecins signalent la robustesse des personnes âgées. Certains médecins l'expliquent par les progrès médicaux, par le soin qu'elles prennent de leur santé, par l'écoute des conseils du médecin et puis grâce à la « chance ». D'autres évoquent l'histoire de vie qui, de la même façon qu'elle peut être responsable de fragilité, peut aussi donner des ressources au patient, lui permettant de faire face à certaines situations. D'autres encore ne sont pas du tout d'accord avec cette robustesse.

« Depuis que je suis installé, moi j'ai été très étonné de voir que d'abord on a des petits vieux qui ne sont pas si fragiles que ça, qui sont étonnement résistants. Y en a même qui viennent nous voir au cabinet, même beaucoup ! Et même ceux qu'on voit à domicile, ils résistent, et souvent, plusieurs fois j'ai été étonné de la résistance de ces petits vieux qu'on disait fragiles, on disait la fragilité est là et si ça, ça se passe, c'est fini... Et ben non ! Notamment les petits vieux qui sont en couple, vous avez des couples de petits vieux... »
(Médecin n°2)

« On est tous inégaux. Il y a des vieilles dames... J'en ai une qui a 98 ans, qui va bien, qui vient me voir encore, accompagnée de son aide ménagère, qui a toute sa tête. Je lui ai déjà fait plusieurs fois des tests de mémoire qui sont tous performants ! Et puis, il y a ceux qui font spontanément de la prévention, qui écoutent le médecin, qui mangent des protéines, qui essaient de sortir, qui marchent vif, qui font ce qu'ils peuvent, ce qu'elles peuvent pour garder leur autonomie... Puis il y a les autres, soit ils n'ont pas eu de chance, un cancer les lamine, on a un peu de mal, soit elles ne veulent pas faire d'exercice physique, elles ont du mal à se mobiliser, elles baissent plus vite. La robustesse, c'est un peu acquis, et aussi un peu entretenu quoi, acquis et je veux dire... euh... inné. » (Médecin n°7)

L'ambivalence se manifeste aussi par le besoin du médecin et en même temps le refus de son aide. Dans ce cas, le médecin doit faire le diagnostic du refus, c'est-à-dire en comprendre les raisons. Parfois, attendre un peu permet d'arranger les choses, surtout si la personne souffre de démence. En fait, pour la majorité des participants que nous avons rencontrés, le vrai refus reste rare.

« Je pense par exemple aux aides ménagères, et tout ça. Il y a certaines personnes qui refusent absolument, alors que ça leur tiendrait compagnie. Voilà. Ils reconnaissent après qu'ils ont eu tort. En attendant, ils ne veulent pas. Il y a plein de choses comme ça. On pourrait anticiper beaucoup de choses, oui, à domicile bien sûr. On se heurte souvent à leur résistance. » (Médecin n°5)

« Ben n'importe comment, les vrais cas de refus de soins, c'est quand même des problèmes psychiatriques donc... On les prend en charge sur un plan psychiatrique. [...] C'est rare, le vrai refus, de fond, de soins des personnes âgées, c'est rare et bon, en général, on tourne la difficulté en essayant d'attendre un p'tit peu et après tout rentre dans l'ordre. [...] Ben n'importe comment, au départ, il faut savoir d'où vient ce refus : si c'est quelqu'un qui est caractériel, bon, il va le dire un jour et le lendemain ça va passer. Ça dépend pour quel refus de soins, si c'est pour une vaccination ou si c'est pour des médicaments, certains médicaments... en général, c'est pas un refus en bloc, sauf maladie psychiatrique, mais à ce moment là, à partir du moment où c'est une maladie psychiatrique, elle se soigne, on peut hospitaliser et la traiter. Sous traitement... Enfin, pour moi, il n'y a pas de franc refus de soins, il y a un refus de soins oui, mais bon, il y a un diagnostic à faire de refus de soins. » (Médecin n°12)

Les personnes âgées oscillent parfois entre vouloir mourir et vouloir vivre, ce qui peut expliquer qu'elles appellent ou font appeler leur médecin lorsqu'elles ne vont pas bien, sans pour autant être disposées à écouter leurs recommandations. Malgré leur grand âge, certains patients peuvent avoir des projets.

« Il ne veut pas s'soigner. S'il ne voulait vraiment pas se soigner, il ne m'appellerait pas. Il m'appelle. Qu'est-ce que c'est que cette ambiguïté ? Qu'est-ce que c'est que cette ambivalence qui fait qu'il m'appelle tout en me disant " je n'ai rien à foutre de ce que vous

avez à me dire ! ” ?[...] Quand je viens, il a pas de visite, il est tout seul et quand je viens, qu’il a la radio et que je lui dis “ Ecoutez, je ne peux pas écouter votre cœur si vous ne baissez pas la radio ”, il me dit “ Mais, je suis en train d’écouter, moi ! Je suis en train d’écouter la radio ! ” Il ne veut pas baisser la radio et de quoi je me mêle de lui demander de baisser la radio, il a rien à secouer de son cœur, il préfère écouter la radio, mais souvent c’est la voisine qui m’a appelée parce qu’il est tombé, c’est pas forcément lui qui appelle, c’est vrai, c’est quelqu’un qui va prendre ses objectifs ou prendre son désir... Les désirs du malade, il faut être à l’écoute des désirs du malade et, c’est pas facile avec une personne âgée... Qu’est-ce qu’elle veut, qu’est-ce qu’elle ne veut pas, elle est dans l’ambivalence, à la fois vouloir finir et à la fois, je vivrais bien encore quelques jours, quelques semaines quoi ! » (Médecin n°6)

Quelquefois, les personnes âgées recherchent une certaine proximité avec leur médecin de famille tout en insistant sur leur différence d’âge.

« Il y a beaucoup de personnes âgées qui m’embrassent par exemple. Bon, ben voilà, si ça leur fait plaisir. Je pense que peut-être ça peut les rassurer, ça maintient le lien « elles sont plus âgées que moi ». Moi, ça ne me dérange pas. » (Médecin n°8).

Ambivalence des médecins traitants

Les médecins traitants rapportent également des comportements ambivalents. Par exemple, ils peuvent être partagés entre la volonté d’intervenir et le désir de laisser venir, de laisser tranquille.

« Moi, j’ai pas à convaincre quelqu’un qui a 90 ans, moi, je ne me sens pas capable de le convaincre, parce que s’il a fini sa vie, il a fini sa vie... Il veut pas se faire traiter, il se fait pas traiter. Il veut garder son conserve, il... J’ai vu une dame qui a 90 ans, c’était la boucherie L., vous savez, c’était un boucher, la Villette, il y avait les grands abattoirs de la Villette et là, la boucherie, elle existait encore quand je me suis installée il y a 30 ans, j’ai eu la mère L., la mère de cette entreprise, je ne l’avais jamais vue de ma vie, je l’ai vue une fois, elle avait un squirre de cancer du sein. Avant 90 ans, elle a pas consulté. Elle est morte en 3 mois d’un cancer du sein très évolué, c’était une femme forte, elle a pas dû souffrir ou en tout

cas, sa douleur ne l'a jamais empêchée de vivre pendant 30 ans donc... Voilà, un choix de vie. 90 ans sans voir le médecin, pas de chimio, pas d'intervention chirurgicale, morte en 3 mois, c'est un choix... Et finalement, elle a eu raison de ne pas tomber sur un médecin 20 ans plutôt tôt, parce qu'elle aurait eu la chimio, la radio, le machin... Et peut-être qu'elle se serait empoisonnée les 20 ans... Vous voyez, je raisonne aussi en me disant " pourquoi ne pas laisser les gens tranquilles quand ils veulent être tranquilles". » (Médecin n°6)

Le médecin, malgré son désir de bien faire, peut avoir des réactions négatives. Ainsi, il peut être « soûlé » par une personne âgée trop dépendante et risquer d'abandonner lui-aussi des personnes âgées déjà abandonnées par leur famille.

« Moi, j'aurais plutôt tendance à dire que, au contraire, on est plutôt soûlé, Je serais plutôt soûlé de voir cette dépendance là qui m'accapare, j'aurais plutôt tendance à prendre mes distances plutôt que de les couvrir encore plus... » (Médecin n°9)

« On est en face de contradictions, c'est-à-dire que quelquefois on est avec des familles qui sont plutôt abandonnantes et dans ce cas là, c'est pas notre intervention qui va les faire changer. La seule chose qu'on peut faire à ce niveau là, c'est les appeler et les faire culpabiliser avec souvent le résultat inversé, c'est-à-dire que le médecin se venge par... par un abandon supplémentaire, ou quelquefois une prise en charge meilleure, ça peut être à double tranchant. » (Médecin n°10)

Dans certains cas, le médecin est tiraillé entre ce que le bon sens dit de faire, ce qui est faisable et ce qu'il faudrait faire.

« J'veux dire que l'objectif d'une personne âgée, c'est dire... c'est pareil, c'est toujours une opposition entre le bon sens et puis le top. Alors, le top, c'est les quinze maladies, de toutes les traiter au top du top, la tension, l'insuffisance coronaire, l'insuffisance rénale, l'arthrose, l'emphysème, la BPCO, l'Alzheimer, la démence, la cataracte, le glaucome, aveugle... Essayer de... Après, après, après, c'est le bon sens qui fait le tri au maximum sinon on monte à 50 comprimés par jour. Maintenant on sait très bien que plus on augmente plus c'est iatrogène, plus l'observance sera pas faite, donc on est coincé. Encore qu'à partir d'un certain stade, l'observance, c'est plus facile, puisque souvent, il y a une infirmière qui vient

distribuer les médicaments et les faire avaler donc ça pose moins de problèmes.» (Médecin n°12)

Une dernière difficulté de la prise en charge des personnes âgées provient de la multiplicité des objectifs que se donnent les médecins traitants.

3- Les objectifs de prise en charge des médecins traitants

Le maintien à domicile

L'objectif premier pour tous les médecins que nous avons interrogés est de garder la personne âgée le plus longtemps chez elle. Nous développerons plus longuement le maintien à domicile dans une prochaine partie.

« Moi, je pars du principe que mon rôle, c'est d'essayer de les maintenir le plus longtemps possible à la maison. » (Médecin n°5)

« L'objectif, c'est qu'elle reste chez elle, si elle veut rester chez elle » (Médecin n°6)

« J'essaie dans la mesure du possible, en particulier de maintenir les gens le plus longtemps possible chez eux. » (Médecin n°12)

Prendre en charge la globalité de la personne âgée

Les médecins traitants conçoivent comme étant l'un de leurs rôles la coordination des soins et l'orientation des patients et de leur famille vers les intervenants les plus appropriés. Il est important que le médecin généraliste connaisse ses limites et n'hésite pas à se faire aider.

« Ben, la globalité, c'est ce qu'on fait au quotidien, c'est s'assurer que les médicaments soient bien donnés, qu'il a des repas ou qu'il puisse manger tous les jours, qu'ils puissent avoir des visites, qu'ils soient un peu entourés... Je crois que c'est ce qu'on fait de façon spontanée déjà. » (Médecin n°4)

« Je les envoie en Hôpital de Jour pour qu'ils voient l'assistante sociale. Je suis encore trop jeune pour connaître parfaitement toutes les aides auxquelles ils ont droit et pour les aider au mieux, je trouve. » (Médecin n°4)

Par conséquent, les médecins sont conscients qu'ils ont un rôle social et organisationnel. C'est le médecin de famille qui coordonne et insuffle les soins. Et puis, il est aussi un lien social, parfois le seul.

« Le médecin est très important parce que c'est lui qui insuffle les choses et qui coordonne et qui surveille » (Médecin n°2).

« Oui, parce que c'est souvent le seul lien... Oui, le médecin traitant est important. » (Médecin n°12).

« Le fait de garder ce contact, certes avec leur médecin, mais quelqu'un quand même. C'est un lien social. » (Médecin n°8)

La prise en charge globale implique la prise en charge de nombreux problèmes, d'où la nécessité pour le médecin traitant de les hiérarchiser et de savoir parfois faire passer le médical après le social et le psychologique. La hiérarchisation des problèmes est évidemment fonction du contexte et de l'état général du patient. Ce qui est important aussi est que le médecin puisse faire preuve de souplesse dans ses objectifs de prise en charge.

« Je me souviens, il y avait une vieille dame qui ne me payait plus d'ailleurs parce qu'elle n'avait plus de porte-monnaie depuis longtemps, elle vivait comme une clocharde chez elle, et une fois, j'ai mis des potages Knorr dans ma mallette et comme je n'avais pas la place, j'ai viré le tensiomètre et le stéthoscope, et je me suis dit, cette femme-là, elle a plus besoin que je lui apporte des potages Knorr que je lui prenne la tension. Donc j'avais viré l'intégralité de tout ce qu'il y avait dans ma mallette, et je lui apportais du potage parce qu'il me semblait qu'elle était maigre comme un clou, elle ne mangeait plus. Bon, elle était en fin, fin de vie mais il y a un moment donné où il faut coller à la fragilité de la malade et se dire " bon, de quoi elle a besoin là tout de suite? " » (Médecin n°6)

« Ben, je dirais que je ne hiérarchise pas les problèmes de façon unique, en tout cas univoque. C'est clair puisque chez certains patients, certaines pathologies vont prendre le dessus, l'insuffisance respiratoire par exemple peut être prédominante sur un diabète et puis pour d'autres, le diabète va prédominer sur l'insuffisance respiratoire ou autre chose, donc ça dépend du contexte. » (Médecin n°8)

Faire de la personne âgée un partenaire de sa prise en charge

Cela nécessite une bonne connaissance des patients. Le médecin veut coopérer avec son patient et, pour certains, pouvoir laisser le malade décider, ce qui suppose une information appropriée du patient. Le respect de l'autonomie est important pour son médecin traitant. Beaucoup par exemple pensent que l'évaluation du maintien à domicile doit se faire avec l'intéressé.

« Ben, avec le malade, c'est le malade, d'abord c'est le malade qui décide chez moi, c'est pas compliqué. Mais j'veux dire, c'est lui qui va décider. On n'emmène pas de force quelqu'un dans une institution déjà. Il va mourir juste avant d'y aller. D'ailleurs, il y a des actes manqués quelquefois, très marrants, des gens qui font un infarctus une semaine avant d'être en institution. Et puis, c'est qu'est-ce que vous voulez, qu'est-ce que vous souhaitez, de quoi avez-vous besoin... Et le problème, c'est quand ils ont besoin de rien et qu'ils veulent rien ! Le refus de soins, ça c'est terrible... » (Médecin n°6)

« Alors, je peux aussi respecter sa décision, elle a le droit d'avoir son point de vue, moi je suis là pour l'informer, mais elle peut avoir son point de vue. Quand je trouve ça très déraisonnable, je renforce l'information et ça m'arrive de jouer sur la corde sensible en disant " vous seriez ma grand-mère, je ne vous laisserais pas le choix"... » (Médecin n°8)

Le médecin traitant a aussi la charge de conseiller la personne âgée et de lui proposer un projet de prise en charge, individualisé, sur le moyen voire long terme, qui convienne à la personne ou qui accompagne la personne dans son projet à elle.

« Quand on connaît... Quand on connaît le projet de vie s'il existe, d'une femme âgée, on peut la suivre au plus près, mais de son projet à elle, c'est sûr qu'il ne faut pas faire de projet

à sa place. Bon, si elle voulait dire qu'il faut suivre ses désirs au jour le jour, c'est peut-être un peu ça mais il faut peut-être faire un plan, un plan de bataille si vous voulez, avec quelqu'un, un peu au long cours quand même. » (Médecin n°6).

Négociation avec la personne âgée

Faire de la personne âgée un partenaire de sa prise en charge implique qu'en cas de désaccord le médecin n'impose pas son point de vue mais essaie de négocier avec son patient. Ceci peut passer par la persuasion, reposer sur le charisme du médecin, sur l'histoire commune entre eux, sur l'argumentation. Tous les moyens sont bons et certains médecins n'hésitent pas à jouer sur le « psycho-affectif ». A noter que les troubles mnésiques peuvent parfois faciliter les négociations, les patients oubliant qu'ils ont refusé...

« Y a une part de charisme, et puis, de bonnes relations, anciennes et renouvelées qui jouent. [...] Donc ça se joue sur des arguments, sur des arguments qui marchent, mais chaque médecin a son style, ça peut être ainsi psycho-affectif, moi c'est plutôt un style plutôt argumenté, donc, j'veux dire, ce qui a marché avant, si on a de bonnes relations, c'est qu'ils apprécient notre personnalité, notre façon de travailler donc c'est les mêmes arguments qui vont être efficaces. La deuxième méthode chez un dément dément, c'est d'attendre un p'tit peu... qu'il ait oublié qu'il avait refusé il y a dix minutes, et voire plus. C'est-à-dire que je me souviens d'un vieux monsieur qui avait un début de maladie d'Alzheimer, je l'ai convoqué entre guillemets, poussé par sa femme pour lui faire faire des tests. Les tests se sont avérés positifs et je n'ai plus vu ce monsieur pendant deux ans. Je voyais toujours sa femme. Il ne voyait pas d'autre médecin, il était pas content, il voulait pas savoir, et donc il avait décidé que la meilleure façon c'était de ne plus me voir. Puis sa maladie d'Alzheimer s'étant aggravée, il ne s'est plus souvenu qu'il était fâché vis à vis de moi. Et je suis revenu à domicile d'ailleurs pour le soigner parce qu'il était hypertendu aussi, depuis deux ans il n'avait pas pris son traitement... sans se souvenir de tout ce qui c'était passé avant. » (Médecin n°10)

La négociation est fréquente lorsqu'il s'agit de se séparer de son animal de compagnie, même transitoirement, par exemple pour être hospitalisé. Cependant, les vrais refus demeurent rares.

«Souvent, les gens vont opposer une barrière qui n'est pas infranchissable comme la ligne Maginot vous voyez, on peut contourner le problème. C'est-à-dire que, après, c'est un problème de positionnement, mais ça se fait très vite, ça se fait en quelques heures ou en quelques jours au plus tard. Si vraiment la personne a besoin d'une hospitalisation et qu'y a un refus strict, euh... en tout cas, par exemple, cette situation ne s'est jamais produite, je n'ai jamais eu quelqu'un qui finalement a eu gain de cause alors qu'elle était en danger, j'ai jamais fait signer de certificat à mes patients en disant " d'accord vous ne voulez pas y aller, ben tant pis, vous me signez un papier, vous me déchargez, moi, je vous ai dit que vous deviez aller à l'hôpital... ", j'en suis jamais arrivé jusque-là. J'ai toujours pu convaincre cette personne qu'il était prudent d'aller à l'hôpital. Après, qu'il y ait des difficultés... Il y a toujours le problème du p'tit chien : qui est-ce qui va s'occuper du p'tit chien ? » (Médecin n°11)

« Le problème souvent, c'est le chat ! Au deuxième cycle, je fais un séminaire de médecine générale, je présente le cas de Mme Truc et puis je dis qu'elle a un chat. L'autre, il veut l'envoyer chez le chirurgien... Non, vous n'avez rien compris. Le problème de cette dame, c'est qu'elle a deux chats, qu'est-ce que vous allez faire des chats. Quand on est un vieux médecin comme moi, j'ai créé un réseau chat. J'ai toutes mes grand-mères que je connais et qui sont prêtes à recueillir un chat pour lui permettre d'être hospitalisée. » (Médecin n°1)

Protection de la personne âgée

Quelques médecins se voient aussi devoir protéger la personne âgée vulnérable, non seulement préserver sa santé mais surtout préserver la personne de la maltraitance et de toutes formes d'abus. Peu de médecins disent y avoir été confrontés et les médecins que nous avons interrogés ne pensent pas le problème fréquent. De plus, repérer la maltraitance est délicat. Et la notion même de maltraitance est difficile à définir. Pour certains des participants, aider les aidants pourrait permettre de prévenir certaines maltraitements.

« La maltraitance dans les institutions, elle consiste en fait, par des attitudes... En tant que médecin coordinateur, ce qui est encore un biais... on les repère par des attitudes générales de certains personnels, pas sur des personnes âgées, mais c'est plutôt le personnel qui est repéré comme tel, comme étant brutal, ben c'est toujours les mêmes de toute façon, comme

partout, qui posent problème, c'est pas exclu... Au niveau du domicile, moi j'avoue je n'ai pas trop repéré de gens vraiment mal traités. C'est de la maltraitance par négligence la plupart du temps.[...] La maltraitance physique, classique de la personne âgée battue, n'est pas... n'est pas... n'est pas le cas le plus fréquent. Moi, je n'ai jamais... ou je suis passé à côté. » (Médecin n°10)

« Ben euh, oui à partir du moment où tutoyer une personne âgée, c'est de la maltraitance. On y est tout le temps confronté. Le problème, c'est, toujours pareil, de disséquer, de discerner entre une maltraitance plus ou moins importante mais liée à une aide, c'est-à-dire que les aidants ont souvent des problèmes, c'est-à-dire qu'il y a beaucoup d'aidants qui aident parce qu'ils se sentent forcés d'aider et donc, c'est pas trop altruiste et puis bon, d'autres qui aident parce que c'est leur truc et qu'ils aiment bien ça et là ça va bien. Donc, c'est tous ces problèmes... [...] Ben la maltraitance, on la repère p'tit à p'tit, selon la clinique et selon les interrogatoires et les questions qu'on se pose, je pense aux problèmes... la maltraitance, on s'en est ben aperçu quand on a fait hospitaliser la personne mais a priori on pouvait se douter qu'il y avait eu maltraitance parce que, par exemple, la femme qui était plus jeune et plus valide, elle était toujours 15 à 20 mètres devant le monsieur qui suivait derrière et, le monsieur, je l'ai vu souvent pour des chutes. » (Médecin n°12)

La protection de la personne âgée passe aussi par la mise en place de mesures de protection judiciaire, notamment en cas de perte d'autonomie à cause d'une maladie démentielle évoluée, ou en cas de maltraitance financière de la personne âgée. Ces mesures peuvent aussi être utilisées par le médecin traitant comme un outil de prise en charge de la pathologie démentielle et permettre à la famille de prendre conscience de la situation.

« Chez une dame complètement démente. Les enfants m'avaient demandé de faire un certificat disant qu'elle ne pouvait pas se déplacer. Donc j'étais très étonnée. " Mais pourquoi vous voulez la déplacer ? ". " Parce qu'elle doit signer des papiers chez le notaire pour vente immobilière, elle ne pourra pas s'y rendre ". Ca m'avait mis un p'tit peu la puce à l'oreille donc là, j'avais fait une demande de tutelle en urgence, puisque les enfants étaient en train de dilapider les biens allègrement, donc là c'est vraiment la seule fois que j'ai fait en catastrophe, en prenant conscience qu'ils abusaient d'elle et qu'elle était incapable de faire autre chose. [...] Après, c'est souvent soit à la demande, soit en accord avec la famille, devant une difficulté à gérer les biens. [...] Mais c'est le plus souvent à la demande de la famille ou

vraiment quand je constate qu'il y a un glissement très net. Mais finalement, on n'en fait pas tant que ça. Peut-être qu'on a tort... » (Médecin n°8)

« Dans mon esprit, c'est le faire suffisamment tôt pour justement faire bien comprendre à la famille que c'est sérieux, c'est ça aussi, c'est un donnée clef à la prise en charge, c'est quand on révèle à la personne qu'il va avoir une perte d'autonomie, qu'on se met dans une prospective, leur dire : " Attention, dans 2 ans, vous ne pourrez pas la maintenir à domicile, est-ce que vous avez prévu les moyens financiers ? ". Donc ça rentre dans la même logique, c'est-à-dire les faire se préparer à financièrement, de façon organisationnelle, de leur dire que la situation va évoluer, elle n'est pas simplement figée. Il faut pas se tenir à " il a une maladie d'Alzheimer, on va lui filer un médicament, il va aller mieux ". Ca, je le fais, pas forcément très bien mais je le fais, et la tutelle rentre dans le domaine là. » (Médecin n°10)

Les autres objectifs du médecin traitant

Le médecin a également un rôle de soutien et réassurance auprès de la personne âgée. Pour cela, il doit faire preuve d'empathie.

« Comment je fais ? Il faut les soutenir, il faut être là, il faut être présent, il faut répondre... Il faut du soutien, du soutien. [...] Beaucoup de soutien, de réassurance, voilà. » (Médecin n°5)

« Je ne me sens pas combattre contre le patient. Je me sens combattre avec lui pour le soigner, il est à côté de moi, on va combattre ensemble peut-être mais pas contre lui en tout cas. » (Médecin n°6)

Dans sa prise en charge, il est important pour le médecin de connaître les dernières recommandations. Le médecin doit adapter les données de la science à la réalité de la pratique médicale. Enfin, un des participants rappelle que le médecin doit avant tout ne pas nuire.

« Oui, le médecin traitant joue un rôle. " Grand ", je ne sais pas. Il y a des patients avec lesquels l'empathie est très bonne, ils écoutent facilement ce que je dis, ils font ce que je dis... [...] Ce qui est important pour le médecin, à mon avis, c'est de connaître les

recommandations actuelles, ce qu'il faut faire pour diminuer le risque de chute et de perte d'autonomie trop rapide.... » (Médecin n°7)

« Disons, essayer de faire ce que je crois être le mieux, de l'adapter à son âge, à son autonomie, vraiment adapter ce que je crois être ce que me dit la science de faire à cette personne et de voir ce qui est vraiment possible dans son environnement, dans son habitat etc. [...] Ben, j'essaie de ne pas trop lui nuire. C'est peut-être un peu soft comme objectif, mais voilà, j'me dis que si déjà je ne l'aggrave pas par des traitements trop lourds avec trop d'effets secondaires, de ne pas faire plein d'examens dont je ne vois pas bien l'utilité, euh voilà, que j'essaie de lui épargner ça pendant les jours plus ou moins longs qui vont lui rester, déjà je trouve que c'est pas mal, je réfléchis déjà moins comme ça pour une personne plus jeune. Voilà, après, j'essaie quand même de la guérir, d'améliorer son état si je peux, mais avant tout, j'essaie de pas faire des choses qui vont lui nuire. » (Médecin n°9)

Le médecin doit connaître son patient pour l'accompagner dans son projet de vie. Ainsi, il est important qu'il sache ce que le patient souhaite pour sa fin de vie. Il doit aborder cette question tout en respectant la sensibilité du patient afin de ne pas le heurter.

« Je parle très, très tôt de la fin avec mes personnes âgées. Je crois qu'on peut prévoir des choses, et puis après, il faut rester vigilant. [...] Mon idée, c'est qu'ils y pensent tous les matins... 'fin tous les jours en tout cas. " Tiens, je ne suis pas mort ! ". C'est saisissant. Puis il y a des papiers là-dessus. Et donc, c'est facile... Je ne sais pas, de temps en temps, je leur dis " tiens, avez une petite affection aujourd'hui mais ne vous inquiétez pas, vous ne mourrez pas de ça ! ". [...] " Si ça arrive, vous préférez que ça soit à la maison ? " On en parle extrêmement volontiers. [...] Oui, j'ai ma sensibilité de médecin : si je vois que la personne se met en retrait, recule dans sa chaise, croise les bras ou tourne la tête, bon c'est déjà mal parti, elle veut changer de sujet. Y a des trucs quand même ! Et puis, si elle relance facilement la conversation sur le sujet, ben c'est gagné, et si je vois qu'elle répond avec un seul mot, ben voilà. » (Médecin n°7)

Le médecin généraliste est là également pour apporter réflexion et aider les personnes âgées à relativiser. Il a aussi un rôle de confident. Enfin, il doit viser la qualité de vie du patient et soutenir les aidants qui en ont besoin.

« C'est sûr qu'il y a des personnes âgées pour qui je fais office de la personne à qui on raconte des choses, en même temps, c'est le rôle du médecin. [...] J'essaie de relativiser, c'est-à-dire qu'on en parle, je leur explique que c'est aussi le sens de la vie, que la mort fait partie de la vie et puis que l'important, c'est d'avoir une belle vie et que... Beaucoup disent que ce n'est pas drôle de vieillir... Et puis je leur dis " ben si on ne vieillit pas, ça veut dire que l'on meurt jeune : est-ce que c'est mieux de mourir jeune ? ". Finalement, j'essaie d'amener une réflexion.» (Médecin n°8)

A noter que les objectifs du médecin diffèrent parfois de ceux du patient.

« Mais là, c'est difficile parce que si vous le prenez en charge, vous avez des objectifs, vous avez envie de vous dire " faut qu'il se lave, faut qu'il mange, faut qu'il dorme, faut que, faut que ! " Et lui, s'il a pas envie, les objectifs sont vite clos ! Les objectifs, c'est aussi les objectifs du malade, jusqu'où est-ce que ce sont les mêmes... Ce ne sont pas les mêmes ! » (Médecin n°6)

Comme nous avons pu le voir, la prise en charge d'un patient âgé est difficile pour plusieurs raisons. L'une d'entre elles est la nécessité de respecter les désirs de la personne âgée, même si ce n'est pas toujours raisonnable. Parmi ces désirs, rester chez soi le plus longtemps possible est un souhait fort et fréquent de la personne âgée.

III- UNE PRISE EN CHARGE AMBULATOIRE DIFFICILE GUIDÉE PAR L'IDEE DU MAINTIEN A DOMICILE

Le maintien à domicile est l'idée directrice retrouvée lors des entretiens. C'est l'objectif principal de la prise en charge pour quasiment tous les médecins traitants que nous avons interrogés. Cette idée guide la stratégie de prise en charge et le raisonnement du médecin traitant.

1- Les raisons de l'importance du maintien à domicile

Plusieurs raisons sont citées par les médecins traitants pour justifier leurs efforts à maintenir la personne âgée le plus longtemps possible chez elle : les bénéfices individuels pour le patient et les bénéfices économiques pour la collectivité.

Respect de la volonté et de l'autonomie de la personne âgée

La première raison de l'importance accordée au maintien à domicile par le médecin est l'importance que lui accorde le patient âgé.

« A priori et le plus souvent c'est le cas, les p'tits vieux, ils veulent rester chez eux et ils ont raison, donc ça il y a bien longtemps qu'on a intégré cette idée. » (Médecin n°2)

« Essayer de respecter leurs souhaits, c'est déjà important, c'est-à-dire si eux veulent rester au domicile, c'est essayer d'accompagner ce souhait-là, sauf si ce n'est vraiment pas envisageable parce que sur le plan médical c'est vraiment trop compliqué ou qu'il y a un problème financier, il faut être honnête. » (Médecin n°4)

Qualité de vie et confort du patient

Le maintien à domicile est une façon de privilégier la qualité de vie et le confort du malade. Il permet la satisfaction du patient qui continue de garder ses repères.

« Euh, je dirais que le bénéfice principal, quand les patients le souhaitent, c'est la satisfaction. Le fait qu'il soit chez lui avec ses repères, même si les repères peuvent aussi comporter des dangers. Et quand on peut le faire, je pense que c'est toujours ou presque toujours bénéfique. » (Médecin n°8)

« Ben, des objectifs en fait qualitatifs plus que quantitatifs, c'est-à-dire des objectifs de maintien à domicile, de qualité de vie... Euh, je mets au deuxième plan les données médico-biologiques, les données médico-médicales tout en sachant qu'elles sont indispensables aussi au maintien de la qualité de vie. Euh, l'expérience montre que quand on travaille sur la qualité de vie comme objectif principal, le reste suit, c'est-à-dire le reste finalement on ne le fait pas si mal que ça : on sait gérer une tension, on sait gérer des médicaments, on sait gérer même une dépression... j'veux dire, mais on gère relativement moins bien les données sociales. » (Médecin n°10)

Représentations négatives de l'Hôpital

Les représentations de l'hospitalisation chez de nombreux médecins généralistes sont négatives, si bien qu'ils évitent au maximum d'hospitaliser leurs patients. D'une manière générale, les médecins essaient de reculer l'entrée dans une institution, quelle qu'elle soit, afin de ne pas bouleverser la vie des personnes âgées. Néanmoins, l'institutionnalisation est parfois nécessaire. Les médecins rapportent alors leurs difficultés à évoquer « le placement » avec leurs patients âgés.

« Un objectif de prise en charge ? Un objectif de prise en charge, c'est de reculer l'institutionnalisation au maximum, parce que leur vie bascule. Il faut qu'on essaie de repousser ça au maximum. » (Médecin n°5)

« Elle ne pouvait plus rester toute seule, elle demandait à son entourage, elle sollicitait en permanence à n'importe quelle heure. Bon, ce n'était plus possible, ce n'était plus gérable. J'veux dire... J'aurais dû prévoir, bien sûr, je pensais qu'il fallait l'institutionnaliser mais comment lui dire ? Comment lui faire comprendre alors qu'elle était déjà un petit peu démente... » (Médecin n°5)

Mieux vaut mourir chez soi

Le médecin traitant souhaite pour la personne âgée ce qu'il voudrait pour lui-même.

« Les bénéfices, ils sont à mon avis énormes. C'est mon objectif. Je négocie avec les personnes âgées pour savoir si elles acceptent de mourir à la maison. J'aimerais bien moi-même mourir à la maison avec quelqu'un qui m'aime autour de moi, ça c'est l'idéal. [...] Les bénéfices du maintien à domicile pour la personne âgée en fonction de son goût, à mon avis, c'est toujours bien de mourir chez soi, dans ses meubles, avec sa famille qui vous tient la main. » (Médecin n°7)

Intérêt économique pour la collectivité

Pour les médecins traitants, la prise en charge ambulatoire permet à la collectivité de faire d'énormes économies, les soins au domicile étant beaucoup moins coûteux que les soins à l'Hôpital ou dans une maison de retraite.

« Le bénéfice, il est énorme pour la société. C'est beaucoup moins cher que de l'envoyer dans une maison de retraite ou à l'hôpital pendant un certain temps. A la maison, c'est bien moins cher, on a vraiment intérêt, à mon avis, à ce que les gens restent à la maison, et il faut des structures pour nous aider. » (Médecin n°7)

« Il y a des patients qui passent, la dame, elle a 93 ans, elle est maintenue à domicile, on fait gagner de l'argent à tout le monde, à la sécu, parce qu'il faut savoir que dès que tu laisses un vieux chez lui, ils gagnent de l'argent. Parce que non seulement, quand il rentre à l'hôpital déjà on ne va rien lui faire, on ne peut rien lui faire parce que quinze personnes et en plus, il a coûté, je ne sais plus combien c'est la journée de médecine générale maintenant, je crois que c'est presque mille euros par jour, et le maintien à domicile ne coûte pas mille euros par jour, tu sais, avec même les réseaux infirmiers » (Médecin n°1)

Il y a très peu d'inconvénients au maintien à domicile

Les médecins traitants favorisent le maintien des personnes âgées chez elles, aussi parce qu'ils y voient très peu d'inconvénients.

« Les inconvénients, au prime abord, j'en vois pas. S'il y a des inconvénients, c'est probablement un peu de ma faute parce que je n'ai pas fait ce qu'il faut : elle va tomber parce que voilà, soit elle m'a pas écouté, soit je ne l'ai pas motivée, elle n'a pas de téléalarme parce que soit je l'ai oublié... » (Médecin n°7)

2- Les visites à domicile du médecin traitant

Les visites au domicile du patient par le généraliste contribuent au maintien à domicile, notamment pour les personnes les moins mobiles.

Intérêts multiples de la visite à domicile

La visite à domicile en effet favorise l'accès aux soins pour tous parce qu'elle pallie à la perte de mobilité de certaines personnes âgées. Certaines communes proposent d'ailleurs des services de transport pour les patients à mobilité réduite. Elles aident ainsi leurs médecins généralistes en permettant une diminution du nombre de visites à domicile chez les patients habitant la commune. En outre, certains omnipraticiens considèrent la visite au domicile comme un service qu'il est normal de rendre à leurs patients les plus âgés. Enfin, la visite permet de connaître le patient et d'améliorer sa prise en charge médico-sociale, grâce à l'évaluation du domicile, du cadre de vie, à un réaménagement éventuel de l'habitat.

« Déjà, d'avoir des soins parce que beaucoup ne sortent pas de chez elles, ce qui permet d'évaluer l'état du domicile et le besoin des aides. Excusez-moi. (interruption pour répondre au téléphone). Donc ça permet d'abord de leur apporter des soins, puis faire l'état des lieux, éventuellement les besoins, les dangers qu'il peut y avoir dans l'habitat, essentiellement ça. » (Médecin n°8)

« Pour certaines personnes âgées, c'est indispensable oui. Il y en a qui ne sortent plus depuis très longtemps. Et, je ne vois pas comment on ferait si on ne pouvait pas... Ca peut être extrêmement réduit si la ville met à disposition des véhicules gratuits, des taxis de ville : des personnes âgées, pas grabataires mais avec peu d'autonomie, viennent. Souvent, elles sont accompagnées par leur aide ménagère ou leur aide soignante. Et quand la consultation est terminée, je rappelle le véhicule de la Mairie qui reprend la personne âgée pour la ramener à la maison. Ca diminue beaucoup le nombre de visites. Mais il y en reste quelques-unes, des personnes qui ne sortent pas de chez elles. » (Médecin n°7)

Pour l'un de nos médecins, la visite à domicile apporte et permet de conserver une clientèle. Elle participe à la continuité des soins.

« Ben déjà, c'est une clientèle, que si on ne fait pas de visites, on se coupe totalement. Ce n'est pas du tout la même clientèle que celle du cabinet. En plus, dans cette clientèle, si on ne fait pas de visite, j'veux dire, ou elle aura un autre médecin traitant ou elle se fera suivre à l'hôpital, toute façon ce sera sûrement pas... ce sera difficile de la garder ici. Euh... Bon, et puis, ça correspond à un certain service aussi, à des personnes vieillissantes qu'on a dans la clientèle justement depuis longtemps et qui... Euh... pour lesquels on n'a pas de raison non plus d'abandonner à partir du moment où elles ne viennent plus au cabinet. » (Médecin n°10)

La visite à domicile comporte donc beaucoup d'avantages, mais elle présente également des inconvénients qui limitent sa pratique.

Les limites de la visite à domicile

Les visites à domicile représentent en effet une contrainte pour le médecin traitant, si bien que certains généralistes les réduisent autant que possible. Elles réclament du temps. La prise en charge du patient est plus difficile chez lui qu'au cabinet, notamment par manque de matériels et d'hygiène.

« J'suis pas trop visite à domicile sauf quand c'est vraiment nécessaire quoi. J'essaie de les réduire au minimum. Il se trouve que, comme je te l'ai expliqué, j'ai une patientèle un peu particulière puisque je ne suis pas là tout le temps. Euh... Et donc la plupart des visites entre

guillemets c'est plutôt en maison de retraite. Sinon, j'ai quelques-unes, c'est, je sais pas moi, des patients qui ne peuvent vraiment pas se lever de manière exceptionnelle, puisque j'ai une patientèle soit très jeune soit très âgée en maison de retraite. [...] Si, en plus, c'est une personne âgée qui est suivie à domicile, moi je trouve que vraiment suivre les gens à domicile c'est un truc particulier, c'est beaucoup moins facile que de les suivre dans mon cabinet médical où j'ai exactement tout ce qu'il faut pour les gens en charge. Donc le fait de suivre les gens exclusivement à domicile, ça complique.» (Médecin n°9)

« Par contre sur le plan de l'examen proprement dit, on est un peu limité et puis ici au cabinet on a quand même plus de moyens, plus de choses. Par exemple, moi ça m'arrive d'en faire, les vieux ont souvent mal partout, c'est pas mal de leur faire des infiltrations. Les infiltrations à domicile, c'est pas toujours évident, bon on y arrive, mais c'est plus facile au cabinet, on est plus posé, on a plus d'hygiène, on a plus de quoi faire. Bon, on en fait quand même, mais c'est un p'tit peu de la haute voltige... On n'a pas toujours sous la main quand on veut la faire, des fois on n'a que de l'alcool, voire de l'Eau de Cologne seulement pour désinfecter... Bon, après, il faut voir si on fait quand même à l'Eau de Cologne ou si on attend la consultation pour faire l'infiltration quoi mais c'est les avantages et les désavantages de la visite. On est moins équipé professionnellement pour faire un diagnostic. » (Médecin n°12)

3- L'ambivalence des aidants

Pour les médecins de familles que nous avons interrogés, le maintien au domicile de certaines personnes âgées dépendent en grande partie de la présence d'un entourage et de l'aide qu'il peut apporter.

Importance des aidants.

Les aidants contribuent au maintien à domicile des personnes âgées et leur aide est déterminante dans la prise en charge des patients les plus « dépendants ». Le rôle de l'entourage est complémentaire à celui du médecin : les aidants sont des relais pour le médecin, ils permettent de prolonger les effets de la visite à domicile.

« A mon avis le point le plus important que je n'ai pas évoqué jusque maintenant, ce sont les référents, c'est-à-dire les aidants familiaux. Est-ce que la famille est présente ou pas ? Et ça fait toute la différence. C'est très clair, il y a des gens qui font pour leurs anciens des choses épatantes, il y a des gens qui sont très, très présents pour leur père, leur mère vieillissant, et pour un médecin généraliste, ça change du tout au tout. [...] Le point principal de la difficulté d'un médecin généraliste, c'est de savoir : est-ce qu'il y a des gens ? Est-ce que la famille est présente ? Où est-ce qu'il y a un aidant majeur ou est-ce qu'il n'y en a pas ? C'est vraiment ce qui détermine la différence. » (Médecin n°11)

Les aidants d'une personne âgée présentant de sérieux troubles cognitifs facilitent sa prise en charge médicale : ils aident et le patient et le médecin. Ce sont eux par exemple qui vont surveiller et alerter si besoin, qui aident le patient à prendre son traitement, qui vont donner les informations que le patient ne peut plus lui-même fournir à cause d'une démence avancée... ou tout simplement qui vont ouvrir la porte au médecin s'il doit venir faire une visite à domicile. Ils constituent une aide à la communication. Parfois c'est un lien entre le médecin traitant et la personne âgée. Et c'est aussi un lien social pour le sujet âgé. Ainsi, ils sont souvent gage de qualité de vie pour le patient âgé.

« Sans l'entourage, c'est cuit ! Une vieille dame totalement seule, dès qu'il y a une perte d'autonomie, dès qu'il y a trouble de démence, là ce n'est plus possible. La limite de la visite à domicile, c'est quand même l'ouverture des portes ! Il m'arrive, il m'est arrivé, là je n'en ai plus en ce moment, mais il m'est arrivé d'avoir les clefs et pour avoir les clefs, il faut que quelqu'un aille faire faire les clefs... 'fin c'est vite compliqué ! Donc si la personne, parce qu'elle est trop démente ou parce qu'elle est trop grabataire, ne peut plus se lever, ne peut pas m'aider à la maison ou en tout cas ne peut rien de ce que je vais faire, là c'est une vraie limite ! » (Médecin n°7)

« Euh, je pense que c'est un gage de qualité de vie la plupart du temps. Ça nous décharge aussi d'un certain nombre de choses pour trouver des structures, on peut déléguer sur la famille. C'est un lien social incontestable. Donc c'est plutôt un plus. » (Médecin n°8)

L'entourage notamment familial peut aussi apporter une aide financière, facilitant le maintien à domicile et améliorant le confort de vie. Par ailleurs, il peut aider le médecin à la prise de décision.

« Je connais des fois le travail des enfants donc j'en déduis un p'tit peu, par hypothèse, les revenus qui pourraient venir les [personnes âgées] aider... » (Médecin n°7)

« Et puis il y a des fois, il y a des décisions difficiles à prendre. " Je pense qu'elle va mourir dans trois mois de son cancer plein de métastases... Euh, est-ce qu'on la garde à la maison ou pas ? ". Faut avoir l'avis de l'entourage. Elle est très démente : qu'est-ce qu'on fait ? On essaie d'instituer un service de garde 24h sur 24 à la maison ou est-ce qu'il faut lui trouver une maison de retraite adaptée ? Les services sociaux font un peu mais il faut que les enfants soient partie prenante. » (Médecin n°7)

A noter que, pour nos médecins participants, souvent c'est l'entourage qui s'intègre dans la prise en charge. Néanmoins, dans certains cas, c'est le médecin qui va les chercher, parfois avec difficultés.

« Il me semble que c'est l'entourage qui s'intègre. Si l'entourage est déjà présent aux visites, s'il me téléphone, il est évident qu'on aura un contact. Si c'est toujours au médecin qui va téléphoner à la fille ou à la famille, il est évident que là c'est beaucoup plus difficile, on est un peu plus tout seul. Pour moi, l'entourage il est déjà là, il est autour du patient, il ne va pas... C'est difficile pour nous de provoquer, de créer un entourage. Il est là ou il est pas là. » (Médecin n°4)

Les aidants ne sont cependant pas toujours bénéfiques à la prise en charge d'une personne âgée. Parfois, pour certains médecins traitants, ils peuvent même être nuisibles.

Aidants parfois nuisibles

L'entourage peut dans certains cas être ressenti comme une contrainte pour le médecin traitant.

« Alors, je dirais qu'on est à la fois contraint par lui : si vous avez quelqu'un, la fille ou le mari, vous ne pouvez pas faire comme s'ils n'étaient pas là sinon vous êtes viré quoi, et on a besoin de lui parce que c'est l'inverse, on n'est pas toujours là. [...] Contraint dans les deux

sens, contraint parce qu'on ne peut pas faire autrement, et parce qu'on en a besoin aussi. Voilà. » (Médecin n°2)

Quelquefois, l'entourage peut interférer voire perturber la prise en charge du médecin. Par exemple, il peut s'opposer au maintien à domicile de la personne âgée et faire pression pour hospitaliser la personne, de telle sorte que le médecin traitant a parfois le sentiment de devoir combattre l'entourage. L'entourage peut aussi être responsable d'un malaise chez les soignants, voire un sentiment de maltraitant.

« Voilà, je pense à une patiente où la famille qui est assez nombreuse et pas mal sont dans le monde médical, réapprovisionne en médicaments, dans un circuit parallèle au mien, et pourtant c'est une maison de retraite, et du coup elle se retrouve avec des hypnotiques, des médicaments qui peuvent la faire chuter, il se trouve qu'elle chute, et là j'ai beau expliquer à la famille de ne pas le faire, elle continue à le faire en me disant " Mais elle a toujours été comme ça, elle a toujours bien fait, etc. Ne vous emmerdez pas. " Ouais, c'est possible d'interférer négativement. » (Médecin n°9)

« Il y a un petit quart de gens nuisibles, c'est-à-dire que souvent les parents, les enfants qui vivent en province, ils sont culpabilisés de ne pas faire et donc ils ont tendance à penser que leurs contributions consistent à critiquer ce qui se fait et montrer qu'ils existent donc il y a quelquefois une réaction, j'veux dire, destructrice, agressive, vis à vis des gens qui s'en occupent réellement. Ca peut aller assez loin dans ce que je pourrais appeler la maltraitance du personnel de santé. » (Médecin n°10)

Dans certains cas, certains médecins reprochent à l'entourage d'être maladroit et insuffisant. Dans d'autres cas, au contraire, l'entourage est trop présent, trop pesant. Le médecin traitant peut aussi avoir trop d'interlocuteurs ou être au centre d'un conflit intra-familial.

« Ben il y a trois sortes d'entourage. Les plus fréquents, à différents degrés, c'est quand même bénéfiques, même si... il peut être maladroit, insuffisant, désadapté. Il y a l'entourage, je dirais, ça fait 50% des entourages, et puis il y a 50% de gens indifférents, ils ne sont ni bénéfiques ni nuisibles, ils nous laissent nous débrouiller. Et puis, il y a un petit quart de gens nuisibles. » (Médecin n°10)

« Là, la dernière dame que j'ai hospitalisée, elle a un fils, donc j'ai des contact avec lui... Quand il y a une famille mais quand il y a une famille qui veut bien se donner la peine parce que... Quelquefois, j'avais une famille qui se disputait parce qu'il y avait trois clans, alors c'était commun, la sœur, la belle-sœur, le machin, c'était jamais le même truc. " Comment, vous l'hospitalisez pas ? ", " Comment, vous voulez l'hospitalisez ? " (rires). Donc quand on a la famille, ce n'est pas plus simple, c'est plus difficile. » (Médecin n°6)

Cette ambivalence du médecin face à l'entourage d'une personne âgée peut parfois se traduire par une certaine méfiance du médecin traitant vis à vis de la famille. La famille peut être suspectée de maltraitance, de négligence, d'exploitation financière.

« Ben là, j'ai été à une formation avant-hier, organisée par le réseau sur la nouvelle loi de protection des majeurs. Et donc, il y a plusieurs cas de rapporté où la tutelle ayant été mal entre guillemets attribuée, euh, le tuteur, soit par représailles par rapport aux soignants, par rapport au médecin, puisque c'était le médecin qui avait fait demander la tutelle... parce que justement il s'était aperçu que les proches ne faisaient pas trop ce qu'il fallait... et une fois que les proches avaient repris la tutelle et bien, ne demandaient plus les visites du médecin et n'apportaient plus les soins nécessaires à la personne. Donc quelquefois, légalement, l'entourage peut redevenir néfaste. Alors soit, c'est parce que c'est pour une préemption de l'argent ou des biens, soit c'est parce que l'entourage n'a pas l'air d'appréhender correctement la nécessité d'une prise en charge correcte, et pense que la personne n'est pas suffisamment malade pour nécessiter des soins... enfin, ça c'est complexe, c'est au cas par cas. » (Médecin n°12)

Nécessité d'aider les aidants eux-aussi

Il est important, pour un médecin traitant, de respecter l'entourage d'une personne âgée, de reconnaître ses difficultés et parfois sa souffrance et de l'aider autant que possible.

« Je reconnais aussi la difficulté, la souffrance éventuelle de l'entourage, moi je soigne une personne mais pas l'entourage, je sais que l'entourage est important, et vivant, et doit être pris en compte. Euh... Comment je l'intègre ? Ben, je fais avec. Avec respect et de manière le plus efficace possible. Mais je ne vais pas le mettre à distance, par exemple... Toujours en

essayant de respecter, mais là on est encore plus contraint parce que vous avez un couple, ou une maman avec son adolescent, vous pouvez dire " Ah maintenant, vous devez sortir ! " C'est pas évident mais on peut. Avec le p'tit vieux, vous dites " sortez ", mais une fois que vous êtes sorti, c'est lui qui réinvestit, enfin le conjoint ou le proche quoi.» (Médecin n°2)

Aider les aidants selon certains médecins permet également de prévenir la maltraitance de la personne âgée.

« Le problème, c'est, toujours pareil, de disséquer, de discerner entre une maltraitance plus ou moins importante mais liée à une aide, c'est-à-dire que les aidants ont souvent des problèmes, c'est-à-dire qu'il y a beaucoup d'aidants qui aident parce qu'ils se sentent forcés d'aider et donc, c'est pas trop altruiste et puis bon, d'autres qui aident parce que c'est leur truc et qu'ils aiment bien ça et là ça va bien. Donc, c'est tous ces problèmes... D'ailleurs, dans le réseau, on a un service d'aides aux aidants, justement pour essayer d'endiguer tout ce qui, tous ces problèmes que pose le fait d'aider quelqu'un. » (Médecin n°12)

4- Les réseaux gériatriques peuvent faciliter le maintien à domicile

Les avantages du réseau gériatrique

Un réseau gériatrique peut en effet présenter de nombreux avantages pour la prise en charge ambulatoire d'une personne âgée. Le réseau peut aider le généraliste en lui fournissant des coordonnées de professionnels, en lui offrant des services de maintien à domicile. Il peut mettre à disposition du médecin traitant une équipe multidisciplinaire, un gériatre qui accepte de se déplacer au domicile des patients. Il peut faire gagner du temps au généraliste.

« Alors, normalement, on devrait avoir des adresses ou des possibilités plus rapides d'hospitalisation ou de choses comme ça. Mais finalement, c'est plus difficile puisque la dernière que j'ai hospitalisée, c'est moi qui me suis débrouillée toute seule. Mais bon, l'idée c'est qu'effectivement avoir des gériatres à domicile qui viennent faire le GIR etc. Ca, je ne sais pas faire un GIR ou en tout cas, je n'ai pas le temps et j'ai toujours été intéressée par la personne qui le fait au réseau Paris Nord. [...] Normalement, ça devrait en tout cas me faciliter des entretiens avec des gens qui font attention aux personnes âgées ou des gens qui

aiment bien la gériatrie ou des lieux d'accueil temporaire ou des choses comme ça. »
(Médecin n°6)

« Euh, c'était bien également parce que le réseau était capable de nous aider à trouver des aidants, parce que c'est l'une des difficultés du médecin généraliste de mettre en place autour de leur patient à domicile des personnes pour les aider, ça prend du temps de faire cette démarche qui fait partie vraiment du métier du médecin généraliste, c'est sûr, mais ça prend du temps et le réseau pouvait faciliter ce genre, c'est-à-dire que finalement, à l'époque où ça fonctionnait bien, on téléphonait avec l'accord du patient qui était prévenu, au numéro unique du réseau gériatrique et puis, il y avait là une infirmière et un médecin référent, et puis ils arrivaient à déclencher, ils travaillaient avec des équipes d'infirmiers ou d'infirmières qui étaient également sous forme de réseaux genre, je me souviens plus comment ça s'appelle... l'ADMR, par exemple, ça pouvait être la Croix Rouge etc. Et donc il y avait des facilitations pour le généraliste, ça nous faisait un peu gagner du temps. »
(Médecin n°11)

Le travail d'équipe permet la confrontation des points de vue avec parfois un éclairage nouveau et une remise en cause de ce que le médecin traitant seul pouvait penser.

« J'sais pas moi, les avantages, pour l'instant, ce que j'ai vu dans le réseau, c'est que les réunions pluridisciplinaires pour les patients qui n'étaient pas les miens m'ont montré à quel point c'était utile de réunir plein de professionnels qui bossaient autour de la même personne pour voir ce que chacun pouvait apporter, assez souvent remettre en cause ce que moi je croyais parce que c'est assez difficile de tout connaître quand on voit quelqu'un du point de vue médical, qu'une fois de temps en temps. » (Médecin n°9)

Par ailleurs, le réseau peut faciliter l'hospitalisation grâce à une certaine proximité avec l'Hôpital. Il peut également servir de lien entre les hospitaliers et les libéraux et améliorer la communication inter-médecins.

« Nous avons également des correspondants également qui faisaient partie du réseau, qui étaient des gériatres à l'accueil des urgences, et on avait développé, on va dire, un outil avec le même langage. En contrepartie, les hospitaliers s'engageaient à nous prévenir de façon satisfaisante quand le patient quittait l'hôpital. C'était pas une mince affaire que le patient

sortait avec de bonnes ordonnances, à la bonne journée, que le médecin soit prévenu à l'avance, beaucoup de nos confrères généralistes se plaignant qu'ils devaient souvent, d'ailleurs le vendredi après-midi, récupérer un patient, lui téléphoner, avec des ordonnances qui n'étaient pas adaptées à la situation particulière du patient, 100% pas 100%, enfin bon... et que les généralistes n'étaient pas prévenus suffisamment à l'avance pour s'organiser. Voilà, il y avait cette volonté là. L'avantage, moi ce que j'en ai surtout retenu à l'époque où ça marchait bien, un avantage relationnel inter... inter-confrères, ce réseau permettait de mieux connaître nos correspondants... On avait des relations. » (Médecin n°11)

Quelquefois, le réseau apporte de nouveaux outils de prise en charge tels que des fiches de conduite à tenir dans telle ou telle situation, tout en « standardisant » les outils dont les médecins se servaient déjà. Par exemple, le réseau peut mettre en place un courrier d'adressage formaté répondant aux attentes des hospitaliers.

« Les réseaux développent des outils de prise en charge, c'est-à-dire déjà une aide pour le praticien lui-même, c'est-à-dire l'approche clinique du patient, euh... Je me souviens très bien des fiches que nous avons à disposition, par exemple " Que faire en cas de chute à domicile ? ", " Que faire en cas de dénutrition ? "... Il y avait des espèces de référentiels comme ça. [...] Il y avait une exigence aussi, c'était que les courriers d'adressage au niveau des hôpitaux devaient être un peu formatés puisque nous avons également des correspondants également qui faisaient partie du réseau, qui étaient des gériatres à l'accueil des urgences, et on avait développé, on va dire, un outil avec le même langage. » (Médecin n°11)

La prise en charge de la personne âgée peut être améliorée grâce au réseau, à sa politique de prévention permettant le repérage et l'anticipation des problèmes. De même, le réseau peut participer à la formation des médecins traitants et promouvoir la recherche clinique ambulatoire. Enfin, le réseau peut impulser une énergie et un dynamisme à ses membres.

« C'était une des fonctions de ce réseau qui a disparu. C'est quand je parlais tout à l'heure d'outils qui avaient été développés, je ne me souviens plus très, très bien, il y a eu un balbutiement, on avait dû mettre au point 7 ou 8 fiches de situations particulières, et il y avait une proportion non négligeable à faire de la prévention, je parlais des chutes tout à l'heure... donc effectivement, qu'est-ce qu'on fait ? Comment est-ce qu'on peut faire pour repérer ça

avant que ça ne se produise ? Il faut réagir assez rapidement quand il y a une chute par exemple, quand il y a l'émergence d'une nouvelle pathologie... comment veiller à ce que les gens n'aient pas trop de médicaments à prendre... oui, il y a des choses à faire en amont, à repérer effectivement. Mais ça, ça ne va pas de soi, c'est-à-dire que ça sous-tend quand même une formation chez le médecin généraliste [...] c'est sûr qu'il faut que le médecin soit vachement attentif à ça, pour anticiper. » (Médecin n°11)

«Je participe aussi au Réseau Paris Nord où là aussi on a des formations en gériatrie, assez régulières. » (Médecin n°4).

« Mais à l'époque, cette formation, cette possibilité de m'aider avec d'autres membres du réseau, ça crée une espèce d'émulation, d'état d'esprit... » (Médecin n°11).

Des économies sur les coûts de santé seraient possibles grâce au réseau gériatrique selon l'un des médecins interviewés, en raison de son efficacité à prolonger les soins au domicile et éviter ainsi l'institutionnalisation du patient pagé.

« Ce réseau permet de mettre en place toutes les aides possibles : ergothérapie, infirmière, kiné, aide ménagère, maintien à domicile, soins de SIAD c'est à dire service de soins infirmiers à domicile, ou infirmière libérale, auxiliaire de vie, aide soignante... pour que la personne âgée puisse être maintenue à domicile le plus longtemps possible. Ce réseau d'ailleurs est financé par la sécu puisqu'elle va gagner, ne serait-ce qu'une journée de gagné, c'est largement... c'est pas dix fois, mais presque dix fois ce que dépense la personne dans le réseau quand on fait ça quoi » (Médecin n°12)

Le réseau gériatrique présente un intérêt pour les médecins, qu'ils soient libéraux ou hospitaliers, mais aussi pour les patients qui bénéficient d'une prise en charge adaptée et de qualité. Le réseau favorise aussi l'information du patient puisqu'il ne peut pas être pris en charge sans son consentement.

« Les avantages, c'est vraiment à mon avis pour les patients, un peu aussi pour les hospitaliers. Pour le patient, c'est que les réseaux développent des outils de prise en charge, c'est-à-dire déjà une aide pour le praticien lui-même, c'est-à-dire l'approche clinique du patient [...] Il y avait une charte, un engagement signé, pour le patient aussi d'ailleurs, le

médecin généraliste devait informer le patient qu'il pouvait, que le patient intégrait un réseau de prise en charge de personnes âgées, donc tout ça, c'était très bien mais, ça ne pouvait pas être autrement d'ailleurs. » (Médecin n°11)

Selon certains médecins interviewés, l'adhésion à un réseau présente peu de contraintes, si ce n'est celle de respecter les termes d'une charte propre au réseau.

« Non, il n'y a pas de contrainte, rien, puisque tout est volontaire, c'est-à-dire qu'il y a des réunions, on n'est pas obligé d'y aller, il y a des formations, on n'est pas obligé d'y aller... Le seul fait, c'est d'être dans le réseau et de pouvoir faire le lien avec le réseau. Non, il n'y a pas beaucoup de contraintes. De temps en temps bon, il y a des enquêtes de satisfaction mais si on ne les remplit pas, il n'y a pas de pénalité, il n'y a rien. Il faut faire simplement le signalement, c'est tout ! On est inclus dans le réseau, on ne participe pas à la vie du réseau, mais on s'en sert quand comme un outil. [...] Ben il y a une charte dans le réseau, dans tous les réseaux il y a une charte, on s'engage à respecter les termes de la charte. » (Médecin n°12)

D'autres médecins en revanche ne sont pas d'accord et rapportent de nombreuses contraintes liées à l'appartenance à un réseau.

Les inconvénients du réseau gériatrique

Il est souvent reproché aux réseaux la tenue de nombreuses réunions et la disponibilité demandée aux médecins adhérents.

« Les inconvénients par rapport au réseau, les inconvénients du réseau, ça demandait beaucoup de temps. » (Médecin n°11)

Quelques médecins mentionnent la crainte qu'ils ont d'avoir des patients supplémentaires par l'intermédiaire du réseau. Un autre médecin avoue ressentir une certaine méfiance vis-à-vis des réseaux ville-hôpital où le rôle du médecin généraliste n'est pas perçu comme suffisamment valorisé.

« Ben alors, d'abord pourquoi je ne suis pas membre d'un réseau ? Parce que je n'ai pas envie d'avoir des patients en plus quoi. » (Médecin n°2)

« Je suis un peu méfiant puisque les réseaux, en particulier les réseaux ville-hôpital, ont plus pour mission de drainer les malades vers l'hôpital que de rendre service aux personnes âgées. J'ai peut-être tort, mais j'veux dire, je suis un peu naturellement méfiant. Maintenant que ce sont des réseaux ville-ville comme le réseau Agekanonix, ou le réseau de soins palliatifs Arc-en-ciel, on respecte beaucoup plus le médecin traitant et pas seulement comme une donnée manquante ou celui qui fait les ordonnances comme il n'y a personne pour les faire et il s'occupe de choses pas sérieuses.» (Médecin n°10)

L'un des participants critique les critères d'inclusion parfois trop stricts de certains réseaux.

« Les inconvénients, j'en vois pas des masses, à part que celui là, ce réseau là, mais peut-être qu'ils ne sont pas tous comme ça, il a des critères pour faire rentrer des gens dans le réseau qui sont parfois assez stricts et donc des gens que j'estime que moi j'aurai besoin de leur aide, on me répond " non, celui, il n'est pas assez lourd, il est pas dans le cadre etc. ". Voilà, l'inconvénient, c'est ces limites là pour pouvoir inclure les patients. » (Médecin n°9)

Un autre médecin participant indique que l'obligation de passer par les outils mis à disposition par le réseau peut dissuader le généraliste de faire partie du réseau.

« Et alors, on avait essayé de convaincre les médecins généralistes ensuite, et de mémoire, je crois, une des sources de non adhésion des médecins généralistes au réseau, c'était justement de devoir passer par le calibrage des outils développés par le réseau, par exemple la lettre d'adressage, qu'un certain nombre d'éléments soient repérés par le médecin généraliste qui connaît bien l'environnement du patient, que ces éléments soient répertoriés de façon satisfaisante dans un courrier d'adressage, je crois que ça, ça demandait obligatoirement du temps et que le temps du médecin généraliste est parfois compté, et que s'inscrire dans ce genre de chose...» (Médecin n°11)

Enfin, certains médecins de famille n'en éprouvent tout simplement pas le besoin d'adhérer à un réseau gériatrique, ils peuvent ne pas être intéressés par la gériatrie ou ont déjà leur propre

réseau. Ils peuvent aussi ne pas avoir été formés à travailler avec un réseau. Ces réseaux sont d'ailleurs moins nécessaires dans les grandes villes où il existe d'autres dispositifs.

« A Paris, il y a les points " Paris Emeraude " qui fonctionnent bien et vite, en tout cas dans le XVe. Et puis, à Pompidou, le service de gériatrie est relativement actif. En fait, on travaille comme si c'était un réseau. Et les réseaux, on n'a jamais été formé aussi. Il en a été question à un moment puis ça ne s'est pas fait.[...] Je ne fais pas beaucoup de gériatrie. C'est pas mon truc, et je n'ai pas envie de passer des heures en réunions. Voilà. Au bout d'un certain temps, on a son carnet d'adresses. » (Médecin n°8)

L'un des médecins nous a fait part de son souhait d'avoir un réseau vraiment de proximité, articulé autour du médecin traitant et répondant à ses besoins.

« Un vrai réseau qui vient sur place ! Un peu comme... Pas l'HAD, mais où le médecin traitant est encore très partie prenante : aujourd'hui, moi, je dis qu'il faut l'ergothérapie parce que la salle de bain ne convient pas, et puis envoyez-moi un kiné s'il vous plaît parce que j'ai l'impression qu'elle ne tient pas debout pendant cinq secondes sur une jambe et qu'elle va tomber, donc il faut qu'on la rééduque un p'tit peu. Et puis, j'ai besoin qu'on fasse les papiers pour qu'elle ait l'Aide Personnalisée d'Autonomie... Donc un réseau qui vient m'aider moi, à ma demande, en fonction de ce que j'ai besoin quand j'examine un patient, pour sa fragilité. » (Médecin n°7)

5- Les limites du maintien à domicile

Le maintien à domicile est important pour la personne âgée et son médecin traitant. Il nécessite la coopération du patient et de son entourage avec le médecin et il peut être facilité par les services d'un réseau gériatrique. Cependant, il trouve ses limites dans limites de chacun de ces intervenants.

Les limites liées au contexte médical et social

La pathologie médicale aiguë nécessite parfois l'hospitalisation pour être prise correctement en charge. Dans un certain nombre de cas, le maintien au domicile va dépendre de l'état général de la personne âgée ou de la complexité de la prise en charge, du risque de chute, de la nécessité d'une surveillance continue. Garder certaines personnes démentes peut parfois s'avérer dangereux pour elles.

« Enfin, il n'y a pas que le médecin traitant qui a ses limites, c'est surtout que par rapport à l'entourage du patient, la volonté du patient, l'état du patient, et comment il appréhende sa maladie aussi, enfin il y a... C'est sûr que bon, les choses, c'est un p'tit peu du cas par cas aussi, évoluent toujours vers un point de non retour, c'est sûr. » (Médecin n°12)

« Les risques [du maintien à domicile], c'est le fait de ne pas être dans une institution avec un regard continu. En même temps, dans la plupart des institutions, il y a une telle pénurie de personnel qu'il n'y a pas non plus un regard continu. Et puis, je dirais que le risque, c'est surtout la chute, avec l'impossibilité de se relever parce qu'en institution, c'est sûrement couvert plus tôt. Et à la maison, même s'il y a un passage par jour, ils peuvent quand même rester 24h par terre. Après, s'ils doivent mourir, ben ils meurent mais au moins ils meurent chez eux. » (Médecin n°8)

Certains patients nécessitent une institutionnalisation en raison de la peur qu'ils ont d'être isolés.

« Il y a celles qui n'ont personne donc ça leur fait un peu peur : bon, ben, je leur propose une maison de retraite ou elles-mêmes me disent " voilà, j'ai encore ma tête " ou " bon, je suis tombée, il faut que j'aille en maison de retraite " et puis je les accompagne dans cette démarche, je remplis les papiers. » (Médecin n°7)

Limites du médecin traitant

La prise en charge de certaines personnes âgées est très difficile en ambulatoire, si bien que le médecin traitant peut être découragé face aux difficultés, se sentir démuni voire « saoulé ».

« Il se décourage ! Le médecin se décourage ! Bien entendu. Bien entendu... Et moi, quelquefois, je n'y vais pas, je fulmine et je fais répondre à la gardienne " Je n'irai pas le voir ! ". Surtout quand il est tombé, je sais qu'il ne voudra pas aller faire des radios, des trucs comme ça, il faut bien qu'il aille à l'hôpital faire des radios parce que, moi, je suis incapable de savoir s'il s'est cassé quelque chose ou s'il a une hémorragie de la rate, j'en sais rien, j'veux dire, quelqu'un de par terre, qui a passé toute la nuit par terre, et qui est en mauvais état général, de toute façon il respire mal de toujours, je ne verrai pas la différence, vous voyez ce que je veux dire ? Donc, on se décourage bien sûr ! » (Médecin n°6)

Le médecin peut également éprouver des difficultés à laisser mourir une personne âgée, même au domicile.

« Si on décide, encore une fois, que les gens doivent mourir chez eux mais ce n'est pas toujours évident même s'ils le veulent. Il y a des moments où on a du mal à assumer... Sauf s'il y a un palliatif, quelqu'un qui a un cancer dont on sait que, voilà, pendant qu'il était hospitalisé, on a décidé ça, c'est clair pour eux, pour l'entourage, pour le médecin, pour l'équipe, et puis même là on peut craquer parce que mourir à la maison c'est un échec, l'échec c'est mourir à la maison, c'est pas hospitaliser. L'échec c'est mourir déjà. Mais mourir à la maison c'est un échec. On dit " mais comment, il n'est pas hospitalisé ? " » (Médecin n°2)

Le médecin traitant peut par ailleurs se sentir insuffisant, sentir que ses compétences sont limitées, qu'il peut manquer de disponibilité. Il peut se reprocher de ne pas avoir anticipé certaines situations dangereuses.

« S'il y a des inconvénients [à garder mes personnes âgées au domicile], c'est probablement un peu de ma faute parce que je n'ai pas fait ce qu'il faut : elle va tomber parce que voilà, soit elle m'a pas écouté, soit je ne l'ai pas motivée, elle n'a pas de téléalarme parce que soit je l'ai oublié... ça m'est déjà arrivé... soit... Je me rappelle un couple, un monsieur et une très vieille dame, tous les deux ont 90 ans passés, et la dame avait perdu la tête depuis très longtemps, et monsieur avait toute sa tête. Et j'ai pas parlé de téléalarme, et un jour, le monsieur est tombé, il s'est cassé je ne sais plus quoi, un fémur, un col, et donc la vieille dame a passé la nuit à tourner autour de lui et lui, il lui disait " téléphone " et elle, elle ne

savait pas téléphoner. Donc, lui est mort d'une rhabdomyolyse aiguë et elle, elle est morte un mois après, des suites du décès de son mari. [...] La disponibilité : c'est très difficile de trouver du temps, les visites sont longues, ils sont relativement oubliés, donc ça n'intéresse personne. Il est difficile de mobiliser les autres acteurs aussi.» (Médecin n°7)

Le suivi d'un patient exclusivement à domicile est délicat, la qualité de la prise en charge n'est pas optimale. C'est une des limites du médecin traitant.

« Si, en plus, c'est une personne âgée qui est suivie à domicile, moi je trouve que vraiment suivre les gens à domicile c'est un truc particulier, c'est beaucoup moins facile que de les suivre dans mon cabinet médical où j'ai exactement tout ce qu'il faut pour les gens en charge. Donc le fait de suivre les gens exclusivement à domicile, ça complique.» (Médecin n°9)

Enfin, lorsque le turn over des patients est trop rapide dans un quartier, le médecin traitant ne parvient pas toujours à bien connaître ses patients, surtout si ce sont des personnes âgées démentes et que leur médecin précédent n'est pas joignable.

« Vous connaissez des personnes âgées, et puis finalement c'est le gériatre qui vous indique, et bien, parce que ces personnes âgées là, dans ce quartier en tout cas, y a un turn over tel. Les trois dernières personnes âgées qu'on m'a mises dans les bras, je ne connais rien d'elles parce qu'elles viennent d'ailleurs, je ne connais rien d'autres dans la vie courante ! [...] Et donc, je me suis coltinée les trois dernières... En plus, elles sont Alzheimer, et le médecin traitant qui les a soignées jusqu'ici est malade depuis un an. Donc, ils n'ont pas de dossier.» (Médecin n°6)

Limites liées aux aidants

Tout d'abord, l'entourage peut s'opposer au maintien à domicile d'une personne âgée et demander l'institutionnalisation ou l'hospitalisation.

« Il avait une sœur. Donc c'est le dernier. Décompensation, altération de l'état général, malgré la sœur présente. Lui, c'est la sœur qui faisait blocage, j'ai eu vraiment une pression de la sœur qui voulait l'hospitaliser. C'était quand même une tumeur de la langue qui était en

train de mal partir. Il est rentré à l'Hôtel Dieu pour altération de l'état général et il est mort dans les jours suivant. » (Médecin n°1)

Ensuite, l'entourage et les autres intervenants peuvent être difficiles à mobiliser. Les aides dont bénéficie la personne âgée peuvent être insuffisantes malgré leur augmentation. Et les aidants peuvent être dépassés par la charge de travail.

« Il est difficile de mobiliser les autres acteurs aussi. J'ai beau me démener pour une dame que j'aime bien, on parle toujours des dames parce que les hommes sont morts, mais évidemment il y a les hommes aussi... Pour les patients que je suis et qui n'ont pas d'autonomie, pour moi, ils deviennent franchement vieux au sens médical quoi, mais j'ai beau vouloir y aller, si je n'ai pas d'aide autour de moi, ben, ça va pas, ça fait trois fois que je demande le kiné, ça fait peut-être deux fois que j'appelle les enfants, bon rien ne se fait, ce n'est pas raisonnable quoi ! Là je n'y arrive plus. » (Médecin n°7)

« Ben, je sais pas, c'est vraiment un truc à prendre en compte avec la patiente ou le patient ou avec sa famille quoi, j'imagine que p'tit à p'tit j'augmenterai les aides et à partir du moment où je sens que toutes les aides sont au maximum, qu'elles sont mises en place de manière optimale, que pourtant il continue à avoir, je sais pas, trois chutes par mois, deux allers-retours à l'hôpital par mois, j'en sais rien, euh, dans ces cas-là... ou si les équipes qui tournent ou la famille qui est dans la maison commencent à péter les plombs, parce que c'est trop lourd pour eux, s'il y a un de ces trois trucs, je proposerai la maison de retraite, en sachant que je peux évidemment le faire avant que tout craque. » (Médecin n°9)

Limites sociales du maintien à domicile

Les difficultés financières, ainsi que l'isolement social de la personne âgée ou l'intolérance de l'entourage, par exemple vis-à-vis des troubles du comportement d'une personne démente, peuvent compromettre le maintien à domicile d'un sujet âgé.

« L'objectif, c'est qu'elle reste chez elle, si elle veut rester chez elle, mais c'est là aussi jusqu'où laisser une personne chez elle toute seule ou comment supporter... Nous ne sommes pas non plus, nous ne passons pas la journée avec ces personnes âgées, donc quand je dis à

la famille ou à des voisins, " écoutez, laissez la faire, laissez la être démente, il n'y a que vous que ça dérange, elle, elle est contente comme ça, soyez plus tolérants ! ". Il y a une limite à ça, c'est quand la personne âgée démente va sonner toute la nuit chez les voisins. Les voisins, ils disent au début " ma pauvre petite dame ! " et puis au bout de quinze jours " laissez-moi dormir ou je vais appeler la police !" » (Médecin n°6)

Limites liées à l'éthique

Des questions éthiques sont parfois soulevées par le maintien à domicile de certaines personnes âgées qui ont perdu toute autonomie, le médecin se trouvant partagé entre le respect de la volonté du patient et le désir de vouloir lui donner les meilleurs soins.

« Donc jusqu'où laisser quelqu'un, jusqu'où tolérer que quelqu'un soit un peu en dehors de la norme et se lave pas, mange pas ou pisse par terre, j'veux dire, il y a un moment donné où on va dire " c'est sa vie, c'est sa liberté " et jusqu'où est-ce que c'est thérapeutique, jusqu'où il faut s'emmêler...! » (Médecin n°6)

« Jusqu'où on peut respecter la volonté ? Faut savoir si c'est la bonne ou la mauvaise volonté. Euh, la volonté, si elles ont mis des instructions précises, j'veux dire, ça rejoint la lettre d'intention qu'on a dans les soins palliatifs, on peut être admis à respecter certaines choses, en sachant que d'emblée, si vous voulez, il y a une éthique vis à vis de ces personnes âgées démentes, de respect en tout cas général, qui ne va pas jusqu'au respect du maintien à domicile, parce qu'une personne qui se néglige ou qui n'est pas lavé, qui risque de tomber, qui se nourrit pas, j'veux dire, c'est pas la respecter que de la maintenir à domicile, alors que le système ne fonctionne pas. Il y a aussi des personnes opposantes, est-ce qu'il faut respecter ? Dans les déments, il y a beaucoup d'opposition, de déni. Euh, est-ce qu'il faut systématiquement respecter les décisions ? Surtout qu'une personne âgée démente, elle va avoir une opposition à un moment et si on repasse dix minutes après, elle y pensera plus. Donc il faut savoir contourner ce genre de chose. Donc respecter les volontés d'une personne âgée démente, ça me paraît altruiste, c'est-à-dire une idée assez abstraite. » (Médecin n°10)

Cela dit, les limites de la prise en charge ambulatoire peuvent être poussées très loin en fonction de la personne âgée et de son entourage.

« Ben disons que là, sur Villeneuve, avec le réseau, on a quand même une belle approche, on a bien repoussé les limites. Les limites, elles sont au moment où... encore que sur Villeneuve, on a réussi à avoir des patients intubés ou avec trachéotomie qui arrivaient à rester seuls la nuit, donc non hospitalisés. C'a été assez extraordinaire donc les limites... » (Médecin n°12)

Ainsi, si toutes les conditions sont réunies, une personne âgée peut être prise en charge à son domicile par le médecin traitant pendant très longtemps. Néanmoins, il arrive souvent qu'à un moment donné, compte tenu d'une affection médicale aiguë, d'une perte de toute autonomie, de l'épuisement de l'entourage, le maintien à domicile n'est plus possible et dans ce cas-là, le médecin traitant a généralement recours à l'hospitalisation ou l'admission dans une maison de retraite.

IV- L'HOSPITALISATION EST SOUVENT LE DERNIER RECOURS

Lorsque le maintien à domicile de la personne âgée atteint ses limites, le médecin généraliste est souvent amené à demander l'hospitalisation. Nous verrons comment les médecins traitants justifient ces hospitalisations. L'image des hôpitaux est souvent négative auprès des généralistes, si bien que la plupart hospitalise leurs patients âgés uniquement en dernier recours. De nombreuses critiques sont par ailleurs adressées par les généralistes au système hospitalier.

1- De multiples motifs d'hospitalisation

Les médecins généralistes peuvent demander une hospitalisation pour raisons médicales, sociales ou pratiques.

Pathologie aiguë, pathologie chronique

Certaines affections aiguës médicales ou chirurgicales ne peuvent être prises en charge à domicile pour des raisons évidentes. Au contraire, en cas de maladie chronique, par principe, les médecins évitent l'hospitalisation car ils estiment en général que les complications et les pertes d'autonomie peuvent être anticipées.

« Pour moi, l'hospitalisation est soit la pathologie bien sûr aiguë, chirurgicale ou autre, qui nécessite, qui ne peut pas se traiter en ville. Sinon, tout, tout est fait pour maintenir... [...] Dans le cas des pathologies aiguës, le type qui a une péritonite, je ne vais pas le garder à la maison, c'est dangereux tu vois ce que je veux dire, le type qui a une rectorragie ou même un bilan à faire, on ne va pas s'amuser à le faire à la maison... Tu vois ce que je veux dire. Il est évident dans la pathologie aiguë, tu es obligé de l'hospitaliser malheureusement... [...] Dans la pathologie chronique, par principe, non. La pathologie chronique, c'est une exception, c'est quand vraiment je suis dépassé, quand je n'arrive pas à régler, le type qui est déjà alzheimerien ou le type je ne sais pas quoi. » (Médecin n°1)

« En général pour moi, l'hôpital est vraiment, a une place avant tout, pour les accidents, les problèmes aigus. L'hôpital n'a pas sa place pour un problème chronique, d'ailleurs à la

limite, les pertes d'autonomie, il faut qu'on anticipe et dans ces cas-là, c'est une maison de retraite, et le problème, c'est qu'on n'a pas toujours le temps de demander une maison de retraite, parfois on n'a pas le choix. » (Médecin n°4)

Pathologie somatique, pathologie neuro-psychiatrique

Les maladies neuro-psychiatriques et les troubles du comportement sont aussi des motifs fréquents d'hospitalisation des personnes âgées, tout comme la maladie somatique. Les médecins généralistes disent régulièrement, par exemple, se sentir « dépassés » par un syndrome confusionnel ou une maladie d'Alzheimer responsable d'une perte complète d'autonomie.

« Alors, il y a le p'tit vieux qui devient un peu confus, et pour le coup on ne peut pas le laisser à domicile. » (Médecin n°2)

« Ben, [l'hospitalisation] c'est-à-dire c'est un peu le bout de la chaîne, quand on n'arrive plus au domicile, que ce soit pour un problème de... L'obstacle, c'est vraiment le bout de la chaîne, quand il y a des situations en soi, une rupture brutale avec un événement intercurrent, chute, fracture, ou confusion qui nécessitent des bilans et une hospitalisation. Soit c'est vraiment, normalement ça ne devrait pas être là, c'est le bout de la chaîne, on n'y arrive plus, il y a une perte d'autonomie qui s'est installée, bon on n'arrive plus à gérer au domicile toutes les pathologies du patient. » (Médecin n°4)

Des motifs sociaux d'hospitalisation

L'isolement social, la précarité financière ou encore une demande de l'entourage peuvent être à l'origine de l'hospitalisation d'une personne âgée.

« Bon maintenant, si elles sont isolées, qu'elles n'ont pas de moyens, si elles ne peuvent même pas avoir une CMU pour que l'infirmière se fasse payer, si elles n'ont pas de mutuelle ou quoi que ce soit... donc t'es foutu. Tu vas les mettre à l'hosto, ça va coûter beaucoup plus cher à tout le monde, même à eux parce qu'ils vont payer le forfait de 80 euros par jour mais

bon, c'est ton problème, après c'est à l'assistante sociale l'hôpital de se démerder, tu passes le bébé malheureusement... » (Médecin n°1)

« Une demande de l'entourage ? Oui, ça oui, il peut y avoir... Certainement. On peut être en opposition par rapport à l'entourage qui veut faire institutionnaliser une personne, alors nous, nous pensons que ça peut être encore un p'tit peu reculé... Donc voilà, une forte pression de l'entourage, ça c'est clair. Euh... C'est nos limites parce qu'on est un petit peu obligé de se fier à d'autres. Voilà. Et peut-être des problèmes sociaux un peu inextricables où là aussi on est dépassé et on ne peut plus rien faire. Bon. » (Médecin n°5)

Des raisons d'ordre organisationnel

L'hospitalisation permet de regrouper les examens et facilite ainsi les bilans et minimise les déplacements de la personne âgée.

« Là, ce patient que je vous cite : " je ne vois pas ce qu'il fait dans mon service il va partir demain ", je dis " vous ne savez pas ce qu'il fait dans votre service, mais moi, je vais vous dire pourquoi il est entré : moi je suis incapable, après une chute de cet homme qui refuse les soins etc., je suis incapable de le diriger, il faudrait qu'il prenne quatorze ambulances, le temps qu'il ne le fasse pas... Donc j'ai besoin de vous pour faire un p'tit bilan d'hospitalisation ". Donc l'hôpital peut m'aider trois jours à faire un p'tit peu le débrouillage de ce qu'il faudrait faire en urgence et puis bien sûr il rentre chez lui. L'hôpital peut m'aider avec ça, et là j'ai quelqu'un qui me dit " j'ai bien compris pourquoi vous l'avez hospitalisé ". » (Médecin n°6)

Soutien et soulagement de l'entourage et du médecin

L'Hôpital permet le soutien et le soulagement des aidants et du médecin généraliste grâce aussi aux séjours de répit qu'il peut proposer.

« Ah non, pas du tout, ça peut aussi être un soutien pour les familles, c'est dur aussi d'être avec des personnes âgées polydépendantes, ça peut aussi être un soutien et un soulagement

pour les familles, ça aide aussi. C'est pas un échec parce que, quelque part, c'est aussi un soulagement pour le médecin de se dire que voilà, on n'y arrivait plus » (Médecin n°4)

Enfin, il faut souligner que les différents aspects sont souvent intriqués et les motifs de recours à l'Hôpital sont multiples pour un patient donné.

« Voilà, est-ce qu'il est possible d'assurer le maintien à domicile, donc effectivement là, ça peut être des problèmes sociaux, des problèmes psychiques, des problèmes physiques et qui vous empêchent d'assurer le maintien à domicile. Voilà, bon ça dépend, chaque cas est différent. Chaque cas est différent, on ne peut pas hiérarchiser, on peut avoir des gens en bonne santé entre guillemets qu'on est obligé d'institutionnaliser parce que, parce qu'ils n'ont plus de moyens ou parce qu'ils ont quelques troubles psychiques... Enfin bon, c'est un mélange donc hiérarchiser, ça me paraît... C'est des interconnexions donc c'est difficile de hiérarchiser, c'est... Bon, il y a trois... Social, médical, psychique. Bon, on fait la synthèse de tout ça puis on arrive à nous dire " bon, celle-là, on peut la laisser là à la maison " ou " non, malheureusement on est obligé d'envisager, d'institutionnaliser... ". Mais c'est une synthèse de trois choses. » (Médecin n°5)

2- Les différentes représentations de l'hospitalisation

Lorsque nous étudions les représentations liées à l'hospitalisation chez les médecins généralistes, nous nous rendons compte qu'elles sont ambivalentes. Dans de nombreux cas, l'hospitalisation est le seul recours efficace, et en ce sens elle représente une aide pour les omnipraticiens. Mais en raison de ses limites, voire de ses risques et en raison d'une difficile acceptation auprès de leurs malades, les médecins de familles essaient d'éviter l'Hôpital s'ils peuvent raisonnablement faire autrement.

Pour le médecin traitant, c'est une aide qui a ses limites et ses risques

Nous avons vu que l'hospitalisation peut être un soutien et soulagement pour nos participants. C'est une aide, une opportunité qui peut permettre de stabiliser les choses. Parfois, c'est même une « chance » qui peut permettre de rattraper une situation non gérable au domicile, voire sauver la personne âgée. L'hospitalisation permet une surveillance continue des patients

et c'est aussi une aide pour la prise en charge sociale. L'Hôpital par conséquent rend service au médecin traitant et à son patient. Dans ce cas, le séjour hospitalier est souvent perçu comme transitoire et nécessaire avant un retour au domicile.

« Soit l'hospitalisation est une parenthèse, comme s'il ne s'était rien passé, finalement tout retourne comme avant, on a eu un souci, on a eu besoin à un moment d'être dans un autre contexte, on a fait ça, ça c'est fait, on recommence comme avant. Soit il y a des séquelles où alors l'hospi est une opportunité pour nous, qui nous a permis de stabiliser les choses, faire des bilans... Vous voulez faire une radio à quelqu'un, une prise de sang, c'est facile ! Quand on profite qu'il est à l'hôpital pour faire ça et ça, puis on verra ce qu'on en fait. Non seulement il y a des réseaux, mais il y a des services de gériatrie notamment à Bichat qui fonctionnent très, très bien. Moi, je suis très content qu'ils existent, ils nous rendent souvent des services. [...] l'hôpital est un recours. Il faut étudier, l'utiliser, comme tout, à bon escient. On peut se tromper, en faire trop ou trop tard. Mais c'est un recours comme un examen complémentaire, on travaille en partenariat. » (Médecin n°2)

« Je pense qu'il y a des situations qui ne sont pas gérables à domicile et qui sont parfaitement rattrapables à l'hôpital, c'est-à-dire que, on ne parle pas obligatoirement d'hospitalisations longues, c'est une réponse possible à votre question, mais à ce moment là, ce serait quand même dommage de priver le patient d'une prise en charge cohérente, plutôt rapide, pour ensuite revenir dans les meilleures conditions à domicile. » (Médecin n°11)

Certains médecins considèrent l'Hôpital comme partenaire, comme complémentaire de la prise en charge ambulatoire, en particulier si la communication entre les hospitaliers et les libéraux se passe bien. L'Hôpital peut ainsi éclairer le généraliste et apporter un nouveau regard sur le patient et ses problèmes. Remarquons que les médecins interrogés faisaient surtout référence à l'Hôpital de jour.

« Pour le médecin, c'est pas la même chose, je pense qu'elle peut être, quelque part elle peut être vue comme quelque chose de salvateur. Pour la plupart des hospitalisations, si c'est juste une petite hospitalisation de 2-3 jours et qu'on renvoie la personne, ça ne sert pas forcément à grand chose. Si c'est quelque chose qui se débouche sur un nouveau regard, certes hospitalier mais pas ambulatoire, mais un nouveau regard qui fait le point pendant une semaine ou deux, en hôpital gériatrique, sur des choses que moi, le nez dans le guidon,

j'arrivais pas à faire le tri soit à la maison soit à la maison de retraite, ça peut vraiment aider. » (Médecin n°9)

« Il y a l'Hôpital de Jour et il y a l'hospitalisation. Quand les patients vont en Hôpital de Jour, on leur fait un courrier, on a faxé au secrétariat... En fait il y a déjà une attente, une demande et on a toujours un retour avec un courrier très détaillé. Parfois les patients sont vus plusieurs fois. Et on est toujours tenu au courant, donc on sait précisément ce qu'il en est, et régulièrement, les médecins de l'Hôpital de Jour m'appellent pour des précisions, là il n'y a pas de souci de ce côté-là. Par contre, pour ce qui est de l'hospitalisation, ce n'est pas le cas du tout. » (Médecin n°4)

Mais l'hospitalisation peut aussi être vécue par les médecins de famille comme un échec, surtout si le motif d'admission peut être anticipé, comme par exemple une perte progressive d'autonomie, ou si la personne âgée doit passer par les urgences. Certains médecins parlent alors de « catastrophe » dans la prise en charge du sujet âgé. Dans ce cas, l'Hôpital est assimilé à un endroit dépersonnalisé voire à un véritable mouroir. Dans cette perspective, l'hospitalisation est reculée au maximum.

« La personne [à domicile] sera automatiquement mieux qu'un vieux qui sera dans un service de médecine comme ils disent " interne ", c'est-à-dire dans un mouroir de médecine générale à l'hôpital, où on ne peut pas s'occuper de lui, pour la bonne raison qu'il est trop vieux, et qu'en plus on n'a pas de personnel, on n'a pas le temps, surtout à trente cinq heures on n'a encore moins le temps. [...] Mais la plupart du temps un vieux est toujours mieux chez lui, donc à partir du moment où on peut organiser un réseau. [...] Sinon, quand la famille est présente, ou quand même parfois avec les voisins, on arrive très bien à maintenir nos personnes âgées le plus possible à domicile. Pour moi, l'échec est une catastrophe pour la personne âgée. Donc l'hospitalisation est un échec, une catastrophe pour la personne âgée. » (Médecin n°1)

« C'est une catastrophe ! [...] Des exemples ? Euh... Récemment non. Mais je veux dire, souvent, ça peut-être le début d'un... D'une descente ou d'une chute... D'une perte de l'autonomie voilà ! » (Médecin n°3)

L'hospitalisation est considérée par certains médecins comme inéluctable. En fonction de la situation, l'hospitalisation peut être vécue soit comme un échec soit comme quelque chose d'inéluctable.

« Non, comme quelque chose d'un peu inéluctable. J'ai mes limites. Non, je ne vis pas cela comme un échec. Non, bon, effectivement si j'ai loupé, je ne sais pas, n'importe quoi de physique, une hyperthyroïdie ou une insuffisance cardiaque, bon si j'ai loupé ça, effectivement, je peux m'en vouloir mais sinon, non. » (Médecin n°5)

« Pour nous, c'est soit un échec : " Mince, j'ai mal géré un médicament, j'ai pas vu que la créatinine montait, ou, flûte je n'ai pas réussi à obtenir le cadre, le tapis, elle s'est cassée..." Alors, c'est embêtant quoi, ou alors j'ai pas vu... Il y a une part d'échec dans l'hospitalisation. Puis, c'est inéluctable, on n'est pas tout puissant. Toutes mes personnes âgées, j'espère qu'elles mourront avant moi, il y a aucun doute donc voilà, ça fait partie des choses de la vie... Des fois, j'me dis " Mince, elle est à l'hôpital, c'est pas de chance ! J'aurais pu faire mieux... ". Ben oui ! Mais c'est l'évolution, je n'y peux rien, de toute façon, j'peux pas faire plus quoi. » (Médecin n°7)

Pour beaucoup de médecins généralistes, l'Hôpital n'est pas toujours la solution aux problèmes du patient à cause d'un important manque de moyens dans le milieu hospitalier : personnel insuffisant, manque de temps des professionnels, fermeture de lits... Ainsi, il n'est pas toujours évident pour un médecin libéral de trouver un lit à l'Hôpital pour son patient

« En même temps, dans la plupart des institutions, il y a une telle pénurie de personnel qu'il n'y a pas non plus un regard continu. » (Médecin n°8)

« Dans les hôpitaux, ils ont d'autres problèmes, ils ont des problèmes de places, il faut que les malades sortent, ils n'ont pas la dimension ni le personnel suffisant sûrement pour pouvoir préparer cette sortie. » (Médecin n°5)

En outre, l'hospitalisation comporte en elle-même des risques que le médecin traitant doit prendre en compte : risque d'escarres, de maladie veino-thrombotique, de syndrome de glissement, de début d'une perte d'autonomie. Il existe également un risque de non retour au

domicile par décès ou parce que l'hospitalisation débouche sur une institutionnalisation durable.

« Qu'ils [les médecins hospitaliers] ne nous tuent pas nos malades, parce qu'ils savent faire aussi de temps en temps, soit par aveuglement... Il y a une vingtaine d'années, c'est moins vrai maintenant, toutes mes personnes âgées hospitalisées décédaient la veille du jour où ils allaient rentrer chez eux d'embolie pulmonaire, parce qu'on les avait alités pendant dix jours et puis qu'on les remettait debout pour rentrer. On apprenait toujours qu'au lieu de rentrer, elles étaient décédées. C'est la loi des séries qui n'était peut-être pas fortuite. Deux, qu'ils ne les aggravent pas, c'est-à-dire... les personnes âgées qui... Moi, je travaille dans une EPHAD où on fait très attention aux soins cutanés, aux préventions d'escarre... Chaque malade hospitalisé revient avec des escarres. C'est pas souhaitable. Ca, c'est le côté négatif des choses évidemment. » (Médecin n°10)

« Ben, son hospitalisation, c'est quand même un gros risque de déboucher sur une institutionnalisation au décours... Euh... Et puis, compte tenu de ses fragilités, il y a quand même des risques importants, physiques, complications, dégradation... Donc l'hospitalisation, on la redoute. » (Médecin n°5)

Le regard des personnes âgées et des aidants sur l'Hôpital

Pour l'entourage d'une personne âgée, d'après nos participants, l'hospitalisation ou l'institutionnalisation temporaire du sujet âgé peut permettre de soutenir et soulager les aidants familiaux.

« Ah non, pas du tout, ça peut aussi être un soutien pour les familles, c'est dur aussi d'être avec des personnes âgées polydépendantes, ça peut aussi être un soutien et un soulagement pour les familles, ça aide aussi. » (Médecin n°4)

« C'est très habituel, c'est souvent l'été, il y a des soucis qui se posent, les enfants qui sont parfois très présents ont le droit d'être fatigués donc ils ont le droit aussi de s'éloigner quelque temps : il faut organiser un accueil pendant quelques semaines pour le soulagement familial. Ca, c'est une demande qui n'est quand même pas rare. » (Médecin n°11)

Pour la personne âgée, selon nos médecins, l'hospitalisation est une rupture dans leur vie, une perte de repères, ce qui est déstabilisant pour un sujet âgé. Par ailleurs, elle est très mal vécue par les personnes non démentes qui se trouvent confrontées aux malades déments dans le service hospitalier.

« Et c'est toujours une perte de repères, c'est toujours terrible pour elle. Elle se retrouve, si on l'envoie dans une maison de moyen séjour, de convalescence, elle va être entourée de démentes, donc c'est compliqué quand même ! Elles reviennent en pleurant, enfin celles qui ne sont pas démentes, reviennent en pleurant en disant " C'est terrible, c'est terrible ! ". Les autres n'ont rien vu... Enfin c'est compliqué ! » (Médecin n°7)

L'Hôpital serait une source d'angoisse pour les personnes âgées, en raison de la confrontation avec la mort, la démence des autres, la peur du non retour au domicile. Ainsi, les patients hospitalisés qui reviennent au domicile disent qu'elles ne veulent plus jamais y retourner.

« Ah ben déjà, il y a en a qui n'iront plus jamais, parce que... Une fois ou deux... Je pense à une dame de 90 ans qui est tout à fait gentille mais qui a été mal reçue, qui n'a pas été cocoonée, elle a l'habitude d'être cocoonée par sa famille, elle a de la famille, et son cardiologue, elle a une insuffisance cardiaque du feu de Dieu, il n'y a plus rien à faire pour, elle est inopérable, et elle est tombée très fatiguée, et son cardiologue, comme moi je ne répondais pas directement à ses besoins, elle a directement appelé son cardiologue, qui pour s'en débarrasser, sachant qu'il n'y avait plus rien à faire, a dit " ben écoutez, allez donc à la clinique ". Quand elle est revenue de la clinique, elle m'a dit " plus jamais, j'irai ". Donc quand elle m'appelle et me dit " je suis fatiguée ", je réserve, je ne dirai pas " est-ce que vous voulez être hospitalisée ? ", je vais prendre la claque, je me prends une paire de gifles, il faut qu'on s'organise autrement, elle ne veut plus y aller. » (Médecin n°6)

« Les personnes âgées vont vous dire " de toute façon, je ne vais pas revenir, j'ai toutes les chances de mourir ". Le médecin traitant, il le pense aussi... mais il ne va pas le dire. Il le craint tout cas, il le craint. » (Médecin n°11)

En raison des connotations négatives liées à l'Hôpital, certains omnipraticiens tentent de prévenir l'hospitalisation de leurs patients âgés par exemple en mettant au point un plan thérapeutique qui permette d'anticiper les problèmes.

« C'est prévoir, avoir un plan thérapeutique en quelque sorte : qu'est-ce qu'elle a ? Elle est dénutrie, il faut arrêter la dénutrition, faut la renutrir parce que je sais qu'elle va tomber et se retrouver à l'hôpital. Elle évolue sur un mode Alzheimer, qu'est-ce que je vais faire dans trois ans lorsqu'elle ne saura plus quel est le jour et la nuit ? Est-ce que j'ai le temps de mettre sur pied une équipe qui va s'en occuper ? Est-ce qu'elle a les moyens de payer quelqu'un parce que les aides ne suffiront pas ? Est-ce que l'entourage est là ? Si la réponse est non tout le temps, ben on ira à l'hôpital. Donc on prévoit un plan de ce que j'ai envie de faire plus tard en fonction des données, c'est, à mon avis, plus facile de la tenir à la maison ou de décider assez vite de l'envoyer ailleurs, parce que je ne vois pas quelles solutions peuvent solutionner ça... » (Médecin n°7)

Pour quelques médecins, peser le pour et le contre permet également de prévenir certaines hospitalisations. A noter que le généraliste distingue deux situations : le patient pris en charge chez lui et le patient pris en charge dans une maison de retraite. Lorsque le médecin prend en charge des patients en maison de retraite, l'hospitalisation est pensée différemment dans la mesure où la maison de retraite est déjà une semi-hospitalisation.

« Si vraiment, je trouve que c'est quelque chose d'extrêmement important, comme je sais pas moi, l'institutionnaliser parce que sinon c'est vraiment dangereux pour elle, ben je le ferais sans son avis mais avec celui de la famille. Si j'estime que ce n'est pas vital mais que c'est plus pour moi que pour elle, j'abandonnerai. [...] il ne faudrait pas que je l'hospitalise pour rien quoi, faudrait que je l'hospitalise pour quelle chose. Après, ben voir qui reste à la maison, s'il reste un des deux conjoints, si en plus, l'autre conjoint est dépendant et l'aidant c'était justement la personne qui va à l'hôpital, effectivement ça pose problème... Voilà, c'est le genre de chose un peu particulière... Encore une fois, moi je les vois en maison de retraite donc ils sont semi-hospitalisés. » (Médecin n°9)

3- Le rôle du gériatre

Le gériatre a un rôle important pour certains médecins généralistes, modeste pour d'autres.

Rôle d'expertise

Certains médecins considèrent que le gériatre a avant tout un rôle d'expertise. Le gériatre a en effet des compétences en matière de prise en charge de polypathologie, en matière de thérapeutique. Il aide également à hiérarchiser les différents problèmes. Il peut donner des avis, des conseils nutritionnels. Il peut aussi donner des formations. Ainsi, s'il connaît bien le patient, il peut être complémentaire du médecin généraliste.

« Ca permet d'aider. Moi en tout cas, ça m'aide beaucoup, pour déjà adapter les traitements, et pareil, hiérarchiser, rédiger une ordonnance, pour éviter la iatrogénie, permettre de faire des examens, de faciliter les bilans, d'accéder aux examens complémentaires pour les regrouper en Hôpital de jour. [...] Puis ça peut aussi nous aider au quotidien pour des prescriptions, des questionnements, pour avoir aussi des avis, des conseils nutritionnels, tout ce qu'on ne peut pas tout savoir quoi. » (Médecin n°4)

« Là je travaille souvent avec l'hôpital de jour de Vaugirard et très régulièrement, j'ai le médecin de l'hôpital de jour au téléphone, et là, ils connaissent vraiment les malades, et on est très complémentaire, et quand par exemple, un patient consulte plusieurs fois dans une semaine et que je ne vois pas le motif de consultation, on peut tout à fait discuter de ça et décider d'une conduite commune, ce qu'on peut difficilement faire avec les gériatres qui ne connaissent pas les personnes âgées et qui, finalement, nous renvoient qu'ils en ont d'autres. » (Médecin n°8)

Plusieurs médecins généralistes mettent l'accent sur la compétence du gériatre en matière de prise en charge des troubles cognitifs.

«Le gériatre a du temps pour faire les examens complémentaires, le dépistage de la maladie d'Alzheimer, à mon avis, c'est son point fort. » (Médecin n°7)

« Je trouve que ce [la gériatrie] n'est pas un spécialité en soi la plupart du temps. Euh... ils servent surtout de... Ils servent la plupart du temps de médiateur pour l'hospitalisation et puis après, c'est eux qui vont prendre le patient en charge. Je mettrais une restriction, je mettrais un bémol parce que ce sont eux qui font les bilans mémoire, ça c'est quand même très utile... » (Médecin n°8)

Pour les médecins traitants, le gériatre dispose plus temps, ce qui lui permet de faire ce que le médecin de famille ne peut pas, par exemple une évaluation GIR. Par ailleurs, en raison des méthodes d'évaluation gériatrique spécifiques, le gériatre peut permettre au médecin généraliste de connaître encore davantage son patient.

« Eh bien la gériatre que moi je connais et qui m'apporte de l'aide, c'est celle qui conduit par exemple, qui fait des GIR, conduit l'entretien pour bien comprendre la personne et donc, moi j'assiste à ces entretiens et je prends plaisir parce que j'ai jamais le temps de vraiment le faire et puis, souvent, je le fais mal... Je le fais mal voilà. Elle, elle a son plan : " et vos études ? ", " et pendant la guerre ? ", " et votre mari, qu'est-ce qu'il avait fait ? ", etc. Soit on n'y pense pas, nous, soit on n'a pas le temps aux visites, on est entre deux tout le temps [...] Donc voilà, ça m'apporte le travail en équipe, ça m'apporte sa façon de faire de connaître cette malade que je ne connais jamais aussi bien que ce qu'elle fait, peut-être que je pourrais le faire si j'avais une heure et demie, mais je ne prends pas ce temps, à tort ou à raison. » (Médecin n°6)

Le gériatre a aussi l'avantage d'avoir un regard plus extérieur que celui du médecin traitant, peut-être plus objectif.

« Ben ce regard extérieur quoi, le regard déjà du spécialiste parce que c'est la spécialité, et puis le fait que, encore une fois ça fait pas 30 ans que je vois des gens, mais j'imagine que si ça fait 30 ans que je vois une personne qui vieillit au cours de ces 30 ans, j'aurai pas forcément un regard très objectif... Alors peut-être que j'aurai un regard qui peut être utile à ses personnes mais j'aurai peut-être pas le regard objectif que peut avoir le spécialiste qui voit cette personne pour la première fois et qui se pose toutes les questions d'un coup pour la première fois, comme moi je peux faire quand je vois un patient pour la première fois. » (Médecin n°9)

Rôle organisationnel

Le gériatre est apprécié par le médecin généraliste parce qu'il permet de faciliter les bilans, d'accéder à des examens complémentaires et les regrouper. Par ailleurs, il a la chance de disposer d'une équipe pluridisciplinaire autour de lui.

« Le gériatre, en fait on va dire l'équipe gériatrique parce qu'ils sont en équipe, on peut leur adresser nos personnes âgées pour un bilan, pour un bilan d'autonomie, un bilan de dénutrition... voilà donc... Et ça, ils font des choses qu'un médecin généraliste ne peut pas faire, il n'a ni le temps, ni la compétence. » (Médecin n°11)

« Ça permet d'aider. Moi en tout cas, ça m'aide beaucoup, pour déjà adapter les traitements, et pareil, hiérarchiser, rédiger une ordonnance, pour éviter la iatrogénie, permettre de faire des examens, de faciliter les bilans, d'accéder aux examens complémentaires pour les regrouper en Hôpital de jour. C'est très bien parce que mine de rien, une personne âgée, lorsqu'elle doit faire un examen en ville, il faut une ambulance, il faut savoir s'il y a quelqu'un pour l'aider à y aller et à revenir. C'est beaucoup plus compliqué que pour un sujet jeune. Et le fait de pouvoir regrouper les examens sur une journée sur l'hôpital, c'est formidable, même pour les personnes âgées, c'est beaucoup moins perturbant, déjà pour ça, vraiment ça aide, puis ça peut aussi nous aider au quotidien pour des prescriptions, des questionnements, pour avoir aussi des avis, des conseils nutritionnels, tout ce qu'on ne peut pas tout savoir quoi. » (Médecin n°4)

Limites du gériatre

Certains médecins généralistes ne sont pas toujours d'accord avec la prescription des gériatres. En outre, ils lui reprochent sa vision trop « hospitalo-centrée » et de ne pas assez s'impliquer dans le maintien à domicile.

« En ville, le gériatre, on le voit pas. On envoie une vieille dame à l'hôpital si elle est compliquée, soit c'est une consultation et on n'a pas plus la main dessus : quand on envoie un hypertendu chez le cardiologue, on ne le revoit plus jamais pour son hypertension, c'est un

peu la même chose pour le gériatre, il va décider du traitement d'Alzheimer, et je n'aurai pas la main, si je n'ai pas envie de lui donner d'anticholinestérasique parce que je trouve que ça ne marche pas ou qu'il y ait trop de risque pour l'effet, j'ai du mal à l'arrêter. L'hôpital a posé ça, a discuté avec les enfants, c'est cuit. Donc les points positifs du gériatre paraissent modestes. » (Médecin n°7)

« Le gériatre hospitalier, pas grand chose, parce que visiblement ils sont pas du tout au courant de ce genre de choses, en tout cas pour la plupart. Pour les fréquenter, j'veux dire, c'est quand même un domaine où ils ont une vision assez hospitalo-centrée sur l'affaire et c'est pas tellement une profession très impliquée dans le maintien à domicile puisque EUX, ils ont un conflit d'intérêt puisque leur intérêt, c'est que les personnes âgées viennent plutôt dans leur système de soins. Donc ils sont beaucoup plus... c'est pas tout à fait vrai, je pense que, quand ils veulent remettre les gens, ils commencent à s'y intéresser quand ils veulent entre guillemets se débarrasser des personnes âgées qui encombrant leurs lits, quand ils veulent remettre à domicile, dans ces là, ils ont besoin de quelque chose d'effectif et d'efficace. » (Médecin n°10)

Ainsi, certains médecins de famille ne font jamais appel au gériatre.

« Ben, écoutez, non, je n'éprouve pas le besoin de travailler avec des gériatres. [...] Je ne sais pas, je n'ai jamais eu dans ma pratique un moment où je me suis posé " Est-ce que je vais faire appel à un gériatre ? ", je me suis jamais dit " Tiens, là tu fais mal, et t'aurais peut-être besoin de voir... " Non, je ne me suis jamais dit ça, mais peut-être que c'est pas bien, que ce n'est pas raisonnable, je n'ai jamais eu besoin de contacter un gériatre, non. Voilà. » (Médecin n°5)

4- Critiques du système hospitalier

Les médecins généralistes formulent de nombreuses critiques à l'encontre de l'institution hospitalière. Ils se montrent notamment très sévères dans leur jugement de la liaison hôpital - ville. Mais ils ne se contentent pas que de critiquer, ils suggèrent également quelques idées qui pourraient améliorer la communication entre les hospitaliers et les libéraux.

Limites liées à l'image de l'Hôpital et à ses risques

Comme nous l'avons vu dans les chapitres précédents, les limites sont liées aux risques de l'hospitalisation elle-même, au refus de la personne âgée d'être hospitalisée, à la réticence des médecins traitants qu'on peut aisément expliquer par les représentations parfois négatives de l'Hôpital chez les patients et leurs médecins de famille...

Difficultés liées à l'organisation d'une hospitalisation

L'organisation de l'hospitalisation est difficile pour plusieurs raisons. La première concerne la personne âgée qui peut être réticente voire refuser d'être hospitalisée. Convaincre le patient n'est pas toujours aisé, surtout en dehors de la pathologie aiguë. Par ailleurs, se pose souvent chez les sujets âgés le problème de l'animal domestique.

« La première difficulté, c'est qu'il faut convaincre en dehors d'un moment aigu la famille et le patient de se faire hospitaliser, et c'est pas aussi simple que quelqu'un qui s'est cassé la jambe. » (Médecin n°10)

Une autre raison concerne la grande difficulté du généraliste à programmer une hospitalisation en raison du manque de lits et de personnels hospitaliers, si bien que le médecin finit par envoyer le patient aux urgences. Cela est souvent mal vécu par le malade et l'omnipraticien.

« Ce qui est plutôt un échec pour moi, c'est l'hospitalisation via les urgences. Par exemple, quand on appelle à 5h et demi et qu'il n'y a plus de médecin à l'hôpital, c'est vraiment typique de la gériatrie, on nous dit " ben, faites le passer par les urgences ", je trouve que ça, c'est un mauvais fonctionnement, que la personne âgée et toutes les hospitalisations qui partent du médecin vers l'hôpital devraient shunter les urgences. Ça ne sert à rien que les gens soient vus par dix personnes différentes à quinze endroits différents, quand déjà le diagnostic est fait, qu'une partie du bilan est fait, et pour les personnes âgées en particulier, c'est fatigant, c'est perturbant et ça, je trouve que c'est vraiment une mauvaise gestion. » (Médecin n°8)

Toutefois, quelques médecins généralistes réussissent à organiser d'une manière relativement efficace les hospitalisations de leurs patients. L'hospitalisation est facilitée par le fait d'avoir de bonnes relations avec les correspondants hospitaliers, ce que peuvent permettre certains réseaux gériatriques.

« Si on veut organiser par exemple... Un p'tit vieux qui est d'accord pour être hospitalisé, mon vieux il est d'accord, on va organiser une hospitalisation en gériatrie. Ça c'est bien. Il va directement à l'hôpital, il fait son bilan, il ressort, on a son compte-rendu, c'est bien ! »
(Médecin n°2)

« L'avantage, moi ce que j'en ai surtout retenu à l'époque où ça marchait bien, un avantage relationnel inter... inter-confrères, ce réseau permettait de mieux connaître nos correspondants... On avait des relations. Même au delà de la mort du réseau, ça continue à fonctionner, c'est-à-dire que par exemple si je dois obtenir une place relativement rapidement pour une convalescence, pour un moyen séjour, je sais maintenant où frapper... euh je veux dire à quelle porte frapper. » (Médecin n°11)

Difficultés de communication avec l'Hôpital

Il semblerait que les critiques les plus virulentes des médecins vis-à-vis des hôpitaux concernent la difficile voire l'impossible communication avec eux. Les médecins traitants ne sont pas toujours tenus au courant de l'hospitalisation de leurs patients. S'ils sont au courant et qu'ils veulent joindre les hospitaliers, c'est pratiquement impossible.

« En hospitalisation, bon, selon les services, on va avoir des gens qui vont se mettre en rapport avec nous et d'autres qui vont totalement nous squizzer voire nous critiquer... C'est très aléatoire, comme au niveau de la suite quoi, il y a des hospitaliers qui vont rien faire pour les faire revenir ici, d'autres qui vont au contraire faire ce qu'il faut pour ça, donc selon l'endroit où l'on tombe, ben c'est quitte ou double. » (Médecin n°10)

« Les difficultés, ce sont les horaires extrêmes quoi : avant 9h, après 17h30, il n'y a plus personne souvent. Ou alors, quelque chose qui me rend folle régulièrement, c'est quand on

appelle et qu'on nous dit " ah ben, on ne peut pas les déranger, ils sont au staff ". Ben oui, mais nous, on a la dame en face de nous et la décision doit être prise dans la 1/2h. Voilà, et après, quand eux, ils ne seront plus au staff, ben nous, on sera aussi occupé. Il y a une espèce de dédain, peut-être induit pas que par les médecins, peut-être aussi par le personnel hospitalier. A l'hôpital, ils sont très occupés, nous, on est aussi très occupé et ça, je trouve ça assez pénible de rappeler plusieurs fois pour un problème alors que les gens sont là... » (Médecin n°8)

« Il m'arrive régulièrement d'envoyer des patients aux urgences, en faisant un courrier quand je peux le faire sauf quand il y a un problème urgent ou quand les pompiers les ont emmenés, ben forcément je n'ai pas fait de courrier, mais en général, j'essaie quand même de prévenir le service des urgences que monsieur ou madame un tel va arriver, mais par contre on n'a pas souvent de nouvelles derrière, même s'ils vont en gériatrie au 14^e. » (Médecin n°4)

Les médecins généralistes reprochent aussi le manque de communication entre les médecins hospitaliers eux-mêmes.

« M. G qui est suivi par son pneumologue quand il est hospitalisé pour décompensation que ce soit cardiaque ou pulmonaire, jamais son cardiologue n'est passé le voir à l'hôpital, alors qu'il est resté quand même quinze jours. En quinze jours, il n'y a pas un moyen de coordonner, de faire savoir à son cardiologue qui le suit depuis cinq ans que ce monsieur est dans ses lits, donc qu'au moins qu'il vienne donner son avis parce que lui le connaît un peu mieux puisqu'il a déjà vu au moins trois fois par an en consult. » (Médecin n°1)

La sortie de l'Hôpital

Pour les médecins de famille, le retour à domicile de leurs patients âgés n'est pas ou est mal préparé. Ils disent ne pas toujours être tenus au courant et qu'ils n'ont pas de compte-rendu d'hospitalisation ou qu'ils le reçoivent trop tard.

«Le retour à domicile n'est jamais préparé correctement, c'est-à-dire qu'en général on apprend trois jours après par l'infirmière ou le kiné que la personne est revenue chez elle, sans rien, sans préparation, sans rien, sans système, c'est les aidants et les paramédicaux qui

ont appris qu'elle était là, qui sont venus d'eux-mêmes et qui nous appellent pour nous dire qu'il faut passer pour refaire le point, et voilà quoi. Donc il y a un gros problème de lien entre l'hospitalisation et le médecin de ville, le médecin traitant. » (Médecin n°12)

« On sait qu'il est sorti et on reprend la visite à domicile dès qu'il rentre et dès qu'il sort, parce qu'on sait qu'il faut toujours aller voir les patients après l'hôpital et, parfois on sait qu'ils sont rentrés mais un mois après, ce qui est dommage ! » (Médecin n°4)

« A la sortie, j'attends déjà à avoir un compte-rendu avant qu'ils ne sortent. Quant tu reçois six mois après le compte-rendu, comme c'est la moyenne à l'Assistance Publique, et que tu n'as même pas eu un interne qui a été consciencieux pour te téléphoner qu'il va être lâché dans la nature. » (Médecin n°1)

5- Souhaits des généralistes pour améliorer la liaison ville - hôpital

Les médecins généralistes voudraient être tenus informés de l'entrée à l'Hôpital de leurs patients, des décisions importantes prises les concernant et de leur sortie. Ils souhaiteraient être appelés plus souvent par les hospitaliers. Ils proposent également que les patients sortent avec une petite lettre résumant l'hospitalisation avec le traitement de sortie en attendant le véritable compte-rendu d'hospitalisation.

« Ca serait très bien déjà qu'on sache quand un patient est hospitalisé, où il est, donc déjà ne serait-ce que d'avoir un papier pour nous prévenir dès le premier jour, monsieur machin ou madame machin a été hospitalisé pour tel motif, dans tel service et le numéro est le tant. Déjà, ça nous ferait gagner un temps fou, on pourrait passer un p'tit coup de fil au médecin de l'hôpital, du service, pour dire " ben voilà, je suis son médecin traitant, est-ce que vous avez des problèmes, est-ce que vous voulez qu'on en parle ? ". Et avoir aussi quand il sort un petit papier parce qu'on ne sait pas toujours le motif qui va entraîner l'hospitalisation, avoir un compte-rendu de sortie, juste un papier en disant que monsieur ou madame machin est sorti ce jour, il avait été hospitalisé pour tel motif et son traitement de sortie est le tant, sans forcément faire le compte-rendu tout de suite, au moins juste avoir le traitement de sortie et le motif d'hospitalisation.! » (Médecin n°4)

Une ligne directe pour contacter les médecins hospitaliers les rendrait plus facilement joignables.

« Je pense qu'il faudrait... Il y a plusieurs services qui fonctionnent comme ça, notamment la médecine interne de Pompidou, il y a une ligne directe qui est dédiée aux médecins qui en ont besoin, donc c'est un numéro direct qui arrive sur le portable d'un des médecins du service. Ce téléphone tourne en fonction de la semaine, et quelle que soit leur activité, ils répondent au téléphone et ça, c'est vraiment très confortable. Pourtant s'il n'y a pas de lit, ça je pense, on peut le comprendre. On peut au moins avoir un conseil... » (Médecin n°8)

Les médecins de famille préfèrent que les personnes âgées soient hospitalisées de préférence dans les services de gériatrie. Ceux-ci leur paraissent d'une part plus adaptés. Et d'autre part, la communication avec les services de gériatrie est un peu meilleure. Par conséquent, ils suggèrent de développer ces services dans les hôpitaux. De même, un médecin a émis l'idée de créer aux urgences un pôle spécifiquement gériatrique réservé aux seules personnes âgées pour améliorer leur accueil.

« Ben, je pense que l'avenir, c'est les services spécialisés en gériatrie [...] Ils ont l'habitude d'avoir des personnes âgées plus ou moins démentes, qui ne veulent pas être hospitalisées, ils ont même des ambulanciers qui vont les chercher donc, je crois que si on organise un p'tit peu l'hospitalisation des personnes âgées comme spécialité vraie ça peut coller parce que là on peut dire aux gens que c'est pas n'importe quel service, vous ne serez pas mal traité... [...] et donc, si on va dans un service spécialisé pour gériatrie, il me semble qu'on peut être mieux accueilli et accueilli comme une personne âgée. » (Médecin n°6)

« Toutes les hospitalisations qui partent du médecin vers l'hôpital devraient shunter les urgences. [...] Ou alors, il faudrait qu'il y ait un pôle gériatrique aux urgences où ils sont dans une certaine sécurité de lieu et pas sur un brancard, à côté de l'alcoolique, de la personne qui hurle, ça les renvoie vraiment à la mort, les urgences. » (Médecin n°8).

La mise en place d'une « convention » pourrait améliorer la communication médecin traitant - médecin hospitalier, à condition que les hôpitaux aient plus de personnel et que les soignants hospitaliers soient au courant de l'existence d'une telle convention avec la ville. Les réseaux peuvent aussi améliorer les relations inter-confrères.

« Ben, c'est avec la communication, avec la convention, on a essayé de la mettre en place avec les hôpitaux, les services ne sont même pas au courant que cette convention existe donc le travail en amont par les assistantes sociales, les travailleurs sociaux de l'hôpital n'est pas fait parce que les internes donc ils ne sont pas toujours au courant... On arrive petit à petit mais ça va demander du temps et que... dans les hôpitaux, ils ont d'autres problèmes, ils ont des problèmes de places, il faut que les malades sortent, ils n'ont pas la dimension ni le personnel suffisant sûrement pour pouvoir préparer cette sortie. » (Médecin n°12)

Ainsi, nous voyons l'importance accordée par les médecins généralistes à un échange d'informations de bonne qualité entre eux et les hospitaliers. Cela permettrait d'améliorer la prise en charge des patients, notamment des plus âgés. Une bonne communication facilite en effet l'organisation d'une hospitalisation et la préparation de la sortie des patients dans de meilleures conditions. Pour les médecins de famille, une sortie de l'hôpital est bien préparée si elle permet un relais rapide et approprié des soins ambulatoires.

V- CONCLUSION TIREE DES RESULTATS

La prise en charge ambulatoire d'une personne âgée n'est pas facile... elle est même compliquée parce qu'elle est nécessairement globale et qu'elle soulève des questions d'ordre relationnel et éthique. Elle implique en outre la prise en compte d'un troisième acteur primordial, l'entourage du sujet âgé. A ces difficultés s'ajoute l'ambivalence du patient âgé, de l'aidant et du médecin généraliste.

Cette prise en charge est guidée par l'idée de maintenir la personne âgée le plus longtemps possible chez elle. Cela permet au médecin de privilégier la qualité de vie du patient. C'est son objectif premier de prise en charge. C'est par rapport au maintien à domicile que toutes ses décisions sont prises, y compris celle de faire hospitaliser son malade âgé. C'est pour réaliser cet objectif que les généralistes accordent autant d'importance à la prise en charge globale des personnes âgées, en particulier la prise en charge sociale, financière et psychologique, ces aspects pouvant à eux seuls compromettre le maintien à domicile et donc justifier une hospitalisation. C'est probablement la raison pour laquelle des patients âgés sans pathologie aiguë grave sont hospitalisés et qu'à l'inverse des patients chroniques avec une perte d'autonomie totale ne sont pas admis à l'Hôpital plus tôt.

La prise de conscience de cette idée directrice qu'est le maintien à domicile chez les hospitaliers remettrait en cause la conception hospitalière traditionnelle de prise en charge centrée sur la pathologie aiguë. La démarche et les décisions du médecin généraliste seraient alors mieux comprises par leurs collègues hospitaliers. Cela modifierait également la prise en charge hospitalière : par la prise en compte des aspects sociaux, psychologiques et financiers, la globalité du patient, sa qualité et son projet de vie seraient privilégiés. Et la fin du séjour hospitalier se déroulerait autrement car il ne s'agirait plus de préparer la sortie du service hospitalier mais d'organiser le retour au domicile.

La question du maintien à domicile des personnes âgées est donc importante, vu ses nombreux enjeux. Dans notre discussion, nous verrons que ceux-ci ne sont pas simplement individuels et médicaux mais aussi sociétaux, économiques et philosophiques. Nous y

approfondirons aussi le rôle des aidants et du médecin généraliste ainsi que leurs limites. Nous reviendrons également sur la notion de « fragilité » et sur les limites de l'hospitalisation, avant de réfléchir sur les faiblesses de notre travail.

DISCUSSION

I- LE MAINTIEN A DOMICILE, CLEF DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES PAR LES MEDECINS TRAITANTS

1- Rappel des résultats de l'étude concernant le maintien à domicile

Notre travail a montré l'importance accordée par les médecins généralistes au maintien à domicile, autour duquel toute la prise en charge ambulatoire de la personne âgée s'articule. Cette importance selon nos médecins est justifiée par le respect de la volonté du patient, la qualité de vie et le confort du malade, le gain économique pour la collectivité, les représentations de l'institution hospitalière.

Pour les médecins généralistes, contribuer au maintien à domicile

- est une des tâches spécifiques du médecin de famille ;
- signe une prise en charge centrée sur le patient et sa qualité de vie. L'objectif de prise en charge des médecins traitants peut différer de ceux des médecins hospitaliers qui se focaliseront peut-être davantage sur l'affection aiguë motivant l'hospitalisation ;
- permet aux médecins hospitaliers de comprendre que l'hospitalisation demandée pour la personne âgée est vécue comme une nécessité par le généraliste, lorsque ses limites sont dépassées et que les soins ambulatoires ne peuvent être raisonnablement prolongés. L'hospitalisation pourrait alors permettre un retour du patient âgé au domicile dans de bonnes conditions chaque fois que cela est envisageable.

Les omnipraticiens accordent donc une importance toute particulière au maintien à domicile des personnes âgées en invoquant principalement la qualité de vie des patients et le respect des souhaits de leurs patients. Mais notre travail reflète le point de vue des médecins généralistes. Qu'en est-il du point de vue des patients ? Existe-t-il des données dans la littérature concernant les souhaits des patients et venant confirmer les affirmations des

généralistes que nous avons interrogés ? Outre la qualité de vie, quels sont les autres enjeux du maintien à domicile des personnes âgées ?

2- Les enjeux du maintien à domicile de la personne âgée

Les enjeux sont multiples. Ils sont tout aussi bien médicaux ou psychologiques, économiques ou sociaux, voire philosophiques.

Enjeu médical

L'enjeu est tout d'abord médical. Il concerne à la fois le souhait des patients concernant le lieu de la prise en charge, la qualité des soins, la communication médecin-malade et la gestion médicale de la « dépendance » de la personne âgée.

Souhait des patients concernant le lieu de la prise de la charge médicale

Les médecins traitants que nous avons interrogés pensent que la plupart des personnes âgées préfèrent rester chez elles si elles le peuvent. Une étude récente de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques corrobore cette opinion : 60% des Français n'envisagent pas pour eux-mêmes les établissements pour personnes âgées (DREES 2009). Cela est particulièrement vrai en fin de vie où médecins (Seamark 1995) et patients (Higginson 2000, Townsend 1990), ainsi que leurs proches (Teno 2004) souhaitent, dans la mesure du possible, une prise en charge à domicile. Cependant, cette préférence décroît à mesure que la maladie est symptomatique et que les aidants s'épuisent (Higginson 2000).

Malgré cette préférence pour la prise en charge au domicile, la réalité est toute autre : la majorité des décès a lieu à l'Hôpital. En France, ¼ des décès a lieu au domicile, 60% à l'Hôpital et 13% dans un hospice ou une maison de retraite (Insee 2010, Cribier 2005). La part de décès à domicile diminue avec l'âge, plus rapidement chez les sujets non mariés que chez les sujets mariés (Cribier 2005).

Qualité de soins

La qualité des soins selon le patient est une donnée de plus en plus importante à prendre en compte (Sofaer 2005) pour trois raisons principales :

- la dominance de l'approche orientée sur le marché économique dans les réformes de santé : ceux qui paient pour la santé veulent avoir une part de plus en plus active dans la diminution des coûts liés à la santé ;
- la nécessité de soins centrés sur le patient en réponse à la spécialisation de la médecine qui fragmente les soins et en réponse à la volonté des patients, notamment les patients « chroniques », d'avoir une prise en charge individualisée ;
- le nombre croissant d'arguments en faveur d'un impact sur la santé de la perception par le patient de la qualité de sa prise en charge.

Cette prise en compte de l'avis du patient est délicate pour les professionnels de santé (Sofaer 2005) parce qu'elle passe par un partage du pouvoir dont les soignants avaient jusque-là le monopole et parce que la qualité est une notion complexe. La satisfaction est un exemple de perception de la qualité. Selon la théorie de l'expectation (Sofaer 2005), les variations de la satisfaction peuvent être expliquées par des différences d'attente et des différences d'expérience. Par ailleurs, la satisfaction d'un patient est une mesure globale et relative qui peut changer au cours du temps et en fonction des soignants.

Du point de vue des patients, une prise en charge de qualité est centrée sur le malade. Elle implique une communication ouverte, une écoute attentive du professionnel et un soutien émotionnel de sa part. Les patients attendent la délivrance d'informations claires et une certaine courtoisie du médecin. Ils incluent également dans leurs critères de qualité un accès facile aux soins, une continuité de la prise en charge, une coordination efficace et efficiente des différents intervenants, une qualité technique des professionnels et des locaux d'accès facile, équipés et propres (Sofaer 2005, Teno 2004).

Pour les médecins généralistes, une prise en charge de qualité nécessite

- sur le plan clinique : des investigations et des traitements motivés, un suivi et des demandes d'avis spécialisés appropriés, des soins qui permettent une diminution de la morbi-mortalité, la guérison et le traitement de maladies, l'impression d'aller mieux chez le patient ;

- concernant le patient : une information et une éducation du patient qui non seulement lui permettent de prendre part aux décisions le concernant, mais aussi qui améliorent son observance ;
- sur le plan de la santé publique : des soins efficaces, efficaces du point de vue du patient et raisonnables du point de vue de la société (Tomlin 1999).

Les professionnels de santé n'ont pas toujours une perception juste de l'idée que se font les patients d'une prise en charge de qualité (Sofaer 2005). Ainsi, les infirmières ont tendance à surestimer l'importance de la relation de confiance et d'empathie alors que les patients accordent plus d'importance à leur habileté technique et leur disponibilité. Les médecins et les patients s'accordent sur l'importance de la compétence clinique du médecin mais les patients attribuent une plus grande importance à l'information. A l'inverse, les médecins sont davantage critiques sur leur prise en charge que les patients eux-mêmes. Soulignons que les critères de qualité des malades peuvent être modifiés par une éducation des patients (Sofaer 2005).

Communication médecin-malade

La communication entre un médecin et son patient âgé est un autre enjeu médical. Comme nous venons de le voir, elle entre dans l'appréciation de la qualité de la prise en charge et elle permet la satisfaction du patient âgé. Elle permet aussi d'améliorer l'observance, de diminuer le recours aux examens complémentaires diagnostiques et contribue à la qualité de vie en luttant contre l'isolement et la solitude, par la mise en place des aides et la simplification des traitements (Williams 2007).

Maintien à domicile d'un sujet âgé et son niveau de dépendance

Il n'est pas toujours facile de maintenir une personne âgée à domicile pour les médecins traitants que nous avons interrogés : hormis les affections médicales aiguës, les raisons invoquées sont liées directement ou indirectement à la « dépendance » croissante de certains patients.

En effet, le niveau global de « dépendance » augmente avec l'âge (Lunney 2003). En France en 2009, 1 117 000 personnes âgées bénéficient de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie et

61% d'entre eux vivent au domicile (Debout 2009). Les personnes de plus de 85 ans qui décèdent ont eu 4 fois plus de risque de recourir à des services d'assistance que les 65-74 ans (Lunney 2003). Les troubles neuro-psychiatriques sont cités par nos médecins participants comme cause très fréquente de dépendance et difficile à prendre en charge. La démence en est un exemple : elle est une cause majeure de handicap, responsable de l'augmentation du taux d'institutionnalisation. Elle contribue donc à l'augmentation des dépenses de soins chez les sujets âgés (Fratiglioni 2009). Or, il y aura une augmentation du nombre de personnes âgées démentes dans les années futures en raison du vieillissement de la population (Fratiglioni 2009, Chapman 2006). La dépression est un autre exemple de troubles psychiatriques : la prévalence en soins primaires des symptômes dépressifs chez les personnes âgées peut atteindre 40% et explique en partie que le suicide est 2 fois plus fréquent que dans le reste de la population (Williams 2007).

Ces troubles neuro-psychiatriques sont d'autant plus difficiles à prendre en charge chez les patients âgés qu'ils sont associés à une diminution du nombre de contacts avec leur médecin. Ils sont aussi associés à une augmentation du nombre et de la durée des hospitalisations, même après ajustement sur les co-morbidités (Caspi 2009). Beaucoup des médecins participant aux entretiens avaient souligné la difficulté à prendre en charge ces troubles.

Ainsi, le maintien à domicile d'une personne âgée et une prise en charge de qualité constituent un défi médical majeur pour le médecin traitant. La qualité de cette prise en charge semble pouvoir être améliorée par la prise en compte globale du sujet, grâce notamment à une évaluation gériatrique, et par une bonne coordination des soins prodigués par différents professionnels de santé (Boyd 2008).

Enjeu psychologique

Le maintien à domicile d'une personne âgée n'est pas seulement un enjeu médical, c'est aussi et surtout, si l'on veut comprendre l'importance du domicile pour le sujet âgé, un enjeu psychologique.

Des sociologues et des anthropologues ont étudié les représentations du domicile chez le sujet âgé et nous permettent de comprendre l'importance d'un « chez soi » à mesure que l'on avance en âge.

L'avancée en âge s'accompagne d'une diminution des activités et d'un repli sur le domicile (Caradec 2009). Les personnes âgées passent beaucoup plus de temps dans leur domicile que le reste de la population : elles ne travaillent pas, sont moins mobiles, ont un réseau d'amis qui rétrécit avec le temps et fuient les lieux occupés par les plus jeunes où la lenteur des plus âgés n'est pas toujours tolérée (Caradec 2009).

Elles investissent alors davantage leur domicile qui devient pour elles à la fois « un repère et un repaire » (Veysset 1989) :

- la maison, les objets qui la meublent, sa décoration sont reflets de la vie de la personne. La maison est continuité et elle offre des ressources permettant de s'adapter aux ruptures liées au vieillissement. Par conséquent, elle est un repère social. Elle est aussi un repère spatial : elle devient sécurité dans un contexte de défaillances sensorielles parce qu'elle est familière. Et c'est aussi un repère temporel car la maison est chargée de souvenirs. Tout cela explique la grande difficulté des personnes âgées à accepter les changements dans leur habitat.

- la maison est un repaire également pour la personne âgée : elle est refuge et nid, protection physique contre l'extérieur, protection de son intimité, protection contre l'angoisse de la mort par sa permanence et sa stabilité. Le repaire est un lieu où on est le maître et où ne pénètrent que ceux qu'on y invite. Elle s'oppose à la prison en raison de son ouverture sur l'extérieur. Ce repaire est vital et nécessite que le sujet âgé s'approprie cet espace. Alors la maison n'est pas seulement habitée par la personne âgée mais elle habite aussi le sujet.

La vieillesse est ponctuée de moments de « crises » que la personne vieillissante doit surmonter en se reconstruisant une identité, grâce à ses ressources identitaires et au soutien de ses proches. L'abandon de son domicile est un de ces moments (Caradec 2009).

Par ailleurs, les différentes représentations, plutôt négatives, des maisons de retraite et des hôpitaux renforcent le désir des personnes âgées de rester chez elles (Veysset 1989). Nous les étudieront plus en détail par la suite.

Ainsi, nous comprenons la forte réticence des personnes âgées à réaménager leur habitat et encore plus à quitter leur « chez soi ».

Enjeu économique

Il s'agit de diminuer les dépenses de santé sans diminuer la qualité des soins

A l'échelle de la collectivité

Les dépenses courantes de santé comprennent les dépenses pour les malades, pour la prévention et pour le système de soins (recherche et formation), ainsi que les coûts de gestion de santé. Elles représentent une part importante du budget des Etats développés : en 2008, en France, elles s'élèvent à 215 milliards d'euros soit 11% du PIB (USA 16%) (INSEE 2010). Il est prévu un déficit de 30 milliards d'euros dans le budget de la sécurité sociale, en France pour 2010 (Vasselle 2009), d'où la nécessité de contrôler les dépenses de santé.

Dans les pays développés, la part des personnes âgées est celle qui augmente le plus rapidement, en raison de la baisse de la fécondité et de la réduction de la mortalité, de l'allongement de l'espérance de vie, et avec l'arrivée des Baby-boomers dans les tranches d'âge élevé (Christensen 2009, Martini 2007, Seshamani 2004, Polder 2002). Malgré un indice de fécondité supérieur à la moyenne des pays européens, la France ne fait pas exception et le vieillissement de sa population est inéluctable (Brutel 2002). En 2009 en France, 16.6% de la population a plus de 65 ans. En 10 ans, le nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus a augmenté 5 fois plus vite que la population totale (INSEE 2010).

Ce vieillissement de la population va s'accompagner d'une augmentation des dépenses de soins (Martini 2007, Seshamani 2004, Polder 2002). En effet, les patients âgés, davantage sujets à la maladie et à l'incapacité, sont les plus gros consommateurs de médicaments et de ressources de santé dans les pays développés (Gallagher 2007). Ainsi, la moitié des dépenses de santé au cours d'une vie a lieu après 65 ans (>1/3 au cours des 20 dernières années d'une vie) pour un Américain (Alemayehu 2004). Pour un Anglais, les dépenses de santé au cours d'une vie sont concentrées la dernière année de sa vie (Seshamani 2004). Le coût des soins

des personnes démentes va s'accroître aussi en raison d'une augmentation des hospitalisations et des dépenses liées aux maisons médicalisées (Chapman 2006).

Les médecins qui ont participé à notre étude ont affirmé que le maintien à domicile revenait beaucoup moins cher à la collectivité que l'hospitalisation ou l'institutionnalisation dans une maison de retraite. Cette affirmation est étayée par plusieurs études (Alemayehu 2004, Lubitz 2003).

A l'échelle individuelle

Le maintien à domicile revient certes moins cher à la collectivité mais qu'en est-il à un niveau individuel? Selon les résultats de notre travail, les médecins généralistes pensent que le maintien à domicile, pour certaines personnes âgées, nécessite la mise en place d'aides que les patients ne peuvent pas toujours se permettre d'un point de vue financier. Ces patients qui ont recours à une aide humaine sont très nombreux : déjà en 1999, selon l'INSEE, ils représentaient 28% des plus de 60 ans qui vivaient dans leur domicile.

Or, une partie de la population âgée dispose de très faibles revenus (INSEE). En 2004, le montant moyen mensuel de la retraite globale est de 979 euros pour les femmes contre 1625 euros pour les hommes. Or, chez les plus de 75 ans, la moitié des femmes vit seule contre 20% des hommes. En 2007, 586 000 personnes âgées bénéficient du minimum vieillesse. Pour un seuil de pauvreté fixé à 60% du niveau de vie médian, le taux de pauvreté est de 9% pour les hommes de plus de 75 ans et 13.5% des femmes de plus de 75 ans. 31% des bénéficiaires de l'APA en France en 2009 vivent au domicile mais le montant moyen de l'aide attribuée, pour un bénéficiaire vivant chez lui, n'est que de 494 euros par mois.

Ainsi, cette partie de la population âgée ne peut pas forcément se permettre des aides à domicile. Malheureusement, il n'y a pas, à notre connaissance, d'étude portant sur le coût moyen des aides qui est à la charge de la personne âgée dans le système français. Nous verrons par la suite que les personnes à revenus modestes reçoivent surtout, si elles ont des proches, des aides informelles (Breuil-Genier 1998).

Enjeu social

Le maintien à domicile pose la question de la place que la société accorde à ses personnes âgées.

Le problème de l'isolement social de certains sujets âgés vivant à domicile

Avec le vieillissement, le réseau social diminue ainsi que la mobilité. L'expérience du soutien social et la perte du rôle social apparaissent, de même que des changements dans les structures familiales et le décès de certains amis (Williams 2007). L'avancée en âge s'accompagne aussi d'une diminution des activités et d'un repli sur le domicile (Caradec 2009).

Or, le statut et le soutien social sont primordiaux pour une personne âgée en raison de ses conséquences importantes sur sa santé. Le manque de soutien social rend la prise en charge d'une personne âgée difficile pour le médecin traitant (Yaffe 2008). Par ailleurs, il est montré que le social peut retentir sur le médical. Par exemple, de faibles revenus sont associés à une mortalité accrue (Williams 2007). Un faible niveau socio-économique est significativement associé à un état de santé ressenti comme « mauvais » par les patients eux-mêmes (Blustein 1998). Une situation économique précaire ou le fait de vivre seul sans aidant informel augmentent le risque d'être hospitalisé (Landi 2004).

A l'inverse, les sujets âgés bénéficiant d'un plus grand soutien émotionnel de la part de leur entourage semblent présenter une meilleure santé et un meilleur fonctionnement cognitif (Williams 2007). Le mariage retarde l'institutionnalisation, de même que le fait d'avoir des enfants (surtout si c'est des filles), la cohabitation ou la cohabitation de voisinage (Cribier 2005). Enfin, notons qu'une évaluation médicale et sociale chez les personnes de plus de 75 ans, suivie de la mise en place d'aides appropriées, permettrait de diminuer significativement le nombre d'hospitalisations et leur durée, le nombre d'admissions aux urgences et la mortalité (Hendriksen 1984). Toutefois, l'effet n'est pas significatif sur le nombre d'admissions dans les maisons de retraite ou sur le nombre de contacts avec le médecin traitant (Hendriksen 1984).

L'accès aux soins

L'isolement social se pose également en termes d'accès aux soins. En effet, celui-ci peut être limité par des problèmes financiers et géographiques. De faibles revenus et des difficultés à payer ses repas ou les frais médicaux sont associés à une mortalité accrue. Les diverses limites de couverture des assurances maladie entraînent un accès moindre aux services de prévention (Williams 2007).

Dans les zones sous dotées en généralistes, ce sont les personnes âgées qui sont le plus pénalisées, notamment celles qui présentent une déficience physique (Chaix 2005). Dans ce contexte, comme nous le verrons plus tard, les visites au domicile du patient âgé par le médecin traitant revêtent une importance toute particulière (Okie 2008, Joyce 2008, Landers 2006, Borgsteede 2006, Stuck 2002, Ferrier 2000).

Distinction « isolement social » et « solitude »

A ce stade de la discussion, il nous semble important de souligner la distinction entre l'isolement social et la solitude. Les généralistes qui ont participé aux entretiens n'ont pas toujours bien différencié ces deux notions, utilisant souvent l'une à la place de l'autre. Or, comme nous le verrons, leurs prises en charge sont différentes.

L'isolement social est la situation dans laquelle se trouve une personne qui ne rencontre ni les gens de son entourage immédiat ni les gens de la société en général (Veysset 1989). L'isolement peut être recherché et certaines personnes peuvent s'en accommoder (Forbes 1996).

Au contraire, la solitude est un sentiment indésirable lié au manque ou à la perte de la relation humaine, c'est le sentiment de se sentir seul et de ne pas le vouloir (Forbes 1996, Veysset 1989). La solitude est peu corrélée à la taille du réseau social ou à la fréquence des interactions entre les membres d'un réseau (Cornwell 2009). Elle peut toucher des personnes non isolées (Forbes 1996) parce que c'est une expérience émotionnelle qui est influencée par l'appréciation subjective de la qualité des relations humaines. Ce sentiment apparaît lorsque l'on ressent une différence entre la relation personnelle qu'on voudrait avoir et la relation dont on fait l'expérience (Van Ravesteijn 2008, Heinrich 2006).

Si nous regardons les chiffres, la moitié des femmes de plus de 75 ans et 20% des hommes vivent seuls en France (Insee 2010). La population générale a tendance à associer au vieillissement la solitude mais en réalité, elle concerne moins de personnes âgées qu'on ne le pense même si elle reste fréquente (Forbes 1996). Selon une revue de la littérature (Heinrich 2006), 79% des gens ressentent la solitude occasionnellement, 15% souvent ou tout le temps et 6% jamais. Nous reviendrons par la suite sur la solitude, ses facteurs de risque et sa prise en charge.

Une conception déficitaire de la vieillesse dans nos sociétés

Dans nos sociétés occidentales d'aujourd'hui, il ne fait pas bon de vieillir. Les vertus de la jeunesse sont valorisées et recherchées dans une société obsédée par la beauté du corps. La mobilité, le dynamisme, la vitesse, la créativité, l'activité sont vantés. Le travail occupe une place centrale dans nos sociétés et les inactifs sont marginalisés. La valorisation de la jeunesse s'accompagne ici d'une dévalorisation de la vieillesse (Caradec 2009, Veysset 1989). Le développement de la médecine gériatrique par la description qu'elle a faite des ravages du temps sur le corps humain a contribué à l'image déficitaire associée à la vieillesse (Trincaz 1998).

L'invention de la retraite a institutionnalisé le parcours de vie et a créé un nouveau type de contrat social. Les retraites sont une nouvelle forme de protection contre l'invalidité. L'âge devient un symptôme d'incapacité physique, la vieillesse un problème social. Les personnes âgées sont dès lors prises en charge par des institutions autres que la famille, d'où l'établissement de nouveaux rapports entre les générations (Caradec 2009).

Les personnes âgées n'ont pas toujours été considérées de cette manière dans la société, en fonction des cultures et en fonction des époques (Trincaz 1998).

L'augmentation du nombre de personnes âgées pose donc la question de la place qui leur est accordée par la société et du regard que celle-ci porte sur elles. C'est un enjeu sociétal. Pour pouvoir bénéficier de toute la richesse des personnes âgées, la société doit changer son point de vue sur la vieillesse (Veysset 1989) : elle doit l'envisager non plus seulement comme un « moins » mais également comme un « plus ». L'idée selon laquelle « le vieux n'est pas riche

de la durée, il est pauvre de ce qui lui reste à vivre » est trop répandue (Veysset 1989, p.90). Cela passe par un changement du modèle de vieillissement que la société nous impose et par la nécessité de repenser la notion de dépendance et d'aide.

Les personnes âgées en effet ne sont pas que « dépendantes » : elles créent aussi des dépendances. Par exemple, elles permettent le développement de tout un secteur professionnel, celui des services d'aides aux personnes âgées. Elles font ainsi « vivre » plusieurs centaines de milliers d'actifs.

L'emploi lié aux services d'aides aux personnes âgées

En termes d'emplois, les services aux personnes dépendantes font partie du secteur des Services d'aide à la personne. Celui-ci comprend 2 millions de professionnels en France et c'est le secteur dont la croissance a été la plus forte au cours de ces 15 dernières années en termes de créations d'emplois (100 000 emplois créés chaque année). Le développement de ce secteur se poursuivra dans les prochaines années compte tenu du vieillissement de la population (Agence Nationale des Services à la Personne 2010).

Ainsi, la question de la prise en charge des personnes âgées ne relève pas simplement du domaine médical mais aussi du domaine politique.

Un enjeu politique

La société a une réponse à apporter aux incapacités des sujets âgés, sources de désavantages sociaux : cette réponse peut être médico-technique et prendre la forme d'une action sur l'organisme pour agir au niveau des déficiences anatomiques ou physiologiques. Elle peut être aussi médico-sociale et prendre la forme d'une action sur l'environnement qui compense l'incapacité : il s'agit d'actions visant à modifier soit l'environnement physique de l'individu soit son environnement social (Robine 1984).

Les politiques de santé (lutte contre le tabagisme, l'obésité, la sédentarité, les excès de consommation d'alcool, promotion d'une alimentation équilibrée) ont montré qu'elles pouvaient améliorer les conditions de vie et les soins des personnes âgées. Les campagnes de

promotion de la santé chez les plus de 65 ans permettraient d'améliorer la santé des plus de 85 ans et leur longévité (Christensen 2009).

Enfin, le maintien à domicile des personnes âgées se révèle être aussi un enjeu philosophique (Veysset 1989).

Enjeu philosophique

Distinction dépendance et perte d'autonomie (Caradec 2009, Veysset 1989)

L'autonomie, si l'on se réfère à son étymologie, désigne la capacité à se fixer sa propre loi, c'est-à-dire la capacité à décider par soi-même. La perte d'autonomie est la perte de cette capacité à décider par soi-même.

La dépendance n'est pas synonyme d'incapacité. C'est un fait social relationnel qui est constitutive de la vie en société. La vie en collectivité repose sur un ensemble de dépendances entre les individus de la collectivité : on dépend des autres parce que liés aux autres. Et d'autres sont liés à nous, c'est pourquoi on devrait parler plutôt d'interdépendances, les dépendances étant souvent réciproques.

Quant à la déficience, selon la Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé (2001), elle correspond à une anomalie ou une perte d'une partie du corps (c'est-à-dire d'une structure) ou d'une fonction de l'organisme (c'est-à-dire d'une fonction physiologique). On rappelle que le handicap désigne les aspects négatifs de l'interaction entre un individu ayant une maladie et les facteurs personnels et environnementaux dans lequel il évolue (OMS 2001).

Ainsi, une personne peut présenter une déficience physique (que l'on a tendance à qualifier de manière inappropriée de « dépendante ») et rester autonome. L'autonomie n'exclut pas la dépendance.

Problème éthique lié au respect de la volonté

La très grande majorité des personnes âgées restent autonomes et peuvent décider pour elles-mêmes. Cependant, comme l'a montré notre travail, la responsabilité médicale ne va pas toujours dans le même sens que la volonté du patient. Faut-il respecter les souhaits du patient âgé au risque de ne pas porter lui assistance ? Faut-il institutionnaliser le patient contre son gré pour le protéger ? Comment évaluer le risque ? Qui doit le faire ? En un mot à qui revient le droit de décider pour la personne âgée ?

Les médecins que nous avons interrogés ont tenté de résoudre le problème, chacun à leur façon. Certains sont autonomistes jusqu'au bout et laissent le patient décider quoi qu'il arrive. En effet, l'autonomie du patient fait partie avec la justice, la non nuisance et la bienfaisance, des quatre principes traditionnels de l'éthique médicale (Foster 2010). L'importance du respect de l'autonomie nous vient du modèle libertaire de Stuart Mill, selon lequel chaque personne a consciemment un brouillon d'un projet de vie qu'il faut respecter (Foster 2010). Mais en cas de conflit entre les soins qu'un médecin pense raisonnables et le refus du patient, les risques, comme le suggère notre étude, sont le découragement du médecin, l'abandon du patient et par conséquent la dégradation de l'état de santé de ce dernier.

D'autres mettent en avant d'autres principes éthiques avant celui de l'autonomie : pour le médecin n°10 que nous avons questionné, respecter la décision d'un patient de continuer à vivre dans un état d'insalubrité ou dans une situation dangereuse pour sa vie n'est finalement pas le respecter. Quasiment tous les médecins interrogés disent tenter de négocier avec leurs patients en cas de désaccord, avec succès le plus souvent, semblerait-il. Le problème est bien évidemment plus facilement résolu lorsque la personne âgée présente un syndrome démentiel évolué, auquel cas la question de l'autonomie ne se pose plus.

Une autre façon d'appréhender le problème est de repenser la notion du risque et notamment le droit au risque.

Repenser le droit au risque

Nous vivons actuellement dans une société où tout événement est considéré en termes probabilistes. Voici quelques exemples. Nous entendons souvent dire qu'un fils d'agriculteur

a « moins de chance » d'entrer dans une grande Ecole qu'un enfant de cadre, que les prévisions météorologiques annoncent du beau temps pour tel ou tel jour avec un « indice de confiance » de tant... La maladie, elle aussi, devient un risque : la probabilité de son incidence est d'autant plus grande que ses « facteurs de risque » sont présents chez un individu donné. Mais l'être humain n'aime pas le risque, il essaie de le limiter au maximum, il souscrit à une assurance pour couvrir le risque. L'assurance elle-même a une assurance etc. Cependant le risque zéro n'existe pas.

Pour l'anthropologue B. Veysset (1989), ne pas reconnaître à une personne âgée le droit de définir elle-même son itinéraire de fin de vie, c'est ne pas reconnaître son droit au risque, c'est décider à sa place de ce qui est bien pour elle comme si le sujet âgé était encore un enfant. C'est nier son autonomie, sa dignité, son droit de faire des choix pour sa propre vie. Ce refus du risque conduit à l'institution qui est davantage un moyen pour la société de calmer sa propre angoisse que de permettre à la personne âgée de vivre. Car finalement vivre, c'est prendre des risques. Elle nous signale au passage un paradoxe : celui de la personne même très âgée et fragile, qui vit seule, ignorée de tous et qui refuse toute aide, c'est elle qui risque le moins d'être placée en institution.

3- Le rôle de l'entourage dans le maintien à domicile d'une personne âgée

Importance des aidants naturels pour le maintien à domicile

Le maintien au domicile de certains patients âgés pose le problème de leur isolement, notamment ceux qui ont besoin d'être aidés. C'est dans ce contexte que l'entourage revêt une importance cruciale (Caradec 2009, Chapman 2006, Landi 2004). Les résultats de notre étude montrent que les aidants peuvent être un atout précieux pour le maintien au domicile des personnes âgées : ils participent aux décisions et à la surveillance des personnes, ils donnent leur avis au médecin traitant, ils aident financièrement le sujet âgé et constituent un soutien moral et social... en plus des services pratiques qu'ils rendent à la personne âgée. Ainsi, les aidants des personnes âgées contribuent, notamment pour celles qui sont démentes, à leur bien-être et à leur état nutritionnel, et permettent de pallier aux troubles mnésiques (Chapman 2006).

On peut distinguer les aidants naturels (famille, amis, voisins) et aidants professionnels dont les rôles sont complémentaires (Caradec 2009).

Effet protecteur des aidants naturels

Les proches d'une personne âgée souhaitent généralement garder la personne le plus longtemps possible chez elle et sont prêts à s'occuper ou payer pour qu'on occupe d'elle (DREES 2009) : seulement 17% des Français envisageraient une institution spécialisée comme solution pour leurs parents proches. 29% feraient en sorte de s'en occuper au domicile de la personne âgée. 25% s'en occuperaient chez eux. 23% des interrogés, en particulier les plus aisés, seraient prêts à consacrer une partie de leurs revenus à payer des aides pour permettre à leur parent âgé de rester à son domicile.

Les études nous montrent que les personnes âgées qui sont bien entourées par leurs proches rentrent plus tardivement en institution : le mariage, le fait d'avoir des enfants (surtout si c'est des filles) ou une fratrie, et la cohabitation permettent de retarder l'entrée en institution (Mouquet 2008, Cribier 2005, Landi 2004, Désesquelles 2003). A âge égal, la probabilité de résider dans une institution diminue avec l'accroissement de la taille de la famille (Désesquelles 2003). A l'inverse, les sujets âgés vivant en institution ont un réseau familial 2 fois plus petit et un isolement relationnel 2 fois plus fréquent que les sujets âgés non institutionnalisés (Désesquelles 2003).

Une autre donnée illustre l'importance de l'aidant et notamment du conjoint pour une personne âgée mariée. L'hospitalisation d'un(e) conjoint(e) retentit sur la santé de l'autre conjoint(e) resté(e) à domicile. Ainsi, si l'un des époux est hospitalisé pour une maladie démentielle ou un trouble psychiatrique, pour une fracture de hanche, pour une broncho-pneumopathie chronique obstructive, une insuffisance cardiaque ou si l'un des époux décède, la mortalité de l'époux(se) non hospitalisé(e) est augmentée par rapport aux couples dont aucun des conjoints n'a été hospitalisé, même après ajustement sur l'âge et les co-morbidités. L'effet sur la mortalité est particulièrement prononcé pendant les deux mois qui suivent l'hospitalisation puis disparaît au bout de deux ans (Christakis 2006). Les différentes explications évoquées sont la perte en la personne du conjoint d'un soutien social, émotionnel, économique, pratique, une augmentation des comportements à risque chez

l'époux(se) non hospitalisé(e) (consommation d'alcool, mauvaise alimentation...) et puis peut-être aussi le fait que les circonstances qui sont à l'origine de l'hospitalisation d'un des époux concernent également l'autre époux.

L'importance des aidants familiaux est supérieure à celle des aidants professionnels. Cela s'explique par le fait que la famille, notamment les filles, intervient plus que les professionnels dans les aides aux personnes âgées (Breuil-Genier 1998, Defries 2009).

Motivation des aidants naturels

Pour de nombreux aidants familiaux et notamment les conjoint(e)s, aider n'est pas une contrainte mais une évidence (Caradec 2009). Les personnes âgées ont des contacts fréquents avec leurs proches. 93% des plus de 60 ans ont des contacts avec leur famille proche (Désesquelles 2003). 2/3 des enfants visitent leurs parents âgés au moins une fois par semaine (Marpsat 1991). Le nombre de rencontres mensuelles augmente avec la taille de la famille, avec un effet du nombre de filles plus marqué que l'effet du nombre de fils (Désesquelles 2003). Ces relations de parenté prennent plus d'importance avec l'âge au fur et à mesure que le réseau des pairs diminue (Caradec 2009, Marpsat 1991).

Les échanges au sein des familles sont loin d'être unidirectionnels et sont aussi variés qu'importants. Voici quelques exemples d'échanges : héritages, donations, aides financières, mise à disposition de réseaux de relations, cohabitation, aides pour les travaux ménagers, repas pris en commun, vacances chez les grands-parents, gardes d'enfants... (Marpsat 1991). Une relation entre les membres d'une famille peut être fondée sur l'affection, sur l'obligation ou l'intérêt mais est toujours liée à l'histoire familiale (Veysset 1989). Dans la majorité des cas, les échanges familiaux se caractérisent par leur réciprocité et sont fondés sur l'affection, la continuité, le maintien de l'identité du parent âgé et des enfants, sur des aides matérielles, sur le rôle de grands-parents (Veysset 1989). A noter que la « famille » n'est pas figée et la personne âgée peut avoir plusieurs familles en cours d'une vie (Veysset 1989). Certains enfants éprouvent de la culpabilité de placer leurs parents, de même que certains parents sont tristes d'être un fardeau pour leurs enfants (Veysset 1989). Ainsi, nous comprenons pourquoi il n'est pas toujours facile pour un enfant, même épuisé, de placer son parent. C'est là tout l'intérêt des aides professionnelles : aider les proches et prévenir des situations de crises.

Les aides professionnelles complètent les aides naturelles
(Breuil-Genier 1998)

Le volume d'aide reçue par une personne âgée est très lié à son niveau d'incapacité, de la cohabitation ou non avec les enfants et surtout de l'intervalle de temps maximal pendant lequel elle peut rester seule. Il est très variable mais il est généralement inférieur aux besoins théoriques. Cependant les $\frac{3}{4}$ des sujets âgés déclarant une aide à la dépendance disent recevoir toutes les aides dont ils ont besoin.

La majorité des aides provient de la famille. La moitié des personnes confinées au lit ou au fauteuil, ou aidées pour la toilette ou l'habillage, est aidée exclusivement par les proches. Les raisons invoquées par les personnes âgées qui ne recourent qu'à une aide informelle sont : le coût financier, la confiance en une personne que l'on connaît bien, le fait de ne pas avoir besoin d'une aide professionnelle. Pour les sujets qui bénéficient des deux types d'aides, il est difficile d'étudier et de quantifier la substitution entre l'aide formelle et l'aide informelle.

La probabilité de recevoir une aide formelle est plus fréquente chez les femmes et elle augmente avec l'isolement, le niveau de dépendance, le niveau d'éducation (toutes choses égales par ailleurs), la zone géographique (l'aide formelle est plus répandue à l'ouest de la France). Il semblerait que les considérations économiques influencent plus la dépense que les temps d'aide.

4- Le rôle du médecin traitant dans la prise en charge à domicile

Les caractéristiques des soins primaires font que le médecin généraliste est idéalement placé pour prendre en charge une personne âgée, notamment au domicile.

La visite à domicile et la continuité des soins

Le premier intérêt vient du fait que le médecin généraliste délivre des soins ambulatoires, se déplaçant souvent jusqu'au domicile du patient âgé. La visite à domicile permet de prodiguer

des soins au domicile des patients les moins mobiles. Il n'est donc pas étonnant que ce sont les plus âgés qui en bénéficient le plus (Joyce 2008, Ferrier 2000). La visite à domicile facilite le maintien à domicile de ces patients et contribue ainsi à diminuer les dépenses de santé (Okie 2008, Stuck 2002).

La visite à domicile comporte d'autres bénéfices pour le patient âgé. Elle permet une réduction du déclin fonctionnel à condition qu'une évaluation gériatrique multidimensionnelle soit réalisée au domicile, et une réduction de la mortalité chez les moins de 77 ans (Stuck 2002). Elle permet aussi la satisfaction de la personne âgée (Landers 2006, Borgsteede 2006, Ferrier 2000), une meilleure connaissance du patient, de son environnement, son habitat et de son entourage (Landers 2006, Ferrier 2000). Certaines informations importantes ne sont disponibles qu'en allant au domicile (Ferrier 2000). La visite à domicile a également un intérêt en santé publique compte tenu de la population âgée qui va s'accroître, un intérêt dans la relation médecin-malade en permettant une relation de proximité et un intérêt pour la médecine générale elle-même en lui permettant de retrouver ses racines (Landers 2006). La visite à domicile est porteuse d'un symbole : elle montre au patient que le médecin se soucie de lui suffisamment pour délaissé son terrain et aller le voir sur son terrain à lui. Ce symbolisme est particulièrement fort dans le cadre d'un soin palliatif (Landers 2006).

La continuité des soins qu'offrent les visites à domicile pourrait contribuer à prévenir l'hospitalisation des patients en situation de précarité socio-économique (Gill 1998). Cette continuité des soins est un élément important à la fois aux yeux des médecins et de leurs patients (Borgsteede 2006). Pour les patients chroniques, la continuité est essentielle, non seulement pour permettre l'instauration d'une relation de confiance mais aussi à chaque fois que le patient est hospitalisé ou vu par un autre médecin. Certains de ces patients voient régulièrement leur médecin de famille même en l'absence de symptômes, uniquement pour évaluer leurs progrès. Le médecin généraliste est considéré comme leur principal prestataire de soins et leur coordinateur des soins (Infante 2002).

La visite à domicile a donc de nombreux intérêts. Mais elle a également de nombreuses limites. Elles sont de moins en moins fréquentes dans les pays développés (Joyce 2008). Les raisons invoquées sont le manque de temps des médecins, la faible rémunération de la visite à domicile, le nombre croissant d'omnipraticiens travaillant à temps partiel et l'insécurité (Joyce 2008, Okie 2008). Le type de visites change également : les visites à domicile pendant

les heures de travail habituelles diminuent tandis que les visites dites « urgentes », qui ont lieu après les « heures de bureau », augmentent (Joyce 2008).

Pour beaucoup d'omnipraticiens, comme pour nos médecins participants, la visite à domicile est aussi une contrainte pour le médecin qui la fait : la prise en charge à domicile est plus difficile qu'au cabinet et le temps de visite plus long, sans attractivité financière particulière (Okie 2008).

Enfin, l'effet de la visite à domicile, notamment à visée préventive, est limité voire nul en terme de mortalité, de morbidité, de l'utilisation des services de santé ou sur le plan économique, pour les personnes âgées qui jugent leur santé précaire ou qui souffrent d'incapacités (Bouman 2008 (a), Bouman 2008 (b), Holland 2005, Ferrier 2000).

Une prise en charge globale et coordonnée

En raison de l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques (Christensen 2009) et de la polyopathie chez les personnes âgées (DREES 2008, Veysset 1989), une prise en charge globale du sujet âgé, multidisciplinaire et coordonnée est nécessaire (Williams 2007).

Les soins primaires sont particulièrement bien adaptés à la prise en charge des maladies chroniques (Rothman 2003, WONCA Europe 2002). La majorité des malades chroniques présente une maladie peu sévère et la polyopathie est fréquente chez eux. Cette polyopathie multiplie les occasions pour un patient d'être pris en charge par plusieurs médecins, ce qui souligne l'importance de la coordination des soins (Borgsteede 2006). Rappelons que la coordination est la régulation de divers éléments en les intégrant dans un processus harmonieux, elle est donc bien plus que la collaboration qui se réfère juste au fait de travailler ensemble (Stille 2005).

Cette prise en charge globale et coordonnée est rendue nécessaire en raison aussi du foisonnement des connaissances. Ce foisonnement est tel qu'un seul médecin ne peut posséder toutes les informations pour prendre en charge seul un patient polyopathologique. Cela conduit à une spécialisation médicale de plus en plus poussée (Stille 2005). La coordination prévient justement la fragmentation des soins, tout en préservant la

confidentialité. Elle est une nécessité compte tenu de la complexité croissante du système de santé et de l'augmentation du nombre de patients polyopathologiques avec le vieillissement de la population (Stille 2005).

Les médecins généralistes sont habitués à la prise en charge globale du patient, à communiquer et à coordonner les différents intervenants (Stille 2005, Rothman 2003). Leur formation est particulièrement adaptée car elle insiste sur l'importance des changements comportementaux et la gestion de la maladie par les patients eux-mêmes (Rothman 2003). Par ailleurs, le médecin généraliste a une bonne connaissance du patient, de son entourage et des services de soins ambulatoires. Son accessibilité et sa connaissance de la communauté dans laquelle vit le patient sont aussi ses atouts (Stille 2005). Ainsi, la plupart des patients « chroniques » reçoivent des soins de leur médecin généraliste. 58% des consultations médicales chez ces patients concernent les soins primaires (Rothman 2003). Ajoutons que les soins primaires sont moins coûteux et recourent moins aux examens complémentaires (Rothman 2003).

Cette fonction de coordination du médecin traitant est cependant limitée par de multiples facteurs : le manque de temps, les efforts intellectuels que requiert la coordination, la faible compensation financière, la nécessité d'impliquer le patient dans sa prise en charge (Stille 2005), ainsi que les difficultés de communication entre les généralistes et leurs confrères spécialistes. 45% des médecins qui ont adressé un patient et qui ont demandé les résultats de la consultation n'ont en effet pas de retour (Stille 2005, Bluementhal 1995).

Le médecin généraliste doit coordonner les soins prodigués par ses confrères médecins mais également par les aidants, formels ou non, d'où l'intérêt de développer des plans de prise en charge et de travailler avec tous les aidants au sein d'une équipe multidisciplinaire dont les rôles de chacun doivent être précisés (Ferrier 2000). Le travail en équipe autour d'une personne âgée nécessite une bonne communication au sein de l'équipe, des réunions régulières où tous les acteurs sont réunis. Expliciter les objectifs et les modalités de prise en charge des patients les plus instables paraît souhaitable, de même qu'établir des critères qui mettront fin au maintien à domicile si la sécurité du patient n'est plus assurée (Ferrier 2000).

Un rôle d'éducation et de prévention

Le médecin traitant a également un rôle d'éducation et de prévention auprès de la personne âgée. Cela contribue à prolonger le maintien à domicile. L'éducation des patients peut en effet permettre une amélioration de la santé physique des patients (contrôle de la pression artérielle ou de la glycémie), ainsi qu'une amélioration fonctionnelle et une diminution de l'anxiété (Stewart 1995). L'éducation doit évidemment passer par une information claire, lors d'un entretien qui doit permettre au médecin et au patient de trouver un « terrain commun ». Bien sûr, cette éducation implique que le médecin accepte un rééquilibrage du pouvoir au bénéfice de son patient (Stewart 1995).

L'éducation passe donc par une communication de qualité. La qualité de la communication dépend de la qualité et de la quantité des informations échangées entre la personne âgée et son médecin. Une communication qui satisfait le sujet âgé est associée à une plus grande implication du patient dans sa prise en charge, une meilleure observance, une meilleure évolution de l'état de santé et une meilleure qualité de vie (Williams 2007). Une étude a montré que le patient « chronique » accorde une importance toute particulière aux compétences de son médecin non seulement cliniques mais aussi relationnelles (Infante 2004).

Une bonne communication permet au médecin de prescrire un traitement personnalisé, c'est-à-dire le traitement le plus adapté à son patient à un moment donné et ainsi de s'assurer une meilleure observance (Infante 2004). On voit toute l'importance d'un traitement approprié chez la personne âgée quand on sait que la consommation médicamenteuse et la polymédication augmentent avec l'âge (Gallagher 2007) avec les risques d'effets secondaires, d'interactions médicamenteuses et de prescriptions inappropriées qui s'en suivent (O'Mahony 2008, Gallagher 2007). Rappelons que la iatrogénie ou la mauvaise observance médicamenteuse est une source importante d'hospitalisations dont plus de la moitié serait évitable (Mouquet 2008, Gallagher 2007).

Le médecin et son rôle de soutien social de la personne âgée

Deux des nombreux enjeux du maintien à domicile du sujet âgé sont l'isolement social et le besoin d'aides de certains sujets. Or, la relation avec le médecin traitant est, si la communication entre lui et son patient âgé est de qualité, une source importante de soutien pour la personne âgée qui se sent seule. La présence du médecin va rompre son isolement social et sa solitude (Williams 2007). Certains médecins que nous avons interrogés ont également évoqué à plusieurs reprises que le médecin était parfois le seul soutien social de la personne âgée vivant chez elle.

La lutte contre la solitude implique que le médecin généraliste doit, avant toute chose, percevoir chez son patient la souffrance liée à son isolement, puis qu'il prenne des mesures pour la combattre.

Nous rappelons que la solitude, même si elle ne concerne pas la majorité des personnes âgées, reste un problème fréquent : 5 à 32% des sujets âgés disent souffrir de la solitude (Luanaigh 2008, Heinrich 2006, Forbes 1996). La solitude non seulement détériore la qualité de vie mais aussi a de multiples conséquences sur la santé et le maintien à domicile d'une personne âgée (nous reviendrons y plus longuement dans la partie concernant les limites du maintien à domicile).

Van Ravesteijn (2008) a montré que la plupart des omnipraticiens évoque la solitude avec leurs patients indirectement. Selon les médecins généralistes, la solitude est un problème rarement exprimé par les patients eux-mêmes. Quelques médecins considèrent d'ailleurs la solitude comme faisant partie de la condition humaine. Certains disent ne jamais poser de question sur la solitude, d'autres avouent ne jamais y penser. Pour les omnipraticiens, discuter de la solitude avec leur patient est déjà une première étape de la prise en charge. En parler permet de diminuer la souffrance liée à la solitude. Les patients paraissent alors souvent soulagés, même si certains deviennent tristes, se frustrent ou se mettent en colère. Cette prise en charge de la solitude est considérée comme difficile par beaucoup de médecins de famille qui se sentent fréquemment démunis face à ce problème.

Il existe de nombreux facteurs de risque de la solitude. Ces facteurs peuvent aider les médecins dans leur diagnostic. Citons par exemple le handicap physique (Hawkley 2008,

Forbes 1996), la personne très âgée (Luanaigh 2008), des relations sociales de mauvaise qualité (Hawkley 2008), la personne endeuillée ou veuve (Forbes 1996), la personne introvertie ou névrosée (Luanaigh 2008). Les résultats des études concernant le sex ratio sont contradictoires (Hawkley 2008, Luanaigh 2008). En revanche, le fait d'être marié et d'avoir une relation de confiance avec son ou sa partenaire offre un haut degré de protection contre la solitude (Hawkley 2008, Luanaigh 2008). De même, il semblerait que le patient âgé vivant à la campagne soit moins à risque de souffrir de solitude que le sujet citadin (Forbes 1996).

Notons que la solitude est peu corrélée à la taille du réseau social ou à la fréquence des interactions entre les membres d'un réseau (Cornwell 2009) et que les facteurs de risque d'isolement et de solitude ne sont pas complètement identiques (Ilfte 2007).

Une fois la solitude diagnostiquée, comment le médecin peut-il lutter contre la solitude ? Les solutions retrouvées dans la littérature (Williams 2007, Forbes 1996) sont globalement celles proposées par nos médecins interviewés : présence et attention du médecin, implication active des personnes âgées dans des activités où elles peuvent rencontrer d'autres personnes, pas forcément du même âge d'ailleurs (cours d'éducation, sorties et voyages organisés pour les personnes âgées, actions pour la communauté, clubs de déjeuner...). Pour les personnes qui ne peuvent sortir de chez elles, l'idée serait d'une part d'amener des personnes au domicile, d'autre part de permettre à ces personnes âgées de se rendre utiles, par exemple en aidant à rédiger des courriers. Elles peuvent aussi offrir une écoute téléphonique de soutien à d'autres personnes... Les aides à domicile peuvent éventuellement aider à lutter contre la solitude du fait de leur rôle ambivalent qui est à la fois technique et relationnel (Caradec 2009). Une autre possibilité pour le médecin serait d'institutionnaliser son patient, mais nous verrons que cette solution, si elle est acceptée par le patient, présente néanmoins de nombreuses limites.

Un animal de compagnie pourrait, selon certains auteurs, être une solution à la solitude des personnes âgées mais les données de la littérature sont contradictoires (Cutt 2007, Parslow 2005, McNicholas 2005). Il a été constaté des effets positifs avec une survie qui semblerait plus importante après un infarctus du myocarde, moins de consultations en médecine générale, un bien-être psychologique et physique chez les personnes possédant un animal de compagnie, une amélioration de la qualité de vie. Mais les résultats sont inconstants. Par ailleurs il semblerait qu'il y ait aussi des effets potentiellement négatifs : d'une part une mauvaise compliance liée au refus d'abandonner son animal malgré une allergie, malgré la

nécessité d'être hospitalisé ou institutionnalisé, et d'autre part la perte de l'animal qui peut être très mal vécue (McNicholas 2005).

Le soutien social du médecin généraliste passe également par la prise en compte de la situation financière. La considération des aspects financiers permet la reconnaissance de la nécessité du soutien social, la demande d'interventions des services sociaux et des services d'aide de maintien à domicile, ainsi que la demande d'allocations (Caradec 2009, Williams 2007, Veysset 1989). En particulier, la mesure de protection juridique, si elle est comprise dans un plan de soutien plus global, peut être un outil permettant à la personne âgée de conserver ou de retrouver une certaine autonomie, et ainsi cette mesure peut se présenter comme une alternative à un placement (Veysset 1989).

Le médecin traitant et la santé de la collectivité

Le médecin généraliste joue un rôle primordial dans la santé de la collectivité. Ainsi, une forte densité de médecins généralistes contribue à améliorer l'état de santé d'une population et la qualité de sa prise en charge (Moblely 2006). L'augmentation des médecins de soins primaires est associée significativement à une espérance de vie plus longue et à une diminution de la mortalité cancéreuse, cardiaque et néonatale (Blumenthal 1995). Par ailleurs, il existe une association négative entre le ratio (médecins de soins primaires / population) et la mortalité totale et cardiaque, persistant même après contrôle des variables socio-démographiques, alors qu'il n'existe pas d'association entre le ratio (spécialistes / population) et la mortalité (Starfield 2005 (b)). Les auteurs expliquent que la raison pourrait être la non prise en compte par les médecins spécialistes de la prévalence des maladies en soins primaires lorsqu'ils prennent en charge des patients qui n'ont pas été adressés par un médecin généraliste : ils ont recours plus fréquemment à des investigations complémentaires avec les risques que cela comporte. Les auteurs parlent d'erreurs par commission, c'est-à-dire par excès de bilans non indiqués (Starfield 2005 (b), Sackett 2002). De plus, en dehors de leurs domaines de compétences, les spécialistes sont de moins bons diagnosticiens que les omnipraticiens (Hashem 2003).

Blumenthal (1995) a montré que l'accès aux soins primaires, en particulier pour les populations vulnérables, permet de diminuer le recours à l'hospitalisation et, lorsqu'il y a

hospitalisation, à des hospitalisations plus courtes. Il permet également d'améliorer le contrôle tensionnel chez les hypertendus. En outre, une prise en charge au long cours augmente la satisfaction du patient et du soignant, améliore la compliance, diminue le recours aux tests de laboratoire et à l'hôpital, et augmente les interventions de prévention et les reconnaissances de problèmes.

Les soins primaires permettent aussi de limiter les inégalités de répartition géographique des ressources. Les médecins généralistes sont en effet plus nombreux que les spécialistes à s'installer dans les zones rurales ou les zones urbaines défavorisées (Ferrer 2005, Grumbach 2003). Les médecins de famille prennent aussi davantage en charge les patients défavorisés, sans couverture maladie (Grumbach 2003).

Le médecin traitant et les économies de santé: quelques pistes d'actions

Les médecins qui ont participé à notre étude ont souligné de nombreuses fois la contribution du généraliste au contrôle des dépenses de santé en permettant à la personne âgée de rester chez elle. Effectivement, le maintien à domicile est beaucoup moins onéreux pour la collectivité que l'institutionnalisation ou l'hospitalisation (Alemayehu 2004, Lubitz 2003). Ainsi, une personne âgée institutionnalisée à 70 ans a des dépenses cumulées de santé beaucoup plus élevées qu'une personne de même âge vivant chez elle, quel que soit l'état de santé de cette dernière, dans le système américain actuel (Lubitz 2003). Toujours dans le système américain, au cours d'une vie, l'hospitalisation représente la part la plus importante (un tiers) des dépenses de santé (Alemayehu 2004).

Les médecins traitants contribuent à la santé de la collectivité et notamment à l'allongement de l'espérance de vie (Mobley 2006, Starfield 2005 (b), Blumenthal 1995). Mais cet allongement de la vie ne se traduit pas forcément par une augmentation des dépenses de santé : une personne âgée en bonne santé vit certes plus longtemps mais ne coûte pas plus cher qu'un patient en mauvaise santé et vivant moins longtemps (Lubitz 2003). L'augmentation de la longévité après 65 ans contribue peu à l'augmentation des dépenses de santé. En fait l'impact du nombre de personnes âgées sur les coûts de santé est beaucoup plus important que leur longévité (Seshamani 2004, Spillman 2000).

Deux autres pistes pour la maîtrise des dépenses sur lesquelles le médecin généraliste pourrait intervenir sont à considérer : la iatrogénie médicamenteuse et la prévention des chutes. Ce sont des causes fréquentes d'hospitalisation et, pour une partie, évitables (INSEE 2010, Mouquet 2008, Le Dastumier 2008, Gallagher 2007, Skelton 2007). Si l'on prend l'exemple des chutes en France (INSEE 2010) : elles représentent 80% des accidents au domicile des plus de 65 ans. 78% des chutes surviennent à domicile. ¼ des 65-75 ans a déclaré avoir chuté au cours des 12 derniers mois. 4.5% des plus de 65 ans ont consulté aux urgences après avoir chuté en 2004 et dans 37% des cas, il y a eu hospitalisation après le passage aux urgences. C'est, d'après l'INSEE, non seulement une cause fréquente d'hospitalisation mais également une cause importante de mortalité : le taux brut de mortalité par chute accidentelle (chute en tant que cause principale du décès) chez les personnes âgées de plus de 65 ans est supérieure à 43/100 000.

En plus de ses effets bénéfiques sur la santé et la qualité de vie du patient (Williams 2007), une communication centrée sur le patient pourrait aussi permettre de diminuer les dépenses grâce à une moindre utilisation des examens diagnostiques. Cependant, ce type de communication est aussi associé à des consultations plus longues (Epstein 2005).

Enfin, il est important de souligner que la médecine générale permet un meilleur accès aux soins, notamment pour les personnes âgées (Chaix 2005, Baicker 2004, Tomlin 1999) et n'implique pas nécessairement une augmentation des consultations chez les spécialistes, même pour les personnes âgées dites « dépendantes » (Chaix 2005).

Ainsi, le rôle du généraliste est essentiel dans le maintien à domicile. Mais le médecin a aussi ses limites.

5- Les limites du maintien à domicile

Les limites du médecin, de la médecine, du système de santé

Le vieillissement de la population médicale

En France, la population médicale vieillit également et le nombre de médecins en activité diminue (CNOM 2009), ce qui compte tenu du vieillissement de la population générale (Christensen 2009, Martini 2007, Seshamani 2004, Polder 2002, Brutel 2002), augmente la charge de travail des médecins encore en activité. Par ailleurs, il faut noter que ce sont les médecins généralistes les plus âgés qui s'occupent le plus souvent des personnes âgées (Charles 2006).

Les contraintes liées à la prise en charge du sujet âgé

La prise en charge des personnes âgées comporte de nombreuses contraintes (Yaffe 2008, Hinton 2007, Tomlin 1999). Citons par exemple le diagnostic plus difficile lié à la polyopathie fréquente chez le patient âgé, la nécessité d'une coopération de la famille, d'une coordination des besoins de la famille et du patient, le caractère chronophage de la prise en charge d'un patient dément surtout s'il n'a pas de réseau social. Le médecin peut aussi être confronté à l'insuffisance des services d'aide, la difficulté à demander des avis spécialisés rapides, les différences d'opinion entre les intervenants concernant le maintien à domicile ou l'institutionnalisation. D'autres contraintes incluent la « paperasserie », l'absence de recommandations claires, le manque de formation sur la prise en charge de la maladie d'Alzheimer, la faible rémunération des professionnels de santé, la non compliance de la personne âgée, les croyances du patient (Yaffe 2008, Hinton 2007, Tomlin 1999). Le manque de temps du médecin détériore la qualité de la communication entre lui et son patient. Le praticien qui ne prend pas le temps d'écouter son patient interrompt régulièrement la personne âgée lorsque celle-ci tente de prendre la parole (Williams 2007). Or, une prise en charge globale et de qualité requiert du temps : les consultations où le généraliste doit prendre en compte le psychologique et /ou le social sont les plus demandeuses de temps et les plus complexes (Zantinge 2005).

Les troubles du comportement et la démence augmentent également les difficultés de la prise en charge du patient âgé, ce qui conduit souvent à un retard diagnostique, à une prise en charge « réactive » plutôt que « proactive » et à une approche pharmacologique plutôt qu'une approche psycho-sociale (Hinton 2007, Chapman 2006).

La mauvaise connaissance des services d'aides

Une autre limite des médecins traitants est la mauvaise connaissance des services d'aides à domicile, si bien que peu d'entre eux sont réellement capables d'orienter les patients et leur famille vers ces services d'aides (Yaffe 2008, Hinton 2007). Pourtant ces services dont font partie plusieurs associations de patients sont valorisés par les patients eux-mêmes (Infante 2004).

Conflit éthique

Le maintien au domicile de certaines personnes âgées peut soulever des questions éthiques, notamment lorsque les intérêts du patient ou de ses aidants, du point de vue du médecin, s'oppose à la volonté de la personne âgée de rester chez elle. Selon une étude canadienne (Boillat 1997), 83.3% des médecins de famille québécois sont d'accord sur le principe d'autonomie du patient mais 88.7% sont aussi d'accord qu'il faut prendre en compte les intérêts des aidants dans les décisions concernant le patient âgé. 72% d'entre eux pensent que la limitation des soins à domicile est raisonnable dans un contexte de réduction des ressources. 65.3% pensent qu'il faut institutionnaliser les patients contre leur gré s'il y a danger pour eux. Malgré tout, 88% refusent d'interrompre les soins en cas de refus de l'institutionnalisation. Cette étude montre que les médecins traitants se répartissent en trois groupes : le groupe « autonomie des patients avant tout » (3.3% des médecins), le groupe des « paternalistes » (16.7%), le groupe « respect de l'autonomie mais prise en compte des aidants et des ressources de la communautés » (80%).

Le stress des médecins de famille

Selon une autre étude canadienne, plus des 2/3 des médecins de famille sont soumis à un stress modéré voire important, pour diverses raisons : une charge de travail administratif importante, un accès difficile aux spécialistes et à certains tests diagnostiques, la

dévalorisation de la médecine générale, la difficulté à gérer certains patients et les contraintes médico-légales (Lee 2009, Lee 2008).

Les facteurs responsables du stress des praticiens sont multiples et peuvent être classés en 3 catégories : les facteurs endogènes qui sont liés à la personnalité du médecin et à la nécessité de trouver un équilibre entre une vie personnelle et une carrière professionnelle, les facteurs professionnels en rapport avec la charge de travail, le manque de temps ou la nécessité de maintenir à jour ses connaissances et enfin les facteurs liés au système de soins, à la limitation des ressources, au manque de coopération entre les spécialistes et les généralistes... (Lee 2009). D'autres auteurs préfèrent classer les facteurs de stress selon qu'ils sont intrinsèques à la profession médicale tels l'intensité émotionnelle liée à la prise en charge de certains problèmes, la confrontation avec la mort, la privation de sommeil, la surcharge de travail, ou extrinsèques tels la dévalorisation de la profession par les pouvoirs publics ou les patients, la volonté des patients de prendre une part de plus en plus importante aux décisions médicales, le développement des médecins dites douces ou parallèles qui sont autant d'alternatives à la médecine scientifique (Arnetz 2001).

Ces facteurs de stress pourraient expliquer en partie la morbi-mortalité des médecins. En effet, il n'y a pas de bénéfices apportés par la profession médicale en termes de morbi-mortalité pour les médecins eux-mêmes : leur mortalité cardio-vasculaire est au mieux égale sinon supérieure à celle des autres professions de même catégorie socio-économique (Arnetz 2001). Cela serait expliqué par une négligence accrue par les médecins de leur propre santé, un taux important de suicides dans la profession, une forte prévalence de l'anxiété et de la dépression dans les professions médicales (Arnetz 2001).

Certains médecins parviennent néanmoins à adopter des stratégies d'adaptation au stress grâce à une réflexion qui permet une hiérarchisation des valeurs, une reconnaissance de leurs propres limites, grâce à l'humour, à l'importance accordée à la famille et aux amis, aux activités sportives et autres hobbies, à la formation continue. D'autres stratégies incluent la mise en place de réseaux informels inter confrères, des efforts pour améliorer la relation médecin malade, l'exploration de nouvelles formes de rémunération (Lee 2009).

A noter qu'on peut distinguer deux catégories de médecins généralistes en fonction des stratégies adoptées : ceux qui adoptent une attitude proactive en anticipant les problèmes et en

mettant en place des stratégies pour les prévenir et ceux qui ont une attitude réactive qui s'adaptent une fois le problème survenu (Lee 2009).

Exemples de prise en charge non optimale : la iatrogénie et le suicide chez les patients âgés

Nous choisissons ces deux exemples de prise en charge non optimale parmi d'autres pour deux raisons principalement : ce sont des problèmes fréquents et, pour une bonne partie, évitables.

La iatrogénie médicamenteuse en est le premier exemple. Nous rappelons que la iatrogénie médicamenteuse désigne toute pathologie d'origine médicamenteuse, liée aux effets indésirables des médicaments, avec ou sans mauvais usage des thérapeutiques (Queneau 1998). Le risque de iatrogénie est augmentée par la polymédication, fréquente chez le patient âgé souvent polypathologique (Gallagher 2007, Legrain 2005, Société Francophone de Médecine d'Urgence 2003). Elle peut être causée par des erreurs de prescriptions médicales et/ou par la mauvaise observance thérapeutique des patients (on peut y inclure l'automédication). Les erreurs de prescription peuvent se traduire par un excès de traitement, une prescription inappropriée ou une insuffisance de traitement (Legrain 2005). La iatrogénie est un problème de santé publique. Le coût humain et financier est considérable (Legrain 2005, Queneau 1998). La iatrogénie représenterait en effet 10% à 30% des hospitalisations chez les personnes de plus de 75 ans (Mousquet 2008, Legrain 2005), 130 000 hospitalisations et 10 000 décès par an en France (Assurance Maladie 2008). 50 à 75% des hospitalisations secondaires à une iatrogénie médicamenteuse chez les personnes âgées seraient évitables (Mouquet 2008, Gallagher 2007, Legrain 2005). Les généralistes étant les principaux prescripteurs des personnes âgées (Legrain 2005), ils ont une responsabilité non seulement dans l'optimisation des prescriptions chez les patients âgés mais aussi dans l'observance des patients car rappelons que l'adhésion au traitement est améliorée simplement par une communication de qualité entre le patient et son médecin (Williams 2007).

Notre deuxième exemple est la prise en charge non optimale des suicides chez les personnes âgées. Les sujets âgés sont un groupe à haut risque suicidaire connu. Le taux standardisé de suicide chez les plus de 85 ans est deux fois supérieur à celui des 25-44 ans (Aouba 2009). Il est aussi montré que le suicide touche deux à trois fois plus souvent les veufs, les divorcés et les célibataires que les couples mariés (Aouba 2009). L'antécédent de tentative de suicide est

un facteur de risque majeur de récurrence (Alexopoulos 2005). Par ailleurs, le suicide est fortement associé à la pathologie psychiatrique et notamment la dépression : les syndromes dépressifs sont présents chez 80% des personnes de plus de 74 ans qui se suicident (Alexopoulos 2005, O'Connell 2001). Un dépistage du risque suicidaire dans une population de personnes âgées, ciblé en fonction des facteurs de risque serait envisageable (O'Connell 2001). Le médecin traitant est bien placé pour prévenir les suicides des sujets âgés : 40 à 70% des personnes âgées qui tentent de se suicider ont vu leur médecin de famille dans le mois qui précède. Pourtant seulement 6% des personnes âgées de 75 ans ou plus sont interrogés sur le suicide et 20% sur la dépression (O'Connell 2001). Or, il semblerait que 74% des suicides chez les personnes âgées pourraient être prévenus si les troubles de l'humeur étaient pris en charge par un traitement curatif ou préventif et 27% des suicides seraient évités si les problèmes d'isolement et de solitude étaient résolus (O'Connell 2001). Là encore, comme pour la iatrogénie médicamenteuse, le médecin traitant a un rôle important à jouer dans la réduction du nombre de suicides dans la population âgée.

Ce dernier exemple illustre bien l'importance de poser les bonnes questions aux patients. Mais pour pouvoir poser ces questions et permettre au patient d'y répondre, une relation propice à la communication est nécessaire.

La relation triangulaire médecin - personne âgée - aidant

Notre travail montre que l'aidant peut être une contrainte pour le médecin généraliste et peut perturber sa relation avec le patient âgé. Dans de nombreuses consultations, la personne âgée n'est pas reçue seule mais avec son aidant, ce qui implique une relation triangulaire médecin - personne âgée - aidant. Cette relation pose parfois des difficultés pour le médecin généraliste (Berner 2002). Contrairement à la relation pédiatre - enfant - parent, la présence de l'aidant auprès du sujet âgé soulève une question éthique liée au respect de l'autonomie de la personne âgée, l'aidant n'étant généralement pas le représentant légal du patient. L'embarras de la personne âgée et/ou de l'aidant, le désaccord entre le patient et son aidant, l'opposition de l'aidé ou de l'aidant à recourir à une aide professionnelle peuvent aussi troubler la relation médecin-malade (Berner 2002). Cela a pour conséquence d'engendrer un stress supplémentaire chez le médecin. Cette relation triangulaire peut donc parfois se révéler être un obstacle dans la communication entre une personne âgée et son médecin. Il a ainsi été

constaté qu'un patient âgé est moins communicatif et participe moins aux décisions le concernant, en présence d'une tierce personne (Williams 2007).

Les limites liées au patient et aux aidants

Nos résultats montrent que le refus d'aides, les difficultés socio-économiques du patient, l'isolement social ou la solitude, l'épuisement de l'entourage sont aussi des limites au maintien à domicile.

Le refus d'aides

Une personne âgée peut tout d'abord refuser l'aide qu'on peut lui proposer. Elle peut ne pas souhaiter la présence d'aide professionnelle parce qu'elle se satisfait de l'aide reçue de ses proches, parce qu'elle ne fait pas confiance à des inconnus ou parce qu'elle nie le besoin d'aide (Breuil-Genier 1998). Elle peut aussi refuser l'aide de sa famille, des enfants en particulier, ne voulant pas être un fardeau pour eux (Veysset 1989). Les personnes âgées s'adaptent aux difficultés qui apparaissent au fur et à mesure mais n'anticipent pas d'où des hospitalisations parfois urgentes (Caradec 2009).

Certains antécédents médicaux ou les difficultés socio-économiques compliquent la prise en charge

Le patient âgé est compliqué à prendre en charge, en particulier s'il souffre de troubles du comportement et d'un syndrome démentiel (Yaffe 2008, Hinton 2007, Tomlin 1999). Les facteurs socio-économiques influent également sur la prise en charge de la personne âgée. Ainsi, le niveau socio-éducatif est un élément important à la fois pour le maintien des fonctions cognitives et pour l'implication active du patient lui-même dans la gestion des problèmes médicaux (Williams 2007). Un bon niveau éducatif peut donc faciliter la prise en charge ambulatoire. Or, le niveau éducatif des personnes âgées est moindre que celui des patients plus jeunes (Williams 2007).

Paradoxalement, même si la prise en charge à domicile reste moins chère que l'institutionnalisation pour la collectivité (Alemayehu 2004, Lubitz 2003), à titre individuel,

les facteurs financiers peuvent représenter un obstacle au maintien à domicile (Mouquet 2008). En 2008, la moitié des Français a le sentiment d'une paupérisation des retraités et 62% des non retraités considèrent qu'une fois à la retraite, leur niveau de vie sera moindre que celui de l'ensemble de la population, surtout pour les 35-49 ans, en particulier les employés et les ouvriers (DREES 2009). Nous rappelons que, selon l'INSEE, 586 000 personnes âgées bénéficiaient en 2007 du minimum vieillesse, que la moitié des femmes âgées de plus de 75 ans vit seule et que le montant moyen mensuel de la retraite globale pour les femmes tourne autour de 1000 euros. Pour faire face aux difficultés des personnes âgées, 49% des Français estiment qu'il revient à l'Etat de les prendre en charge, avant même les enfants ou les familles des personnes concernées (DREES 2009). En pratique pourtant, les aidants familiaux interviennent bien plus que les professionnels (Breuil-Genier 1998).

L'isolement social et la solitude

Lorsque les personnes âgées bénéficient d'aides extérieures, elles sont en général satisfaites (DREES 2008 (a)). Mais ces enquêtes présentent plusieurs limites : les difficultés d'expression ou un déclin cognitif chez certaines personnes, et le caractère instantané de l'enquête négligeant la dimension temporelle de la relation d'aide (DREES 2008 (a)).

L'insuffisance du réseau social de la personne âgée et l'insuffisance des services d'aides à domicile rendent sa prise en charge difficile pour son médecin généraliste, surtout si elle est démente (Yaffe 2008, Mouquet 2008). Les aides à domicile ont plusieurs rôles, un rôle technique mais aussi relationnel (Caradec 2009), elles peuvent contribuer ainsi à lutter contre l'isolement social voire la solitude dont souffrent certaines personnes.

Nous avons vu dans les chapitres précédents la distinction entre l'isolement et la solitude, l'épidémiologie de la solitude, les solutions possibles pour y faire face. Les résultats de notre étude montrent que les médecins généralistes considèrent la solitude comme un problème fréquent dans la population âgée et que la solitude peut constituer un obstacle pour le maintien à domicile. Pour comprendre l'importance de l'isolement social et de la solitude, il faut savoir qu'ils sont souvent associés à une évolution défavorable en termes de morbi-mortalité. Mais avant d'étudier les conséquences négatives de l'isolement et surtout de la solitude, il nous semble intéressant de voir comment les personnes âgées elles-mêmes se représentent la solitude et ainsi comprendre leurs réactions face à ces situations.

Dans l'imaginaire des patients, la solitude est vue soit comme un signe avant-coureur, annonciateur de la dépression, soit comme un retrait auto-imposé par le sujet âgé, soit encore comme un symptôme attendu avec l'âge en raison de la perte de membres de la famille ou d'amis (Barg 2006). Par conséquent, nous comprenons pourquoi certaines personnes âgées, puisqu'elles considèrent la solitude comme « normale », n'évoquent pas forcément le problème avec leur médecin bien qu'elle soit source de souffrance (Van Ravesteijn 2008).

Plusieurs papiers rapportent une association entre la solitude et une santé perçue comme « mauvaise » (Cornwell 2009, Hawkey 2008, Iliffe 2007). Or, une revue systématique de la littérature avec méta-analyse quantitative (DeSalvo 2005) a montré que la perception de son propre état de santé par des patients non institutionnalisés était prédictif de la mortalité : les patients qui jugent leur santé « mauvaise » ont un risque relatif de décès supérieur aux patients qui jugent leur santé « moyenne », de même les patients qui jugent leur santé « moyenne » ont un risque relatif de décès supérieur à ceux qui jugent leur santé « bonne » ou « excellente ». Lorsque l'on estime sa santé « mauvaise », le risque relatif de décéder est quasiment 2 fois plus grand que lorsque l'on considère sa santé comme « excellente ». L'association entre la mortalité et la perception de sa santé n'est pas modifiée après ajustement sur le genre, la formulation de la question posée, la durée du suivi, le pays d'origine, l'âge, la dépression, le statut fonctionnel ou cognitif, les co-morbidités, le statut socio-économique. La solitude pourrait alors augmenter la mortalité du patient qui en souffre, peut-être via la dépression.

La solitude est en effet significativement associée à une humeur dépressive (Cornwell 2009, Cacioppo 2009, Iliffe 2007, Wilson 2007 (a), Stek 2005). La solitude a un impact négatif sur la mortalité chez les personnes âgées dépressives, même après contrôle des variables démographiques, du tabagisme, de la consommation d'alcool et de la présence de maladies chroniques (Stek 2005). Pour certains, la solitude est un facteur de risque indépendant de la dépression (Luanaigh 2008). Elle est associée à un risque accru de dépression, d'idées suicidaires, des tentatives de suicide voire de suicides réalisés (Heinrich 2006, O'Connell 2001). Nous rappelons que 74% des suicides chez les sujets âgés pourraient être évités si les troubles de l'humeur étaient éliminés et 27% des suicides seraient prévenus si les personnes âgées n'étaient pas isolées ou ne souffraient pas de solitude (O'Connell 2001). La régulation émotionnelle est diminuée chez les sujets âgés souffrant de solitude, ces sujets montrant plus

d'agressivité envers les autres (Cacioppo 2009). La solitude est aussi plus souvent associée à une anxiété, à des interactions sociales négatives et moins satisfaisantes, à une sensibilité accrue aux stimuli sociaux négatifs (Cacioppo 2009). L'isolement social peut déclencher voire aggraver un épisode dépressif (Alexopoulos 2005). Mais l'isolement social sans solitude n'est pas associé à la dépression (Cornwell 2009).

La solitude est également associée négativement à la fréquence des activités sociales et cognitives, négativement au niveau cognitif de base et positivement à un déclin neuro-cognitif plus rapide et une augmentation d'erreurs de raisonnement (Cacioppo 2009, Luanaigh 2008, Wilson 2007 (a)). Elle est un facteur de risque pour la maladie d'Alzheimer, même après ajustement sur les variables socio-démographiques et l'isolement social (Cacioppo 2009, Wilson 2007 (a)). La régulation de l'attention et des émotions est diminuée chez les personnes âgées souffrant de solitude (Cacioppo 2009).

Une anxiété de séparation peut aussi être secondaire à un isolement et une solitude. L'anxiété de séparation, appelée aussi angoisse d'abandon, traduit la crainte de ne pouvoir subsister de manière heureuse en étant séparé d'un objet qui sécurise (Kagan 2004). Elle peut surgir à tout moment difficile de la vie. La présentation clinique est souvent caricaturale (Kagan 2004) : l'angoisse n'est pas toujours formulée, la personne âgée harcèle ses proches, elle est centrée sur elle-même et n'est pas capable de percevoir l'épuisement de son entourage. Cette angoisse peut aussi se manifester par des chutes répétitives qui s'arrêtent lorsque le sujet est hospitalisé ou hébergé dans une structure d'accueil et qui réapparaissent peu avant le retour au domicile. L'anxiété de séparation pourrait concerner 6% des patients âgés et serait associée à une personnalité anxieuse, un antécédent de trouble de l'humeur, une utilisation de psychotropes (Wijeratne 2003).

La solitude peut aussi s'accompagner de plaintes psychosomatiques : soulager la solitude améliore la santé physique et diminue ces plaintes (Heinrich 2006). Le retentissement de la solitude sur le somatique peut se traduire par une élévation de la tension artérielle, des troubles du sommeil plus fréquents, une réponse biologique anormale au stress (Luanaigh 2008, Cacioppo 2002).

La solitude est également un facteur de risque indépendant de l'inactivité physique (Hawkley 2009). La solitude prédit un risque de diminution de l'activité physique dans les deux ans qui suivent et un risque augmenté de passer d'une activité physique à l'inactivité.

L'isolement social n'a pas un retentissement identique à celui de la solitude. Il semblerait que les personnes âgées vivant seules, après ajustement sur les caractéristiques socio-démographiques, rapportent plus souvent une santé précaire, des troubles de la vue (glaucome et cataracte), des difficultés pour les activités basiques et instrumentales de la vie quotidienne, une mauvaise alimentation (peu de fruits et de fibres) et des chutes multiples (Kharicha 2007). Mais chez ces personnes isolées, on ne note pas de différences en termes de polymédication, d'humeur dépressive ou de troubles de la mémoire (Kharicha 2007) contrairement aux personnes souffrant de solitude.

La solitude est aussi un facteur prédictif indépendant de la fréquence des consultations chez les médecins généralistes au cabinet (Ellaway 1999). En revanche, il n'y a pas d'association entre le nombre de visites à domicile et la solitude.

A l'inverse, plusieurs études ont montré les bénéfices d'un soutien social de qualité.

Il a été montré l'importance des facteurs environnementaux dans la performance du raisonnement déductif des personnes âgées et notamment les bénéfices d'un environnement riche en stimuli pour les sujets âgés (Lauverjat 2005). L'activité sociale et le soutien social sont associés à une meilleure fonction cognitive globale, par contre la taille du réseau social n'est pas associée à un meilleur fonctionnement cognitif (Krueger 2009, Crooks 2008, Yeh 2003). Une activité cognitive fréquente (lire un journal, jouer aux échecs ou aux dames, visiter une librairie, assister à une représentation de théâtre, jouer d'un instrument de musique) est associée à une réduction de l'incidence de la maladie d'Alzheimer, des Mild Cognitive Impairments et à un déclin cognitif moins rapide, même après contrôle de l'activité cognitive passée, du statut socio-économique passé et actuel, de l'activité physique et d'une fonction cognitive basse au début de l'étude (Fratiglioni 2009, Wilson 2007 (b), Chapman 2006). Les effets observés pourraient être médiés par les changements dans la matière grise induits par l'entraînement et visibles à l'IRM (Draganski 2004).

L'épuisement de l'entourage

Un autre point important à considérer pour le maintien à domicile est l'épuisement des aidants. La personne âgée, au fur et à mesure que son cercle d'amis se rétrécit, se recentre sur sa famille (Caradec 2009, Marpsat 1991). Les échanges et les contacts avec les membres de sa famille sont nombreux et fréquents (Marpsat 1991). Par ailleurs, les aidants familiaux sont les principaux intervenants auprès des personnes âgées, bien avant les professionnels (Breuil-Genier 1998). C'est pourquoi les aidants sont à risque de développer des symptômes dépressifs, surtout s'ils sont eux-mêmes en mauvaise santé, s'ils ont des difficultés à demander de l'aide, si la personne âgée doit être aidée pour les activités de la vie quotidienne ou si elle a des troubles du comportement ou encore un syndrome dépressif (Chapman 2006). La dépression chez l'aidant est associée à un risque de discontinuité de la prise en charge de l'aidé non institutionnalisé (Chapman 2006). L'aidant peut également souffrir de la « non reconnaissance » du parent aidé (Boucharlat 2006). Si nous nous intéressons spécifiquement au conjoint aidant, on constate qu'il pourrait avoir une mortalité plus importante que le conjoint qui n'aide pas (Schulz 1999).

Pour combattre l'épuisement des aidants, plusieurs solutions sont envisageables. Par exemple, les soins de répit dont l'objectif est de soulager temporairement les aidants peuvent être proposés. Ces soins procurent un niveau de satisfaction élevé chez les aidants mais il n'existe aucun argument en faveur d'un report d'une institutionnalisation de la personne aidée ni en faveur d'une diminution des dépenses de santé (Mason 2007, Chapman 2006, Lee 2004).

La formation des aidants naturels pourrait être aussi une solution. Lors d'un essai randomisé (Khalra 2004) portant sur les aidants de personnes âgées frappées par un accident vasculaire cérébral, la prise en charge habituelle est comparée à une prise en charge incluant une « formation spécifique » des aidants, celle-ci comprenant une information des aidants concernant la maladie et ses conséquences, la délivrance de conseils sur les services d'aide, une prévention et prise en charge des complications, un enseignement des techniques de mobilisation de la personne aidée. Les résultats montrent, dans le bras « formation spécifique », une réduction significative des dépenses de santé sur un an, une baisse du Burden Score, de l'anxiété et du niveau dépressif ainsi qu'une qualité de vie supérieure. Cependant, il n'y a pas eu de différence en termes de mortalité, d'institutionnalisation ou de statut fonctionnel des patients.

Revaloriser les échanges familiaux serait une autre piste. Equilibrer les échanges en permettant aux personnes âgées d'apporter ce dont elles sont riches : leur expérience, leur réflexion, leur grand-parentalité... et ainsi laisser se réaliser les mécanismes de dons et de contre-dons. Cela permettrait aux sujets âgés de se sentir un peu moins « dépendants » de leur entourage (Marpsat 1991, Veysset 1989).

Revaloriser la profession d'aidant professionnel peut s'avérer utile également. Repenser la profession pour améliorer les conditions d'emploi des intervenants à domicile, reconnaître leur rôle social et spécifique. L'amélioration du niveau global de qualification et la formation des aidants à s'auto-évaluer et à prendre en compte la satisfaction de la personne aidée peuvent augmenter la qualité de l'aide. Tout cela doit s'inscrire dans une conception globale de l'aide : l'aide à domicile est un élément d'accompagnement des personnes âgées, en plus des soins médicaux, des garanties des ressources financières, de la prise en compte de la situation du logement, du soutien juridique (tutelle, curatelle) et de la socialisation (DREES 2008 (a)).

Une autre solution pour aider la personne âgée et ses aidants serait d'apporter un soutien psychologique notamment à domicile grâce à un psychologue mobile (Boucharlat 2006).

Les réseaux de soins gériatriques peuvent aussi aider la personne âgée et son entourage (nous y reviendrons ultérieurement).

Nous terminerons ce chapitre sur les limites des aidants par une critique formulée parfois à l'encontre des aides dispensées, notamment la possibilité d'effets indésirables du « trop » d'aides. Dans certains cas, les aides pourraient en effet précipiter l'abandon par la personne âgée de certaines activités et conduire à un enfermement relationnel avec l'aidant ou à une mise en dépendance avec perte d'autonomie, notamment lorsque l'aidant fait et décide à la place du sujet âgé (Caradec 2009). Il semblerait qu'au contraire, la finalité de maintien de l'autonomie serait privilégiée si l'accent était mis sur le projet de vie de personne aidée, ses attentes, si l'aide était davantage un accompagnement (DREES 2008 (a)).

Les limites du maintien à domicile liées à notre société

Selon plusieurs des médecins que nous avons interrogés, l'impossibilité de garder une personne âgée chez elle traduit une limite de la société. Pour l'anthropologue B.Veysset, la principale limite du maintien à domicile est l'intolérance de la société vis à vis des personnes âgées. Face à certaines personnes qui sont isolées, parfois désorientées, parfois ayant des troubles du comportement, la société traduit son angoisse vis à vis de la vieillesse déficitaire et la gêne quelquefois occasionnée par ces personnes par un risque pour ces personnes qui permet de justifier la demande de placement. Il y a clairement dans nos sociétés occidentales un refus du vieillissement (Veysset 1989).

Les réseaux de soins peuvent-ils contribuer à prolonger le maintien à domicile ?

Le maintien à domicile nécessite la prise en compte de plusieurs facteurs : médicaux, psychologiques, sociaux, financier. Par conséquent, une prise en charge globale et pluridimensionnelle dans le cadre du système de soins primaires est indispensable, d'où l'avantage d'avoir une équipe multidisciplinaire et coordonnée, dans le cadre, par exemple d'un réseau de soins gériatriques. Il semblerait qu'une telle prise en charge puisse permettre d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées incluses dans ces réseaux, de diminuer le taux d'institutionnalisation et de réduire les dépenses de santé (Johri 2003). La prise en charge des patients âgés, notamment déments, et de leurs aidants serait facilitée par les multiples compétences des membres de l'équipe multidisciplinaire (gériatre, ergothérapeute, physiothérapeute, infirmiers, travailleurs sociaux) et par une étroite collaboration avec un centre gériatrique ou spécialisé (Yaffe 2008). Certains de ces réseaux offrent de nombreux services à domicile qui permettent de soulager les aidants des personnes âgées, notamment celles qui sont démentes : centres de jour, séjour de répit, portage des repas, personne pour garder et surveiller la personne âgée, associations de familles de patients qui apportent une aide pour les démarches administratives ou un soutien émotionnel et ce d'autant plus que les médecins traitants sont peu capables d'orienter de manière appropriée leurs patients âgés et leur famille vers ces services (Yaffe 2008).

Par ailleurs, ces réseaux gériatriques permettraient aux généralistes de gagner du temps. Ils garantiraient une certaine qualité des services proposés. Ils contribueraient à améliorer la prise

en charge médicale des personnes âgées grâce à des protocoles validés, et à aider les médecins traitants dans la prise en charge des patients présentant une situation médicale, psychologique et sociale complexe (De Stampa 2009, Skelton 2007, De Stampa 2007).

De plus, les réseaux permettraient aux soins primaires de développer toutes ses potentialités : ils s'opposent à la fragmentation du système de soins grâce à la coordination des soins et des intervenants, ils promeuvent la continuité des soins et valorisent le rôle du médecin traitant (De Stampa 2007). En outre, les réseaux peuvent contribuer au développement d'outils communs de prise en charge, et ainsi favoriser la recherche et les échanges d'informations (Skelton 2007). Enfin, le contrôle des dépenses de santé pourrait être amélioré grâce aux réseaux (De Stampa 2007, Johri 2003).

Cependant, les réseaux présentent aussi des limites. Au sein d'une équipe multidisciplinaire, la collaboration ne se fait pas toujours aisément. Des conflits avec le gériatre de certains réseaux de soins gériatriques peuvent survenir (De Stampa 2009). Certains généralistes reprochant au gériatre de faire des recommandations sans avoir vu le patient, d'avoir trop de peu contacts avec eux ou de ne pas assez leur donner de retours d'informations. Cette collaboration est d'autant plus compliquée qu'il est parfois difficile pour un médecin de partager la responsabilité médicale avec un autre médecin pour un patient donné (De Stampa 2009).

A noter que les omnipraticiens collaborent d'autant plus avec le coordinateur du réseau qu'ils ont de nombreux patients âgés inclus. Et moins ils ont de contacts avec le coordinateur et moins ils sont impliqués dans le réseau : ils sont moins disposés à répondre aux coups de fils du coordinateur de soins et moins enclins à intervenir dans les 48h auprès des patients qui leur sont signalés (De Stampa 2009).

La difficulté de collaboration et le fait que certains médecins de famille n'arrivent pas ou ne souhaitent pas s'impliquer proviendrait du manque d'informations sur le rôle que le réseau leur confère, sur le rôle du coordinateur du réseau ainsi la relation qu'ils ont avec lui (De Stampa 2009).

Une autre limite des réseaux est la perception chez certains généralistes que leur relation avec certains patients s'en trouve détériorée, certains affirmant avoir perdu des patients, d'autres disant se sentir exclus de la relation coordonnateur - patient (De Stampa 2009).

Ajoutons que la satisfaction professionnelle des médecins de famille concernant notamment la relation avec leur patientèle, varie en fonction du mode de leur rémunération par ces réseaux (De Stampa 2007) : ils sont relativement satisfaits s'ils sont salariés à temps complet dans ces réseaux, alors qu'ils en sont moins contents en cas de rémunération partielle ou de rémunération par capitation (sauf pour les médecins qui ont plus de 75% des patients en capitation). Ils ont en effet le sentiment d'une diminution de leur autonomie professionnelle, d'un niveau de stress plus important, d'une baisse de la durée des consultations et de la qualité de la relation médecin - malade.

Ainsi, les limites du maintien à domicile des personnes âgées sont nombreuses. Malgré les marches de manoeuvre qui existent, lorsque les limites sont atteintes, il ne reste pas beaucoup de solutions au médecin généraliste : il lui faut généralement hospitaliser la personne âgée voire l'institutionnaliser définitivement. L'institutionnalisation concerne 5% des personnes âgées et devient plus fréquente avec l'âge (Caradec 2009). Mais l'institution n'est pas la solution idéale parce que, et surtout, elle est rarement souhaitée par le patient, sa famille ou son médecin traitant. Nous verrons aussi, dans la 3^e partie de notre discussion, qu'elle ne répond pas à tous les problèmes posés par le maintien à domicile des sujets âgés.

Au terme de cette première partie de discussion, il apparaît donc que la prise en charge du patient âgé en ambulatoire est difficile, notamment parce qu'elle nécessite une prise en charge strictement continue et globale. La continuité et la globalité des soins dépassent le seul cadre médical : elles impliquent non seulement les professionnels de santé mais également d'autres professionnels tels que les travailleurs sociaux, et surtout l'entourage de la personne âgée. Cela se traduit donc par l'intervention de nombreux acteurs qu'il reviendra au médecin traitant de coordonner afin d'optimiser les résultats. Cette prise en charge continue et globale est d'autant plus nécessaire que le patient âgé cumule les problèmes médicaux, psychologiques, sociaux voire financiers. Cette addition de problèmes font la vulnérabilité de certaines personnes âgées. Cette vulnérabilité est nommée par certains auteurs « fragilité de la personne âgée ». Nous discuterons dans le prochain chapitre de ce concept de « fragilité », sa pertinence, son utilité. Nous aborderons également l'une des conséquences de la « fragilité » qui est la maltraitance du sujet âgé.

II- LA FRAGILITE DE LA PERSONNE AGEE, UNE NOTION COMPLEXE

La notion de « fragilité » est souvent citée comme étant le « concept phare » de la prise en charge gériatrique (Dourlens 2008, Ahmed 2007, Wollner 2005). Cela suppose qu'elle soit clairement définie et pertinente pour la pratique clinique, et qu'elle permette d'améliorer la prise en charge des personnes âgées. Or, comme nous le verrons, il n'existe pas pour le moment de définition consensuelle de la « fragilité ». Quelles sont les raisons qui expliquent la difficulté à définir ce concept ? Un concept sans définition consensuelle peut-il avoir un intérêt en pratique clinique ? Si oui, son utilité clinique n'est-elle pas limitée à cause de l'absence de définition claire ? Nous essaierons de répondre à ces questions, avant d'étudier deux aspects de la « fragilité » du sujet âgé : la maltraitance de la personne âgée et l'ambivalence des patients âgés.

1- La « fragilité » des personnes âgées

La « fragilité » est pendant longtemps une notion intuitive chez les médecins généralistes, avant d'être conceptualisée et théorisée. Elle n'en reste pas moins une notion complexe et vague, si bien qu'un consensus sur une définition de la « fragilité » n'a pas encore été trouvé. Derrière cette notion se cachent de nombreux enjeux qui rendent le consensus encore plus difficile.

Intuition des médecins

Les médecins généralistes participant à notre étude associent à la notion de « fragilité » de la personne âgée une vulnérabilité pluridimensionnelle. L'INSEE et d'autres études (Carmaciu 2007, Chapman 2006) montrent que la population âgée présente une triple vulnérabilité :

- une vulnérabilité physique : en 1999, 75% des Français de plus de 60 ans présentent une déficience, 36% ont recours à des aides techniques, 9% sont confinés au lit. 30% des personnes âgées de plus de 60 ans vivant au domicile ont recours à une aide humaine. En 2009, plus d'1 million de personnes âgées bénéficient de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie. Par ailleurs, les $\frac{3}{4}$ des personnes de plus de 75 ans déclarent avoir au moins une

maladie chronique. 60% des personnes très âgées souffrent de douleurs chroniques rebelles, sources de handicaps. La moitié dit en souffrir quotidiennement.

- une vulnérabilité mentale : augmentation de la prévalence de la pathologie démentielle avec l'âge (>30% chez les plus de 85 ans).

- une vulnérabilité sociale et économique : chez les plus de 75 ans en 1999, en France, la moitié des femmes et 20% des hommes vivent seuls. En 2007, 586 000 personnes âgées bénéficient du minimum vieillesse (soit un peu plus de 8000 euros par an pour une personne seule). En 2007, pour un seuil de pauvreté fixé à 60% du niveau médian, le taux de pauvreté est de 9% pour les hommes de plus de 75 ans et 13.5% des femmes de plus de 75 ans.

Une autre étude (Christensen 2009) confirme que les personnes âgées sont le groupe le plus sujet à la maladie et à l'incapacité. La prévalence de maladies chroniques augmente avec l'âge.

Beaucoup de médecins reconnaissent que la « fragilité » est perçue de manière instinctive (Dourlens 2008), grâce à l'expérience du médecin, sa connaissance de l'histoire du patient et sa capacité à déceler les petits symptômes qui sont l'indice d'un changement. Ces indices collectés sont réinscrits dans une perspective temporelle et interprétés à la lumière de la trajectoire du patient. La « fragilité » est alors associée au vieillissement et le risque d'être « fragile » augmente avec l'accumulation des déficiences physiques, psychologiques, sociales (Dupré 2009).

Emergence d'un nouveau concept

Certains auteurs, à partir des années 80, ont voulu passer d'une notion de la « fragilité » relativement intuitive à une notion conceptualisée. La « fragilité » devient alors un concept gériatrique émergent (Ahmed 2007).

Ce concept de « fragilité » a évolué au cours des 20 dernières années (Puts 2009). A la fin des années 80, les premières définitions de la « fragilité » insistaient sur l'évolution défavorable de l'état de santé des personnes âgées fragiles plutôt que sur la « fragilité » elle-même. Les personnes « fragiles » sont âgées, ont des co-morbidités et dépendent des autres pour les

activités courantes de la vie quotidienne. Ce n'est que par la suite que l'accent est mis sur le caractère fonctionnel avec la diminution de la réserve fonctionnelle des organes.

La « fragilité » devient un syndrome (Ahmed 2007), associé au vieillissement (Dupre 2009), qui se traduit chez le sujet âgé par une augmentation de la vulnérabilité. Cette vulnérabilité accrue l'expose, en cas de survenue d'un stress, à une évolution défavorable du point de vue de sa santé (Karunanathan 2009, Klein 2005). On parle alors de diminution de l'homeostasie et de diminution de la résistance face au stress chez les personnes âgées « fragiles » (Karunanathan 2009, Studenski 2004). Il existe plusieurs degrés dans la « fragilité », ce qui fait penser que la « fragilité » se distribue sur un continuum (Karunanathan 2009, Markle-Reid 2003).

Difficultés d'une définition consensuelle

Il n'y a pas pour l'heure de consensus dans la littérature médicale sur une définition précise de la « fragilité » de la personne âgée (Wollner 2005, Markle-Reid 2003) : ni sur une méthode de mesure de la « fragilité », ni sur les différents critères diagnostiques, ni même sur la nature pluri- ou mono-dimensionnelle du concept.

Les définitions instrumentales de la « fragilité » prédominent dans la littérature médicale. Elles renvoient à une approche bio-médicale prédominante et soutiennent que la « fragilité » est unidimensionnelle, caractérisée par la perte de fonctionnalités qui interfèrent avec la capacité d'être « indépendant » dans la vie quotidienne. Elle est réduite à des composantes spécifiques et pré-déterminées, et un score global de la « fragilité » peut être mesuré. L'individu est dit « fragile » en dessous d'un seuil de réserve fonctionnelle (Markle-Reid 2003).

La « fragilité » est ainsi une diminution des réserves touchant plusieurs organes, pouvant être déclenchée par une maladie, un manque d'activités, un apport nutritionnel inadapté, un stress et/ou des changements physiologiques en rapport avec le vieillissement (Ahmed 2007, Klein 2005, Studenski 2004). C'est un processus lent mais la décompensation peut être précipitée par un facteur aigu. La « fragilité » est un syndrome qui va se manifester par une sarcopénie, un dysfonctionnement du système inflammatoire et endocrinien avec hypercatabolisme et

amaigrissement, une mauvaise régulation du système énergétique. Ce syndrome se caractérise par une homeostenosis, c'est-à-dire une diminution de la capacité du corps à maintenir l'homeostasie en cas de survenue de stress aigu (Ahmed 2007, Wollner 2005, Studenski 2004).

La « fragilité » peut être alors vue comme un syndrome médical classique, doté de sa propre physiopathologie (on parlera de « phénotype de la fragilité ») : toutes ses composantes doivent ainsi avoir un lien plausible avec la voie biologique ou physiologique sous-jacente (Karunanathan 2009, Dupre 2009). La limite de cette approche est la méconnaissance de la ou des causes à l'origine de la « fragilité ». Pour le moment, il n'y a pas de cause établie définitivement mais plusieurs sont suspectées : baisse de la mobilité, mauvaise hygiène de vie, baisse de l'appétit et mauvaise nutrition, maladie chronique, génétique, vieillissement (Ahmed 2007, Wollner 2005). A noter qu'en raison de l'interdépendance des différents facteurs possiblement responsables de la « fragilité », certains auteurs évoquent l'idée d'un « cycle (vicieux) de la fragilité » (Ahmed 2007).

Mais la « fragilité » peut être appréhendée également comme un indicateur global de santé d'une personne âgée. Celui-ci va prendre la forme d'un score ou « index de la fragilité » (Karunanathan 2009, Dupre 2009). Cet index est alors déterminé par l'accumulation de déficits de santé chez une personne donnée. Cette approche basée sur « l'index de fragilité » ne tente pas d'expliquer les mécanismes sous-jacents de la fragilité et les anomalies biologiques observées chez les sujets fragiles. Par ailleurs, la pondération de chaque composante du score n'est pas connue, ni l'interaction entre les différentes composantes (Dourlens 2008). Le choix du seuil à partir duquel le patient âgé est considéré comme significativement « fragile » est aussi problématique (Markle-Reid 2003).

Pour d'autres, la « fragilité » ne peut être réduite à de seules composantes médico-biologiques. Aussi est-il nécessaire de prendre en compte les dimensions psychologiques et/ou sociales. La « fragilité » humaine est alors caractérisée par une accumulation de déficiences physiques, cognitives, psychologiques et sociales chez la personne âgée (Dupre 2009). Mais ces modèles n'expliquent pas comment les différents facteurs combinés permettent de prédire la « fragilité » (Markle-Reid 2003).

En fait, il existe une véritable incertitude quant aux meilleures mesures de la « fragilité » (Karunanathan 2009). Certaines mesures semblent très proches de celles de l'incapacité ou des manifestations de la maladie chronique. Pourtant, la « fragilité » n'est pas synonyme d'incapacité physique puisque seulement 28% des personnes âgées handicapées sont « fragiles » et parmi les personnes âgées « fragiles », 60% ont des difficultés constatées sur l'échelle IADL (Ahmed 2007). Une difficulté supplémentaire vient du fait que la « fragilité » est une notion dynamique : elle fait référence à un état relatif qui change au cours du temps (Dourlens 2008, Markle-Reid 2003). Le diagnostic de la « fragilité » se doit donc d'être à la fois statique et dynamique (Ahmed 2007).

Les enjeux de la conception mono- ou pluridimensionnelle de la « fragilité » sont non seulement médicaux mais surtout politiques (Markle-Reid 2003). En effet, l'analyse de la « fragilité » peut se faire selon deux niveaux. D'un côté, la micro-analyse selon laquelle la « fragilité » provient de l'individu lui-même. Ainsi, en changeant les caractéristiques de l'individu, on peut améliorer sa santé. Il revient alors aux médecins, et uniquement à eux, de s'occuper de la prise en charge du patient « fragile ». De l'autre côté, la macro-analyse selon laquelle la structure de la société est en partie responsable de la « fragilité » de la personne âgée : beaucoup de facteurs externes à l'individu (par exemple le système de santé) jouent un rôle dans l'apparition ou le maintien de la « fragilité ». Il revient alors à la fois aux médecins et aux politiques de prendre en charge l'individu « fragile » (Markle-Reid 2003).

Confrontation des points de vue : la fragilité selon les non-médecins

D'un point de vue anthropologique, plus la « fragilité » de la personne âgée est grande et plus le moindre changement est perturbant (Veysset 1989). Il y a donc une diminution de la capacité de l'individu fragile à résister et à se remettre d'un stress aigu constitué par un changement dans son environnement. En ce sens, cette définition rejoint certains aspects de la définition médicale de « fragilité ». Rappelons que pour les anthropologues et les sociologues, la vie est un tissu de dépendances (Caradec 2009, Veysset 1989). Le parcours de vie est jalonné de ruptures et à chaque rupture, la personne âgée doit réorganiser son réseau de dépendances en puisant dans ses ressources (Veysset 1989). La « fragilité » est alors la difficulté croissante à réorganiser son réseau de dépendances. Cette définition a l'avantage de compléter la vision purement médico-biologique de la « fragilité » et permet de comprendre

l'importance de l'environnement et de l'histoire personnelle de la personne âgée dans la survenue de la « fragilité ».

Du point de vue des personnes âgées, la « fragilité » associe les trois dimensions suivantes (Puts 2009) : un déclin physique en rapport avec des maladies chroniques et la diminution de la mobilité, un dysfonctionnement psychologique et cognitif et un sentiment de solitude et/ou un isolement social. Les trois dimensions sont mentionnées aussi bien par les hommes que par les femmes, aussi bien par des personnes fragiles que non fragiles. Ainsi, les sujets âgés, quel que soit leur statut vis à vis de la fragilité, accordent une importance à une conception pluridimensionnelle de la fragilité qui va de pair avec une prise en charge globale. Le point de vue des patients est important à prendre en compte par le médecin car cela lui permet de les aider plus efficacement, d'améliorer leur qualité de vie et de contribuer à leur satisfaction.

Il nous semble que les différents points de vue sur la « fragilité » sont complémentaires et plaident en faveur d'une définition pluridimensionnelle du concept. Le caractère pluridimensionnel est d'autant plus important que nous avons vu que les aspects psychologiques, sociaux et économiques pouvaient avoir un retentissement sur la santé physique et mentale d'une personne âgée. La prise en compte par le médecin de ces différents aspects est source de satisfaction pour le patient. Elle n'est pas dissociable d'une prise en charge globale, indispensable à une prise en charge de qualité (Sofaer 2005).

Les indicateurs multiples de la « fragilité »

Compte tenu de l'absence de définition consensuelle de la « fragilité », il n'est pas étonnant de trouver une multitude de critères qui diffèrent en fonction des médecins.

Parmi les différents marqueurs de « fragilité », nous avons tout d'abord les marqueurs démographiques. La « fragilité » est associée au vieillissement : l'incidence de la « fragilité » augmente avec l'âge, de même que le niveau de « fragilité ». Toutefois le grand âge seul n'est pas un critère suffisant (Dupre 2009, Ahmed 2007, Wollner 2005, Klein 2005, Breuil-Genier 1998). En effet, toutes les personnes âgées ne sont pas « fragiles ». 3 à 7% des 65-75 ans seulement seraient « fragiles » mais le pourcentage s'élèverait à 32% pour les personnes âgées

de plus de 90 ans (Ahmed 2007). La « fragilité » serait aussi plus fréquente chez les femmes que chez les hommes, plus répandue chez les Afro-américains que chez les Caucasiens (Ahmed 2007).

Certains antécédents médicaux seraient également associés de manière significative à une « fragilité » de la personne âgée. Citons notamment la déficience physique, la pathologie cardiovasculaire (maladie coronarienne, accident vasculaire cérébral), l'hypertension artérielle, la dépression, les troubles cognitifs. La « fragilité » est aussi plus souvent associée à une baisse de la capacité respiratoire mesurée par le peak-flow, l'inactivité physique, la baisse de l'acuité visuelle ou encore l'hypoacousie ainsi que l'incontinence et l'obésité (Afilalo 2009, Ahmed 2007, Breuil-Genier 1998). Les critères de « fragilité » de Fried sont parfois utilisés dans les études et ont l'avantage d'être opérationnels (Ahmed 2007, Wollner 2005) : le diagnostic de « fragilité » peut être posé si 3 des 5 critères suivants sont réunis (diminution du temps de marche évalué par le 15 Foot Walk Test, diminution de la force de préhension mesurée par un dynamomètre, diminution de l'activité physique estimée par le Minnesota Leisure Time Activity Questionnaire, un amaigrissement de 4.5kg ou 5% du poids durant la dernière année, l'asthénie évaluée par le Center for Epidemiologic Studies Depression Scale).

Plusieurs des médecins que nous avons interrogés ont insisté sur la variation de poids comme indicateur de « fragilité » chez la personne âgée, notamment l'amaigrissement. La littérature confirme l'importance de la prise en compte du poids. Ainsi, une étude prospective japonaise portant sur 952 sujets âgés non institutionnalisés suivis pendant 2 ans, constate que l'absence de pesée est associée à un taux plus important de mortalité et d'hospitalisation, même après ajustement sur les co-variables (âge, co-morbidités, score ADL) (Izawa 2007). Une autre étude montre que la prise en compte du poids actuel et du poids au début de l'âge adulte permettrait de prédire la mortalité chez les personnes âgées (Corrada 2006). Par exemple, les personnes âgées ayant un Body Mass Index (BMI) <18.5 ou les personnes obèses (BMI >30) ont significativement une mortalité plus élevée que les personnes âgées ayant un BMI normal (entre 18.5-25). Celles qui étaient obèses au début de l'âge adulte ont une mortalité supérieure aux personnes qui avaient un BMI normal au début de l'âge adulte. Les sujets âgés qui ont maigri depuis le début de l'âge adulte ou qui ont toujours eu un BMI <18.5 ont une mortalité accrue par rapport à ceux qui avaient un BMI normal et qui sont restés stables ou qui ont peu grossi.

Comme autre indicateur, la réponse à une simple question pourrait nous aider à repérer les patients les plus « fragiles ». Cette question consiste à demander aux patients comment eux-mêmes jugent leur état de santé. Une méta-analyse quantitative à partir d'une revue systématique de la littérature montre que la réponse du patient à cette question est corrélée à la mortalité toutes causes confondues, même après ajustement sur le genre, l'âge, la formulation de la question, la durée du suivi, le pays d'origine, la dépression, le statut fonctionnel ou cognitif, les co-morbidités et le statut socio-économique (DeSalvo 2005). Ainsi, lorsqu'un patient estime sa santé « mauvaise », le risque relatif pour lui de décéder est environ deux fois plus grand que celui d'un patient qui considère sa santé comme « excellente ».

Outre les indicateurs démographiques et les antécédents médicaux, il existe également des indicateurs biologiques (Afilalo 2009, Ahmed 2007, Wollner 2005) : ce sont le plus souvent des marqueurs de l'inflammation (élévation de la CRP, fibrinogène, IL-6, hausse du Facteur VIII, des D-Dimères, l'hyperleucocytose) ou des marqueurs endocriniens (intolérance au glucose, hyperinsulinisme, hyper-triglycéridémie, baisse de l'IGF1, de la vitamine D ou du déhydroépiandrostérone). En revanche, il n'a pas été retrouvé de relation entre « fragilité » et le taux d'albumine ou de cholestérol.

Enfin, pour les partisans d'une « fragilité » pluridimensionnelle, les facteurs sociaux sont également importants à considérer. La « fragilité » pluridimensionnelle est associée à l'isolement social, la profession ouvrière, l'absence d'activité professionnelle par le passé (effet de sélection et effet protecteur de l'activité professionnelle), un faible niveau éducatif, de faibles revenus et un faible niveau de vie (Ahmed 2007, Landi 2004, Breuil-Genier 1998). L'un des médecins interrogés disait que la « fragilité » d'une personne âgée résultait de son parcours de vie. Une étude récente vient appuyer cette affirmation, en montrant l'existence d'une relation entre le type de parcours professionnel et le « parcours de santé » (Bahu 2010). Les personnes ayant une trajectoire professionnelle stationnaire qualifiée ou ascendante (environ la moitié des personnes) sont moins nombreuses à estimer leur santé « moyenne ou mauvaise » et connaissent moins souvent un épisode dépressif majeur. A l'inverse, les personnes ayant une trajectoire stationnaire peu qualifiée ou descendante ou stationnaire d'indépendants sont plus nombreuses (>1/3) à présenter une santé « perçue » comme étant moyenne ou mauvaise, à souffrir de gêne motrice ou d'un épisode dépressif majeur. De même, les personnes qui sont passées par un épisode d'inactivité professionnelle rapportent

plus souvent une santé « moyenne ou mauvaise », un épisode dépressif majeur (surtout chez les hommes) et des troubles du sommeil. Enfin, les personnes ayant des parcours professionnels très instables (changements d'emplois fréquents) apparaissent significativement en moins bonne santé mentale que les autres, de même que les personnes exposées au travail répétitif ou physiquement exigeant et travaillant sous pression. Ces trajectoires professionnelles peuvent être la conséquence d'un mauvais état de santé, mais les conditions difficiles de travail peuvent aussi être responsables d'états pathologiques (Bahu 2010).

Compte tenu des très nombreux critères pouvant être utilisés, la prévalence de la « fragilité » peut varier, mais beaucoup d'auteurs d'accordent sur la grande fréquence de ce syndrome dans la population âgée (Puts 2009, Ahmed 2007, Wollner 2005).

Evolution défavorable des personnes âgées « fragiles »

La « fragilité » est associée à un certain nombre d'évolutions défavorables quels que soient les critères ci-dessus utilisés.

Les sujets âgés « fragiles » ont un risque plus important de chutes, de diminution de la mobilité, de détérioration du score ADL, d'institutionnalisation, de décès ainsi qu'un risque plus élevé de pathologie et de mortalité cardiovasculaires, même après ajustement sur l'âge, le sexe et l'ethnie, les co-morbidités dont le tabagisme et autres facteurs de risque cardiovasculaires (Afilalo 2009, Dupre 2009, Puts 2009, Ahmed 2007, Klein 2005). En outre, plus le niveau de « fragilité » est élevé et plus la mortalité est importante (Dupre 2009).

La « fragilité » a un impact négatif sur la qualité de vie de la personne âgée, son entourage et ses aidants (Puts 2009). Le déclin fonctionnel est progressif chez la personne « fragile » sauf les 3 derniers mois de vie où le déclin est un plus marqué (Lunney 2003). Le risque d'alitement supérieur à 30 jours, précédant le décès, augmente aussi avec le niveau de « fragilité » (Dupre 2009). Par ailleurs, chez les hommes, il est noté un risque de souffrance s'élevant avec le niveau de « fragilité » dans derniers mois de vie (Dupre 2009).

2- Implications de la « fragilité » sur la prise en charge : utilité de ce concept ?

Nous venons de voir que la « fragilité » est un concept complexe, sans définition consensuelle. Par conséquent, quelles peuvent être la pertinence clinique de ce concept et son utilité en pratique ?

Prévention et traitement de la « fragilité »

Nous avons vu précédemment que la fragilité se distribuait sur un continuum et qu'il existait des degrés dans la « fragilité » d'une personne âgée. Pour certains auteurs, il existe même un stade de « pré-fragilité » qui serait réversible et sur laquelle une action préventive pourrait être mise en place (Karunanathan 2009, Dourlens 2008, Ahmed 2007). Les sujets âgés « pré-fragiles » auraient un risque de développer le syndrome complet de « fragilité », elles présenteraient également un risque plus élevé de chutes, d'institutionnalisation et de décès, mais pas autant que les sujets « fragiles ».

La prévention, tout comme le traitement, consiste essentiellement en la prise en charge optimale de toutes les maladies et déficiences associées à la « fragilité » (Afilalo 2009, Ahmed 2007). L'accent doit être mis tout particulièrement sur l'exercice physique (Ahmed 2007, Klein 2005, Studenski 2004). Ses nombreux bienfaits incluent : la lutte contre la sarcopénie et l'ostéoporose, la préservation de l'« autonomie fonctionnelle », la prévention des chutes et l'amélioration du transit intestinal. L'activité physique permet également la prévention des maladies cardiovasculaires, du diabète, de la maladie veino-thrombotique et des oedèmes déclives ainsi que la diminution des marqueurs de l'inflammation. Elle pourrait aussi diminuer les troubles du comportement, l'anxiété, la dépression et combattre l'isolement social (Afilalo 2009, Ahmed 2007, Chapman 2006, Young 2005). L'importance d'un bon état nutritionnel est aussi à souligner (Ahmed 2007, Chapman 2006).

L'aide d'un physiothérapeute pourrait s'avérer utile. Une étude américaine, randomisée, en simple aveugle a comparé sur un an l'efficacité, chez des sujets de plus de 75 ans non institutionnalisés, d'une intervention comprenant évaluation, prise en charge personnalisée et suivi par un physiothérapeute (bras « intervention ») versus un programme éducationnel de promotion de santé avec suivi téléphonique simple (bras « contrôle »). Les résultats montrent

de meilleurs scores ADL chez les personnes âgées du bras « intervention » (Gill 2002). Néanmoins, seuls les patients modérément « fragiles » ont tiré parti de la physiothérapie. De plus, malgré l'amélioration fonctionnelle dans le groupe « intervention », il n'y a pas eu de différence dans les taux d'institutionnalisation ou de chutes.

La fragilité met en évidence l'hétérogénéité de la population âgée

Cette notion permet de comprendre l'hétérogénéité des personnes âgées et la vulnérabilité d'une partie d'entre elles (Karunanathan 2009, Dourlens 2008). De ce fait, la « fragilité » est un concept différentiel. C'est aussi un concept dissociatif dans la mesure où chez un individu donné chaque fonction de l'organisme peut décliner avec une vitesse différente.

La fragilité souligne les spécificités de la prise en charge des personnes âgées

Un autre intérêt du concept de « fragilité » est de souligner les spécificités de la prise en charge des pathologies du patient âgé, si bien qu'elle a contribué à positiver l'identité de la discipline médicale gériatrique. C'est pourquoi certains parlent de « concept phare de la gériatrie » (Dourlens 2008).

La « fragilité » insiste sur la prise en charge globale des sujets âgés. Cette notion permet de délaisser l'approche traditionnelle « organe par organe » ou « maladie par maladie » pour adopter un modèle plus intégratif (Karunanathan 2009). Elle permet d'intégrer les données physiologiques et fonctionnelles (Dourlens 2008). De plus, pour les partisans d'une définition pluridimensionnelle de la « fragilité », comme pour les médecins qui ont participé à notre étude, la « fragilité » pluridimensionnelle souligne l'impact de l'environnement social sur le médical chez ces personnes âgées et donc appelle les médecins à tenir compte des aspects psychologiques et sociaux (Dourlens 2008). La « fragilité » rappelle donc au médecin que le bien-être social ou la santé mentale sont aussi des objectifs de santé. D'ailleurs, l'OMS (1946) les a inclus dans sa définition de la santé. Les patients eux-mêmes les considèrent comme importants (Sherbourne 1999). Ce sont des objectifs qui ne vont pas de soi, comme le montre leur absence fréquente dans les recommandations, (Sherbourne 1999).

La notion de « fragilité » appelle aussi, comme nous l'avons vu, à la prévention des comorbidités qui lui sont associées (Afilalo 2009, Ahmed 2007, Chapman 2006, Young 2005, Gill 2002). Elle insiste donc sur l'importance de la « clinique de l'anticipation » dans la prise en charge de la population âgée.

Enfin, puisque la « fragilité » est une notion dynamique (Dourlens 2008, Ahmed 2007, Markle-Reid 2003), elle implique un suivi prolongé et rapproché de la personne âgée par le médecin traitant. Elle favorise ainsi une prise en charge individualisée, fondée sur la connaissance du patient âgé.

En conséquence, la prise en charge d'une personne âgée « fragile » implique, en cohérence avec la notion de « fragilité », une vision globale et continue du patient. Finalement, c'est moins la portée opérationnelle en santé publique du concept de « fragilité » que les potentialités déployées par ce concept dans le cadre de la relation médecin-malade qui comptent (Dourlens 2008).

Fragilité et relation médecin médecin-malade

La « fragilité » n'est pas efficace pour réduire la complexité des situations particulières. C'est pour cela que la « fragilité » a une portée peu opérationnelle en santé publique (Dourlens 2008). En revanche, sa force opératoire réside dans le cadre des interactions patient-soignant, dans ce qu'on peut appeler « la clinique de la vigilance » (Dourlens 2008). Le repérage de la « fragilité » et sa prise en charge imposent l'anticipation des problèmes, le travail en équipe et la nécessité de bien connaître le patient, sur une durée suffisante afin que le soignant puisse déceler le moindre changement. Le soignant doit également prendre en considération l'entourage et l'environnement de la personne âgée. Et, puisque l'objectif de soins n'est plus ni la guérison ni la récupération d'un état antérieur et puisque la « fragilité » retentit sur la qualité de vie (Dupre 2009), l'objectif premier de la prise en charge sera le maintien de la qualité de vie. En somme, la « fragilité » appelle à une prise en charge fondée sur une vigilance multipolaire, centrée sur la personne âgée et sa qualité de vie (Dourlens 2008).

La « fragilité » comporte aussi ses limites qui tiennent à l'absence de consensus sur une définition opératoire, au manque de recul par rapport au concept, à l'absence de preuve de

bénéfices de la prise en compte de ce concept sur la mortalité des patients âgés (Afilalo 2009, Karunanathan 2009, Ahmed 2007, Wollner 2005, Gill 2002) et toutes les limites liées à la prise en charge globale et ambulatoire du sujet âgé dont nous avons déjà discuté plus tôt.

Ainsi, la « fragilité » de la personne âgée, malgré l'absence de définition consensuelle, est une notion qui trouve son utilité et sa pertinence dans la pratique clinique de tous les jours. Elle rappelle au médecin l'importance d'une prise en charge globale, continue, individualisée. C'est en cela que la « fragilité » permet de revaloriser la médecine clinique, et en particulier la médecine de famille.

Les patients âgés fragiles ne sont pas les seuls à bénéficier de ce concept. Du fait de l'importance de la prévalence du syndrome de « fragilité » dans la population âgée et compte tenu de la nécessité de surveiller et de prévenir, la « fragilité » bénéficie également aux personnes âgées non fragiles. Par ailleurs, ce concept offre un modèle de prise en charge clinique qui peut s'étendre au reste de la population, y compris aux patients non âgés.

Nous allons à présent aborder un aspect de la « fragilité » dont nous avons peu parlé jusqu'ici et qui concerne en fait toutes les personnes vulnérables, quel que soit leur âge : c'est le risque de maltraitance.

3- Maltraitance des personnes âgées, méconnue des professionnels de santé

Intuitivement, il nous semble qu'une personne vulnérable, du fait de son âge, de sa maladie physique ou mentale ou de sa position sociale, est à risque de maltraitance. Cette maltraitance peut donc concerner les personnes âgées. Pourtant, les médecins que nous avons interrogés semblaient rarement avoir eu affaire à la maltraitance de la personne âgée. Cela dit, notre échantillon de médecins n'est ni important ni représentatif de la population des médecins généralistes. Nous pouvons donc nous demander si la maltraitance est un problème fréquent dans la population âgée et quelle est l'attitude des soignants lorsqu'ils y sont confrontés. Mais avant de commencer, intéressons-nous à la définition même de la maltraitance.

Définition non consensuelle

Interrogés sur la maltraitance, nos médecins généralistes se sont posés la question de sa définition. L'un de nos médecins par exemple nous a demandé, sarcastiquement et avec humour, si tutoyer une personne âgée pouvait être considéré comme un acte de maltraitance. Cela reflète en réalité la difficulté à désigner et délimiter la maltraitance dont la définition ne va pas de soi, comme le montrent les multiples définitions qui suivent (Cooper 2008, Selwood 2007, Berg 2005, Ahmad 2002).

Tout d'abord, il faut savoir que la définition de la violence et de la maltraitance diffèrent selon les milieux culturels (Berg 2005). Ensuite, cette prise de conscience collective de la maltraitance des personnes âgées est relativement récente : en France par exemple, ce n'est qu'en 1999 que les personnes âgées sont incluses parmi les populations vulnérables devant donner lieu à un signalement dans les circulaires de la Direction Générale de l'Action Sociale (Thomas 2005). En effet, les premières définitions de maltraitance du sujet âgé n'apparaissent que vers la fin des années 80.

Selon l'American Medical Association (1987), la maltraitance peut être un acte malveillant ou une omission, entraînant un mal ou menaçant la santé ou le bien-être d'une personne âgée. Il peut s'agir d'un acte commis *avec l'intention* de causer une blessure physique ou psychologique, un abus sexuel, le refus de procurer la nourriture nécessaire, des vêtements pour s'habiller ou des soins médicaux dont la personne âgée aurait besoin. L'acte est commis par une personne responsable du sujet âgé et sensée s'occuper de lui. Beaucoup déplorent que ne soient pas pris en compte dans cette définition la négligence passive, non intentionnelle (Ahmad 2002) ou encore l'abus financier.

Le Colloque du Conseil de l'Europe (1987) propose une autre définition : la violence vis à vis de la personne âgée se caractérise par tout acte ou omission, intentionnel ou non, commis par une personne ou un groupe, s'il porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou psychique, à la liberté de la personne âgée, ou compromet gravement le développement de cette personnalité ou nuit à sa sécurité financière (Berg 2005).

Cette définition est pratiquement reprise en 2004 par le House of Commons Health Select Committee (qui dépend de la Chambre des Communes du Parlement anglais) : la maltraitance

désigne un acte unique ou répété ou l'absence d'une action appropriée survenant dans le cadre d'une relation où la confiance est attendue et pouvant causer un mal ou une détresse chez une personne âgée. La maltraitance peut être psychologique, financière, sexuelle, physique ou par négligence (Cooper 2009, Berg 2005).

D'autres définitions vont inclure la maltraitance par négligence de soi-même, lorsque cette négligence peut constituer une menace pour sa propre santé ou sécurité (National Center on Elder Abuse 2006). Citons par exemple le fait de ne pas vouloir se nourrir ou le syndrome de Diogenes .

La définition théorique de la maltraitance n'est donc pas consensuelle. Mais dans la pratique, plus importantes encore sont les divergences d'opinions concernant la qualification de maltraitance tel ou tel acte, notamment entre les professionnels de santé, les travailleurs sociaux et les aidants informels (Selwood 2007).

Cette variété dans la définition de la maltraitance des sujets âgés rend difficiles les comparaisons de résultats d'études (notamment des études de prévalences) et l'absence de consensus diminue l'efficacité des guides de pratique clinique et gêne l'application des recommandations (Selwood 2007).

La maltraitance des personnes âgées, un phénomène de société

Malgré des différences dans les chiffres de prévalence, toutes les études s'accordent pour dire que la maltraitance des personnes âgées est loin d'être négligeable.

En France, selon l'INSEE, 6% des personnes âgées de 75 ans ou plus ont déclaré en 2008 avoir été personnellement victimes de vol ou d'agression au cours des deux dernières années (3.8% des plus de 75 ans ont été victimes de menaces ou d'injures, 1.8% de vol ou tentatives de vol, 0.3% de violence physique).

Aux Etats-Unis, en 2003, il y a eu 338 193 signalements de maltraitance sur personnes âgées de 60 ans ou plus (dont 84 767 signalements de négligence par les sujets âgés eux-mêmes) dans 32 Etats étudiés (NCEA 2006). La moitié des signalements de maltraitance suspectée

était justifiée. 135 249 cas de maltraitance sont confirmés dont 46 794 cas par négligence de soi-même.

Dans les pays occidentaux, 4% des personnes de plus 65 ans seraient maltraités et seulement 80% d'entre elles ne s'estiment pas victimes d'une forme de violence (Berg 2005). 6.3% des personnes âgées rapportent une maltraitance « significative » au cours du mois qui précède et 5.6% des couples aidant-aidé déclarent avoir eu une relation violente physiquement toujours au cours du mois précédent (Cooper 2008). Dans la population des personnes âgées dites « dépendantes », on estime à ¼ la proportion de personnes subissant des niveaux « significatifs » de maltraitance psychologique et 1% ceux qui ont subi une maltraitance physique (Cooper 2008). 20% des personnes âgées qui se présentent aux urgences souffriraient de maltraitance (Cooper 2008).

Ce large éventail des chiffres de prévalence de la maltraitance chez les personnes âgées résulte des différences de populations étudiées, des différentes méthodes de mesure et des différentes définitions de la maltraitance utilisées (Cooper 2008). Les chiffres sont par ailleurs probablement sous évalués (Cooper 2009, Ahmad 2002).

Quels sont les comportements de maltraitance qui prédominent ?

Les statistiques américaines montrent que le premier comportement maltraitant est la négligence par la personne âgée elle-même (37% des cas confirmés). La négligence de l'aidant représente 20%, la maltraitance émotionnelle, psychologique ou verbale 15%, la maltraitance financière 15%, la maltraitance physique 11%, les abus sexuels 1% (NCEA 2006).

D'après une autre étude américaine portant sur 265 couples aidant-aidé, il semblerait que les comportements dits « potentiellement maltraitants » rapportés par les couples sont : les hurlements (22% des comportements cités), la maltraitance verbale (12%), les menaces d'abandon, de placement ou de violence physique (10%) (Beach 2005).

La maltraitance peut prendre de multiples formes (Berg 2005) :

- violence physique : chutes provoquées, pincements, brûlures, entraves aux mouvements, contentions ;
- violence verbale ou psychologique : insultes, brimades, contraintes, interdictions, chantage, infantilisation, tutoiement inapproprié ;
- violence financière : spoliation ou détournement de biens, héritage anticipé sous la contrainte ;
- non respect des droits élémentaires du citoyen : contrôle des relations sociales, détournement de procuration, décision ou réponse à la place de la personne âgée ;
- négligence passive ou active : manque d'aide, soins incorrects, toutes les « non bien-traitances », violences médicales telles que les médicaments prescrits en trop grandes quantités ou les traitements omis, incontinence induite par négligence, manque de stimuli qui favorise le repli sur soi, isolement sensoriel, ne plus faire marcher la personne âgée, ne plus la nourrir...

Une typologie des actes de maltraitance fondée sur les perceptions des personnes âgées a l'avantage de nous placer sous l'angle de vue du sujet âgé, ce qui lui donne une légitimité supplémentaire (Thomas 2005). Les personnes âgées considèrent essentiels trois types de comportements maltraitants :

- les comportements qui portent atteinte à l'intégrité de la personne : la brutalité, les négligences dans la prise en charge ou dans la vie quotidienne, l'indifférence face à la dénutrition, le fait de laisser la personne âgée dans son inconfort, le refus de soins ou l'administration de soins inadaptés, le non soulagement de la douleur, le manque d'hygiène, l'inattention dans les gestes d'aide à la toilette ;
- les comportements qui portent atteinte à la dignité : paroles blessantes, humiliantes et dégradantes, brutalité dans l'annonce du diagnostic, atteintes à la pudeur, tout ce qui peut provoquer un sentiment d'abandon ;
- les comportements qui portent atteinte à l'autonomie citoyenne : tout ce qui peut engendrer un sentiment de dépossession de soi ou de ses biens, la spoliation des biens et notamment des meubles, les soins forcés, l'interdiction de gérer soi-même ses médicaments, le port de vêtements imposés, le manque d'argent ou d'accès aux soins, la contention, l'enfermement, le placement forcé, le manque d'aide ou l'aide inadaptée, l'absence d'attention aux habitudes de vie (à domicile ou en institution).

Ainsi, nous voyons l'importance accordée par les personnes âgées à leur dignité, leur confort, leur autonomie. Toute atteinte à la dignité, à l'autonomie ou au confort est suffisante pour être qualifiée de maltraitance du point de vue des patients.

Qui sont les auteurs de maltraitance ?

L'auteur de maltraitance fait partie de l'entourage de la personne âgée le plus souvent. Dans 53% des cas de maltraitance suspectés, l'auteur est une femme et dans 75% des cas, l'auteur a moins de 60 ans (NCEA 2006). Il s'agit d'un membre de la famille de la personne âgée dans 2/3 à 90% des cas (Berg 2005, US Preventive Services Task Force 2004) : les auteurs de maltraitance sont les enfants dans un 1/3 des cas (NCEA 2006, Berg 2005), les conjoints dans 10-11% (NCEA 2006, Berg 2005). Viennent ensuite les amis ou les voisins dans 12% et les professionnels des institutions dans 12% (Berg 2005). Les actes de maltraitance du sujet âgé sont commis majoritairement par ses aidants. La moitié d'entre eux rapporterait des comportements de maltraitance verbale, un tiers des comportements de maltraitance psychologique et 4% des comportements de maltraitance physique. Ces comportements sont dans la majorité des cas justifiés par la crainte que la personne âgée ne se blesse ou se fasse mal (Cooper 2009).

Il n'est donc pas étonnant que la maltraitance ait lieu au domicile des personnes âgées dans 89% des cas (NCEA 2006).

Quels sont les facteurs de risque de la maltraitance ?

Les facteurs de risque peuvent être en rapport avec la victime, avec son agresseur ou au contexte de vie.

Les facteurs de risque de maltraitance liés à la victime sont : la dépendance physique ou psychique, la déficience cognitive, l'incontinence urinaire ou fécale, la surcharge de travail pour les aidants, le caractère difficile voire agressif de la personne âgée, le grand âge, l'ethnie non caucasienne, de faibles revenus et l'isolement social (Cooper 2008, Beach 2005, Berg 2005, US Preventive Services Task Force 2004, Ahmad 2002). Nous pouvons remarquer que

beaucoup de ces facteurs de risque sont aussi des marqueurs de « fragilité » de la personne âgée, ce qui confirme que la personne âgée « fragile » est à risque de maltraitance.

Les facteurs de risque liés à l'auteur sont : la maladie physique ou mentale, l'isolement social, la toxicomanie, l'alcoolisme, de graves problèmes financiers ou sociaux, la dépendance financière de l'aidant vis à vis de la personne âgée, le stress, un antécédent de comportement violent (Beach 2005, Berg 2005, US Preventive Services Task Force 2004, Ahmad 2002).

Les facteurs liés à l'ensemble sont : la cohabitation dans un espace réduit, la dépendance financière de l'un envers l'autre ou mutuelle, l'éclatement de la cellule familiale ou la famille recomposée, l'antécédent de violence intra-familiale (Berg 2005, US Preventive Services Task Force 2004).

Les facteurs liés aux aides extérieures : aidants professionnels trop peu nombreux ou en surcharge de travail, insuffisamment formés ou motivés (Berg 2005).

Quelles sont les conséquences chez la personne âgée de la maltraitance ?

Les réactions des sujets âgés face aux comportements maltraitants sont multiples et variées (Thomas 2005). Certaines personnes font preuve d'une résistance efficace : leurs réactions permettent de faire cesser des comportements injustifiés et le conflit est résolu grâce à la prise de parole. En revanche, d'autres vont banaliser voire justifier la maltraitance, par exemple, par le surcharge de travail des auteurs, leur manque de formation ou de bonne volonté, par les contraintes de la vie collective ou la fatalité du vieillissement. Ces personnes âgées intériorisent l'absence d'autonomie de décision comme normale puisque consécutive à la perte d'« autonomie physique ». La souffrance est relativisée et le rejet par les autres est justifié par le vieillissement. L'infantilisation ainsi est acceptée. D'autres encore, dont les plaintes initiales ont été renvoyées comme illégitimes et leur parole sujette à caution, se sentent impuissants et adoptent une attitude fataliste. D'autres enfin sont dans le déni, certaines d'entre elles somatisent, développent des insomnies, une angoisse, une dépression. Il faut noter qu'il est très difficile pour les personnes âgées de dénoncer les atteintes aux autorités, si l'acte n'est pas reconnu comme délictuel ou criminel. En effet les atteintes à la dignité et à l'autonomie sont difficiles à prouver et ne sont souvent pas considérées comme

suffisamment graves. En outre, la personne âgée peut être suspectée d'être délirante, si bien qu'une visite psychiatrique est souvent demandée, comme s'il fallait un garant extérieur pour rendre la plainte du sujet âgé crédible (Thomas 2005).

Les souffrances physique et morale ne sont pas les seules conséquences de la maltraitance. La maltraitance de la personne âgée est associée à une prise en charge de mauvaise qualité (Beach 2005) et à une augmentation de la mortalité chez la victime (Cooper 2008). Chez les personnes âgées maltraitées ou négligées, il est observé une diminution du taux de survie et une augmentation du risque d'admission dans une maison médicalisée (Lachs 1998).

Les autres conséquences peuvent être, à court terme, physiques liés au traumatisme aigu et à plus long terme une maladie psychiatrique telle que la dépression, l'abus de substances, la somatisation (US Preventive Services Task Force 2004). Ainsi, le fait d'avoir subi des attouchements, des tentatives ou des rapports sexuels forcés est associé à une probabilité plus forte d'avoir réalisé au moins une tentative de suicide, de présenter des symptômes d'agoraphobie ou de phobie sociale (Cavalin 2009). Les personnes exposées à des violences psychologiques au cours des deux dernières années ont une perception plus négative de leur santé mentale et physique et elles déclarent plus souvent souffrir d'au moins une maladie chronique, même après prise en compte des facteurs socio-démographiques (Cavalin 2009).

Qui signale les maltraitances ?

Les cas de maltraitance suspectés sont signalés par les membres de la famille dans 17 à 20%, par les hôpitaux dans 17%, les travailleurs sociaux dans 10 à 11%, des amis ou des voisins dans 8%, les médecins dans 2% (NCEA 2006, Ahmad 2002).

Comment expliquer la réticence des professionnels au signalement ?

Les médecins traitants ne font pas partie des principaux auteurs de signalement de maltraitance (National Center on Elder Abuse 2006, Ahmad 2002). Comparé à la prévalence de la maltraitance, le nombre de signalements des médecins paraît faible (Rodriguez 2006).

Pourtant, le médecin généraliste occupe une position privilégiée pour la reconnaissance de la maltraitance. Les contacts entre l'omnipraticien et la personne âgée sont en effet fréquents : 1/3 des personnes de plus de 85 ans a consulté son médecin de famille dans les trois mois qui précèdent, 93.5% des plus de 85 ans ont vu leur médecin traitant au moins une fois dans l'année précédente, 13.5% des consultations ont lieu lors de visites à domicile (Collerton 2009). Les médecins ne côtoient pas seulement les personnes âgées mais aussi les personnes âgées maltraitées : 5% des patients âgés adressés aux services de santé seraient concernés par la maltraitance et 3.6% des mêmes patients seraient victimes de maltraitance physique (Cooper 2008).

Les chiffres suivants sont sans appel et montrent bien que les professionnels de santé globalement sont réticents à signaler les maltraitements, même s'ils en ont connaissance.

Dans les services de long séjour gériatrique par exemple, 16% des soignants déclarent avoir déjà été témoins d'une maltraitance psychologique significative, 99% des soignants ont déjà assisté à une maltraitance quelle qu'elle soit (Cooper 2008).

Dans les services de moyen séjour ou dans les maisons de retraite : 10% des soignants déclarent avoir déjà participé à une maltraitance physique dans l'année qui précède notamment par l'utilisation de contentions physiques. 80% des soignants ont déjà observé des comportements de maltraitance mais seulement 2% de ces comportements ont été signalés à leur direction (Cooper 2008).

Ainsi, même lorsqu'ils sont au courant des faits de maltraitance, les soignants restent réticents à faire des signalements. Comment l'expliquer ?

Le premier obstacle au signalement est probablement l'absence de définition consensuelle de la maltraitance de la personne âgée (Cooper 2008, Selwood 2007, Ahmad 2002). Les points de vue des professionnels (de santé ou sociaux) et de l'entourage ne sont pas identiques concernant les actes qui peuvent être qualifiés de « maltraitance » à l'encontre des personnes âgées ayant des troubles cognitifs (Selwood 2007). Ainsi, les aidants naturels sont plus nombreux à accepter la décision du sujet âgé de ne pas se laver si c'est son choix, alors que c'est un signe de négligence pour les professionnels (Selwood 2007).

Les autres obstacles au signalement (Ahmad 2002) sont nombreux. Citons par exemple l'incertitude par rapport à la validité du diagnostic de maltraitance, le manque d'entraînement à la reconnaissance de la maltraitance, la gêne de se confronter à l'auteur de la maltraitance, la crainte d'une vengeance de l'auteur de maltraitance sur la victime, l'ignorance des procédures de signalement ou encore la tendance à ne pas s'impliquer dans le médico-légal. L'hésitation à coller une étiquette à la victime ou à son agresseur présumé, l'impression que la preuve de la maltraitance n'est pas suffisante ou appropriée, la non prise de conscience du problème de la part du grand public et des professionnels de santé peuvent être aussi des obstacles au signalement, tout comme le déni de l'auteur de maltraitance, le refus de l'auteur de permettre à la personne âgée d'accéder au système de soins ou le refus de la victime de maltraitance d'être signalée.

Ainsi, le signalement de maltraitance des personnes âgées maltraitées comporte de nombreux paradoxes (Rodriguez 2006). Les médecins généralistes ont peur en faisant le signalement d'une part de perdre la relation privilégiée qu'ils peuvent avoir avec la famille de la personne âgée et d'autre part de décevoir et trahir leur patient. Ils veulent protéger leur patient mais craignent d'aggraver les choses après le signalement (placement de la victime, aggravation de la maltraitance, rupture du lien entre la personne âgée et sa famille...). Ils craignent aussi de perdre le contrôle de la situation. Ils se sentent coupables de ne pas signaler et en même temps ont peur de faire un signalement injustifié. Beaucoup de médecins de famille pensent que leur suspicion reste trop subjective et n'est pas fondée. Ils veulent rechercher une preuve irréfutable (Rodriguez 2006). Le médecin peut aussi prétexter le secret médical (Berg 2005).

Du côté de la victime, il y a également beaucoup de réticence à parler de maltraitance avec les professionnels qui les soignent (Berg 2005). Premièrement, la personne âgée a des craintes : peur des représailles, peur d'aggraver la situation, peur d'être abandonnée ou d'être encore plus isolée, peur de créer un scandale à l'origine d'un conflit intra-familial. Les craintes sont d'autant plus grandes qu'elle peut ne pas connaître les possibilités d'aides. Deuxièmement, elle peut avoir une perception erronée de la situation. La personne âgée justifie parfois le comportement maltraitant voire l'excuse. Elle peut aussi développer une culpabilité liée à sa « dépendance », une perte de confiance en elle-même, un sentiment de n'avoir que ce qu'elle mérite ou encore qu'elle était « au mauvais endroit au mauvais moment ». Enfin, l'attitude de l'entourage peut être un obstacle s'il nie, minimise le problème ou culpabilise la victime, s'il a peur du conflit ou des représailles, s'il est soumis à une pression à la conformité.

Propositions d'actions de lutte contre la maltraitance ?

Lutter contre la maltraitance passe par la prévention primaire et secondaire des comportements maltraitants, grâce à une meilleure formation des professionnels de santé, à l'anticipation des situations de crises, au repérage et à la prise en charge des victimes et des auteurs, et à la promotion du signalement en cas de maltraitance suspectée.

Former

Nous devons repenser la formation médicale et intégrer dans la formation médicale un enseignement plus important sur la maltraitance et les lois qui s'y rapportent (Rodriguez 2006). Il est nécessaire également de souligner l'importance de la formation continue pour les médecins afin de leur permettre de mettre à jour leurs connaissances médicales notamment celles des recommandations de bonne pratique (Choudhry 2005). Cette formation continue d'ailleurs est valorisée par les patients (Infante 2004).

Anticiper

Dans le chapitre concernant les facteurs de risque de maltraitance et les auteurs de maltraitance, nous avons vu que les aidants familiaux étaient les principaux auteurs de maltraitance des personnes âgées (Cooper 2009, NCEA 2006, Berg 2005, US Preventive Services Task Force 2004). Nous avons vu également que plusieurs facteurs de risque de maltraitance étaient liés aux aidants naturels (Beach 2005, Berg 2005, US Preventive Services Task Force 2004, Ahmad 2002), notamment leur manque de formation, leur stress, leur surcharge de travail. Une des solutions consisterait à prendre en charge les aidants avant la survenue de la maltraitance en évaluant si les aides professionnelles sont suffisantes et adaptées, si elles permettent de soulager les familles. Bien sûr, cela passe par une écoute attentive du sujet âgé et de ses aidants (Berg 2005).

Dépister

Il est recommandé aux médecins de prendre l'habitude de rechercher la maltraitance chez les personnes âgées, d'interroger séparément la victime potentielle et l'auteur présumé ainsi que de poser des questions spécifiques et directes sur la maltraitance (US Preventive Services Task Force 2004, Ahmad 2002). Le médecin doit rechercher des indices de maltraitance dans l'histoire personnelle et médicale du sujet âgé : les visites fréquentes aux urgences, les rendez-vous manqués, des lésions inexplicables, le décalage entre ce que raconte l'aidant et les données cliniques, biologiques ou radiologiques, la réticence de l'aidant à laisser la personne âgée seule avec le médecin... Il est conseillé de rechercher des signes évocateurs à l'examen clinique tels qu'un état général altéré ou négligé, des ecchymoses, des traces de brûlures de cigarettes, des fractures dentaires ou des os du crâne, une cloison nasale déviée. D'autres éléments peuvent orienter, tels que une déchirure de la rétine ou une cataracte traumatique, des traces de doigts ou de corde autour du cou, des signes d'hémorragie intra-abdominale, une fracture costale ou un pneumothorax, une dépression ou une anxiété... Les examens complémentaires peuvent s'avérer utiles. Il faut penser à documenter les lésions par des photos ou des dessins. Seuls quelques outils de dépistage ont été développés (CASE ou HSEAST) mais n'ont pas été testés dans le cadre des soins primaires (US Preventive Services Task Force 2004, Ahmad 2002).

Pour le moment, il n'y a pas de preuve directe de l'efficacité du dépistage sur la diminution du handicap ou de la mortalité prématurée, ni d'études portant sur la validité ou la fiabilité des outils de dépistage. Il n'y a pas non plus d'études sur les effets indésirables du dépistage. Les résultats faux-positifs peuvent en effet perturber la relation avec le clinicien, et entraîner la perte de contact avec le système de protection. Ils peuvent provoquer aussi un stress psychologique et une escalade dans la maltraitance (US Preventive Services Task Force 2004).

Soigner et protéger

Chez le patient maltraité, il est important de traiter les blessures physiques, d'organiser un entretien avec un professionnel de la santé mentale, de fournir des numéros de téléphone d'organismes pouvant aider le sujet âgé. Il faut aussi l'orienter vers des lieux où il peut s'abriter... L'hospitalisation peut être un moyen de mettre le patient à l'abri. Par ailleurs, il

est nécessaire d'expliquer et de convaincre la victime du bien-fondé de la démarche. Il faut penser également à prévenir les services sociaux et aider l'auteur de maltraitance (US Preventive Services Task Force 2004, Ahmad 2002).

Collaborer

Travailler en équipe autour de la personne maltraitée et son aidant peut s'avérer utile et peut optimiser leur prise en charge (Berg 2005).

La maltraitance est donc un problème beaucoup plus fréquent que ne le pensent les médecins généralistes. Tout le défi des années à venir consistera à sensibiliser les médecins et le grand public au problème de la maltraitance des personnes les plus vulnérables, ce qui inclut les personnes âgées. Ce défi est difficile à relever à cause du silence qui entoure fréquemment la maltraitance et parce qu'il implique un changement de notre point de vue sur le vieillissement. Plus généralement, il semble important de voir les personnes âgées telles qu'elles sont et non telles que nous voulons qu'elles soient. Elles peuvent ainsi présenter de multiples facettes. Toutes ces multiples facettes traduisent en fait l'ambivalence du rapport qui nous lie aux sujets âgés.

4- L'ambivalence liée à la prise en charge des personnes âgées

Plusieurs médecins généralistes que nous avons interviewés pour notre travail ont affirmé que les personnes âgées pouvaient être effectivement « fragiles » mais elles pouvaient également faire preuve d'une grande robustesse. Comment peut-on expliquer ce paradoxe et comment le résoudre afin de pouvoir prendre en charge au mieux les personnes âgées ?

Comment se manifeste cette ambivalence ?

Cette ambivalence a été étudiée par B. Veysset (1989) qui l'a décrite en détail dans son livre *Dépendance et Vieillesse*. Elle se manifeste dans la relation qu'entretient la personne âgée avec la médecine, avec les aidants et avec son propre corps.

Pour le sujet âgé, le médecin est à la fois admiré parce que garant de sa longévité et, en même temps, craint parce que la médecine reste encore impuissante face au vieillissement et à la mort. Par ailleurs, le médecin peut découvrir des affections cachées, multiples et graves et donc c'est lui qui annonce les maladies. C'est lui aussi qui demande l'hospitalisation avec le risque de non retour au domicile. Enfin, c'est lui qui peut déposséder l'impression de maîtrise que peut avoir une personne âgée sur elle-même et sur ce qui l'entoure : une fois la machine hospitalière lancée, il devient en effet très difficile de l'arrêter... L'Hôpital aussi angoisse parce qu'il peut rendre « dépendant », mais il est parfois la seule possibilité d'obtenir éventuellement une rémission. Le rapport avec le médicament est tout aussi ambivalent : il protège, rassure, répare et comble les failles en même temps qu'il peut rendre dépendant. Quant à la maladie, elle est angoissante mais beaucoup moins que le vieillissement. Elle donne en outre un statut social à la personne âgée et lui permet d'exprimer une insatisfaction personnelle. Enfin elle peut être un bon moyen de lutte contre l'isolement.

L'ambivalence se manifeste également dans la relation avec les aidants. Cette relation peut en effet être à la fois professionnelle et personnelle. Le rôle de l'aidant est à la fois technique et relationnel, son attitude peut être maternante ou thérapeutique. L'aidant, en voulant parfois trop aider la personne âgée, peut paradoxalement non seulement accélérer le renoncement à certaines activités, mais aussi priver la personne aidée de son autonomie. La personne âgée, pour intégrer l'aide dans un nouvel équilibre, va adopter de nouvelles stratégies : par exemple jouer sur le pouvoir de l'argent, materner ou se faire materner, rétablir l'échange en offrant des cadeaux aux gens qui l'aident.

Quant au rapport qu'entretient un sujet âgé avec son propre corps, il existe souvent un « décalage » à plusieurs niveaux : entre le corps actuel et l'image du corps « passé » que la personne a gardé en mémoire, entre l'image que la personne peut avoir d'elle-même et celle renvoyée par les autres, et enfin il y a un décalage entre le modèle de vieillissement imposé par la société et la réalité du vieillissement qui, elle, est inéluctable et irréversible. C'est ce que l'anthropologue B. Veysset nomme « la problématique du corps dissocié ». Face à ce problème, la personne âgée peut réagir de plusieurs façons : refuser le vieillissement par tous les moyens (s'habiller « jeune », côtoyer des personnes plus jeunes, aller voir un chirurgien esthétique...), perdre l'estime d'elle-même, manifester de la honte voire du dégoût ou au contraire ne montrer aucune pudeur, développer une angoisse ou faire preuve d'agressivité...

Comment expliquer cette ambivalence ?

Plusieurs éléments peuvent être proposés pour expliquer cette ambivalence, notamment l'hétérogénéité de la population âgée, la confusion sémantique, l'évolution de notre imaginaire collectif du vieillissement et la médicalisation de la vieillesse.

Hétérogénéité de la population dite « âgée »

La population âgée présente une grande hétérogénéité (Caradec 2009), comme en témoignent les multiples catégorisations possibles de la vieillesse : « personnes âgées », « vieillards », « Troisième Age », « vieillesse dépendante », « Retraités », « Seniors », « personnes âgées institutionnalisées »... Tout cela reflète une grande diversité et une grande spécificité internes de la population âgée. Les différences de comportements que nous pouvons observer dans cette population sont importantes. Elles sont déterminées par ce que les sociologues appellent l'effet d'âge, l'effet de génération, l'effet période, ainsi que le sexe de l'individu et son milieu social. L'effet d'âge est lié au vieillissement physique, à la position dans le cycle de la vie et à la durée (temps passé et temps qui reste). L'effet de génération est lié au fait qu'une personne appartient à une génération donnée. Enfin, l'effet de période est l'influence exercée par le contexte à une date donnée sur une personne dans ce contexte à cette date (Caradec 2009).

Confusion sémantique

La confusion sémantique entre la dépendance, la perte d'autonomie et la déficience contribue également à expliquer cette ambivalence. Pour l'avoir déjà étudié en détail en première partie de discussion, nous n'y revenons pas.

Evolution des représentations du vieillissement dans l'Histoire de nos sociétés occidentales

Dans nos sociétés occidentales, les représentations du vieillissement ont plusieurs fois changé et sont parfois contradictoires (Caradec 2009, Trinquaz 1998). Chaque société va produire une image plus ou moins positive de la vieillesse. Celle-ci peut être conçue comme un processus continu de développement marqué par le cumul d'expériences et de savoir, un symbole de

longévité, un lien vivant entre les générations. Mais la vieillesse peut être vue également comme une période de déclin de la vie humaine avant la mort. Les mythes grecs et le récit biblique ont contribué à cette image ambivalente du vieillissement. La société occidentale a ainsi adopté une vision de la vieillesse tantôt optimiste tantôt pessimiste, parfois les deux, selon les époques (Trinquaz 1998).

Médicalisation de la vieillesse

La médicalisation de la vieillesse à partir du 19^e siècle a largement contribué à son image déficitaire actuelle (Caradec 2009, Trinquaz 1998, Veysset 1989). L'approche médicale en effet a multiplié les descriptions de dégradations physiques liées à l'âge. Le développement de la médecine et de la chirurgie esthétiques sont à la fois conséquence et cause de la lutte contre le vieillissement. C'est grâce aux progrès médicaux que nous vivons plus longtemps et faisons moins d'enfants, contribuant ainsi au vieillissement de la population, ce vieillissement qui aujourd'hui est accusé de tous les maux : augmentation des dépenses de santé responsable du « trou » de la Sécurité Sociale, nécessité de réformes des retraites, déficit budgétaire des pays développés...

Une étude, publiée dans la revue *New England Journal of Medicine*, s'est intéressée à évaluer le coût financier d'une personne âgée en bonne santé vivant longtemps et à le comparer au coût d'une personne âgée malade vivant moins longtemps (Lubitz 2003). L'objectif était de savoir laquelle des deux personnes âgées coûtait le plus cher à la collectivité. L'étude a conclu à l'absence de différence significative entre les deux. Cette étude, un exemple parmi tant d'autres, souligne plusieurs choses : l'importance pour la société des aspects économiques et financiers, notre capacité à mettre le qualitatif de côté (ici la vie ou la mort, la santé ou la maladie) pour ne raisonner qu'en quantitatif (combien ça va coûter ?). Cet article est un exemple de la traduction médicale des valeurs sociales qui guident nos sociétés. Maintenant, posons-nous une question : et si les résultats de cette étude avaient été en faveur d'une forte augmentation des dépenses chez la personne âgée en bonne santé vivant longtemps ? Dans un monde où seuls comptent la quantité, la vitesse, la productivité, le rendement, nos « Anciens » auront pendant longtemps du mal à retrouver une image positive et une place parmi nous.

Ainsi, cette ambivalence du regard de la personne âgée porté sur elle-même et son entourage rejoint l'ambivalence que nous portons sur elle. En prendre conscience nous permet de constater plusieurs paradoxes. La personne âgée peut être ce qu'elle est et ce qu'elle n'est pas, de même que son rapport avec le médecin. Or, celui-ci doit résoudre ces paradoxes sans quoi il ne saurait agir et prendre en charge son patient âgé de manière efficace.

Comment dépasser cette ambivalence pour pouvoir agir ?

Distinguer « Age chronologique » et « Age physiologique » ou « Age social »

Une première façon de surmonter cette ambivalence est de remettre en cause notre conception du vieillissement fondé sur l'âge chronologique. Ainsi, certains remettent en question l'utilisation de critères purement quantitatifs seuls pour décrire le vieillissement de la population. En effet, nous vivons non seulement plus longtemps mais aussi plus longtemps sans incapacité, malgré une augmentation des maladies chroniques (Christensen 2009). Par exemple, pour un âge chronologique donné, un individu est en fait beaucoup plus « jeune » qu'un individu de même âge vivant un demi-siècle plus tôt. C'est pour cette raison que des sociologues préfèrent parler d'« âge social » (Caradec 2009) et que certains médecins privilégient l'« âge physiologique » (Crews 2007, Mitnitski 2002, Farquharson 2001). C'est dans cette optique que le démographe et historien Patrice Bourdelais met au point un nouvel indicateur d'âge, prenant en compte l'âge auquel il reste dix ans à vivre et l'âge pour lequel la probabilité de survivre à cinq ans est identique à celle d'un homme de 65 ans en 1985 (Caradec 2009). Avec ce nouvel indicateur, la part des personnes âgées dans la population totale n'est pas plus importante qu'au début du 19^e siècle si bien que nous ne pouvons plus parler de vieillissement de la population.

Dialoguer

Les médecins généralistes qui ont participé à notre travail l'ont exprimé à plusieurs reprises : en cas de désaccord avec le patient, parce que justement la personne âgée est ambivalente, sa vision n'est jamais univoque et sa décision n'est jamais définitive. Il est important d'informer, de discuter et de négocier avec le patient âgé, de telle sorte que, finalement, peu de patients opposent une barrière infranchissable.

Dans cette discussion avec le patient âgé, la qualité de communication compte beaucoup (Williams 2007). Nous rappelons juste qu'une communication de qualité entre une personne âgée et son médecin traitant permet une meilleure évaluation de la situation du patient, un meilleur diagnostic de ses problèmes, l'amélioration de sa qualité de vie, une meilleure adhésion au projet thérapeutique et une transmission de l'empathie.

Travailler au sein d'une équipe multidisciplinaire

La participation du médecin traitant au sein d'une équipe multidisciplinaire travaillant pour et autour du patient âgé peut également se révéler utile pour constater et prendre en charge les différentes facettes des problèmes posés par la personne âgée. Les médecins de famille apprécient de prendre en charge les patients âgés déments et leurs aidants familiaux et se disent à l'aise avec leur prise en charge (Yaffe 2008). Cependant, ils confient que cette prise en charge serait facilitée par la présence d'un centre gériatrique ou spécialisé, d'un spécialiste, d'un physiothérapeute, d'un ergothérapeute, de travailleurs sociaux, d'une infirmière, d'un psychologue (Yaffe 2008). En ce sens, les réseaux de soins par exemple pourraient aider les omnipraticiens et servir les intérêts des patients âgés (De Stampa 2009, Skelton 2007, De Stampa 2007, Johri 2003, Veysset 1989).

Repenser l'aide aux personnes âgées

Nous devons également repenser la notion d'aide pour limiter ses effets indésirables. L'aide doit être conçue globalement et doit accompagner le sujet âgé, privilégier sa qualité de vie et le maintien de son autonomie, c'est-à-dire sa capacité à décider (DREES 2008 (a)). Il est nécessaire également de rétablir les échanges pour permettre aux personnes âgées de donner (en fait rendre) pour le service qu'elles reçoivent et donc de restaurer le mécanisme de dons et de contre-dons, ce qui contribuera aussi à restaurer une image positive des personnes aidées (Veysset 1989, Marpsat 1991).

Ainsi, plusieurs moyens s'offrent au médecin généraliste pour résoudre cette ambivalence liée à la prise en charge du patient âgé. Cependant, l'ambivalence des personnes âgées ne se limite pas à la médecine et la société globalement doit aussi y faire face. En effet, la société doit s'occuper de ses personnes âgées qu'elle considère en même temps comme responsables du

vieillesse de la population générale. Elle met en avant leur responsabilité concernant l'augmentation des dépenses de santé tout en refusant d'accepter quoi que ce soit d'elles. Or, la seule façon pour la société de résoudre ce paradoxe est de changer le regard qu'elle porte sur la vieillesse. Elle doit reconnaître ce dont les personnes âgées sont riches et ce qu'elles peuvent apporter et ne pas regarder que les aspects déficitaires liés au vieillissement (Veysset 1989).

En conclusion de cette deuxième partie de discussion sur la « fragilité » de la personne âgée, il nous semble important de rappeler que ce concept est complexe et n'a pas encore de définition consensuelle. Malgré tout, elle a une pertinence clinique. Elle déploie ses potentialités non pas dans le champ de la santé publique mais bien dans la relation médecin-malade. C'est un concept qui valorise la clinique et par là même la médecine de famille. Le médecin traitant joue un rôle essentiel dans la prise en charge de personnes âgées « fragiles » parce que ses contacts avec la population âgée sont fréquents et durables. C'est aussi cette proximité avec la population âgée qui fait que le généraliste est le mieux placé pour prendre en charge la maltraitance de certains sujets âgés. Ce problème, bien que fréquent, reste mal connu et mal pris en charge par les omnipraticiens. L'Hôpital et le travail en équipe pourraient aider le généraliste dans sa prise en charge de la maltraitance.

Cependant, nous verrons dans la dernière partie de notre discussion que l'hospitalisation comporte elle-aussi ses limites et ses risques. Nous verrons aussi que le travail en équipe n'est pas simple, la communication entre médecins étant loin d'être satisfaisante. Ensuite, nous montrerons que l'action du médecin de famille auprès des patients âgés, pour être optimale, a besoin d'être soutenue par une politique de santé appropriée. Enfin, nous terminerons notre exposé par une auto-critique de notre travail.

III- LES PROBLEMES « EN SUSPENS »

Notre travail montre que, pour les médecins généralistes, la prise en charge d'une personne âgée fait intervenir tôt ou tard d'autres professionnels voire l'Hôpital. En effet, la prise en charge collective et multidisciplinaire du sujet âgé et l'hospitalisation peuvent optimiser une prise charge ambulatoire souvent difficile. Cependant, de nombreux médecins ont formulé des critiques à l'encontre de l'institution hospitalière et sur la difficulté de communication entre confrères. Nous verrons si ces affirmations sont étayées par des données de la littérature. Par ailleurs, plusieurs médecins généralistes nous ont déclaré, lors des différents entretiens, se sentir parfois impuissants face à une société pas toujours adaptée à la prise en charge des patients âgés. C'est pourquoi, nous insisterons sur l'importance de repenser nos politiques de santé. Enfin, comme toute étude, la nôtre aussi comporte ses limites. Nous proposerons quelques pistes de recherche pour approfondir ou compléter certains aspects de notre travail.

1- Limites des institutions

Les institutions, et l'Hôpital en particulier, ne sont pas toujours la solution à tous les problèmes posés par le maintien difficile de certaines personnes âgées dans leur domicile. D'une part, elles ne répondent pas à tous les besoins du sujet âgé et d'autre part, elles comportent elles-mêmes leurs propres risques.

L'hospitalisation et ses limites

Les risques de l'hospitalisation

Pour bon nombre de généralistes, l'hospitalisation est demandée en dernier recours, lorsque la prise en charge ambulatoire de la personne âgée atteint ses limites. Elle est le plus souvent vue comme une nécessité. Ces médecins nous rappellent que l'hospitalisation comporte elle-même des risques tels que les escarres, les risques veino-thrombotiques, la perte d'autonomie, le décès... en plus des risques liés au manque de moyens à l'Hôpital. Il nous semble par conséquent intéressant de savoir si les représentations de ces risques hospitaliers sont fondées ou non. En d'autres termes, ces risques sont-ils documentés dans la littérature médicale ?

En fait, les risques liés à l'hospitalisation existent bien, en particulier pour les personnes âgées les plus « fragiles » (Landefeld 2003). Ainsi, la mortalité au cours et au décours de l'hospitalisation est augmentée chez les patients très âgés et dénutris (Chang 2010).

Ces risques ne sont pas uniquement liés à la progression de l'affection aiguë pour laquelle les patients âgés ont été hospitalisés ou aux effets indésirables de la prise en charge de l'affection aiguë (Creditor 1993). L'hospitalisation peut aussi aggraver ou précipiter des effets liés physiologiquement au vieillissement, initier une cascade d'événements indésirables aboutissant à une perte de qualité de vie voire à une augmentation de la « dépendance ». L'alitement engendre notamment une fonte musculaire responsable d'une « dépendance » et de chutes. Il peut entraîner une hypotension orthostatique liée à une insensibilité des barorécepteurs et à une diminution du secteur plasmatique, aggravée éventuellement par une déshydratation. L'alitement peut aussi entraîner une diminution de la PaO₂, une ostéoporose accélérée, une incontinence fonctionnelle, des troubles de la perception et des troubles intellectuels, une malnutrition liée à l'anorexie, à des régimes thérapeutiques ou à une nourriture froide... (Creditor 1993).

Plusieurs papiers rapportent une association entre un déclin fonctionnel chez les personnes âgées et une hospitalisation récente. Les facteurs de risques cités pour le déclin fonctionnel au cours ou au décours de l'hospitalisation sont : les blessures post-chute, l'âge élevé, un statut fonctionnel bas (ADL ou IADL) avant l'admission, une déficience neuro-cognitive, un score bas au Mini Mental State Examination (MMSE), la dépression, la durée du séjour, la malnutrition, une instabilité à la marche (Chang 2010, Hoogerduijn 2006, Gill 2004, Landefeld 2003). Le statut fonctionnel d'un patient âgé à l'admission pourrait être un facteur prédictif de la mortalité au cours des 6 mois qui suivent l'hospitalisation (Ponzetto 2003).

Les chutes aussi sont fréquentes chez les sujets âgés hospitalisés, surtout la première semaine d'hospitalisation, avec des risques de complications secondaires à ces chutes. Ces complications incluent les fractures, l'angoisse de chuter à nouveau, la perte de confiance en soi ou l'allongement de la durée d'hospitalisation. Nous pouvons citer également les procédures diagnostiques ou interventions chirurgicales complémentaires, les litiges potentiels sur le plan légal, le risque d'institutionnalisation et l'accroissement des coûts de santé (Corsinovi 2009, Australian National Ageing and Research Institute 2004).

Les infections nosocomiales (IN) font également partie des risques liés à l'hospitalisation. Les IN sont définies comme étant des infections contractées dans un établissement de santé. Elles sont à distinguer des « infections associées aux soins » dont elles font partie et qui désignent les infections au cours ou au décours d'une prise en charge d'un patient, hospitalière ou non, à condition qu'elles ne soient ni présentes ni en incubation au début de la prise en charge (Ministère de la Santé et des Sports 2009). En France en 2006, la prévalence des patients infectés par une IN est proche de 5%, soit 1 patient hospitalisé sur 20 (INVS 2006). Le risque d'IN est d'autant plus élevé que le patient est âgé : la prévalence des personnes infectées par une IN est de 6.14% chez les plus de 65 ans versus 3.50% chez les moins de 65 ans, soit un ratio de prévalence de 1.76 (INVS 2006).

Ces risques expliquent pour partie la mauvaise image de l'Hôpital auprès des médecins, comme le montrent les résultats de notre travail, mais aussi et surtout auprès des patients, ce qui tend également à limiter son recours.

Les représentations de l'institution hospitalière chez le sujet âgé

Nous rappelons que les représentations de l'Hôpital chez le sujet âgé sont ambivalentes. L'institution hospitalière est parfois le seul recours, la seule possibilité d'obtenir une rémission et en même temps elle est aussi associée à une crainte chez les personnes âgées, celle d'être à la merci du personnel soignant, celle de perdre la capacité à décider pour soi-même, c'est-à-dire son autonomie (Veysset 1989). A l'Hôpital, il y a aussi le risque de se voir découvrir des affections graves, de ne pas pouvoir retourner à son domicile avant longtemps voire jamais. Enfin, l'Hôpital est souvent assimilé à un lieu déshumanisé, angoissant et incapable de prendre en charge l'angoisse des malades (Veysset 1989). Une étude montre que de nombreux patients se plaignent des difficultés de l'institution à prendre en charge les mourants et des difficultés de communication entre les équipes, les patients et leur famille (Townsend 2000). Ils se plaignent aussi de la gestion des lits, des horaires de visites inadéquats, du non respect de la pudeur des malades, de l'inaccessibilité de la nourriture, du manque d'informations, de la solitude de certains malades, du bruit des couloirs et des voisins de chambre (Townsend 2000).

L'institutionnalisation, réponse aux problèmes du maintien à domicile ?

Les maisons de retraite ou les services de moyen ou de long séjour souffrent également de leur image auprès des patients. Les médecins généralistes que nous avons interrogés les présentent souvent comme des recours en cas de « trop grande » dépendance de la personne âgée, d'épuisement des aidants ou de solitude du patient.

Si nous prenons l'exemple de la solitude, il apparaît en fait que l'institutionnalisation, même si elle peut régler le problème de l'isolement social, n'améliore pas pour autant le sentiment de solitude (Caradec 2009, Veysset 1989). En effet, la socialisation est difficile dans ces structures d'hébergement. Les relations avec le personnel sont instrumentales et limitées. Celles avec les autres résidents sont « polies et à distance ». L'institution est donc une solution limitée pour prendre en charge la solitude des personnes âgées (Caradec 2009).

Par ailleurs, il est difficile pour le sujet âgé de se sentir vraiment chez elle dans l'institution. L'institution est impersonnelle et l'appropriation de cet espace nouveau ne se fait pas aisément. La personne âgée, en quittant son cadre de vie habituel c'est-à-dire son domicile, brise son système de repaire et brouille ses repères, en somme elle abandonne tout ce qu'elle a construit depuis des années (Veysset 1989).

L'entrée dans une institution implique donc une reconstruction identitaire. Cette reconstruction de l'identité est rendue d'autant plus difficile que la personne âgée doit se familiariser avec la présence d'autres individus parfois déficients mentalement ou physiquement. La présence de ces personnes déficientes est problématique pour les pensionnaires valides en raison de leur crainte de devenir elles aussi déficientes ou d'être confondues avec elles. Enfin, la cohabitation n'est pas toujours facile avec des individus qui ne sont souvent plus capables de respecter les règles basiques de la vie en communauté (Caradec 2009).

Tout cela explique les représentations négatives des institutions (Caradec 2009). Les maisons de retraite sont encore souvent perçues comme des « institutions totales » semblables à des lieux d'enfermement où règnent la gestion disciplinaire des corps, l'uniformisation et l'infantilisation des pensionnaires, le non respect de la pudeur, l'absence d'intimité, l'ennui, la perte d'intérêt pour l'existence.

Existe-il des solutions pour améliorer le vécu de l'institutionnalisation ?

Les médecins qui ont participé à notre travail ont insisté sur le fait de préparer la personne âgée quand c'est possible, et d'avoir un projet thérapeutique et un plan de bataille. Négocier, argumenter, laisser passer le temps, passer par la famille et bien peser le pour et le contre peuvent faciliter l'institutionnalisation. La connaissance de ses correspondants hospitaliers est un atout majeur. Mais en général, la volonté et le projet de vie du patient sont privilégiés.

Compte tenu des critiques qui leur sont formulées, certaines institutions ont choisi depuis quelques années d'évoluer. Les structures d'hébergement se sont transformées avec le souci de s'humaniser et de valoriser l'autonomie des pensionnaires. Des chambres individuelles ont été construites. Des droits ont été octroyés aux résidents. Cependant ces transformations ont aussi leurs limites : les cadences de travail du personnel restent élevées, les impératifs de sécurité nécessaires entravent la liberté de circulation, les prescriptions médicales et alimentaires doivent être respectées, les normes du « bien vieillir » sont imposées (Caradec 2009).

Au niveau de certains services hospitaliers, il y a eu des changements aussi (Seth Landefeld 1995) avec notamment une réorganisation des unités gériatriques, l'apparition d'environnements spécialement conçus et adaptés aux patients âgés. Les pratiques médicales et paramédicales ont été repensées : les soins sont centrés sur le patient, la préparation du retour à domicile se fait dès l'admission, les réévaluations de la prise en charge sont régulières et fréquentes. Une étude randomisée (Seth Landefeld 1995) a montré qu'une prise en charge de la personne âgée repensée et intégrant toutes ces nouvelles pratiques, comparée à une prise en charge traditionnelle, permettait une amélioration significative sur le plan fonctionnel, en particulier pour les moins de 80 ans, une diminution significative des admissions en institution à long terme et un état de santé perçu par les personnes âgées elles-mêmes comme meilleur. Toutefois, il n'y a pas eu dans cet essai de différences de mortalité entre les deux groupes. Un autre article insiste également sur la nécessité de limiter les risques de complications liées à l'hospitalisation et d'améliorer le vécu du séjour grâce à une nouvelle conception des soins et à l'introduction de nouvelles pratiques médicales (Creditor 1993). Il s'agit notamment d'identifier les patients à risque par une évaluation gériatrique initiale pour

tous les patients âgés hospitalisés, d'éviter l'alitement et les perfusions intraveineuses autant que possible, de descendre les lits au plus bas. Il est aussi proposé de laisser les boissons à la portée des patients, de prendre en charge les problèmes de dentition, de réaménager l'environnement (éclairage, horloge, calendrier), de faire manger les patients ensemble, d'habiller puis de déshabiller quotidiennement les patients, d'impliquer les services sociaux dès l'admission du patient et de favoriser sa déambulation.

Mais avant tout, il faut agir en amont. Il est en effet primordial de prévenir l'hospitalisation ou l'entrée en maison de retraite par une prévention primaire efficace. Une étude contrôlée randomisée danoise (Hendriksen 1984) a comparé pendant 3 ans, chez les sujets de plus de 75 ans non institutionnalisés, l'efficacité des visites au domicile tous les 3 mois avec évaluation médico-sociale suivie si besoin d'interventions (bras « intervention ») versus une prise en charge médicale habituelle (bras « contrôle »). Les résultats montrent une diminution significative du nombre d'hospitalisations et de la durée des hospitalisations, ainsi qu'une diminution des admissions aux urgences et une diminution de la mortalité dans le groupe « intervention ». Cependant, il n'y a pas eu de différence en ce qui concerne les admissions dans les maisons de retraite ou dans le nombre de contacts entre les patients et les médecins traitants. A l'inverse dans une autre étude contrôlée et randomisée (Stuck 1995), l'évaluation gériatrique annuelle suivie de conseils et recommandations, chez des personnes âgées de plus de 75 ans non institutionnalisées, comparée à une prise en charge médicale habituelle, permet une diminution significative du taux d'admission dans les maisons de retraite, bien qu'il n'y ait pas de différence en termes d'hospitalisation.

Des propositions existent donc pour prévenir les hospitalisations ou pour améliorer le vécu du séjour hospitalier si celui-ci s'avère nécessaire. Parmi ces propositions, il en est une dont nous n'avons pas encore parlé : c'est l'amélioration de la relation et de la communication entre médecins prenant en charge un même patient.

2- Les problèmes de communication entre médecins généralistes et spécialistes

L'un des freins majeurs à une prise en charge de qualité des patients âgés, non seulement relevé par les médecins de famille que nous avons interrogés mais aussi rapporté par plusieurs études, est le défaut ou la mauvaise qualité de la communication entre les médecins

intervenant auprès du même patient. Nous rappelons que, par souci de clarté, nous nommons « spécialistes » tous les médecins relevant d'une spécialité autre que la médecine générale, bien que celle-ci soit reconnue en France comme une spécialité à part entière.

Les critiques de part et d'autre

Le constat est clair et inquiétant : ni les généralistes ni les spécialistes ne sont satisfaits de la communication inter-médecins (Piterman 2005 (b), Stille 2005, Tattersall 2002, Blumenthal 1995, Gandhi 2000).

Le principal moyen de communication entre les médecins est la lettre (Gandhi 2000). Or, qu'elle soit le courrier d'adressage du généraliste ou la réponse du spécialiste, la lettre est loin de répondre aux attentes de son destinataire.

Les médecins spécialistes ne sont satisfaits ni de la qualité ni du contenu des lettres d'adressage des généralistes (Piterman 2005 (b), Tattersall 2002, Gandhi 2000). Ils leur reprochent fréquemment l'absence de motif d'adressage, l'absence de questions claires auxquelles ils doivent répondre, l'absence d'histoire de la maladie, d'examen clinique, des résultats des tests, des traitements antérieurs et globalement tous les détails que le patient ne peut pas leur fournir. Les généralistes regrettent le manque de temps pour rédiger des courriers d'adressage convenables et reconnaissent eux-mêmes qu'ils n'indiquent pas souvent les médicaments ni les antécédents (Gandhi 2000).

Quant aux médecins généralistes, ils se disent mécontents du manque d'informations de la part des spécialistes, de la nécessité de renvoyer le patient chez le spécialiste pour des informations supplémentaires (Gandhi 2000). Ils attendent du spécialiste des réponses précises, une évaluation du patient, un diagnostic précis, un pronostic, des résultats des tests ou des interventions, un traitement détaillé, les possibles effets de la maladie sur la qualité de vie du patient, le suivi à prévoir et ce qui a été dit au patient (Piterman 2005 (b), Tattersall 2002, Gandhi 2000). Ils attendent aussi du spécialiste une réponse courte, précise, rapide et une certaine courtoisie professionnelle, par exemple que celui-ci mentionne dans son courrier le nom du généraliste qui lui a adressé le patient (Piterman 2005 (b), Tattersall 2002). Enfin, certains médecins généralistes se plaignent tout simplement de ne pas avoir de retour du

spécialiste (Piterman 2005 (b), Tattersall 2002). Le taux de non réponse du médecin spécialiste pourrait atteindre 45% selon certaines études (Stille 2005, Blumenthal 1995).

La communication entre les médecins généralistes et leurs confrères spécialistes est d'autant plus problématique que les médecins ne travaillent pas dans le même hôpital ou la même clinique (Stille 2005, Blumenthal 1995).

Une bonne communication entre médecins est pourtant nécessaire à une prise en charge optimale du patient âgé.

L'importance d'une bonne communication entre les médecins

La prise en charge multidisciplinaire relève d'une importance particulière, notamment pour les patients souffrant de maladies chroniques (Rothman 2003). Les médecins traitants et leurs patients considèrent la coopération et la communication entre les différents intervenants comme un élément primordial d'une prise en charge de qualité (Borgsteede 2006). Les patients ont beaucoup d'attentes concernant le spécialiste (Piterman 2005 (b)). Ils veulent que le médecin spécialiste établisse avec eux une communication appropriée et individualisée, fondée sur une écoute attentive. Ils veulent aussi des compétences permettant l'amélioration des symptômes, et des informations concernant le diagnostic et le pronostic. Ils souhaitent que le spécialiste fasse preuve de patience et qu'ils portent un intérêt dans des domaines autres que la maladie. Ils demandent aussi qu'il n'y ait pas de domination du spécialiste dans les échanges et que le spécialiste communique rapidement avec leur médecin traitant. Du généraliste, les patients attendent surtout des informations concernant l'avis spécialisé demandé.

Les demandes d'avis spécialisés représentent une part importante des consultations du médecin de famille. Elles concernent environ 10% des consultations, essentiellement des avis de chirurgie, d'ophtalmologie, de gynécologie (Piterman 2005 (b)). Les médecins généralistes souhaitent un avis du spécialiste pour plusieurs raisons. Ils souhaitent être aidés pour le diagnostic, le bilan à faire, le traitement à mettre en route ainsi que pour se rassurer eux-mêmes ou rassurer le patient. La qualité de communication entre le spécialiste et le généraliste est un élément essentiel du choix du spécialiste par le médecin traitant lorsqu'il va adresser un

patient (Piterman 2005 (b)). Les autres critères pour le choix du confrère sont les compétences médicales du spécialiste, l'expérience antérieure que le médecin généraliste a pu avoir avec son confrère spécialiste pour un autre patient, les considérations géographiques, la nécessité d'hospitaliser le patient, la requête du patient ou de l'assureur dans le cadre d'un problème médico-légal.

Comment expliquer cette relation particulière entre le généraliste et ses confrères spécialistes ?

La relation entre généralistes et spécialistes est déterminée par le contexte et le système de soins (Piterman 2005 (a)).

Historiquement, les médecins généralistes ont été exclus du système hospitalier, si bien que la médecine générale s'est construite par opposition à la médecine spécialisée et hospitalière. Les rôles des généralistes sont de prodiguer des soins primaires centrés autour du malade, de prendre en charge le malade dans la globalité, dans la continuité et de faire de la prévention. La médecine générale s'attache à comprendre le contexte bio-psycho-socio-sémiologique qui entoure le malade et sa maladie, tandis que la médecine spécialisée se focalisera sur le processus physiopathologique et les systèmes touchés par ce processus (Piterman 2005 (a)).

L'enjeu de cette relation généralistes – spécialistes est aussi un enjeu de pouvoir : c'est le médecin généraliste qui au cours de la prise en charge d'un patient demande un avis au spécialiste et c'est le spécialiste qui donne des conseils à l'omnipraticien quant à sa prise en charge, de telle sorte que le statut et la connaissance du spécialiste sont souvent plus valorisés que ceux du médecin généraliste. Pourtant, leurs connaissances sont différentes et complémentaires. Cette dévalorisation de la médecine générale entraîne un mécontentement croissant des médecins de famille et une tension entre les généralistes et les spécialistes, ce qui ne favorise pas la communication entre confrères (Piterman 2005 (a)).

Comment améliorer la communication entre les médecins généralistes et les spécialistes ?

Une formation à la rédaction des courriers inter-confrères pourrait permettre d'améliorer le contenu des lettres et la satisfaction des destinataires (Tattersall 2002).

Le formatage des courriers pourrait contribuer à augmenter le contenu des lettres d'adressage tout en restant concis, mais il n'est pas montré qu'il augmentait les taux de réponses des spécialistes (Piterman 2005 (b), Tattersall 2002).

Des actions politiques ont tenté de revaloriser la médecine générale, notamment en reconnaissant la spécificité de la discipline : ainsi dans certains pays, les spécialistes ne sont pas autorisés à exercer à médecine générale ou certains soins qui relèvent de la médecine générale (Piterman 2005 (b)).

L'un des médecins participant à notre étude a déclaré que le réseau de soins gériatrique dont il faisait partie lui avait permis d'améliorer ses relations avec ses confrères hospitaliers spécialistes. Il n'y a malheureusement pas d'étude, à notre connaissance, portant principalement et spécifiquement sur l'amélioration de la relation inter-médecins grâce aux réseaux de soins. Cependant, une étude sur les réseaux gériatriques mentionne l'existence parfois de difficultés de communication entre le généraliste et le médecin gériatre (De Stampa 2009) et paradoxalement, ces difficultés sont d'autant plus grandes que les contacts entre médecins sont rares. L'étude évoque aussi la difficulté de chaque médecin à partager, pour un même patient, sa responsabilité médicale.

Ainsi, les difficultés de communication entre les généralistes et les spécialistes semblent bien ancrées et trouvent leurs origines dans l'Histoire de la médecine. Elles révèlent des enjeux de pouvoir entre les disciplines médicales, et probablement, elles persisteront tant que la médecine de famille ne sera pas valorisée grâce à une volonté politique et reconnue à l'égale des spécialités d'organe ou des spécialités purement techniques. Nous voyons là un exemple de l'importance de la politique de santé en médecine.

3- Le défi politique posé par le vieillissement de la population

Notre objectif dans ce chapitre n'est pas de faire des propositions politiques mais de réfléchir sur des principes d'une politique de santé qui puisse faciliter la prise en charge des personnes âgées par les médecins de famille. Mais auparavant, voyons pourquoi la prise en charge médicale d'un patient âgé pose des problèmes qui nécessitent une réponse politique.

Nécessité d'une réponse politique aux problèmes posés par la prise en charge des personnes âgées

Les raisons de l'importance de la politique de santé sur la prise en charge ambulatoire des personnes âgées sont multiples et renvoient, entre autres, aux différents enjeux sociaux, sociétaux et économiques du maintien à domicile dont nous avons discuté en première partie.

Intrication des aspects médicaux, sociaux et économiques

Pour commencer, rappelons que les aspects socio-économiques ne peuvent être séparés des aspects purement médicaux. Nous avons vu en effet que le socio-économique pouvait avoir un impact sur la santé des personnes âgées, ainsi que sur leur prise en charge médicale. Notre étude montre que les médecins traitants accordent une grande importance aux aspects sociaux et économiques dans le processus décisionnel d'hospitaliser une personne âgée. C'est vraisemblablement la raison pour laquelle le manque de soutien social augmente le risque d'institutionnalisation (Mouquet 2008, Cribier 2005, Landi 2004).

La solidarité publique dans la prise en charge des personnes âgées

Les contraintes économiques sont importantes à prendre en compte bien sûr par le médecin, le politique mais plus généralement tout citoyen, en raison du principe de solidarité intergénérationnelle qui caractérise nos sociétés occidentales. Nous vivons en effet dans des « Etats-Providence » (Caradec 2009), si bien que la solidarité publique vient compléter la solidarité familiale dans la prise en charge des personnes âgées. Or, la population âgée est la plus consommatrice de soins (Gallagher 2007). Les dépenses de santé ne pourront pas augmenter continuellement. Les dépenses courantes de santé en France représentent déjà 215 milliards d'euros soit 11% du Produit Intérieur Brut en France (INSEE 2010) et il est prévu pour cette année un déficit de 30 milliards d'euros dans le budget de la Sécurité Sociale (Vasselle 2009). Ces dépenses de santé devraient continuer à augmenter dans les pays développés avec l'augmentation du nombre de personnes âgées (Martini 2007, Seshamani 2004, Polder 2002).

La question de la répartition et de la disponibilité des ressources

Les considérations économiques posent la question de la répartition des ressources financières, matérielles et humaines, et pèsent donc sur les choix politiques. La prise en charge médicale d'un patient donné est influencée par les ressources mises à disposition par la collectivité. Par exemple, une étude belge a montré que la présence de maisons médicalisées dans une zone donnée diminuait le risque de décéder à l'Hôpital dans cette même zone (Van Rensbergen 2006).

Nécessité de repenser la place et le rôle des personnes âgées dans la société

La société doit également repenser le rôle des personnes âgées et leur place. La part des personnes âgées de plus de 60 ans ne cesse d'augmenter (INSEE 2010, Christensen 2009, Martini 2007, Seshamani 2004, Polder 2002, Brutel 2002) si bien que la société actuelle doit relever de nouveaux défis. La question des retraites, notamment les problèmes posés par le système par répartition, en est un exemple (Brutel 2002). Cette question des retraites s'inscrit dans une question plus générale qui est celle de la définition de la vieillesse et des rôles des sujets âgés dans la société. Ainsi, si nous abandonnons la définition purement chronologique de la vieillesse pour préférer la définition par « l'âge social » des sociologues ou « l'âge physiologique » des médecins, nous comprenons pourquoi certains démographes récusent l'affirmation selon laquelle nos sociétés occidentales vieillissent (Caradec 2009). De même, l'étude de l'ambivalence de la personne âgée dans les chapitres précédents montre qu'il peut exister un décalage entre la perception que nous avons de nous-mêmes et la perception qu'en ont les autres : un individu peut ne pas se « sentir vieux » et être quand même considéré par les autres comme tel. En effet, c'est le regard des autres qui nous donne le sentiment de « devenir vieux » : c'est le fameux « pouvoir d'assignation identitaire du regard d'autrui » (Caradec 2009).

Tout cela amène à la nécessité d'un changement de point de vue de nos sociétés sur nos personnes âgées. Il faut rectifier nos représentations trop déficitaires de la vieillesse et regarder les aspects positifs conférés par le temps et l'expérience (Veysset 1989). La société doit changer de modèle de vieillissement et accepter de recevoir des personnes âgées. En refusant les échanges avec le sujet âgé, elle dévalorise une partie de la population et la rend « assistée ». En ne permettant pas au mécanisme du don et du contre-don de se faire, elle

culpabilise ses personnes âgées et les asservit (Veysset 1989). Evidemment, ce changement de point de vue est aussi un choix sociétal et relève de la politique.

Le problème de la démographie médicale

Enfin, compte tenu de la diminution du nombre de médecins, du vieillissement de la population médicale et des disparités de densité médicale d'un département à l'autre (CNOM 2009), une réponse politique face à l'évolution de la démographie médicale est plus que jamais nécessaire et urgente dans nos sociétés où la proportion des personnes âgées ne fait qu'augmenter avec le temps.

Ainsi, les politiques ont plusieurs défis à relever face à l'augmentation du nombre de personnes âgées dans la société. Le plus grand d'entre eux est probablement une plus grande prise en compte de ce qui n'est pas mesurable.

Le plus grand défi d'une politique de santé : introduire le qualitatif dans le quantitatif

L'importance du qualitatif

Le qualitatif, bien que plus difficile à appréhender que le quantitatif, est tout aussi important. Cette importance se reflète dans plusieurs domaines. Par exemple, chez un individu donné, sa propre perception de son état de santé, c'est-à-dire de la qualité de sa santé, est corrélée à sa mortalité (DeSalvo 2005). Un autre exemple illustre l'importance du qualitatif : une communication médecin-malade de bonne qualité augmente la satisfaction du patient et du médecin, améliore la qualité de vie du malade, lutte contre la solitude, diminue le recours aux examens paracliniques et améliore l'observance (Williams 2007). Un dernier exemple nous vient des campagnes de prévention : les campagnes de lutte contre le tabagisme, l'obésité, la sédentarité, des excès de la consommation d'alcool ou une alimentation déséquilibrée permettraient d'améliorer les conditions de vie, la santé et la longévité des personnes âgées sans augmenter les coûts de santé (Christensen 2009).

Notons au passage que les enjeux éthiques liés à la prise en charge de patients âgés relèvent également du « qualitatif ». Pour en avoir déjà longuement discuté, nous n'y revenons pas.

Le qualitatif n'est pas forcément plus onéreux

Il est important d'ajouter que l'amélioration de la qualité d'une prise en charge n'est pas nécessairement associée à une augmentation des dépenses. Là encore, nous avons plusieurs exemples. Ainsi, une prise en charge à domicile améliore la qualité de vie du patient et revient moins chère qu'une institutionnalisation (Alemayehu 2004, Lubitz 2003). Le vieillissement de la population ne conduit pas inéluctablement à augmenter l'offre hospitalière (Mouquet 2008, Martini 2007, Polder 2002). Les progrès médicaux contribuent à l'allongement de l'espérance de vie des personnes. Les personnes âgées vivent plus longtemps et mieux, mais ne coûtent pas plus cher que des personnes âgées malades et vivant moins longtemps (Lubitz 2003).

Les soins primaires et le qualitatif

Enfin, soulignons l'importance de la promotion et de la valorisation des soins primaires. Nous avons vu en première partie de discussion le rôle en santé publique joué par le médecin traitant. Nous insistons à nouveau sur le fait que les soins primaires peuvent permettre d'une part d'améliorer la prise en charge des patients et l'accès aux soins pour les personnes âgées, et d'autre part d'obtenir de bons indicateurs de santé d'une population, sans augmenter le nombre de consultations chez les spécialistes, tout en contrôlant les dépenses de santé (Moblely 2006, Starfield 2005 (b) Chaix 2005, Baicker 2004, Tomlin 1999, Blumenthal 1995).

Limite du qualitatif

Cependant, il faut admettre que le qualitatif est bien plus difficile à évaluer que le quantitatif (Sofaer 2005), ce qui limite son utilisation. Ainsi, la perception de la qualité d'une prise en charge est complexe et trop souvent réduite à la satisfaction. Par ailleurs, cette perception peut changer en fonction de la personne, selon que l'on est médecin ou patient, au cours du temps ou en fonction de l'éducation qu'on a reçue ou de sa formation.

Ainsi, le qualitatif doit être pris en compte par toute politique de santé compte tenu de son importance et parce qu'elle est irremplaçable. De la même façon, nous pensons que notre travail sur les difficultés de la prise en charge ambulatoire de la personne âgée par le médecin

traitant et le processus décisionnel qui aboutit à l'hospitalisation n'aurait pas été possible sans une méthode de recherche qualitative, même si celle-ci comporte ses limites.

4- Limites de ce travail de thèse

Les limites de notre travail peuvent être distinguées selon qu'elles sont en rapport avec le caractère qualitatif de l'étude ou en rapport avec la méthode spécifique de la théorisation ancrée.

Limites liées au caractère qualitatif de notre travail

Toute étude qualitative, dont la nôtre, pose le problème de la généralisabilité de ses résultats et le risque de subjectivité (Huston 1998).

Notre travail vise à comprendre un phénomène, en l'occurrence le raisonnement et la démarche d'un médecin traitant qui décide l'hospitalisation d'une personne âgée, jusque-là prise en charge à son domicile. Ce travail, comme la plupart des études qualitatives, n'a pas pour objectif la généralisabilité de ses résultats, si bien qu'elle n'a pas besoin d'un échantillon représentatif et important (Huston 1998). Par contre, afin de comprendre un phénomène de manière complète, elle doit rechercher une saturation de ses données. Nous rappelons que nos données ont été saturées dès la fin du 10^e entretien.

Une autre critique concerne le risque de subjectivité du traitement des informations collectées. Ce risque est habituellement limité par la méthode de triangulation et la vérification des résultats auprès des participants (Pope 2000, Sofaer 1999, Huston 1998).

L'absence d'analyse par triangulation ou de vérification auprès des participants pourrait être reprochée à notre travail. Cela dit, nous avons pallié à cette carence de plusieurs façons. Tout d'abord toutes les interviews ont été enregistrées puis retranscrites intégralement (en prenant soin cependant de nous assurer de l'anonymat des participants et des patients cités en exemple par les médecins). Les verbatim sont placés en annexe pour être mis volontairement à disposition des lecteurs qui peuvent les consulter s'ils le souhaitent. Ensuite, la fragmentation des données, leur regroupement et la « comparaison continue » ont été faits de manière

rigoureuse, quasiment mot à mot lors des premières lectures de chaque retranscription, en suivant les étapes de la méthode d'analyse préconisées par Glaser et Strauss. Enfin, les résultats ont été confrontés doublement. D'une part, l'analyse des données se faisant au fur et à mesure de leur recueil, les résultats des premiers entretiens ont pu être discutés par les médecins participants aux interviews suivants. D'autre part, les résultats que nous avons obtenus à l'issue du traitement de toutes nos données ont été confrontés avec les données de la littérature.

Limites liées à la méthode de la Théorisation ancrée

L'utilisation de la méthode de la Théorisation ancrée, méthode conçue dans les années 60 par des sociologues et initialement utilisée en sociologie (Glaser 1999), peut surprendre. Cependant, cette méthode a commencé par la suite à être utilisée dans le domaine médical et elle a maintenant démontré son intérêt, notamment pour les études qui concernent la compréhension de phénomènes complexes en médecine (Hennebo 2009, Puts 2009, Van Ravesteijn 2008, Yaffe 2008, Rodriguez 2006).

Pistes de recherche proposées

Des critiques peuvent être adressées non seulement sur le choix de la méthode mais également sur la nécessité d'approfondir certains aspects de nos résultats. C'est pourquoi nous pensons que d'autres travaux de recherche qualitative pourraient être entrepris afin d'explorer, par exemple, la perception de la prise en charge médicale par les patients âgés eux-mêmes, de leur maintien à domicile ou leur hospitalisation. De même, il serait intéressant d'étudier les représentations des médecins hospitaliers de la prise en charge ambulatoire des sujets âgés ou des raisons conduisant à leur hospitalisation, ou encore d'analyser comment le vécu du séjour hospitalier d'un sujet âgé est perçu par eux.

Des études quantitatives sur le même sujet pourraient venir compléter notre travail, les approches qualitatives et quantitatives étant complémentaires (Turgeon 2000, Sofaer 1999, Huston 1998). Ces études permettraient notamment de généraliser nos résultats grâce à un échantillon plus important et représentatif de médecins généralistes.

Par ailleurs, d'autres études, qu'elles soient quantitatives ou qualitatives, nous aideraient à mieux connaître l'importance respective des différents aspects sociaux, psychologiques et socio-économiques dans le processus décisionnel du médecin traitant prenant en charge le patient âgé. Nous pourrions aussi concevoir une étude pour connaître l'ampleur de l'insuffisance de la prise en charge par les médecins généralistes français des sujets âgés maltraités.

Enfin, il serait intéressant d'étudier l'impact de la prise de conscience des différentes composantes de la décision d'hospitalisation sur la qualité de la prise en charge ambulatoire et hospitalière, sur la satisfaction du patient, sur le nombre d'institutionnalisations et d'hospitalisations, sur la qualité de la communication médecin traitant - médecin hospitalier. De la même façon, une étude sur l'effet d'une campagne de sensibilisation des généralistes à la maltraitance du sujet âgé pourrait être entreprise.

Tester la qualité de cette étude par une grille de lecture pour articles de recherche qualitative

Une des façons d'évaluer la qualité de notre travail est de le soumettre à une grille d'évaluation conçue pour les études qualitatives dans le domaine de la santé (Côté 2002). Nous allons ainsi nous servir de la grille de Côté et Turgeon qui a l'avantage d'être simple, facile d'utilisation et qui permet de suivre le plan de notre travail (Côté 2002).

La grille comporte douze questions auxquelles nous pouvons répondre par oui, plus ou moins oui, ou non.

INTRODUCTION	
1- La problématique est-elle bien décrite et en lien avec l'état actuel des connaissances ?	
2- La question de recherche est-elle clairement énoncée et est-elle pertinente pour une recherche qualitative ?	

LES METHODES	
3- Le contexte de l'étude et le rôle des chercheurs sont-ils clairement décrits ?	
4- La méthodologie est-elle appropriée à la question de recherche ?	
5- La sélection des participants est-elle justifiée ?	
6- Le processus de recueil des informations est-il clair et pertinent ?	
7- L'analyse des données est-elle crédible ? (triangulation, vérification auprès des participants)	
LES RESULTATS	
8- Les principaux résultats sont-ils présentés de façon claire ?	
9- Les citations favorisent-elles la compréhension des résultats ?	
LA DISCUSSION	
10- Les interprétations des résultats sont-elles vraisemblables et novatrices ?	
11- Les limites de l'étude sont-elles présentées ?	
CONCLUSION	
12- La conclusion présente-elle une synthèse de l'étude et des pistes de recherche sont-elles proposées ?	

Il nous semble que nous pourrions répondre oui à toutes ces questions, excepté à la question n°7 où il n'y a pas eu de triangulation au sens habituel du terme. Mais nous en avons déjà discuté.

Cette grille comme toutes les grilles de lecture présente également des limites. Tout d'abord, elle est conçue pour l'ensemble des études qualitatives et non pour les études utilisant spécifiquement l'analyse par théorisation ancrée. Par ailleurs, elle n'a pas été conçue pour une auto-évaluation de son travail. Ensuite, cette grille est relativement récente si bien que nous manquons encore de recul quant à son utilisation et son efficacité en pratique. Enfin, nous n'avons aucune preuve d'une validité externe de cette grille.

CONCLUSION

Pour le médecin généraliste, la prise en charge ambulatoire de la personne âgée a pour objectif de maintenir le plus longtemps possible ce patient à son domicile. La préoccupation constante du médecin est de respecter l'autonomie de son patient et sa qualité de vie.

L'ensemble de la prise en charge ambulatoire s'articule autour de cet objectif, y compris lorsqu'une hospitalisation s'impose. La demande d'hospitalisation est le plus souvent motivée par l'impossibilité de prolonger le maintien à domicile. L'hospitalisation est vécue comme une nécessité par le patient âgé et son médecin, afin de s'assurer un retour au domicile dans des conditions optimales. Le médecin généraliste attend une collaboration du médecin hospitalier dans ce sens. Les difficultés du maintien à domicile de la personne âgée sont d'autant plus importantes que celle-ci est fragile : soucis médicaux, sociaux, économiques.

La globalité de la prise en charge est la première difficulté rencontrée : le patient âgé est souvent polypathologique, ce qui complique le diagnostic et multiplie la probabilité de polymédication et les risques iatrogéniques. Le médecin généraliste porte autant son attention sur la prévention que le diagnostic ou la thérapeutique. Les aspects sociaux et économiques doivent être pris en compte, incluant l'entourage dont l'importance est considérable pour les personnes dites « dépendantes ».

La continuité des soins est la deuxième difficulté. Elle comporte plusieurs facettes. Tout d'abord, elle suppose un accès aux soins pour la personne âgée. En ce sens, la visite à domicile par le médecin généraliste revêt une importance cruciale. Mais elle comporte aussi de nombreuses contraintes. La bonne connaissance du patient est l'apanage de son médecin généraliste qui va assurer une coordination des soins de qualité.

La relation avec la personne âgée pose un certain nombre de difficultés au médecin généraliste. Tout d'abord, cette relation peut être triangulaire lorsqu'intervient l'aidant, posant le problème du respect du principe de l'autonomie du sujet âgé et du secret médical. Des mesures de sécurité et des précautions élémentaires vont parfois limiter cette autonomie.

L'ambivalence de la personne âgée et de son rapport avec la médecine peut être à l'origine d'un refus de soin ou d'hospitalisation.

Les considérations économiques, notamment concernant la disponibilité et la répartition des ressources, compliquent aussi la tâche du médecin généraliste dont le rôle et la responsabilité en santé publique ne sont plus à démontrer.

La conception du vieillissement dans nos sociétés occidentales ne facilite pas le travail du médecin généraliste qui, lorsque ses limites sont atteintes, n'a d'autre choix que d'hospitaliser la personne âgée ou la placer en maison de retraite.

Toutes ces difficultés expliquent que la prise en charge ambulatoire de la personne âgée par le médecin généraliste comporte des « points noirs ». Citons par exemple la maltraitance de la personne âgée qui reste sous diagnostiquée et insuffisamment signalée, la iatrogénie médicamenteuse dont une grande partie est évitable ou encore la mauvaise prise en charge du suicide chez le patient âgé.

Plusieurs solutions ont été envisagées pour permettre au généraliste de surmonter ces difficultés. Il s'agit notamment de repenser sa formation initiale et continue, de remettre la communication médecin - malade à l'honneur, de valoriser les soins ambulatoires par une politique de santé prenant en compte aussi bien le « quantitatif » que le « qualitatif ». Les réseaux de soins gériatriques peuvent aussi aider le médecin de famille. Enfin, la place et le rôle du sujet âgé dans la société doivent être reconsidérés, ce qui implique un changement de regard que nous portons sur les personnes âgées et une remise en cause de nos valeurs actuelles.

Cependant ces difficultés sont aussi ce qui fait la richesse de la médecine clinique et de la médecine générale en particulier. Elle permet à celle-ci de déployer toutes ses potentialités dans la prise en charge des personnes âgées et de montrer toute son utilité pour la collectivité. C'est en cela que la prise en charge des patients âgés souligne l'importance des soins primaires et valorise la médecine générale.

BIBLIOGRAPHIE

Afilalo J, Karunanathan S, Eisenberg MJ, et al. Role of frailty in patients with cardiovascular disease. *The American Journal of Cardiology*. 2009; 103: 1616-1621.

Agence Nationale des Services à la Personne. *Le Secteur des Services à la Personne* [en ligne]. [consulté le 02 avril 2010]. Disponible sur [http://www.servicessalapersonne.gouv.fr/le-secteur-des-services-a-la-personne-\(1017\).cml?>](http://www.servicessalapersonne.gouv.fr/le-secteur-des-services-a-la-personne-(1017).cml?>).

Ahmad M, Lachs MS. Elder abuse and neglect. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*. 2002; 69: 801-808.

Ahmed N, Mandel R, Fain MJ. Frailty: an emerging geriatric syndrome. *The American Journal of Medicine*. 2007; 120:748-753.

Alemayehu B, Warner KE. The Lifetime distribution of health care costs. *Health Serv Research*. 2004; 39: 627-642.

Alexopoulos GS. Depression in the elderly. *Lancet*. 2005; 365: 1961-1971.

Amindazeh F, Dalziel WB. Older adults in the emergency department: a systematic review of patterns of use, adverse outcomes, and effectiveness of interventions. *Ann Emerg Med*. 2002; 39: 238-247.

Aouaba A, Péquignot F, Camelin L, et al. La Mortalité par suicide en France en 2006. *DREES Etudes et Résultats* [en ligne]. 2009, n° 702. [consulté le 07 janvier 2010]. Disponible sur www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er702.pdf.

Arnetz BB. Psychosocial challenges facing physicians of today. *Social Science and Medicine*. 2001; 52: 203-213.

Assurance Maladie. Prévenir la iatrogénie médicamenteuse. *Ameli.fr* [en ligne]. 11 janvier 2008 [consulté le 01 juin 2010]. Disponible sur <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/vous-former-et-vous-informer/prevention-prise-en-charge-par-l-assurance-maladie/prevenir-la-iatrogenie-medicamenteuse.php>.

Assurance Maladie. Le Médecin traitant. *Ameli.fr* [en ligne]. 23 février 2010 [consulté le 31 mai 2010]. Disponible sur <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/gerer-votre-activite/le-medecin-traitant/le-dispositif-du-medecin-traitant.php>.

Australian National Ageing and Research Institute. An Analysis of research on preventing falls and falls injury in older people: Community, residential care and hospital settings. *Australian Government, Department of Health and Ageing* [en ligne]. 2004 [consulté le 15 février 2010]. Mise à jour 2004. Disponible sur http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/health-publhlth-publicat-document-falls_community-cnt.htm

Baicker K, Chandra A. Medicare spending, the physician workforce and beneficiaries' quality of care. *Health Affairs*. 2004; Suppl Web Exclusives : W184-197.

Bailleau G, Trespeu F. Les Bénéficiaires de l'aide sociale départementale en 2008. *DREES Etudes et Résultats* [en ligne]. Août 2009 ; n°700. [consulté le 07 janvier 2010]. Disponible sur < www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er700.pdf>

Bahu M, Coutrot T, Herbet JB. Parcours professionnels et états de santé. *DREES Dossiers Solidarité et Santé* [en ligne]. 2010, n°14. [consulté le 07 janvier 2010]. Disponible sur <<http://www.sante.gouv.fr/drees/dossier-solsa/pdf/article201014.pdf>>.

Barg FK, Huss-Ashmore R, Wittink MN, et al. A Mixed-methods approach to understanding loneliness and depression in older adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2006; 61: 329-339.

Beach SR, Schulz R, Williamson GM, et al. Risk factors for potentially harmful informal caregiver behavior. *J Am Geriatr Soc*. 2005; 53: 255-261.

Berg N, Moreau A, Giet D. La Maltraitance des personnes âgées, un phénomène de société. *Rev Med Brux*. 2005; 26: 344-9.

Berner YN. Elderly patients, physicians and family caregivers. *Isr Med Assoc J*. 2002; 4: 812-813.

Blumenthal D, Mort E, Edwards J. The Efficacy of primary care for vulnerable population groups. *Health Services Research*. 1995; 30: 253-273.

Blustein J, Hanson K, Shea S. Preventable hospitalizations and socio-economic status. *Health Affairs*. 1998; 17: 177-189.

Boillat ME, Gee D, Bellavance F. Ethical conflicts in home care : patient autonomy and physician advocacy. *Canadian Family Physician*. 1997; 43: 2136-2142.

Borgsteede SD, Graafland-Riedstra, Deliëns L, et al. Good end-of-life care according to patients and their GPs. *British Journal of General Practice*. 2006; 56: 20-26.

Borkowski JL. Trois dimensions de la vie des personnes âgées. *Economie et Statistique*. 1983 ; 158 : 37-49.

Bouman A, van Rossum E, Nelemans P, et al. Effects of intensive home visiting programs for older people with poor health status: a systematic review. *BMC Health Services Research*. 2008; 8: 74-85. (a).

Bouman A, van Rossum E, Ambergen T, et al. Effects of a home visiting program for older people with poor health status : a randomized clinical trial in the Netherlands. *J Am Geriatr Soc*. 2008; 56: 397-404. (b).

Bourcharlat M, Montani C, Myslinski M, et al. Pour un soutien psychothérapeutique à domicile du couple patient/aidant. *Encephale*. 2006 ; 32 : 92-96.

Boyd CM, Shadmi E, Conwell LJ, et al. A pilot test of the effect of guided care on the quality of primary care experiences for multimorbid older adults. *J Gen Intern Med.* 2008; 23: 536-542.

Breuil-Genier P. Aides aux personnes âgées dépendantes : la famille intervient plus que les professionnels. *Economie et Statistique.* 1998 ; 316-317 : 21-43.

Brutel C. La Population de la France métropolitaine en 2050 : un vieillissement inéluctable. *Economie et Statistique.* 2002 ; 355-356 : 57-71.

Cacioppo JT, Hawkley LC, Crawford E, et al. Loneliness and health: potential mechanisms. *Psychosomatic Medicine.* 2002; 64: 407-417.

Cacioppo JT, Hawkley LC. Perceived social isolation and cognition. *Trends in Cognitive Sciences.* 2009; 13: 447-454.

Caradec V. *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement.* 2^e édition. Saint-Jean de Braye : Armand Colin, 2009. 127 p. (128 La collection universitaire de poche). 978-2-200-35339-1.

Carmaciu C, Iliffe S, Kharicha K, et al. Health risk appraisal in older people 3 : prevalence, impact, and context of pain and their implications for GPs. *British Journal of General Practic.* 2007; 57: 630-635.

Caspi E, Silverstein NM, Porell F, et al. Physician outpatient contacts and hospitalization among cognitively impaired elderly. *Alzheimer's and Dementia.* 2009; 5: 30-42.

Cavalin C. Santé dégradée, surexposition aux violences et parcours biographiques difficiles pour un tiers de la population. *DREES Etudes et Résultats* [en ligne]. Octobre 2009 ; n° 705. [consulté le 07 janvier 2010]. Disponible sur <www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er705.pdf>.

Chaix B, Veugelers PJ, Boëlle PY, et al. Access to general practitioner services : the disabled elderly lag behind in underserved areas. *Eur J Public Health.* 2005; 15: 282-287.

Chang HH, Tsai SL, Chen CY, et al. Outcomes of hospitalized elderly patients with geriatric syndrome : a report of a community hospital reform plan in Taiwan. *Archives of Gerontology and Geriatrics.* 2010; 50: S30-S33.

Chapman DP, Williams SM, Strine TW, et al. Dementia and its implications for public health. *Prevention Chronic Disease.* 2006; 3: A34.

Charles J, Britt H, Valenti L. The independent effect of age of general practitioner on clinical practice. *MJA.* 2006; 185: 105-109.

Choudhry NK, Fletcher RH, Soumerai SB. Systematic review: the relationship between clinical experience and quality of health care. *Ann Intern Med.* 2005; 142: 260-273.

Christakis NA, Allison PD. Mortality after the hospitalization of a spouse. *N Engl J Med.* 2006; 354: 719-730.

Christensen K, Dolbhammer G, Rau R, et al. Ageing populations: the challenges ahead. *Lancet*. 2009; 374: 1196-1208.

Collerton J, Davies K, Jagger C, et al. Health and disease in 85 years old: baseline findings from the Newcastle 85+ cohort study. *BMJ*. 2009; 399: b4904.

CNOM. *Conseil National de L'ordre des Médecins* [en ligne]. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1^{er} janvier 2009. [consulté le 17 mai 2010]. Disponible sur <<http://www.conseil-national.medecin.fr/demographie/atlas-national-873>>.

Cooper C, Selwood A, Livingston G. The Prevalence of elder abuse and neglect: a systematic review. *Age and Ageing*. 2008; 37: 151-160.

Cooper C, Selwood A, Blanchard M, et al. Abuse of people with dementia by family carers: representative cross sectional survey. *BMJ*. 2009; 338: b155.

Cornwell EY, Waite LJ. *Social Disconnectedness, perceived isolation, and health among older adults*. *J Health Soc Behav*. 2009; 50: 31-48.

Corrada MM, Kawas CH, Mozaffar F, et al. Association of body mass index and weight change with all-cause mortality in the elderly. *Am J Epidemiol*. 2006; 163: 938-949.

Corsinovi L, Bo M, Ricauda N, et al. Predictors of falls and hospitalization outcomes in elderly patients admitted to an acute geriatric unit. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2009; 49: 142-145.

Côté L, Turgeon J. Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. *Pédagogie Médicale*. 2002 ; 3 : 81-90.

Creditor MC. Hazards of hospitalization of the elderly. *Annals of Internal Medicine*. 1993; 118: 219-223.

Crews DE. Senescence, aging and disease. *J Physiol Anthropol*. 2007; 26: 365-372.

Cribier F, Kych A. *Les Parcours de fin de vie d'une cohorte de retraités de la région parisienne*. Union internationale pour l'Etude scientifique de la population. 25^{ème} Congrès international de la population, Tours, France. 18-23 juillet 2005, 12p. Disponible sur <iussp2005.princeton.edu/download.aspx?submissionId=51884> [consulté le 09 mars 2010].

Crooks VC, Lubben J, Petitti DB. Social network, cognitive function, and dementia incidence among elderly women. *Am J Public Health*. 2008; 98: 1221-1227.

Cutt H, Giles-Corti B, Knuiaman M, et al. Dog ownership, health and physical activity: a critical review of literature. *Health and Place*. 2007; 13: 261-272.

Danet S, Haury B, Fourcade A. L'Etat de santé de la population en France en 2008. Suivi des objectifs de la loi de santé publique. *DREES Etudes et Résultats* [en ligne]. 2009 ; n°711. [consulté le 07 janvier 2010]. Disponible sur <<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er711.pdf>>.

Debout C, Lo SH. L'Allocation personnalisée d'autonomie et prestation de compensation du handicap au 30 juin 2009. *DREES Etudes et Résultats* [en ligne]. Novembre 2009 ; n°710. [consulté le 07 janvier 2010]. Disponible sur <www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er710.pdf>.

DeFries EL, McGuire LC, Andresen EM, et al. Caregivers of older adults with cognitive impairment. *Preventing Chronic Disease*. 2009; 6: A46.

Deloffre A. Les Retraites en 2006 : 4% de retraités en plus avec l'arrivée à 60 ans des premiers baby-boomers. *DREES Etudes et Résultats* [en ligne]. Octobre 2008 ; n°662. [consulté le 07 janvier 2010]. Disponible sur <www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er662.pdf>.

DeSalvo KB, Bloser N, Reynolds K, et al. Mortality prediction with a single general self-rated health question. A meta-analysis. *J Gen Intern Med*. 2005; 20: 267-275.

De Stampa M, Veldel I, Henrard JC, et al. Participation des médecins généralistes dans les réseaux de santé: expériences en Amérique du Nord. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*. 2007 ; 55 : 401-412.

Désesquelles A, Brouard N. Le Réseau familial des personnes âgées de 60 ans ou plus, vivant à domicile ou en institution. *Population*. 2003 ; 2 : 201-227.

De Stampa M, Vedel I, Bergman H, et al. Fostering participation of general practitioners in integrated health services networks: incentives, barriers, and guidelines. *BMC Health Services Research*. 2009; 9: 48-59.

Dourgnon P, Guillaume S, Naïditch M, et al. Les Assurés et le médecin traitant : premier bilan après la réforme. *Questions d'économie de la santé IRDES*. 2007 ; 124 : 4 p. Disponible sur <<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes124.pdf>>.

Dourlens C. Les Usages de la fragilité dans le champ de la santé: le cas des personnes âgées. *ALTER, European Journal of Disability Research*. 2008; 2: 156-178.

Draganski B, Gaser C, Bush V, et al. Changes in grey matter induced by training. *Nature*. 2004; 427: 311-312.

Drapeau M. Les Critères de scientificité en recherche qualitative. *Pratiques psychologiques*. 2004 ; 10 : 79-86.

DREES. Synthèse du séminaire. *Qualité de l'aide à domicile* [en ligne]. Séminaire organisé par la Mission Recherche de la DREES. 2008. [consulté le 07 janvier 2010]. Disponible sur <http://www.sante.gouv.fr/drees/seminaire/qad/synthese_qad.pdf>. (a)

DREES. *L'Etat de santé de la population en France: rapport 2008* [en ligne]. 2008. [consulté le 07 janvier 2010]. Disponible sur <<http://www.sante.gouv.fr/drees/santepop2008/santepop2008.htm>>. (b)

DREES, BVA. Synthèse des principaux enseignements de l'étude Janvier 2009. *Suivi barométrique de l'opinion des Français à l'égard de la santé, de la protection sociale, de la précarité, de la famille et de la solidarité* [en ligne]. 2009. Disponible sur <<http://www.sante.gouv.fr/drees/enqbarom/enqbarom.htm>>.

Dupre ME, Gu Danan, Warner DF, et al. Frailty and type of death among adults in China : prospective cohort study. *BMJ*. 2009; 338: b1175.

Ellaway A, Wood S, Macintyre S. Someone to talk to? The role of loneliness as a factor in the frequency of GP consultations. *British Journal of General Practice*. 1999; 49: 363-367.

Epstein RM, Franks P, Shields CG, et al. Patient-centered communication and diagnostic testing. *Ann Fam Med*. 2005; 3: 415-421.

Farquharson SM, Gupta R, Heald RJ, et al. Surgical decisions in the elderly : the importance of biological age. *J R Soc Med*. 2001; 94: 232-235.

Federal Interagency Forum on Aging-related Statistics. Older Americans 2008: Key Indicators of well-being. *AgingStats.gov* [en ligne]. 2008 [consulté le 09 février 2010]. Disponible sur <[http://www.agingstats.gov/agingstatsdotnet/Main_Site/Data/2008 Documents/Health_Care.pdf](http://www.agingstats.gov/agingstatsdotnet/Main_Site/Data/2008_Documents/Health_Care.pdf)>

Fenina A, Le Garrec AM, Duée M. Les Comptes nationaux de la santé en 2008. *DREES Etudes et Résultats* [en ligne]. 2009 ; n°701. [consulté le 07 janvier 2010]. Disponible sur <<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er701.pdf>>.

Ferrer RL, Hambidge SJ, Maly RC. The essential role of generalists in health care systems. *Ann Intern Med* . 2005; 142: 691-699.

Ferrier C, Lysy P. Home assessment and care. *Canadian Family Physician*. 2000; 46: 2053-2058.

Forbes Anne. Caring for older people. *BMJ*. 1996; 313: 352-4.

Foster C. Autonomy should chair, not rule. *Lancet*. 2010; 375: 368-369.

Fratiglioni L, Qiu C. Prevention of common neurodegenerative disorders in the elderly. *Experimental Gerontology*. 2009; 44: 46-50.

Gallagher P, Barry P, O'Mahony D. Inappropriate prescribing in the elderly. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*. 2007; 32: 113-121.

Gandhi TK, Sittig DF, Frankin M, et al. Communication breakdown in the outpatient referral process. *J Gen Intern Med*. 2000; 15: 626-631.

Gentric A, Duquesne F, Graziana A, et al. L'Accueil gériatrique médico-social aux urgences: une alternative à l'hospitalisation des personnes âgées en médecine ? *Revue Médecine Interne*. 1998 ; 19 : 85-90.

Gill JM, Mainous AG. The Role of provider continuity in preventing hospitalizations. *Arch Fam Med*. 1998 ; 7 : 352-357.

Gill TM, Baker DI, Gottschalk M, et al. A Program to prevent functional decline in physically frail, elderly persons who live at home. *N Engl J Med*. 2002 ; 347 : 1068-74.

Gill TM, Allore HG, Holford TR, et al. Hospitalization, restricted activity and the development of disability among older persons. *JAMA*. 2004; 292: 2115-2124.

Glaser BG, Strauss AL. *The Discovery of Grounded Theory: strategies for qualitative research*. 3e édition. New Brunswick: AdlineTransaction, 1999. 271 p. 978-0-202-30260-7.

Grumbach K, Hart LG, Mertz E, et al. Who is caring for the underserved ? A comparison of primary care physicians and non physician clinicians in California and Washington. *Ann Fam Med*. 2003; 1: 97-104.

Hashem A, Chi MTH, Friedman CP. Medical errors as a result of specialization. *Journal of Biomedical Informatics*. 2003; 36: 61-69.

Hawkley LC, Hughes ME, Waite L, et al. From social structural factors to perceptions of relationship quality and loneliness: the Chicago Health, aging and social relations study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2008; 63: S375-S384.

Hawkley LC, Thisted RA, Cacioppo JT. Loneliness predicts reduced physical activity: cross-sectional and longitudinal analyses. *Health Psychol*. 2009; 28: 354-363.

Heinrich LM, Gullone E. The clinical significance of loneliness: a literature review. *Clinical Psychology Review*. 2006; 26: 695-718.

Hendriksen C, Lund E, Stromgard E. Consequences of assessment and intervention among elderly people: a three year randomised controlled trial. *British Medical Journal*. 1984; 289:1522-1524.

Hennebo N. Guide du bon usage de l'analyse par théorisation ancrée par les étudiants en médecine. Version 1.1. *Théorisationancree.fr* [en ligne]. 2009 [consulté le 26 mai 2010]. 40 p. Disponible sur < <http://www.theorisationancree.fr/Guide11.pdf>>.

Higginson IJ, Sen-Gupta GJA. Place of care in advanced cancer: a qualitative systematic literature review of patient preferences. *Journal of Palliative Medicine*. 2000; 3: 287-300.

Hinton L, Franz CE, Reddy G, et al. Practice constraints, behavioral problems, and dementia care: primary care physicians' perspectives. *J Gen Intern Med*. 2007; 22: 1487-92.

Holland R, Lenaghan E, Harvey I, et al. Does home based medication review keep older people out of hospital ? The HOMER randomized controlled trial. *BMJ*. 2005; 330: 293-296.

Hoogerduijn JG, Schuurmans MJ, Duijnste MSH, et al. A Systematic Review of predictors and screening instruments to identify older hospitalized patients at risk for functional decline. *Journal of Clinical Nursing*. 2006; 46-57.

Huston P, Rowan M. Qualitative studies: their role in medical research. *Canadian Family Physician*. 1998; 44: 2453-2458.

Ilfie S, Kharicha K, Harari D, et al. Health risk appraisal in older people 2: the implications for clinicians and commissioners of social isolation risk in older people. *British Journal of General Practice*. 2007; 57: 277-282.

Infante FA, Proudfoot JG, Davies GP, et al. How people with chronic illnesses view their care in general practice: a qualitative study. *MJA*. 2004; 181: 70-73.

INSEE. *Institut national de la statistique et des études économiques* [en ligne]. [consulté le 11 janvier 2010]. Disponible sur <<http://www.insee.fr/fr/themes/>>.

INVS. Enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales, juin 2006. *Institut National de Veille Sanitaire* [en ligne]. 2006 [consulté le 03 juin 2010]. Disponible sur <http://www.invs.sante.fr/publications/2007/enp2006_resultats_preliminaires/index.html>

Izawa S, Enoki H, Hirakawa Y, et al. Lack of body weight measurement is associated with mortality and hospitalization in community-dwelling frail elderly. *Clinical Nutrition*. 2007; 26: 764-770.

Johri M, Beland F, Bergman H. International experiments in integrated care for the elderly: a synthesis of the evidence. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2003; 18: 222-235.

Joyce C, Piterman L. Trends in GP home visits. *Australian Family Physician*. 2008; 37: 1039-1042.

Kagan Y. Angoisse d'abandon: que faire ? *Gérontologie Pratique*. 2004; 161-162: 4-6.

Kalra L, Evans A, Perez I, et al. Training carers of stroke patients : randomized controlled trial. *BMJ*. 2004; 328: 1099-1103.

Karunanathan S, Bergman H, Vedel I, et al. La Fragilité: en quête d'un nouveau paradigme clinique et de recherche pertinent. *La Revue de Médecine Interne*. 2009; 30: 105-109.

Kharicha K, Ilfif S, Harari D, et al. Health risk appraisal in older people 1: are older people living alone an "at-risk" group ? *British Journal of General practice*. 2007; 57: 271-276.

Klein B, Klein R, Knudtson MD, et al. Frailty, morbidity and survival. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2005; 41: 141-149.

Krueger KR, Wilson RS, Kamenetsky JM, et al. Social engagement and cognitive function in old age. *Exp Aging Res*. 2009; 35: 45-60.

Lachs MS, Williams CS, O'Brien S, et al. The Mortality of elder mistreatment. *JAMA*. 1998; 280: 428-432.

Landefeld CS. Improving health care for older persons. *Ann Intern Med*. 2003; 139: 421-424.

Landers SH. Home care: a key to the future of Family Medicine ? *Annals of Family Medicine*. 2006; 4: 366-368.

Landi F, Onder G, Cesari M, et al. Comorbidity and social factors predicted hospitalization in frail elderly patients. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2004; 57: 832-836.

Lauverjat F, Pennequin V, Fontaine R. Vieillesse et raisonnement : une approche multifactorielle. *L'Année Psychologique*. 2005; 2: 225-247.

Le Dastumer B; Noël JL, Séguéy C, et al. Les Symptômes psycho-comportementaux du sujet âgé. *Soins Gérontologie*. 2008; 73: 32-34.

Lee FJ, Brown JB, Stewart M. Exploring family physician stress : helpful strategies. *Can Fam Physician*. 2009; 55: 288-9.e1-6.

Lee FJ, Stewart M, Brown JB. Stress, burnout, and strategies for reducing them. What's the situation among Canadian family physicians ? *Can Fam Physician*. 2008; 54: 234-5.e1-5.

Lee H, Cameron MH. Respite care for people with dementia and their carers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004; 2: CD004396.

Legmann M. Définition d'un nouveau modèle de médecine libérale. La Documentation Française [en ligne]. Avril 2010 [consulté le 31 mai 2010]. Disponible sur <<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/104000184/>>.

Legrain S. Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé. *Haute Autorité de Santé* [en ligne]. 2005 [consulté le 01 juin 2010]. Disponible sur <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/pmsa_synth_biblio_2006_08_28_16_44_51_580.pdf>

Luanagh C, Lawlor BA. Loneliness and the health of older people. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2008; 23: 1213-1221.

Lubitz J, Cai L, Kramarow E, et al. Health, life expectancy, and health care spending among the elderly. *N Engl J Med*. 2003; 349: 1048-1055.

Lunney JR, Lynn J, Foley DJ, et al. Patterns of functional decline at the end of life. *JAMA*. 2003; 289: 2387-2392.

Markle-Reid M, Browne G. Conceptualizations of frailty in relation to older adults. *Journal of Advanced Nursing*. 2003; 44: 58-68.

Marpsat M. Les Echanges au sein de la famille. *Economie et Statistique*. 1991; 239: 59-66.

Martini EM, Garrett N, Lindquist T, et al. The Boomers are coming : a total cost of care model of the impact of population aging on health care costs in the United States by major practice category. *Health Services Research*. 2007; 42: 201-218.

Mason A, Weatherly H, Spilsbury K, et al. The Effectiveness and cost-effectiveness of respite for caregivers of frail older people. *J Am Geriatr Soc*. 2007; 55: 290-299.

McNicholas J, Gilbey A, Rennie A, et al. Pet ownership and human health : a brief review of evidence and issues. *BMJ*. 2005; 331: 1252-5.

Ministère de la Santé et des Sports. *Infections nosocomiales : le dossier 2009*. Décembre 2009. 53 p. Disponible sur <<http://www.sante-sports.gouv.fr/les-infections-nosocomiales-en-detail.html>>.

Mitnitski AB, Graham JE, Mogilner AJ, et al. Frailty, fitness and late-life mortality in relation to chronological and biological age. *BMC Geriatrics*. 2002; 2: 1.

Mobley LR, Root E, Anselin L, et al. Spatial analysis of elderly access to primary care services. *Int J Health Geogr*. 2006; 5: 19-36.

Moreau A, Dedianne MC, Letrilliart L, et al. S'approprier la méthode du focus group. *La Revue du Praticien*. 2004; 645: 382-384.

Mouquet MC, Oberlin P. L'Impact du vieillissement sur les structures de soins à l'horizon 2010, 2020, 2030. *DREES Etudes et Résultats* [en ligne]. 2008 ; n°654. [consulté le 07 janvier 2010]. Disponible sur <www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er654.pdf>

NCEA. *National Center on Elder Abuse* [en ligne]. National Statistics. NCEA Releases New Study on Abuse of Adults Age 60+. 2006. [consulté le 20 mai 2010]. Disponible sur <http://www.ncea.aoa.gov/NCEARoot/Main_Site/pdf/2-106%20FINAL%2060+REPORT.pdf>

O'Connell H, Chin AV, Cunningham C, et al. Recent developments: suicide in older people. *BMJ*. 2001; 329: 895-9.

Okie S. Home delivery. Bringing primary care to the housebound elderly. *N Engl J Med*. 2008; 359: 2409-2412.

O Luanaigh C, Lawlor BA. Loneliness and the health of older people. *International Journal Geriatric Psychiatry*. 2008; 23: 1213-1221.

O'Mahony D, Gallagher P. Inappropriate prescribing in the older population: need for new criteria. *Age and Ageing*. 2008; 37: 138-141.

OMS. *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé*. World Health Organization. 2001. 304 p. 9242545422. Disponible sur <<http://www.moteurline.apf.asso.fr/epidemiostatsevaluation/autresformats/CIH2versioncomplete.pdf>>

Parchman ML, Culler SD. Preventable hospitalizations in primary care shortage areas. *Arch Fam Med*. 1999; 8: 487-491.

Parslow RA, Jorm AF, Christensen H, et al. Pet ownership and health in older adults: findings from a survey of 2 551 community-based Australians aged 60-64. *Gerontology*. 2005; 51: 40-47.

Piterman L, Koritsas S. Part I. General practitioner-specialist relationship. *Internal Medicine Journal*. 2005; 35: 430-434. (a)

Piterman L, Koritsas S. Part II. General practitioner-specialist referral process. *Internal Medicine Journal*. 2005; 35: 491-496. (b)

Polder JJ, Bonneux L, Meerding WJ, et al. Age-specific increases in health care costs. *European Journal of Public Health*. 2002; 12: 57-62.

Ponzetto M, Zanocchi M, Maero B, et al. Post-hospitalization mortality in the elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2003; 36: 83-91.

Pope C, Ziebland S, Mays N. Qualitative research in health care. Analysing qualitative data. *BMJ*. 2000; 320: 114-116.

Puts MTE, Shekary N, Widdershoven G, et al. The Meaning of frailty according to Dutch older frail and non frail persons. *Journal of Aging Studies*. 2009; 23: 258-266.

Queneau P. La Iatrogénie médicamenteuse et sa prévention : rapport au Secrétaire d'Etat à la santé, Bernard Kouchner. 1998. 86 p. Disponible sur <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/984001548/index.shtml>.

Reid M, Brown G. Conceptualizations of frailty in relation to older adults. *J Adv Nurs*. 2003; 44: 56-68

Robine JM, Colvez A. Espérance de vie sans incapacité et ses composantes : de nouveaux indicateurs pour mesurer la santé et les besoins de la population. *Population*. 1984 ; 1 : 27-45.

Rodriguez MA, Wallace SP, Woolf NH, et al. Mandatory reporting of elder abuse: between a rock and a hard place. *Ann Fam Med*. 2006; 4: 403-409.

Rothman AA, Wagner EH. Chronic illness management: what is the role of primary care ? *Ann Intern Med*. 2003; 138: 256-261.

Sackett DL, Haynes RB. The Architecture of diagnostic research. *BMJ*. 2002; 324: 539-541.

Schulz R, Beach SR. Caregiving as a risk factor for mortality: the caregiver health effects study. *JAMA*. 1999; 282: 2215-2219.

Seamark DA, Thorne CP, Lawrence C, et al. Appropriate place of death for cancer patients : views of general practitioners and hospital doctors. *British Journal of General practice*. 1995; 45: 359-363.

Selwood A, Cooper C, Livingston G. What is elder abuse ? Who decides ? *Int J Geriatr Psychiatry*. 2007; 22: 1009-1012.

Sénat. Réforme de l'Assurance Maladie: les nouveaux outils de la régulation. Rapport d'information. *Bienvenue au Sénat* [en ligne]. 11 octobre 2005 [consulté le 31 mai 2010]. Disponible sur <http://www.senat.fr/rap/r05-011/r05-0110.html>.

Service Public. Désignation du médecin traitant. Service-Public.fr [en ligne]. 27 février 2009 [consulté le 31 mai 2010]. Disponible sur <<http://vosdroits.service-public.fr/F163.xhtml>>.

Seshamani M, Gray A. Time to death and health expenditure : an improved model for the impact of demographic change on health care costs. *Age and Ageing*. 2004; 33: 556-561.

Seth Landefeld C, Palmer RM, Kresevic DM, et al. A randomized trial of care in a hospital medical unit especially designed to improve the functional outcomes of acutely ill older patients. *N Engl J Med*. 1995; 332: 1338-1344.

Sherbourne CD, Sturm R, Wells KB. What outcomes matter to patients ? *J Gen Intern Med*. 1999; 14: 357-363.

Skelton DA, Todd CJ. Prevention of Falls Network Europe: a thematic network aimed at introducing good practice in effective falls prevention across Europe. Four years on. *J Musculoskelet Neuronal Interact*. 2007; 7: 273-278.

Société Francophone de Médecine d'Urgence. *Conférence de consensus. Prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences*. 5 décembre 2003. Strasbourg. Disponible sur <www.sfm.org/documents/consensus/pa_urgs_long.pdf>

Sofaer S. Qualitative methods: what are they and why use them? *Health Services Research*. 1999; 34: 1101-1118.

Sofaer S, Firminger K. Patient perceptions of the quality of health services. *Ann Rev Public Health*. 2005; 26: 513-559.

Spillman BC, Lubitz J. The Effect of longevity on spending for acute and long term care. *N Engl J Med*. 2000; 342: 1409-1415.

Starfield B, Lemke KW, Herbert R, et al. Comorbidity and the use of primary care and specialist care in the elderly. *Annals of Family Medicine*. 2005; 3: 215-222. (a)

Starfield B, Shi L, Grover A, et al. The Effects of specialist supply on populations' health : assessing the evidence. *Health Affairs*. 2005; Suppl Web exclusives: W5 97- W5 107. (b)

Stek ML, Vinkers DJ, Gussekloo J, et al. Is depression in old age fatal only when people feel lonely ? *Am J Psychiatry*. 2005; 162: 178-180.

Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes : a review. *Can Med Assoc J*. 1995; 152: 1423-1433.

Stille CJ, Jerant A, Bell D, et al. Coordinating care across diseases, settings and clinicians: a key role for the generalist in practice. *Ann Intern Med*. 2005; 142: 700-708.

Stuck AE, Aronow HU, Steiner A, et al. A Trial of annual in-home comprehensive geriatric assessments for elderly people living in the community. *N Engl J Med*. 1995; 333: 1184-9.

Stuck AE, Egger M, Hammer A, et al. Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: systematic review and meta-regression analysis. *JAMA*. 2002; 287: 1022-1028.

Studenski S, Hayes RP, Leibowitz RQ, et al. Clinical global impression of change in physical frailty : development of a measure based on clinical judgment. *J Am Geriatr Soc*. 2004; 52: 1560-1566.

Tattersall MH, Butow PN, Brown JE, et al. Improving doctors' letters. *MJA*. 2002; 177: 516-520.

Teno JM, Clarridge BR, Casey V, et al. Family perspectives on end-of-life care at the last place of care. *JAMA*. 2004; 291: 88-93.

Thomas H, Scodellard S, Dupré-Lévêque D. Perceptions et réactions des personnes âgées aux comportements maltraitants : une enquête qualitative. *Ministère de la Santé et des Sports* [en ligne]. Janvier 2005 [consulté le 16 février 2010]. Disponible sur <<http://www.sante-sports.gouv.fr/perceptions-et-reactions-des-personnes-agees-aux-comportements-maltraitants-une-enquete-qualitative.html>>

Tomlin Z, Humphrey C, Rogers S. General practitioners' perceptions of effective health care. *BMJ*. 1999; 318: 1532-1535.

Townsend J, Frank AO, Fermont D, et al. Terminal cancer care and patients' preference for place of death : a prospective study. *Br Med J*. 1990 ; 301 : 415-417.

Trincaz Jacqueline. Les Fondements imaginaires de la vieillesse dans la pensée occidentale. *L'Homme*. 1998 ; 38 : 167-189.

Turgeon J, Côté L. Développer la recherche qualitative en médecine familiale. Un incontournable. *Canadian Family Physician*. 2000; 46: 2178-2180.

US Preventive Services Task Force. Screening for family and intimate partner violence: recommendation statement. *Ann Intern Med*. 2004; 140; 382-386.

Van Ravesteijn H, Lucassen P, Van Der Akker M. GP's experiences with loneliness. *Australian Family Physician*. 2008; 37: 973-976.

Van Rensbergen G, Nawrot TS, Van Hecke E, et al. Where do the elderly die ? The impact of nursing home utilisation on the place of death. Observations from a mortality cohort study in Flanders. *BMC Public Health*. 2006 ; 6 : 178-184.

Vasselle Alain. Projet de financement de la sécurité sociale pour 2010: Equilibres financiers généraux. Rapport n° 90 (2009-2010). *Bienvenue au Sénat* [en ligne]. 4 novembre 2009 [consulté le 13 mai 2010]. Disponible sur <<http://www.senat.fr/rap/109-090-1/109-090-1.html#toc4>>

Veysset B. *Dépendance et vieillissement*. Paris : L'Harmattan, 1989. 171 p. (Collection "Logiques sociales"). 2-7384-0279-8.

Wijeratne C, Manicavasagar V. Separation anxiety in the elderly. *Anxiety Disorders*. 2003; 17: 695-702.

Williams SL, Haskard KB, DiMatteo MR. The therapeutic effects of the physician-older patient relationship : effective communication with vulnerable older patients. *Clinical Interventions in Aging*. 2007; 2: 453-467.

Wilson RS, Krueger KR, Arnold SE, et al. Loneliness and risk of Alzheimer disease. *Arch Gen Psychiatry*. 2007; 64: 234-240. (a)

Wilson RS, Scherr PA, Schneider JA, et al. Relation of cognitive activity to risk of developing Alzheimer disease. *Neurology*. 2007; 69: 1911-1920. (b)

Wollner DI. Frailty in the older adult. *Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*. 2005; 5: 39-41.

WONCA Europe. Définition européenne de la médecine générale - médecine de famille. *Wonca Europe* [en ligne]. 2002 [consulté le 31 mai 2010]. Disponible sur <http://www.woncaeurope.org/Web%20documents/European%20Definition%20of%20family%20medicine/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>.

Yaffe MJ, Orzeck P, Barylak L. Family physicians' perspectives on care of dementia patients and family caregivers. *Canadian Family Physician*. 2008; 54: 1008-1015.

Yeh SC, Liu YY. Influence of social support on cognitive function in the elderly. *BMC Health Service Research*. 2003; 3: 9.

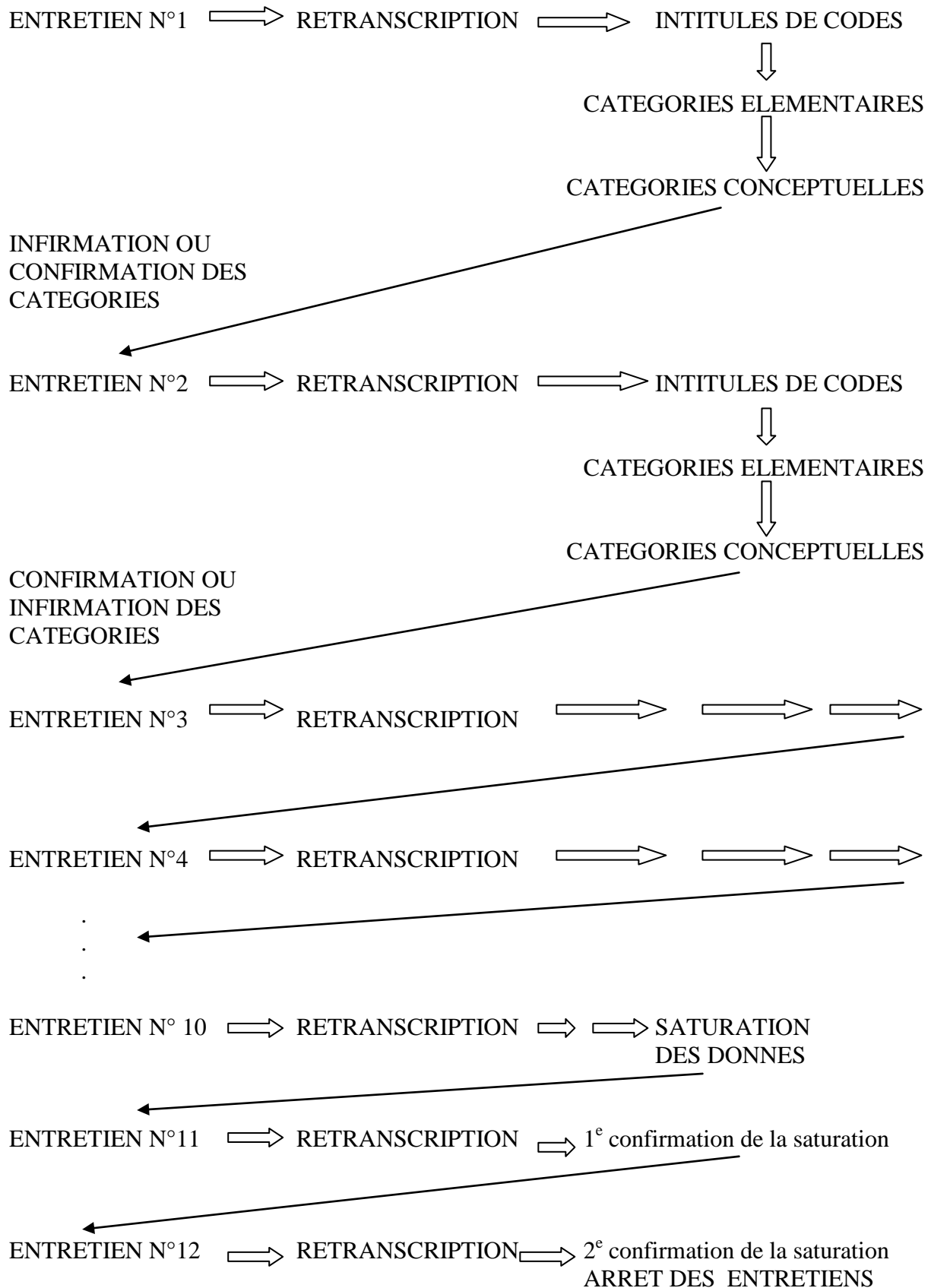
Young A, Dinan S. Activity in later life. *BMJ*. 2005; 330: 189-191.

Zantinge EM, Verhaak PF, Kerssens JJ, et al. The workload of GPs : consultations of patients with psychological and somatic problems compared. *British Journal of General Practice*. 2005; 55: 609-614.

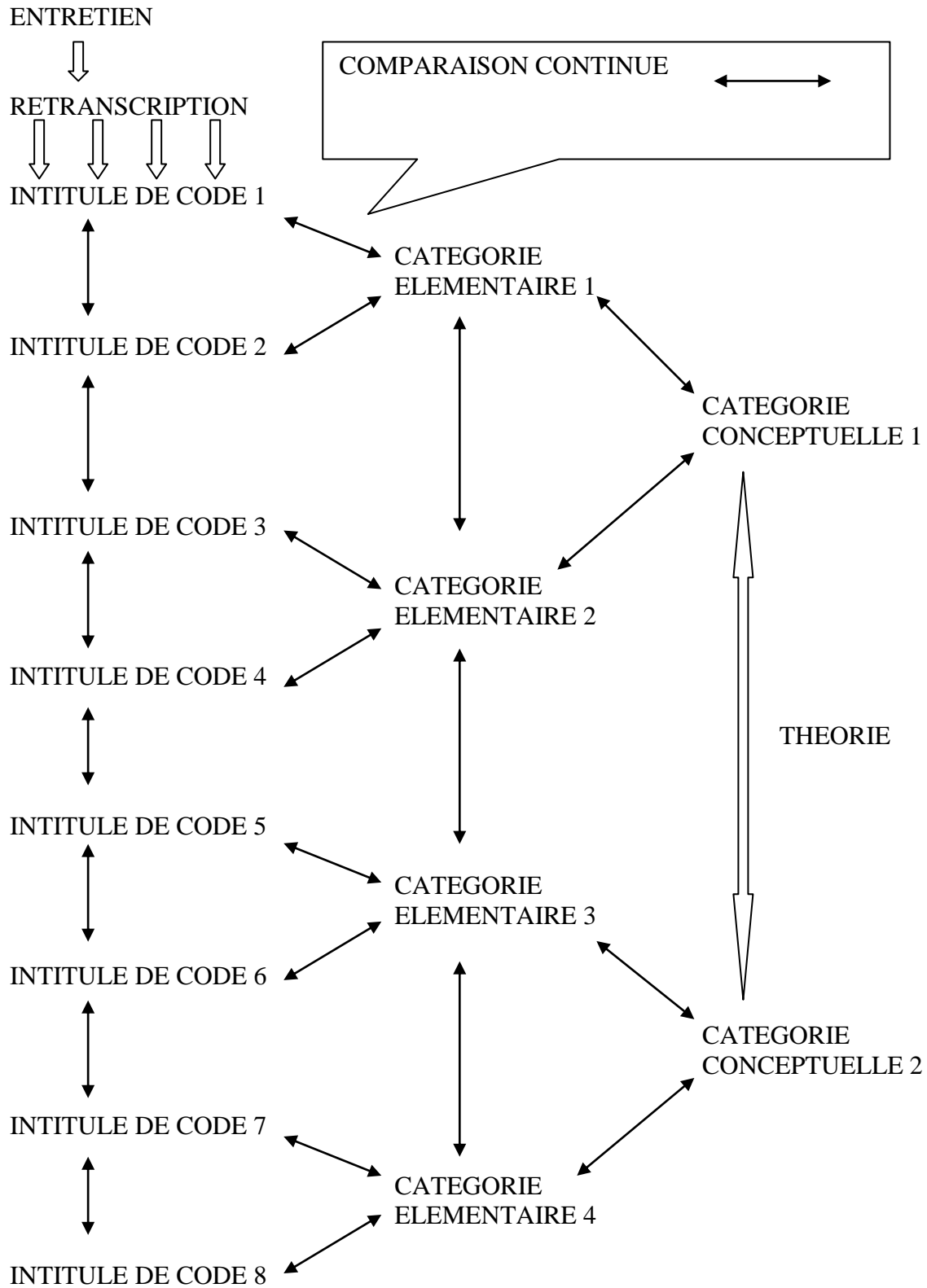
ANNEXES

- SCHEMA SYNTHETIQUE DE LA METHODOLOGIE (1)
- SCHEMA SYNTHETIQUE DE LA METHODOLOGIE (2)
- SCHEMA SYNTHETIQUE RESUMANT LES RESULTATS
- VERBATIM
- RESUME EN ANGLAIS

SCHEMA METHODOLOGIE (1)



SCHEMA METHODOLOGIE (2)



VERBATIM

ENTRETIEN N°1

Dr M, homme, exerçant la médecine générale depuis 29 ans, Paris.

Entretien en présence d'une interne, en stage dans le cabinet.

- *Pour commencer, j'aurais besoin de quelques renseignements vous concernant. Par exemple, depuis combien d'années exercez-vous la médecine générale ?*
- Tu commences de façon très désagréable ! (sourire). 29 ans.
- *Est-ce que vous faites des visites à domicile ?*
- Tu as compris, étant donné mon âge, de moins en moins.
- *Est-ce que vous faites partie d'un réseau gériatrique ?*
- Non.
- *Je veux tout d'abord savoir, pour vous, quelles peuvent être les raisons pouvant vous amener à hospitaliser une personne âgée et ce que vous attendez d'une telle hospitalisation.*
- Pour moi, l'hospitalisation est soit la pathologie bien sûr aiguë, chirurgicale ou autre, qui nécessite, qui ne peut pas se traiter en ville. Sinon, tout, tout est fait pour maintenir... J'ai même fait depuis 29 ans justement bien avant la mode qu'on invente les conneries de réseaux et tout ça qui servent à entretenir les gens qui glandent toute la journée. Donc bien avant, crois-moi... Ca fait 29 ans, mon réseau, je l'ai monté tout seul. Depuis 29 ans, je maintenais les gens, même les AVC je ne les envoyais pas à l'hosto. J'arrivais à avoir le scanner. Ca faisait déjà 15 ans que j'arrivais à avoir un scanner dans la journée, le cardiologue qui passe dans la journée, le kiné qui commence le plus rapidement possible, l'orthophoniste même, les infirmières qui font les soins. Donc s'il y a des voisins ou s'il y a de la famille en plus, donc la personne sera automatiquement

mieux qu'un vieux qui sera dans un service de médecine comme ils disent « interne », c'est-à-dire dans un mouiroir de médecine générale à l'hôpital, où on ne peut pas s'occuper de lui, pour la bonne raison qu'il est trop vieux, et qu'en plus on n'a pas de personnel, on n'a pas le temps, surtout à trente cinq heures on n'a encore moins le temps. Plus le temps de faire la réunion aiguë, plus les « réunités » aiguës de l'hôpital, plus la récupération de tous ces trucs. Les infirmières sont débordées. Bien sûr il y a des exceptions qui confirment la règle. Mais la plupart du temps un vieux est toujours mieux chez lui, donc à partir du moment où on peut organiser un réseau. Tant mieux s'il y a maintenant des réseaux qui nous mâchent le travail. Mais je te dis, même sans réseau, la plupart de mes vieux, je les maintiens à domicile sans réseau. Ils ont des infirmiers qui passent au moins une fois par jour ou deux fois par jour. Le kiné deux à trois fois par semaine selon le cas. La gestion du traitement par l'infirmier et puis c'est tout. La consultation chez moi de temps en temps, et ils viennent. Donc il y a pour moi, aucune raison d'hospitaliser les vieux, sauf raison vitale, sauf raison sociale, c'est-à-dire le type qui est isolé, qui n'a pas de famille, qui n'a même pas la CMU, qui a rien. Ca, on est obligé malheureusement parce que bon, tu ne peux pas envoyer des infirmiers, des trucs, et même des soins, des médicaments, acheter des produits. Bon voilà. Sinon, quand la famille est présente, ou quand même parfois avec les voisins, on arrive très bien à maintenir nos personnes âgées le plus possible à domicile. Pour moi, l'échec est une catastrophe pour la personne âgée. Donc l'hospitalisation est un échec, une catastrophe pour la personne âgée.

- *Trouvez-vous que la situation a évolué depuis plusieurs années ?*
- Oui, de plus en plus catastrophique, parce que même dans le privé, plus personne maintenant ne veut rien foutre, donc je suis assez désespéré. Malheureusement, c'est ce qui coûte le moins cher. On prétend toujours le médecin généraliste, pivot du système de santé, le maintien à domicile des personnes âgées. Un jour, j'ai une dame, il a fallu que je fasse trois mots parce qu'elle a les kinés et tout ça. Les kinés, ils ont droit de faire de temps en temps des badges pour rentrer dans l'immeuble, il a fallu que je fasse un certificat au gérant pour dire que son état de santé nécessitait le fait qu'on lui fournisse des badges. On est en plein délire. Tu vois ? Il y a des patients qui passent, la dame, elle a 93 ans, elle est maintenue à domicile, on fait gagner de l'argent à tout le monde, à la sécu, parce qu'il faut savoir que dès que tu laisses un vieux chez lui, ils gagnent de l'argent. Parce que non seulement, quand il rentre à l'hôpital déjà on ne va rien lui faire, on ne peut rien lui faire parce que 15 personnes et en plus, il a coûté, je ne sais plus combien c'est la journée de médecine générale maintenant, je crois que c'est presque mille euros par jour, et le maintien à domicile ne coûte pas mille euros par jour, tu sais, avec même les réseaux infirmiers, avec ce qu'on appelle – tu appelles ça peut-être les réseaux gériatriques, parce qu'avant on appelle ça les soins à domicile, et institutions comme ça. Moi je préfère parler avec les libérales, c'est

mieux quand il y a deux infirmières qui tournent, c'est mieux que ces réseaux où c'est des gens qui tournent. Les vieux ne supportent pas les gens qui tournent. Ils font un effort c'est vrai pour que c'est les mêmes aides-soignantes qui passent, les mêmes infirmières, tout. Les vieux, ils n'aiment pas quand ça change. Ils sont très attachés, on est dans l'affectif très vite avec les personnes âgées. Ils ont vraiment besoin d'avoir quelqu'un qu'ils connaissent et tout, ils ne supportent pas quand ça tourne. Déjà, quand ils changent de médecin au bout de 30 ans, pour eux, c'est une catastrophe, alors quand tu leur fais changer d'infirmière tous les 15 jours, c'est très dur. Mais enfin bon, quand je parle de ces réseaux, oui, donc soit le réseau infirmier bien sûr, si tu mets la SSIAD, d'ailleurs c'est très souvent à la sortie de l'hôpital qu'ils sont sous la SSIAD, sinon moi je m'arrange avec les infirmières libérales de mon secteur. Quand elles ont des disponibilités et qu'elles peuvent prendre, ça se passent mieux quand même. Voilà, je pensais toujours, bon c'est pas bien, aux aides de vie, ça dépend des moyens des gens. Des fois, c'est plus rentable de mettre une femme de ménage payée au black 10 euros de l'heure qu'une aide ménagère payée 20 euros de l'heure même si tu retires 50% dans les impôts. Ça fait 10 euros que tu récupères deux ans plus tard sur tes impôts. C'est un peu compliqué, surtout pour les personnes âgées. Tout est compliqué, même dans les réductions d'impôts qu'on fait pour les gens qui prennent des soins à domicile et tout ça, s'il n'y a pas un fils « kétonique » ou une fille « kétonique », et s'il n'y a pas un entourage ou des voisins ou quelqu'un qui s'en occupe, va t'amuser à faire les emplois chèque services, les récupérations par rapport à l'APA tu vois...

- *Et donc quand les personnes sont isolées, finalement, il n'y a pas tellement de...*
- Ben , quand elles sont isolées, soit je me défonce, et quand j'étais jeune j'avais peut-être plus la volonté de trouver des moyens et tout. Bon maintenant, si elles sont isolées, qu'elles n'ont pas de moyens, si elles ne peuvent même pas avoir une CMU pour que l'infirmière se fasse payer, si elles n'ont pas de mutuelle ou quoi que ce soit... donc t'es foutu. Tu vas les mettre à l'hosto, ça va coûter beaucoup plus cher à tout le monde, même à eux parce qu'ils vont payer le forfait de 80 euros par jour mais bon, c'est ton problème, après c'est à l'assistante sociale l'hôpital de se démerder, tu passes le bébé malheureusement...
- *Et du point de vue du médecin traitant que vous êtes, vous avez l'impression que les personnes âgées sont de plus en plus isolées, notamment dans votre quartier?*
- Non. Chaque cas est particulier, je ne peux pas faire de statistiques... Mais bon, malheureusement, il y a de moins en moins de vieux dans mon quartier, parce que les vieux, ceux que je n'ai pas réussi à « assassiner » (sourire), ils sont toujours là, c'est vrai que... C'est pas... C'est un quartier où les loyers sont très chers. Les vieux dès qu'ils s'en vont, ils sont remplacés par un cadre

dynamique. On lui fait sortir les poutres, on refait la peinture, on lui revend ça trois fois le loyer, donc c'est vrai que les vieux une fois qu'ils s'en vont, il n'y a pas de renouvellement de mon stock de vieux.

- *Vous avez dit que vous hospitalisiez les personnes âgées en cas de pathologie aiguë, est-ce qu'il vous arrive aussi de les hospitaliser en cas de pathologie chronique, par exemple qui évoluent...*
- Je te parlais des pathologies chroniques. Dans le cas des pathologies aiguës, le type qui a une péritonite, je ne vais pas le garder à la maison, c'est dangereux tu vois ce que je veux dire, le type qui a une rectorragie ou même un bilan à faire, on ne va pas s'amuser à le faire à la maison... Tu vois ce que je veux dire. Il est évident dans la pathologie aiguë, tu es obligé de l'hospitaliser malheureusement...
- *Et dans la pathologie chronique alors ?*
- Ben si je peux, non. Dans la pathologie chronique, par principe, non. La pathologie chronique, c'est une exception, c'est quand vraiment je suis dépassé, quand je n'arrive pas à régler, le type qui est déjà alzheimerien ou le type je ne sais pas quoi. Bon parce que des fois, tu as même des petits vieux toniques de 90 ans qui ont plus leurs têtes que toi et moi et qui peuvent gérer eux-mêmes leurs trucs. Tu leur dis ça, eux-mêmes appellent l'infirmier, le kiné, se démerdent, se font faire les courses par une... Donc il y en a qui sont tout à fait... Bon chaque truc est un cas d'espèce. Malheureusement, tu n'étais pas né, mais ça fait 30 ans qu'on me dit que je suis le pivot, qu'on va mettre des moyens pour le maintien à domicile, on ne fait rien, on crée des machines à gaz avec des espèces de réseaux où il y a du fric qui sort pour payer... bon, c'est vrai qu'il faut payer un local, un loyer, une secrétaire... Au lieu de faire ça, si on payait un peu plus, on donnait au médecin qui maintient la personne à domicile. D'ailleurs, ça existe la feuille... Je ne savais pas mais il paraît qu'il y a une feuille quand tu es coordinateur et que tu maintiens à domicile, il paraît que tu touches 80 euros par mois, moi je n'ai jamais vu à remplir, tu es au courant toi ? Ca il faut te renseigner car à un moment ils l'ont créée, je ne sais pas si ça a été supprimé ou pas mais à un moment, il y avait même dans la coordination du médecin traitant il y avait un truc qui était intéressant... Tu es interne, tu devrais savoir... Un revenu forfaitaire, tu étais payé au forfait par mois... Euh... Voilà. Comme la SSIAD est payée à 350 euros, un truc comme ça, 350 euros par jour pour faire passer l'infirmière et tout le monde.
- *Quelle serait la prise en charge idéale, hospitalière, de ces personnes âgées, d'après vous ? Qu'est ce que vous attendez en tant que médecin traitant à la sortie de l'hospitalisation...*

- A la sortie ou à l'entrée ?

- *A l'entrée et à la sortie !*

- A la sortie, j'attends déjà à avoir un compte-rendu avant qu'ils ne sortent. Quant tu reçois six mois après le compte-rendu, comme c'est la moyenne à l'Assistance Publique, et que tu n'as même pas eu un interne qui a été consciencieux pour te téléphoner qu'il va être lâché dans la nature. Moi, je raconte toujours une histoire, l'histoire de Mme O. Irma. Il faut savoir qu'un médecin généraliste, tu es un con à l'hôpital. Il faut bien savoir que pour les vieux, on est juste après les pompiers quand même ! Donc ça prouve l'admiration et l'affection dont nous témoignent nos patients. Fanny pourra te dire, tous mes vieux me ramènent sans arrêt de la confiture, des trucs comme ça, parce que effectivement, tu es dans l'affectif avec les vieux. Donc, euh... Le problème de la sortie, c'est que déjà, il y a des connards d'internes qui n'ont pas la conscience professionnelle de téléphoner, et donc Mme O. il y a une vingtaine d'années, Mme O. qui rentre... Je vais la voir un jour, elle avait une arythmie, je fais mon électro, elle avait une ACFA... Bon, elle avait cinquante mille trucs en même temps. Et puis, elle reste à l'hosto. J'étais jeune, j'avais le temps d'aller voir les patients à l'hosto. Elle m'a téléphoné une ou deux fois à l'hosto, et puis un jour elle me téléphone : « Ca va très bien... ». Je lui dis : « bon, et quand est-ce que vous sortez ? » « Je suis sortie depuis trois jours docteur ! » « Ah, je ne suis pas au courant ! ». « Oui, je vous attends. Parce qu'en plus ils m'ont donné une liste de médicaments à prendre et j'ai rien fait, j'ai rien acheté avant que vous veniez me voir ! » Donc en sortant de réa, ils avaient tout arrêté, les anticoagulants, la Cordarone®, le traitement du diabète et tout, c'est pour te dire que effectivement, bon elle était toujours vivante, elle est morte quelques années après, elle est morte d'autre chose. Mais c'est pour te dire, d'abord c'est un aparté, c'est pour te dire que nous médecins, il faut que nous soyons modestes, parce que les patients résistent à nos soins, Dieu merci pour eux, ils résistent aux médecins, c'est surtout ce qui les sauvent, et puis voilà ! C'est pour te dire que très souvent, c'est une faute professionnelle, parce qu'on ne s'en rend pas compte, parce qu'à l'hôpital, tu es un numéro, on ne retient jamais le nom des patients. Vous ne retenez jamais le nom des patients ? Pour vous, c'est le 7, le 8... C'est l'AVC droit, c'est le gauche... J'ai été 15 ans à l'Hôtel Dieu, je me suis amusé, il n'y avait pas un seul interne qui reconnaît le nom du patient qu'il voyait... Enfin bon, le problème il n'est pas là. Le problème, il est que de toute façon... Euh, qu'est-ce qu'on disait déjà... A l'entrée, ce qu'il faut, c'est la gentillesse, c'est tout ! Ce qu'il faut, c'est de la gentillesse, de l'amour et de la conscience professionnelle ! Ces trois choses n'existent pas à l'hôpital. A l'hôpital, on recherche le cas exceptionnel, la péri-hépatite à Chlamydiae et que vous ne verrez jamais, voilà !

- *Est-ce que vous pensez, à part la prise en charge médicale, qu'il y a autre chose qu'il faudrait faire...*

- Le médecin, il ne sert à rien. Le vieux, il résiste au médecin, Dieu merci ! Même heureusement pour lui, il oublie de prendre le traitement du médecin, ce qui le sauve. Donc, il lui faut, au vieux, que de l'entourage, que de l'affection, que des gens qui lui font le ménage, qui lui apportent à manger, qui sont gentils avec lui, qui lui font une petite caresse, un petit bisou. Voilà. C'est surtout effectivement tout sauf du médecin dont ils ont besoin. Non, je rigole bien sûr mais le médecin, si tu es un type honnête, tu vas passer une fois par mois. Pour moi, mes vieux je les vois une fois par mois, sauf s'il y a un problème aigu, l'interne va aller voir, sans ça, moi je passe une fois par mois. Je pars, je prends mon rendez-vous. M. G, on l'a vu pour un truc aigu, sinon on le voit tous les mois, malgré le fait qu'il ait l'oxygène à domicile... Tu ne peux pas tenir un type insuffisant respiratoire, il a tout d'aménagé chez lui. En plus, il a toute sa tête donc c'est déjà beaucoup plus facile. Mais ce type, on est en train de faire gagner un fric fou à la sécu. N'importe quel médecin angoissé, ce type, il passe sa vie à l'hôpital. Il y va assez souvent d'ailleurs. Et c'est là où est le bordel, tiens, tu parles par exemple des vieux, le vieux, M. G, c'est de la caricature de l'Assistance Publique. Il a le gastro, l'ORL, le pneumo, le cardio, le diabéto, et j'en oublie ! Bon, il a en constant, disons, le pneumo, le cardio, le diabéto. Le pneumologue à l'Hôtel Dieu, le cardio à Bichat... Donc j'ai tout regroupé sur Bichat, il est tout sur Bichat. Donc c'est trois transports d'ambulance parce qu'on ne mettra jamais le même jour, les trois consultations ! M. G qui est suivi par son pneumologue quand il est hospitalisé pour décompensation que ce soit cardiaque ou pulmonaire, jamais son cardiologue n'est passé le voir à l'hôpital, alors qu'il est resté quand même 15 jours. En 15 jours, il n'y a pas un moyen de coordonner, de faire savoir à son cardiologue qui le suit depuis cinq ans que ce monsieur est dans ses lits, donc qu'au moins qu'il vienne donner son avis parce que lui le connaît un peu mieux puisqu'il a déjà vu au moins trois fois par an en consult. La même chose pour le pneumo, quand il décompense et qu'on est obligé de le mettre à l'hosto parce qu'on ne peut plus s'en sortir... Sinon, même quand ce n'est pas des problèmes aigus, les problèmes aigus des fois, M. G, on l'a vu décompenser, il avait une bonne saturation, il était rassurant sur le plan clinique, hémodynamique, il faisait une infection bactérienne, on l'a mis sous Augmentin®, en lui disant de nous appeler s'il y avait quoi que ce soit, on a même laissé notre numéro de portable, et puis bon, il a téléphoné hier matin pour nous dire qu'il allait très bien... Donc quand je dis que l'aigu, t'es obligé de l'amener, même des fois, l'aigu, ça dépend de l'aigu. La décompensation respiratoire chez un vieux, s'il n'est pas cyanosé, s'il n'a pas une sat qui a chuté, qu'il a une bonne sat chez lui, qui a sa femme qui est là et qui va pouvoir appeler les pompiers s'il décompense brutalement.

- *Et les vieux qui ne veulent pas se faire hospitaliser alors que vous, vous souhaitez les hospitaliser, qu'est-ce que vous faites ?*

- Je ne fais rien, on est en République ! Tant pis, il a raison, des fois, il vaut mieux mourir chez lui que dans un hôpital. Le problème souvent, c'est le chat ! Au deuxième cycle, je fais un séminaire de médecine générale, je présente le cas de Mme Truc et puis je dis qu'elle a un chat. L'autre, il veut l'envoyer chez le chirurgien... Non, vous n'avez rien compris. Le problème de cette dame, c'est qu'elle a deux chats, qu'est-ce que vous allez faire des chats ? Quand on est un vieux médecin comme moi, j'ai créé un réseau chat. J'ai toutes mes grand-mères que je connais et qui sont prêtes à recueillir un chat pour lui permettre d'être hospitalisée. Bon, voilà, ça c'est parce que je suis fou. Moi, je suis pour le maintien à domicile, c'est pour ça que ta thèse m'intéresse. C'est mon dada depuis 30 ans, malheureusement on a vu beaucoup de choses, on a beaucoup parlé, mais au niveau concret on est inefficace parce qu'il y a toujours des lourdeurs administratives qui gâchent tout !

- *Est-ce que vous pourriez me raconter la toute dernière fois où vous avez eu besoin d'hospitaliser une personne âgée ?*

- Euh...(moment de silence). Je ne pense pas que ce soit moi d'ailleurs. En principe quand il y a un truc aigu, c'est les internes... Alors, la dernière fois qu'on a hospitalisé... C'est tellement rare que... Je fais tellement tout pour les garder à la maison que...Le dernier... Il est mort. Le dernier, c'était un monsieur qui vient me voir un jour, il vient me voir tous les mois pour sa tension, et son insuffisance cardiaque, et ses séquelles d'anévrisme cérébral, d'hémorragie cérébrale, de son syndrome extrapyramidal etc. Et bien, le jour de l'examen il avait une grosse boule (il me montre son cou), donc il a fallu déjà aller... à l'assistance publique il a fallu trois mois pour que l'on fasse tout de suite une IRM. Je lui palpe la langue, il avait une langue un peu indurée. Je l'envoie vite passer une IRM à l'Hôtel Dieu où un brillant confrère hospitalier a dit qu'il fallait faire un scanner au lieu d'une IRM. Sur le scanner ils n'ont rien vu, donc je l'envoie à ce moment-là vers un ORL à Lariboisière où effectivement on confirme le cancer de langue et on demande une IRM... Ils n'ont rien fait, ils ont juste fait la radiothérapie pour dégonfler, il était mieux. Mais c'est vrai qu'il était de plus en plus... Il avait une sœur. Donc c'est le dernier. Décompensation, altération de l'état général, malgré la sœur présente. Lui, c'est la sœur qui faisait blocage, j'ai eu vraiment une pression de la sœur qui voulait l'hospitaliser. C'était quand même une tumeur de la langue qui était en train de mal partir. Il est rentré à l'Hôtel Dieu pour altération de l'état général et il est mort dans les jours suivant. Voilà le dernier truc, c'était un cancer de la langue absolument terrible.

- *Vous avez dit que lorsque vous hospitalisiez une personne âgée, c'était pour vous un échec.*

- Total.

- *Qu'est-ce que vous entendez par là ?*

- Un échec de ne pas avoir pu la maintenir à domicile tout simplement!

- *D'accord, et vous pensez qu'on peut toujours...*

- Entendons-nous bien... L'avant-dernière que j'ai fait hospitaliser, Mme B., 89 ans. Avec l'interne, on a touché... Suspicion de syndrome sub-occlusif. L'interne va la voir à domicile. Elle fait tout son boulot, elle organise tout, elle organise le... l'envoi, donc elle appelle une ambulance, donc qui part à Bachaumont pour faire une ASP. On m'appelle : « à l'ASP on voit rien donc on va lui faire un lavement à la gastrofine ». Il aurait fallu qu'elle attende deux jours pour avoir son lavement si elle avait été à l'Assistance Publique. Donc là, ASP, petit doute sur des niveaux liquides. Apparemment doute sur un syndrome sub-occlusif sur volvulus. Le chirurgien m'appelle. Là par contre, il y eu un gag dans le privé. Le radiologue m'appelle en me disant « écoute il y a un truc, est-ce que je dois la montrer au chirurgien ». « Oui, tu peux le montrer à B., il n'y a pas de problème ». En fait, ce connard de B. avait trop de monde donc il a refusé de la voir. Elle est rentrée le soir chez elle. Les gags ça arrive aussi dans le privé ! Mais indépendamment de ma volonté, c'est le chirurgien qui était un connard fini. Pour te dire, ils sont tellement formatés par l'Assistance Publique que même dans le privé, ils se mettent à délirer. Une vieille qui a un syndrome sub-occlusif, tiens, je n'ai pas le temps de la voir. Je n'arrive pas à comprendre.

- *Mais ça reste un échec pour vous quand même ?*

- Quoi ? Non, là ce n'est pas un échec parce que heureusement comme elle avait toute sa tête, elle avait toujours mal... J'ai dit « bon, il n'y a pas de problème, ils font ça à l'Hôtel Dieu », surtout que j'avais un doute. Bon elle était arrivée à l'Hôtel Dieu, ils l'ont gardée, c'est vrai, 48h sous aspiration, elle a été opérée d'un volvulus. Voilà. Elle va très bien, elle est chez elle. Je suis retourné la voir en post-op à la maison... C'est pour te dire, c'est évident que l'occlusion je ne vais pas la garder à la maison... Echec, échec, c'est M. B que je n'ai pas pu faire mourir chez lui. Mais bon ! Chaque cas est un cas d'espèce. Comment on aurait pu faire autrement ? Si la sœur était moins con, qu'elle avait accepté, si elle voulait pas parce qu'on aurait fait passer les infirmiers, il serait mort chez lui quoi ! La soeur était affolée parce qu'elle se sentait obligée de s'en occuper, elle n'assumait pas le truc, c'était particulier, chez lui, c'était le bordel, donc c'était

la sœur qui avait honte des infirmiers, lui il s'en fout. Quand tu vas dans les visites à domicile, tu as déjà fait ton stage chez Marcel, tu as dû voir des appartements catastrophiques, des 6^e étages sans ascenseur, tout ça, bon ! Les infirmiers ça ne les dérangent pas d'être dans la merde, mais la sœur a dit « ah non ! ». C'est tout, qu'est-ce que tu veux que je fasse ? C'est sa sœur, c'est elle qui s'occupe de son frère. Moi, je ne peux pas aller contre la sœur. A la limite, il n'y aurait pas eu de sœur, ça aurait été beaucoup plus simple, parce que c'est un type en plus adorable, ce n'est pas parce que c'était un flic, il était cuisinier chez les flics... Donc... Il était très gentil, il était adoré, il passait son temps chez la kiné à lui réparer, à lui faire des bricolages, des trucs comme ça, c'est lui d'ailleurs qui m'a réparé la porte. Donc c'était un type tout à fait sociable et tout, et je pense qu'il se serait très bien tenu avec les infirmiers, la kiné trois fois par semaine pour le mobiliser. Les infirmiers m'auraient dit « attends, on est dépassé, on n'en peut plus... », bon on l'aurait hospitalisé à ce moment-là. Toute façon, il serait mort tôt ou tard, je veux dire, voilà, il y a des fois des trucs...

- *Dernière question : qu'est-ce que représente pour vous la vieillesse ?*
- (silence)
- *Comment est-ce que vous l'enseignez à vos internes ? Comment vous la percevez ?*
- Oui, c'est un truc philosophique. Tu me demandes comment j'entends la vieillesse à quel niveau ? Au niveau médical ? Au niveau philosophique ?
- *Qu'est-ce qui va avec la vieillesse ? Qu'est-ce qui est utile pour un jeune médecin généraliste ?*
- Pour moi, la vieillesse, c'est déjà la levée de l'autonomie et de l'indépendance je dirais, de façon progressive, à partir du moment où tu as besoin de quelqu'un pour t'aider, parce que moi, j'ai des mamies de 90 ans, la dame dont je t'ai parlé qui avait une occlusion, elle est dix fois plus tonique que des connes que je vois de 25 ans et des assistés qui ne sont même pas capables d'avoir 22 euros pour payer une consultation. T'arrives, ils ne savent même pas s'ils ont la CMU... Donc la vieillesse, je dirais que c'est plutôt une diminution de l'autonomie jusqu'à la perte de l'autonomie et une diminution de l'indépendance ou une apparition de la dépendance même. Voilà, c'est peut-être ça la vieillesse. Pas de vieillesse d'âge, ça ne veut rien dire, parce qu'il y en a qui ont 75 ans et qui sont plus vieux que d'autres qui ont 90 ans.
- *Très bien. Merci beaucoup.*

ENTRETIEN N°2

Dr G, homme, exerçant la médecine générale depuis 28 ans, Paris.

- *Je vais commencer par quelques questions vous concernant. Depuis combien d'années vous exercez la médecine générale ?*
- 28 ans.
- *Est-ce que vous faites des visites à domicile ?*
- Oui.
- *Est-ce que vous faites partie d'un réseau gériatrique ?*
- Non.
- *Pour commencer, de votre point de vue, qu'est-ce qui distingue une personne âgée fragile d'une personne âgée non fragile ?*
- Sa fragilité (sourire) !
- *Qu'est-ce qui fait sa fragilité justement ?*
- Ben alors, d'abord pourquoi je ne suis pas membre d'un réseau ? Parce que je n'ai pas envie d'avoir des patients en plus quoi. Qu'une personne âgée en général, il faut la voir à domicile, pas toujours mais souvent. Et que ça prend du temps cette gestion. Et que aussi cette notion de fragilité est en perspective, c'est-à-dire qu'un p'tit vieux, tôt ou tard, il va avoir un problème, il va se fragiliser, donc on va être de plus en plus amené à le voir et puis, à intervenir auprès de lui. Après, l'hospitalisation étant l'étape ultime qui vous intéresse en particulier, mais cette augmentation dans les niveaux de fragilité du p'tit vieux qui est inéluctable, qui fait qu'on les aborde d'une certaine façon. Depuis que je suis installé, moi j'ai été très étonné de voir que d'abord on a des petits vieux qui ne sont pas si fragiles que ça, qui sont étonnement résistants. Y en a même qui viennent nous voir au cabinet, même beaucoup ! Et même ceux qu'on voit à

domicile, ils résistent, et souvent, plusieurs fois j'ai été étonné de la résistance de ces petits vieux qu'on disait fragiles, on disait la fragilité est là et si ça, ça se passe, c'est fini... Et ben non ! Notamment les petits vieux qui sont en couple, vous avez des couples de petits vieux... vous disant, ben s'il y a un qui craque, l'autre ne va plus tenir aussi... Et ben, ce n'est pas toujours le cas, parfois c'est le cas... J'ai eu récemment le cas d'un couple de petits vieux où Madame est Alzheimer, elle est plutôt tranquille mais elle a besoin de son mari, elle est dépendante. Monsieur est insuffisant rénal, hypertendu mais il va, il vient, il « fonctionne » et puis Monsieur fait un AVC donc on est obligé d'hospitaliser le Monsieur, et par voie de conséquence aussi Madame etc., etc. Donc qu'est-ce qui fait la fragilité ? Ben je dirais la dépendance, le niveau de dépendance, la fragilité sur les facteurs respiration, tension, tout ce que vous voulez quoi !

- *Et cette fragilité, d'après vous, est forcément inéluctable ?*
- Ben , c'est la part de la vie, comme pour tout le monde ! Le vieux, on est dans un contexte, on est content quand ça marche bien. Et encore une fois, j'insiste pour dire que souvent ça marche plutôt très bien, étonnement bien et longtemps ! Et puis, il y a des degrés, on s'enfonce dans la fragilité, la dépendance, et puis parfois l'hospitalisation mais pas toujours...
- *Est-ce que vous avez vos marqueurs de fragilité ?*
- J'ai pas de marqueurs systématisés. Je suis assez bordélique quoi... J'ai des marqueurs bien sûr : quelqu'un qui évidemment vous ouvre la porte, vous appelle, et avec qui on peut communiquer... Après il y a dans les intervenants au domicile des aides, infirmières, aides soignantes, etc. Et puis vous avez des gens comme ça qui sont stabilisés et puis tout d'un coup, vous sentez qu'ils vous reconnaissent mais à peine, avant ils s'intéressaient à l'interne, maintenant ils ne s'y intéressent plus, ils ne sortent plus du lit... C'est des marqueurs universels si vous voulez qui sont chez le vieux comme chez tout le monde !
- *Par rapport au maintien à domicile pour ces personnes-là, comment prolonger le plus longtemps possible ? Est-ce que vous avez des recettes ? Est-ce qu'il faut mettre en place des dispositifs ? Et quel est le rôle joué par le médecin par rapport à ce maintien à domicile ?*
- A priori et le plus souvent c'est le cas, les p'tits vieux, ils veulent rester chez eux et ils ont raison, donc ça il y a bien longtemps qu'on a intégré cette idée. Avant, c'était pas toujours comme ça... Comment préserver ça ? Par des aides à domicile, le médecin est très important parce que c'est lui qui insuffle les choses et qui coordonne et qui surveille, mais en l'occurrence les aides, si vous

pouvez avoir des infirmiers, aides-soignantes, il y a toutes sortes d'aides de la Mairie, des repas, des téléalarmes, les matériels, les lits et tout ce que vous voulez... C'est ça qui est important. Après, parfois on peut plus mais quelles recettes ? On s'adapte aux besoins et si on a de quoi répondre à ces besoins que... Alors, il y a le p'tit vieux qui devient un peu confus, et pour le coup on ne peut pas le laisser à domicile. Celui qui ne veut pas... J'ai eu récemment il y a trois jours une p'tite patiente que je connais depuis très longtemps, qui ne veut pas aller à l'hôpital mais il y a les aspects médicaux aussi, bon ben pneumopathie, elle fait une hématurie donc on ne peut plus, là on est contraint par le médico-médical qui surmonte le p'tit vieux qu'on veut maintenir à domicile, et les aspects sociaux quoi !

- *Justement vous pourriez développer un peu les aspects sociaux ?*
- Ben les aspects sociaux, ils sont tributaires des aspects médicaux ! Si le médical est tranquille... Il y a des degrés d'importance. Si le médical est tranquille, c'est le social qui prime. Si le social est tranquille, c'est le médical qui prime inversement. Les aspects sociaux, ben d'abord, est-ce qu'ils sont entourés ? Est-ce qu'il y a des gens qui vont les voir ? Est-ce que les voisins sont disponibles ? Est-ce qu'il y a de la famille ? Est-ce qu'il y a quelqu'un à qui parler si on a besoin, un souci, est-ce qu'on a un recours ? Est-ce qu'il y a quelqu'un à qui on va expliquer ce qu'on va faire et qui peut nous aider ? Les aspects humains, familiaux... Après, les intervenants : infirmières essentiellement, et aides-soignantes, kinés... Et voilà, ça roule !
- *Vous dites que vous ne faites pas partie d'un réseau gériatrique, mais en fait vous avez déjà vous-même votre propre réseau !*
- J'ai mon réseau. Moi, je trouve que c'est très bien les réseaux gériatriques ! J'aime bien ! Je vous dis, je fais partie, je suis au réseau Paris Nord. Je ne veux pas qu'on m'envoie des p'tits vieux parce que personne ne veut aller les voir. Ben voilà, c'est une contrainte en plus. Mais sinon, j'aime assez ça. Je trouve que les réseaux, c'est une bonne chose !
- *Lorsque vous hospitalisez une personne âgée, quels sont les problèmes, en dehors de la pathologie aiguë, que vous souhaitez voir réglés pendant l'hospitalisation ? Qu'est-ce que vous pourrez prendre en charge en ambulatoire après l'hospitalisation ? Est-ce qu'il y a des choses que vous voulez réglés absolument pendant l'hospitalisation ?*
- C'est toujours les mêmes principes, que sur le plan médical que ce soit à peu près stabilisé, qu'il n'y ait pas trop de médicaments, et dans le social aussi. Après, nous on reprend la main, soit en

s'appuyant sur ce qui a été fait pendant l'hospitalisation, soit en annulant parce que le p'tit vieux, il veut reprendre tout ce qu'il avait avant, que c'est lui qui veut quoi ! Après, à ce moment-là, on reprend tranquillement les choses... Soit l'hospitalisation est une parenthèse (sourire), comme s'il ne s'était rien passé, finalement tout retourne comme avant, on a eu un souci, on a eu besoin à un moment d'être dans un autre contexte, on a fait ça, ça c'est fait, on recommence comme avant. Soit il y a des séquelles où alors l'hospiti est une opportunité pour nous, qui nous a permis de stabiliser les choses, faire des bilans... Vous voulez faire une radio à quelqu'un, une prise de sang, c'est facile ! Quand on profite qu'il est à l'hôpital pour faire ça et ça, puis on verra ce qu'on en fait. Non seulement il y a des réseaux, mais il y a des services de gériatrie notamment à Bichat qui fonctionnent très, très bien. Moi, je suis très content qu'ils existent, ils nous rendent souvent des services. Si on veut organiser par exemple... Un p'tit vieux qui est d'accord pour être hospitalisé, mon vieux il est d'accord, on va organiser une hospitalisation en gérontologie. Ça c'est bien. Il va directement à l'hôpital, il fait son bilan, il ressort, on a son compte-rendu, c'est bien ! Il faut coordonner, l'idée de dire c'est le médecin traitant qui fait tout, oui mais il y a des moments « médecin traitant », des moments « hospiti », l'important c'est l'articulation entre les deux. Vous avez des intervenants médico-sociaux qui vont à domicile. Moi je trouve que c'est pas mal, je suis assez content du dispositif.

- *Est-ce que la communication avec vos collègues hospitaliers se passent bien ?*
- Oh les gériatres oui, dans l'ensemble oui.
- *A part les gériatres ?*
- On parle de gériatrie (sourire), des autres aussi mais tout est possible mais des fois... Par exemple quand on veut appeler quelqu'un, ben c'est un réel problème ! Moi, j'ai voulu appeler il y a 3 jours un médecin conseil. J'ai son numéro, j'ai le patient, j'ai un truc à lui dire quoi. J'ai appelé dix fois, il n'est pas là ! Je ne peux pas moi ! Alors, dans les hôpitaux, des fois aussi ils ne sont pas là mais maintenant, par exemple à Bichat, on vous bipe la personne, ça facilite un peu... C'est souvent l'individu contre une grosse structure ! Faisons avec ! Mais ce n'est pas toujours facile, mais des fois ça va !
- *C'est toujours vous qui appelez ?*
- Non, des fois on reçoit des courriers ou on nous appelle. C'est assez rare, mais ça arrive !

- *A la sortie de l'hôpital, lorsque vous avez à négocier avec vos patients, comment ça se passe ?*
- Ben, c'est eux qui commandent ! Sauf s'ils ne sont pas en état... A priori s'ils ne sont pas en état, ils ne sont pas rentrés chez eux. Même s'ils ne sont pas en état, on se plie à leurs désirs à eux.
- *Vous avez un exemple ?*
- Quelqu'un qui est confus, qui ne comprend pas ce qu'il se passe, on fait des choses... Mais au bout du compte, c'est quand même le patient qui commande. Il a besoin d'être cadré. Mais je vous dis, c'est pas une galère, des fois ça se passe très bien, ils sont mignons, ça fonctionne bien, ils sont, encore une fois, étonnement résistants. Et puis, si c'est structuré, ça peut durer, mais des fois vous savez, jusqu'à ce qu'il y ait un petit rouage qui fait que... Et là on rejoint la fragilité. Des fois on la surmonte, et encore une fois, ça arrive assez souvent, et des fois on ne peut pas la surmonter et c'est rentré dans quelque chose qui une fois donne une hospi avec retour à domicile ou alors le début de la fin, le patient hospitalisé... Parfois institutionnalisé mais parfois pas. Parfois il décède quoi.
- *C'est étonnant, parce qu'un de vos collègues que j'ai interrogé parlait aussi de la résistance des personnes âgées...*
- Oui, ben, ceux qu'on a, c'est ceux qui ont résisté. Moi j'ai deux centenaires, une qui va avoir 101 ans. Plein de fois j'ai dit c'est fini, ben non, elle est entourée, elle a des aides, une famille qui est présente. Bon, elle ne se lève plus du lit mais quand vous la voyez, elle ouvre les yeux, elle discute, pas trop mais elle discute avec vous, elle est vivante quoi ! Et puis une autre qui a été institutionnalisée récemment, qui est plutôt mignonne, elle est tombée, elle s'est cassé le col, elle est institutionnalisée, ça va mieux mais maintenant elle est en institution. Je ne sais plus ce qu'elle est devenue, mais voilà quoi !
- *Le premier médecin que j'ai interrogé disait qu'il considérait l'hospitalisation d'une personne âgée, en dehors d'une urgence vitale, comme étant un échec, qu'il le vivait comme ça. Qu'est-ce que vous en pensez ?*
- Je ne suis pas d'accord. Non, non, pourquoi ?
- *Parce qu'il disait que son but était de maintenir...*

- Mais le but, c'est que personne n'aille à l'hôpital ! C'est que personne ne soit malade ! Mais quand il y a des gens malades, il faut les soigner. Quand on ne peut pas les soigner, pas parce qu'on n'est pas tout puissant mais parce qu'on n'a pas le dispositif, parce qu'on n'est pas sur place. Non, moi je ne vis pas du tout ça comme un échec. Sauf si on a décidé, de se dire « ben voilà, cette personne-là, on va la laisser mourir à la maison ». Mais là on est dans du palliatif, il faut que ça soit clair et encore, c'est délicat. Non, non, l'hôpital est un recours. Il faut étudier, l'utiliser, comme tout, à bon escient. On peut se tromper, en faire trop ou trop tard. Mais c'est un recours comme un examen complémentaire, on travaille en partenariat. Si on décide, encore une fois, que les gens doivent mourir chez eux mais ce n'est pas toujours évident même s'ils le veulent. Il y a des moments où on a du mal à assumer... Sauf s'il y a un palliatif, quelqu'un qui a un cancer dont on sait que, voilà, pendant qu'il était hospitalisé, on a décidé ça, c'est clair pour eux, pour l'entourage, pour le médecin, pour l'équipe, et puis même là on peut craquer parce que mourir à la maison c'est un échec, l'échec c'est mourir à la maison, c'est pas hospitaliser. L'échec c'est mourir déjà. Mais mourir à la maison c'est un échec. On dit « mais comment, il n'est pas hospitalisé ? » Donc accepter de mourir à la maison, c'est accepter qu'on peut mourir et qu'on peut mourir à la maison parce que c'est palliatif, parce qu'on estime qu'on aurait pu faire autre chose.

- *Mourir, c'est forcément un échec pour vous ?*

- Non, non, je me moque du truc culturel. C'est pas du tout un échec, dans la vie il faut mourir.

- *L'entourage de la personne âgée, comment est-ce que vous l'intégrez dans votre démarche de soins, en tant que médecin traitant ? Comment ça se passe avec l'entourage ?*

- Alors, je dirais qu'on est à la fois contraint par lui : si vous avez quelqu'un, la fille ou le mari, vous ne pouvez pas faire comme s'ils n'étaient pas là sinon vous êtes viré quoi, et on a besoin de lui parce que c'est l'inverse, on n'est pas toujours là. Donc comment je l'intègre ? Je reconnais aussi la difficulté, la souffrance éventuelle de l'entourage, moi je soigne une personne mais pas l'entourage, je sais que l'entourage est important, et vivant, et doit être pris en compte. Euh... Comment je l'intègre ? Ben, je fais avec. Avec respect et de manière le plus efficace possible. Mais je ne vais pas le mettre à distance, par exemple... Toujours en essayant de respecter, mais là on est encore plus contraint parce que vous avez un couple, ou une maman avec son adolescent, vous pouvez dire « Ah maintenant, vous devez sortir ! » C'est pas évident mais on peut. Avec le p'tit vieux, vous dites « sortez », mais une fois que vous êtes sorti, c'est lui qui réinvestit, enfin le conjoint ou le proche quoi. Il y a plein de choses qui sont faites sur les aidants, notamment soit auprès des cancéreux soit auprès des personnes âgées, vous voyez, parce que là on est vraiment

contraint par l'aidant. Contraint dans les deux sens, contraint parce qu'on ne peut pas faire autrement, et parce qu'on en a besoin aussi. Voilà.

– *Merci beaucoup !*

ENTRETIEN N°3

Dr L, femme, exerçant la médecine générale depuis 20 ans, Paris.

Entretien en présence d'une interne, en stage dans le cabinet.

- *Pour commencer, je vais poser quelques questions pour cerner un peu votre profil. Depuis combien d'années, exercez-vous la médecine générale ?*
- 20 ans.
- *Est-ce que vous faites des visites à domicile ?*
- Très peu.
- *Est-ce que vous faites partie d'un réseau gériatrique ?*
- Non.
- *De votre point de vue de médecin traitant, quelles sont les spécificités de la prise en charge d'une personne âgée ?*
- Quelles sont les spécificités ? Euh... C'est une prise en charge pluridisciplinaire... Euh... Qui doit être fait dans sa globalité. Et puis voilà.
- *D'accord. Est-ce que les personnes âgées ont des besoins spécifiques par rapport à des adultes plus jeunes ?*
- Ils ont plus de pathologies, ils ont plus de besoins... Euh, il y a plus de problème de maintien à domicile. Voilà effectivement.
- *Est-ce que vous avez un objectif de prise en charge par rapport aux personnes âgées ?*
- Un objectif ?

- *Est-ce que vous vous dites qu'il faut que vous fassiez certaines choses lorsque vous prenez en charge une personne âgée ?*
- Je ne sais pas... Que je dois faire quoi ? Que je dois le maintenir à domicile le plus possible ! Voilà mon objectif !
- *Ok. Qu'est-ce qui distingue une personne âgée fragile d'une personne âgée non fragile ?*
- Ses pathologies ! Sa mobilité, son indépendance, son autonomie.
- *Est-ce que vous avez des marqueurs de fragilité, des marqueurs objectifs ?*
- S'ils ne peuvent pas venir au cabinet.
- *Des marqueurs actuels ou prédictifs de fragilité ? Des marqueurs prédisant une fragilité dans les années qui viennent ?*
- Je ne sais pas... L'amaigrissement... Quelqu'un qui ne peut pas se tenir debout.
- *Comment appréciez-vous la situation sociale d'une personne âgée ?*
- Comment je l'apprécie...
- *Comment vous appréciez l'état social d'une personne âgée ?*
- Si elle a de la famille, des enfants... Comment dire... Son ancienne profession, voir si... Voilà... Je ne sais pas.
- *Est-ce que vous êtes d'accord avec certains de vos collègues qui trouvent les personnes âgées « étonnement résistantes » ?*
- Etonnement résistantes ?
- *Oui.*

- Peut-être qu'ils sont plus résistants qu'avant... C'est vrai, parce qu'avant, 80 ans, c'était fini. Nous, quand on était jeune, 80 ans, c'était... Alors que là, c'est vrai, ils sont relativement en bonne santé... Enfin... Autonome, dynamique...
- *Et comment vous expliquez cette « résistance » ?*
- Parce qu'il y a une prévention plus importante ? Prévention des tas de facteurs de risque cardio-vasculaires qui... qui marche !
- *Donc un rôle du médecin traitant qui est plus présent ?*
- Je ne sais pas si c'est le médecin traitant ou si ce sont les... les traitements qui maintenant sont efficaces... Mais peut-être que le médecin traitant joue un grand rôle dans... Pour qu'il y ait une bonne observance !
- *Qu'est-ce que représente pour vous l'hospitalisation d'une personne âgée ?*
- C'est une catastrophe !
- *Oui, pourquoi ? Vous avez des exemples ?*
- Euh... Des exemples ? Euh... Récemment non. Mais je veux dire, souvent, ça peut-être le début d'un... D'une descente ou d'une chute... D'une perte de l'autonomie voilà !
- *D'accord.*
- Ben... L'enchaînement d'une cascade d'effets qui vont arriver du coup les uns après les autres...
- *C'est pour vous une conséquence de l'hospitalisation ou simplement l'hospitalisation « démasque » ... cette fragilité, cette perte d'autonomie ?*
- Peut-être les deux.
- *Donc je suppose que vous essayez d'hospitaliser le moins possible les personnes âgées.*
- Ouais.

- *Alors, comment vous faites pour les maintenir à domicile ?*
- Ca dépend de l'entourage, de la structure qu'il peut y avoir... Maintenant si elle est complètement seule et si elle n'a pas un entourage conséquent, il n'y a pas de prise en charge facile donc c'est difficile...
- *A ce moment-là, qu'est-ce que vous faites ?*
- Les hospitaliser ?
- *Quand une personne âgée n'a pas d'entourage et que vous voulez la maintenir à domicile ?*
- Il faut essayer de faire appel aux réseaux... Puis à toutes les structures de soins qui existent à domicile, il y en a quand même... Maintenant, c'est quand même beaucoup mieux qu'avant !
- *Vous vous êtes constitué facilement votre réseau ?*
- Ben il y a des réseaux... Y a le réseau Nord, y a les centres Emeraude... Voilà, il y a des services de maintien à domicile donc... Voilà.
- *Dernière question : selon vous, est-ce que les personnes âgées représentent une « contrainte » pour le médecin traitant ?*
- Ben non, c'est son travail ! Enfin, c'est ceux qu'on traite... Ben, ça demande beaucoup plus de vigilance, d'attention, beaucoup plus de... Présence ! Effectivement, là, c'est nécessaire.
- *D'accord, est-ce que ce n'est qu'une contrainte ?*
- Qu'une contrainte ? Est-ce que c'est une contrainte ?
- *Vous avez dit que c'était une contrainte...*
- Moi, j'ai dit que c'est une contrainte ? Non. J'ai dit non, c'est notre travail.
- *J'avais compris que ça demandait plus de temps, plus de surveillance...*

- Oui, c'est plus fréquent !
- *En tout cas, vous vous ne vivez pas ça comme une contrainte ?*
- Ben, je pense que c'est ça notre boulot... Je ne sais pas...
- *Bon, ben très bien, merci pour l'entretien.*

ENTRETIEN N°4

Dr G, femme, exerçant la médecine générale depuis 5 ans, Paris.

- *Pour commencer, je vais poser quelques questions pour mieux cerner votre profil. Depuis combien de temps vous exercez la médecine générale ?*
- Cinq ans dont trois ans de remplacement et deux ans d'installation.
- *Est-ce que vous faites des visites à domicile ?*
- Oui. J'en fais en moyenne une dizaine par semaine. J'ai repris la patientèle d'un médecin traitant qui a pris sa retraite il y a deux ans et qui en voit déjà « trente mille » des patients... à suivre en visite à domicile, sur lesquels se sont ajoutés de nouveaux patients qui ne peuvent pas se déplacer donc je les vois à domicile.
- *Est-ce que vous faites partie d'un réseau gériatrique ?*
- Oui et non, c'est-à-dire que je travaille beaucoup avec Bichat, donc je connais bien les gériatres de là-bas, donc je fais appel à leur service pour tout ce qui est bilan à l'Hôpital de Jour et avis, sans me prétendre gériatre parce que je ne suis pas du tout. Par contre, je participe aussi au Réseau Paris Nord où là aussi on a des formations en gériatrie, assez régulières.
- *De votre point de vue de médecin traitant, quelles sont les spécificités de la prise en charge d'une personne âgée ?*
- C'est très difficile. Déjà parce qu'il faut voir au niveau de l'entourage si la personne est seule ou pas. Quand la personne est seule à domicile, c'est vraiment galère parce qu'il faut à la fois prendre en compte l'aspect médical mais aussi social. Le social allant de changer une ampoule quand on va les voir au domicile, ce qui m'arrive souvent, régulièrement, ou savoir comment ils arrivent à faire leurs courses tout seuls, à faire le ménage tout seuls, évaluer leur autonomie, savoir si le maintien à domicile est possible. C'est énorme, c'est un travail qui est énorme en plus du problème médical pur ! Et même sur le problème médical pur, s'il y a un traitement à faire ou une

surveillance, qui peut assurer le suivi du traitement ? Est-ce que le patient peut prendre son traitement seul ? C'est vraiment compliqué !

- *Et comment justement, par rapport au social, vous évaluez la situation sociale d'un patient âgé ?*
- C'est-à-dire que déjà, il faut voir si je le vois en cabinet ou chez lui. Il y a donc des patients que j'ai repris de ma « prédécétre » , les patients avaient déjà eu un bilan social, je connais déjà un peu leur histoire, je sais s'il y a un entourage ou pas et je sais aussi l'aide à domicile qui est en place. Après, pour un patient que je vois pour la première fois, en général, c'est au cabinet, parce que je ne prends pas de nouveaux patients en visite à domicile, par contre j'assume mes patients en terme d'autonomie qui ne peuvent plus venir, j'en ai plusieurs comme ça qui au départ venaient et qui ne peuvent plus venir, en général je connais leur histoire et, je m'intéresse à leur entourage, je m'intéresse à leur entourage, je vois ce qui est possible au domicile, à savoir s'il y a déjà une infirmière en place, une aide ménagère, s'il y a une allocation, si les aides financières sont suffisantes ou pas, si on a rempli les papiers nécessaires. Après, c'est vrai que c'est comme même dur, d'emblée, seule, de faire un bilan, c'est pour ça que je n'hésite pas pour une patiente, d'ailleurs que j'ai vue ce matin, j'hésite pas à demander l'aide de Bichat. Je les envoie en Hôpital de Jour pour qu'ils voient l'assistante sociale. Je suis encore trop jeune pour connaître parfaitement toutes les aides auxquelles ils ont droit et pour les aider au mieux, je trouve.
- *Et ça se passe bien justement, cette liaison avec l'hôpital ?*
- Super bien ! Très, très bien parce qu'en fait j'essaie quand même de faire mon boulot, c'est-à-dire de ne pas les envoyer en disant « avis gériatrique ». J'essaie quand même de poser les problèmes, de les résoudre les uns après les autres, déjà en essayant d'avancer un peu, je fais ce que je peux déjà en ambulatoire. Ce qui est possible en ambulatoire, je le fais. Après, je passe la main pour notamment faire un bilan mnésique, un bilan de chute ou un bilan social aussi, notamment.
- *Donc la communication avec l'hôpital, lorsque vous hospitalisez l'un de vos patients, se passe bien.*
- Je n'irai pas jusque là. Il y a l'Hôpital de Jour et il y a l'hospitalisation. Quand les patients vont en Hôpital de Jour, on leur fait un courrier, on a faxé au secrétariat... En fait il y a déjà une attente, une demande et on a toujours un retour avec un courrier très détaillé. Parfois les patients sont vus plusieurs fois. Et on est toujours tenu au courant, donc on sait précisément ce qu'il en est, et régulièrement, les médecins de l'Hôpital de Jour m'appellent pour des précisions, là il n'y a pas de

souci de ce côté-là. Par contre, pour ce qui est de l'hospitalisation, ce n'est pas le cas du tout. C'est-à-dire qu'il m'arrive régulièrement d'envoyer des patients aux urgences, en faisant un courrier quand je peux le faire sauf quand il y a un problème urgent ou quand les pompiers les ont emmenés, ben forcément je n'ai pas fait de courrier, mais en général, j'essaie quand même de prévenir le service des urgences que monsieur ou madame un tel va arriver, mais par contre on n'a pas souvent de nouvelles derrière, même s'ils vont en gériatrie au 14^e... Euh, il arrive quand même que l'interne passe un p'tit coup de fil pour dire qu'il va rentrer à domicile ou qu'il a ça, ça, ça. C'est pas toujours le cas, je ne vous le cache pas mais on ne leur jette pas la pierre car aucun service ne le fait. Eux à la limite le font plus souvent que les autres.

- *Et donc, qu'est-ce que vous souhaitez par rapport à ça, qu'ils vous appellent plus ?*
- Ca serait très bien déjà qu'on sache quand un patient est hospitalisé, où il est, donc déjà ne serait-ce que d'avoir un papier pour nous prévenir dès le premier jour, monsieur machin ou madame machin a été hospitalisé pour tel motif, dans tel service et le numéro est le tant. Déjà, ça nous ferait gagner un temps fou, on pourrait passer un p'tit coup de fil au médecin de l'hôpital, du service, pour dire «ben voilà, je suis son médecin traitant, est-ce que vous avez des problèmes, est-ce que vous voulez qu'on en parle ? ». Et avoir aussi quand il sort un petit papier parce qu'on ne sait pas toujours le motif qui va entraîner l'hospitalisation, avoir un compte-rendu de sortie, juste un papier en disant que monsieur ou madame machin est sorti ce jour, il avait été hospitalisé pour tel motif et son traitement de sortie est le tant, sans forcément faire le compte-rendu tout de suite, au moins juste avoir le traitement de sortie et le motif d'hospitalisation. Comme ça nous on sait qu'il est sorti et on reprend la visite à domicile dès qu'il rentre et dès qu'il sort, parce qu'on sait qu'il faut toujours aller voir les patients après l'hôpital et, parfois on sait qu'ils sont rentrés mais un mois après, ce qui est dommage !
- *Est-ce qu'en tant que médecin traitant, vous avez un objectif de prise en charge des personnes âgées ? Est-ce que vous vous fixez un but ?*
- Euh... Alors, un but, c'est beaucoup dire, essayer de respecter leurs souhaits, c'est déjà important, c'est-à-dire si eux veulent rester au domicile, c'est essayer d'accompagner ce souhait-là, sauf si ce n'est vraiment pas envisageable parce que sur le plan médical c'est vraiment trop compliqué ou qu'il y a un problème financier, il faut être honnête. Maintenant, le but, non je crois que justement le problème des personnes âgées, c'est justement qu'on navigue à vue au jour le jour, c'est-à-dire que du jour au lendemain on peut avoir tel ou tel problème, la perte d'autonomie peut être brutale, on peut essayer d'anticiper, c'est difficile d'anticiper parce que si la personne chute et se casse le col du fémur, ben voilà, on fait comme les autres, on les envoie aux urgences quoi.

- *Vous voulez dire qu'on ne peut pas voir sur le long terme quand on prend en charge une personne âgée ?*
- Euh... Moi, je ne raisonne pas vraiment en long terme. Non, moi c'est vraiment déjà quand là je me rends compte, ça fait déjà deux ans que je suis des patients, je suis contente qu'ils soient toujours là parce qu'ils sont quand même franchement pas bien. C'est vraiment un petit combat quotidien pour moi.
- *Qu'est-ce que signifie pour vous la fragilité d'une personne âgée ?*
- Fragilité, c'est vraiment l'équilibre, c'est-à-dire que la plupart des gens que je vois à domicile pour ma part, ce sont vraiment des équilibristes, c'est-à-dire qu'ils ont vraiment plusieurs pathologies lourdes, un traitement lourd, et malgré tout, vaille que vaille, ils continuent à aller faire leurs courses tous les jours, à avoir une petite vie qui leur convient. Et c'est un équilibre qui est fragile puisqu'on sait pertinemment que si jamais il y a un accident intercurrent, un accident de la vie que ce soit une chute, que ce soit une fracture, un problème vasculaire ou quelque chose comme ça, cet équilibre-là, tout de suite, tombe à plat. On sait très bien que ce qui marchait très bien, il suffit d'un petit souffle pour que tout s'écroule en fait. Donc ce qui est vraiment important, ce qui nous semble banal comme une chute, ça peut entraîner un syndrome confusionnel, une fracture du col du fémur peut entraîner des complications du décubitus avec décès. Ce qui au départ peut n'être pas trop grave peut vraiment donner des conséquences très graves à court terme, de part cette fragilité.
- *Est-ce que vous pensez qu'on peut prévenir cette fragilité ?*
- Alors c'est compliqué. La connaître, pour moi, c'est déjà la prévenir, c'est-à-dire avoir conscience de cette fragilité-là, bien prévenir l'entourage d'une surveillance, de nous prévenir s'il y a des chutes, s'il y a une perte de poids, donner des éléments quand même à l'entourage, c'est déjà aider, ça peut prévenir un petit peu.
- *La chute, la perte de poids... Est-ce que vous avez d'autres marqueurs de la fragilité ?*
- Euh... Le moral aussi, quand même, le moral de la personne âgée, la chute, la perte de poids, tout changement dans le comportement aussi... Après, tout changement sur le plan médical, la tension artérielle qui va monter, l'insuffisance rénale qui s'installe. Mais avant, pour moi, l'apparition de

poids, la perte de poids et la chute, c'est des choses importantes et on n'en a pas assez conscience, en tout cas, l'entourage n'a pas assez conscience. Quand ils perdent du poids, ils disent toujours « ah ben, c'est très bien, ça fait du bien » mais c'est pas vrai.

- *L'une de vos collègues disait que la prise en charge d'une personne âgée devait être « pluridisciplinaire et globale ». Qu'est-ce que vous pensez de ça et pour vous, qu'est-ce que signifie une prise en charge « globale » de la personne âgée ?*
- C'est complètement utopique. « Pluridisciplinaire » : il faut savoir de qui on parle. Si vous demandez à un cardiologue, si vous demandez à ce que le patient âgé soit vu par un urologue, un cardiologue quand il y a des problèmes urologiques ou cardiologiques, la prise en charge ne sera pas toujours adaptée à la personne âgée, au contraire, moi je pense que c'est beaucoup mieux qu'un patient qui est polypathologique soit vu par un gériatre qui va permettre un petit peu de hiérarchiser les priorités et de ne pas forcément traiter à outrance une hypertension artérielle ou un problème de prostate. Non, je ne suis pas tout à fait d'accord avec ça. Moi, je n'enverrai pas facilement chez un spécialiste, j'ai pu voir et constater hélas que les spécialistes ne prennent pas compte des autres pathologies, du terrain de la personne âgée. « Pluridisciplinaire », c'est pour moi, c'est plutôt médicaux et paramédicaux surtout, à savoir kinés, infirmières, aides à domicile, gériatres et médecins traitant.
- *Et la globalité de la prise en charge ?*
- Ben, la globalité, c'est ce qu'on fait au quotidien, c'est s'assurer que les médicaments soient bien donnés, qu'il ait des repas ou qu'il puisse manger tous les jours, qu'ils puissent avoir des visites, qu'ils soient un peu entourés... Je crois que c'est ce qu'on fait de façon spontanée déjà.
- *Alors, vous avez parlé du rôle du gériatre. Par rapport au médecin traitant, quel est son rôle dans la prise en charge et dans le maintien à domicile de la personne âgée ?*
- Ca permet d'aider. Moi en tout cas, ça m'aide beaucoup, pour déjà adapter les traitements, et pareil, hiérarchiser, rédiger une ordonnance, pour éviter la iatrogénie, permettre de faire des examens, de faciliter les bilans, d'accéder aux examens complémentaires pour les regrouper en Hôpital de jour. C'est très bien parce que mine de rien, une personne âgée, lorsqu'elle doit faire un examen en ville, il faut une ambulance, il faut savoir s'il y a quelqu'un pour l'aider à y aller et à revenir. C'est beaucoup plus compliqué que pour un sujet jeune. Et le fait de pouvoir regrouper les examens sur une journée sur l'hôpital, c'est formidable, même pour les personnes âgées, c'est

beaucoup moins perturbant, déjà pour ça, vraiment ça aide, puis ça peut aussi nous aider au quotidien pour des prescriptions, des questionnements, pour avoir aussi des avis, des conseils nutritionnels, tout ce qu'on ne peut pas tout savoir quoi.

- *Un rôle du médecin traitant de coordination et de proximité...*
- Oui, aussi. Clairement. Ben oui, parce que c'est le médecin traitant qui pourra rappeler l'infirmière quand le patient revient, et inversement, l'infirmière va appeler le médecin traitant, après le gériatre. Le gériatre est vraiment là, je pense, pour aider et conseiller, le médecin traitant doit au mieux réguler tout ce qui entoure le patient.
- *Un autre de vos collègues disait que les personnes âgées étaient fragiles mais en même temps « étonnement résistantes ». Qu'est-ce que vous en pensez ?*
- Oui, il est vrai que l'on voit des personnes âgées très graves et on se dit qu'ils pourraient mourir d'un instant à l'autre, un an après, ils sont toujours là. Ca, c'est le miracle de la vie.
- *Comment vous expliquez cette résistance ?*
- Ben, je pense qu'on soigne mieux, j'ai la naïveté que de penser qu'on soigne mieux les personnes âgées, qu'on fait plus attention à la iatrogénie et qu'on essaie de faire plus attention aussi à l'alimentation, ils mangent mieux aussi, et puis il n'y a pas de secret, enfin, il y a quand même des personnes âgées aussi qui ont été en bonne santé toute leur vie, n'ont pas fumé, n'ont pas bu, et c'est vrai que, ben, en général, ils supportent mieux et ils vivent plus longtemps.
- *Donc une meilleure prévention ?*
- Une meilleure prévention, de meilleurs traitements, ça c'est sûr.
- *Qu'est-ce que représente pour vous l'hospitalisation d'une personne âgée ?*
- Ben, c'est-à-dire c'est un peu le bout de la chaîne, quand on n'arrive plus au domicile, que ce soit pour un problème de... L'obstacle, c'est vraiment le bout de la chaîne, quand il y a des situations en soi, une rupture brutale avec un événement intercurrent, chute, fracture, ou confusion qui nécessitent des bilans et une hospitalisation. Soit c'est vraiment, normalement ça ne devrait pas être là, c'est le bout de la chaîne, on n'y arrive plus, il y a une perte d'autonomie qui s'est

installée, bon on n'arrive plus à gérer au domicile toutes les pathologies du patient. En général pour moi, l'hôpital est vraiment, a une place avant tout, pour les accidents, les problèmes aigus. L'hôpital n'a pas sa place pour un problème chronique, d'ailleurs à la limite, les pertes d'autonomie, il faut qu'on anticipe et dans ces cas-là, c'est une maison de retraite, et le problème, c'est qu'on n'a pas toujours le temps de demander une maison de retraite, parfois on n'a pas le choix.

- *Donc en dehors des problèmes aigus, l'hospitalisation est un échec pour vous ?*
- Ah non, pas du tout, ça peut aussi être un soutien pour les familles, c'est dur aussi d'être avec des personnes âgées polydépendantes, ça peut aussi être un soutien et un soulagement pour les familles, ça aide aussi. C'est pas un échec parce que, quelque part, c'est aussi un soulagement pour le médecin de se dire que voilà, on n'y arrivait plus, il faut quand même essayer de faire un travail et que le patient soit mieux pris en charge, ça c'est peut-être aussi utopique mais c'est ce que j'espère.
- *Comment est-ce que vous intégrez l'entourage d'une personne âgée dans sa prise en charge ?*
- Il me semble que c'est l'entourage qui s'intègre. Si l'entourage est déjà présent aux visites, s'il me téléphone, il est évident qu'on aura un contact. Si c'est toujours au médecin qui va téléphoner à la fille ou à la famille, il est évident que là c'est beaucoup plus difficile, on est un peu plus tout seul. Pour moi, l'entourage il est déjà là, il est autour du patient, il ne va pas... C'est difficile pour nous de provoquer, de créer un entourage. Il est là ou il est pas là.
- *Et des fois, vous êtes amenée à aller les chercher ?*
- Oui, ça m'arrive. Il y a des patients qui sont en institution et que j'appelle de temps en temps, bon les familles, je ne les appelle plus, si au deuxième, troisième appel il n'y a pas de retour, je ne vois pas l'intérêt. Donc il y a des patients que je vois et dont je ne sais rien de l'entourage.
- *Pour vous, l'entourage et les aidants, c'est plutôt une contrainte ou une nécessité ?*
- C'est une aide, un entourage de bonne qualité peut vraiment nous aider à nous alerter quand il y a un problème, à aider au quotidien, que ce soit pour l'alimentation, pour... Parce que les aides ménagères, c'est cher, les patients n'ont pas toujours la possibilité d'en avoir, donc l'entourage peut vraiment aider au quotidien et puis en plus, ça fait le lien entre le malade et le médecin.

Parfois, c'est lourd, parfois l'entourage est trop présent, trop pesant et quand il y a beaucoup d'enfants, une famille très, très unie, c'est parfois difficile de calmer le jeu et d'essayer de trouver un interlocuteur pour pas qu'on perde trop de temps non plus. Parfois c'est vraiment néfaste.

- *D'accord, merci beaucoup en tout cas pour cet entretien.*

ENTRETIEN N°5

Dr D, homme, exerçant la médecine générale depuis 24 ans, Paris.

Entretien en présence d'une externe en stage auprès de Dr D.

- *Je vais commencer par quelques questions pour mieux cerner votre profil. Depuis combien d'années vous exercez la médecine générale ?*
- Euh... Ca fait 24 ans.
- *Est-ce que vous faites des visites à domicile ?*
- Tout à fait.
- *Est-ce que vous faites partie d'un réseau gériatrique ?*
- D'un réseau gériatrique ? Non.
- *Est-ce qu'il y a des raisons particulières au fait que vous ne vouliez pas faire partie d'un réseau gériatrique ?*
- Je n'en ai pas besoin. (silence)
- *Parce que vous avez déjà votre propre réseau ?*
- Voilà, j'ai mon propre réseau.
- *De votre point de vue de médecin traitant, quelles sont les spécificités de la prise en charge d'une personne âgée ?*
- (Silence). C'est vaste ça comme sujet.
- *Est-ce que les personnes âgées ont des besoins spécifiques ? Qu'est-ce qui diffère de la prise en charge d'un adulte jeune ?*

- (Silence). En combien d'heures ? Il faut faire ça en combien d'heures ? (sourire). Euh...
- *Est-ce que pour vous, c'est pareil la prise en charge d'une personne âgée et d'un adulte jeune ?*
- Euh... J'aurais tendance à dire oui, que c'est pareil, à l'exception d'une... Bien sûr c'est la même chose, à l'exception d'une... D'une grande angoisse chez toutes ces personnes, liée à la proximité de la mort, la solitude. Voilà, pour le reste, la prise en charge médicale, ben c'est la même, c'est pareil. La tension, ça se soigne pareil. Maintenant, je vais tenir compte de leur fragilité psychologique surtout.
- *D'accord, cette « angoisse », elle n'est présente que chez la personne âgée ou chez le médecin aussi ?*
- Euh... (silence) Non, je pense que chez la personne âgée.
- *Est-ce que vous avez un objectif de prise en charge particulier par rapport aux personnes âgées ? Par rapport à leur fragilité psychologique notamment ?*
- (silence). Un objectif de prise en charge ? (silence) Un objectif de prise en charge, c'est de reculer l'institutionnalisation au maximum, parce que leur vie bascule. Il faut qu'on essaie de repousser ça au maximum.
- *Et comment vous faites pour essayer de repousser ça au maximum ?*
- (rires). Comment je fais ? Je vais essayer qu'elles soient bien physiquement et psychiquement. Voilà. Donc c'est toujours trouver un équilibre, se battre devant tout ça quoi ! Comment je fais ? Il faut les soutenir, il faut être là, il faut être présent, il faut répondre... Il faut du soutien, du soutien.
- *Donc beaucoup de soutien...*
- Beaucoup de soutien, de réassurance, voilà.
- *L'une de vos collègues disait, lors d'entretiens précédents, qu'on « naviguait à vue, au jour le jour » avec les personnes âgées. Qu'est-ce que vous en pensez ?*

- (silence). Ben, écoutez, non, je n'aurais pas tendance à dire, à dire la même chose, non, naviguer à vue, non. Non.
- *Vous pensez que l'on peut se projeter sur le long terme avec une personne âgée ?*
- (silence). Oui, bien sûr. Oui, bien sûr. Oui. (silence). Se projeter sur le long terme, oui. Ben, j'essaie de considérer la personne âgée exactement comme une autre personne, mais plus fragile, ayant peut-être plus besoin de soutien psychologique.
- *Alors, justement, vous avez parlé de fragilité, qu'est-ce que cela signifie pour vous avant tout, la fragilité d'une personne âgée ?*
- (silence).
- *Comment est-ce que vous la repérez ? Par quoi elle se manifeste ?*
- (silence). Comment elle se manifeste ? Ben, par une anxiété... Bon, physiquement, euh... Ca, c'est connu, ils sont plus fragiles en moyenne que... Que des jeunes adultes en bonne santé. Hein ? Bon, après, psychiquement, on peut avoir des alarmes : une personne qui est seule, qui est seule depuis peu, qui a perdu son conjoint, enfin il y a des événements de vie qui font que tout d'un coup, on va se mettre à se dire « Attention, là, elle est fragile ou elle va le devenir ! ». Voilà, c'est des appels un p'tit peu incessants au cabinet, c'est des demandes de visites, non motivées initialement, bon là, il faut se dire qu'il y a quelque chose qui ne va pas, qu'il y a une anxiété importante. (silence).
- *Est-ce que vous pensez qu'on peut l'anticiper, cette fragilité ?*
- (silence). Euh... Sans doute oui, bien sûr on peut anticiper ça, mais on se heurte à leur résistance, avant que les problèmes arrivent. Je pense par exemple aux aides ménagères, et tout ça. Il y a certaines personnes qui refusent absolument, alors que ça leur tiendrait compagnie. Voilà. Ils reconnaissent après qu'ils ont eu tort. En attendant, ils ne veulent pas. Il y a plein de choses comme ça. On pourrait anticiper beaucoup de choses, oui, à domicile bien sûr. On se heurte souvent à leur résistance. Il y a des problèmes sociaux aussi, des fois. Ce n'est pas toujours facile de payer une femme de ménage. Bon !

- *Alors, justement, par rapport au problème social, il y a beaucoup de vos collègues qui disaient qu'ils faisaient des « bilans sociaux » pour leurs personnes âgées. Est-ce que vous, c'est pareil ? Si oui, comment ?*

- (silence). A partir du moment où bon, j'ai le sentiment que je ne suis plus suffisant pour maintenir la situation, ben effectivement, je vais enclencher l'appel aux services sociaux, oui. Bon, je vais demander l'assistante sociale, je vais contacter l'assistante sociale de réseau pour qu'elle... Ou les points « Emeraude » pour qu'ils se mettent en rapport avec la personne âgée, oui, pour faire le bilan avec elle, de ce qu'elle veut, de ce qu'elle peut avoir. A partir du moment où je sens qu'on a passé un équilibre, c'est-à-dire que je ne suis plus, moi, suffisant pour l'aider.

- *Et, à partir de quel moment vous ne vous sentez plus « suffisant » ?*

- Et bien, en général, c'est simple, c'est quand... Euh... Quand la personne, ben, a appelé d'autres personnes, a appelé l'entourage, va appeler le voisinage... Des visites régulières, que ce soit tous les mois, tous les 15 jours ou toutes les semaines, ne deviennent plus suffisantes. Bon, il y a comme ça des attaques de panique qui font qu'elle appelle le voisinage, voilà, on sent que là, elle perd totalement... (silence).

- *Vous êtes souvent en contact avec l'entourage de la personne âgée ?*

- Par définition, ce dont on parle, là, elles sont souvent toutes seules, elles ont souvent peu de... Quoique... Même parfois il y a en qui ont de la famille et puis ça... Quand il y en a, oui ! Dès qu'il y a un entourage, j'essaie d'être en contact bien sûr ! Maintenant on n'en a pas toujours. Mais dès qu'il y a un entourage, oui ! Je demande à être en contact, ça c'est clair ! Ca ne peut que nous aider !

- *L'entourage, c'est forcément une aide ? Ca ne peut pas être autre chose parfois ?*

- (silence). Pour le médecin ou pour la personne âgée ?

- *Pour le médecin.*

- (silence). Moi, je ne vois pas trop le sens de la question. Pour nous, oui bien sûr.

- *En fait, des collègues à vous disaient que c'était une aide, et puis parfois c'était une contrainte aussi.*
- (silence).
- *Que parfois l'entourage peut être très, très pesant, que ce n'est pas forcément facile d'avoir d'un seul interlocuteur unique. Je me demande ce que vous en pensez.*
- (silence). Non, je ne vois pas de problème. Ca ne me revient pas, de problèmes avec l'entourage.
- (L'Externe) Souvent il n'y en a pas beaucoup.
- Il n'y en a pas beaucoup, voilà. Ben, si on a un entourage, les choses se passent bien. Bon, je ne vois pas pourquoi... Non, honnêtement, je ne vois pas.
- *D'accord. Est-ce que vous travaillez avec des gériatres ?*
- Des gériatres ? Non. (silence).
- *Est-ce qu'il y a une raison particulière à ça ?*
- Ben, écoutez, non, je n'éprouve pas le besoin de travailler avec des gériatres.
- *Est-ce que vous travaillez avec d'autres spécialistes ?*
- Oui ! Ca m'arrive de travailler avec des spécialistes, d'adresser des personnes âgées à des spécialistes : psychiatres, cardiologues, neurologues...
- *Mais pas avec des gériatres, parce que vous pensez que le rôle du médecin traitant recouvre un peu le rôle du gériatre ?*
- (silence). Euh... (silence). Je ne sais pas, je n'ai jamais eu dans ma pratique un moment où je me suis posé « est-ce que je vais faire appel à un gériatre », je me suis jamais dit « tiens, là tu fais mal, et t'aurais peut-être besoin de voir... ». Non, je ne me suis jamais dit ça, mais peut-être que c'est pas bien (rires), que ce n'est pas raisonnable, je n'ai jamais eu besoin de contacter un gériatre, non. Voilà.

- *Le sujet âgé est souvent polypathologique, ce qui veut dire qu'il a plusieurs problèmes. Comment vous hiérarchisez ses problèmes ?*

- Comment on hiérarchise les problèmes de la personne âgée ? (silence). Euh... Qu'est-ce que vous entendez par plusieurs problèmes ? C'est vaste ça aussi. C'est quoi ? C'est le psychique, le physique ?

- *Le psychique, le physique, le social, tout ça. Tout ce qui fait la personne âgée.*

- Comment on hiérarchise... Bon, c'est sans doute... Les plus graves, ce sont les problèmes... D'abord, est-ce qu'on peut lui assurer le maintien à domicile ? Voilà. On n'en revient un petit peu au début de la question. Voilà, est-ce qu'il est possible d'assurer le maintien à domicile, donc effectivement là, ça peut être des problèmes sociaux, des problèmes psychiques, des problèmes physiques et qui vous empêchent d'assurer le maintien à domicile. Voilà, bon ça dépend, chaque cas est différent. Chaque cas est différent, on ne peut pas hiérarchiser, on peut avoir des gens en bonne santé *entre guillemets* qu'on est obligé d'institutionnaliser parce que, parce qu'ils n'ont plus de moyens ou parce qu'ils ont quelques troubles psychiques... Enfin bon, c'est un mélange donc hiérarchiser, ça me paraît... C'est des interconnexions donc c'est difficile de hiérarchiser, c'est... Bon, il y a trois... Social, médical, psychique. Bon, on fait la synthèse de tout ça puis on arrive à nous dire « bon, celle-là, on peut la laisser là à la maison » ou « non, malheureusement on est obligé d'envisager, d'institutionnaliser... ». Mais c'est une synthèse de trois choses.

- *Ces trois aspects, vous leur accordez une importance égale ?*

- Ah oui ! L'un de va pas sans l'autre, quoi.

- *Alors, justement, par rapport à ce maintien à domicile, quelles sont les limites du médecin traitant ?*

- Les limites ?

- *Oui, les limites.*

- Les limites du médecin traitants ? (silence).

- *Quand est-ce que vous avez l'impression qu'il faut institutionnaliser le patient ou l'hospitaliser ?*
- (silence).
- *Quand est-ce que vous vous sentez dépassé ?*
- (silence). Ben, sur le plan physique, c'est clair, c'est comme... C'est la poussée d'insuffisance cardiaque, il ne faut pas hésiter... Après... Euh... Je ne vois pas trop... Une demande de l'entourage ? Oui, ça oui, il peut y avoir... Certainement. On peut être en opposition par rapport à l'entourage qui veut faire institutionnaliser une personne, alors nous, nous pensons que ça peut être encore un p'tit peu reculé... Donc voilà, une forte pression de l'entourage, ça c'est clair. Euh... C'est nos limites parce qu'on est un petit peu obligé de se fier à d'autres. Voilà. Et peut-être des problèmes sociaux un peu inextricables où là aussi on est dépassé et on ne peut plus rien faire. Bon.
- *Est-ce que vous pensez, à part pour les problèmes aigus, qu'on puisse anticiper l'hospitalisation ou l'institutionnalisation des personnes âgées ?*
- Qu'on puisse anticiper l'institution...
- *Oui, parce que vous avez parlé finalement de problème avec l'entourage, de problèmes sociaux... Est-ce que finalement, on ne peut pas anticiper tout ça ?*
- (silence). Non, mais je ne vois pas trop le sens de la question. Vous pouvez préciser ?
- *En fait, j'ai l'impression que vous parlez d'un côté des problèmes aigus qu'on ne peut pas forcément prévoir, et dans ces cas là l'hospitalisation se justifie, et de l'autre côté, des problèmes plus chroniques, des problèmes sociaux qui s'installent, ou des pathologies chroniques... Dans ces cas là, moi je me pose la question « est-ce qu'on peut anticiper tout ça ? » Est-ce que c'est facile pour un médecin traitant, qui finalement est relativement seul, d'anticiper ces problèmes là ?*
- (silence). D'anticiper, vous entendez quoi par là ?
- *De repérer ces problèmes là et puis essayer d'agir le plus rapidement pour éviter une institutionnalisation trop brutale, une hospitalisation trop rapide, non préparée.*

- (silence). Difficile. J'ai un cas dans la tête d'une personne âgée qui a développé des troubles déments sur plusieurs années. Moi, j'ai assisté, en tant que médecin, à sa dégradation un peu lente et progressive, qui a amené à une institutionnalisation urgente, avec un entourage qui s'est affolé. Je réfléchis à ça. Qu'est-ce que j'aurais pu faire si j'avais anticipé ?
- *Est-ce qu'on aurait pas pu préparer justement l'hospitalisation ou l'institutionnalisation ? Est-ce qu'on aurait pu voir le problème venir ?*
- Ca, je le voyais venir, mais bon, c'est vrai que je me sentais démuni... Je me suis battu un certain nombre d'années contre l'entourage, en essayant de leur dire « ben, c'est pas très grave si elle sort un petit peu comme ça... ». Bon, mais à un moment donné, ils ont été plus forts que moi, ils avaient sans doute raison... Euh... Elle ne pouvait plus rester toute seule, elle demandait à son entourage, elle sollicitait en permanence à n'importe quelle heure. Bon, ce n'était plus possible, ce n'était plus gérable. J'veux dire... J'aurais dû prévoir, bien sûr, je pensais qu'il fallait l'institutionnaliser mais comment lui dire ? Comment lui faire comprendre alors qu'elle était déjà un petit peu démente...
- *Comment vous expliquez ça ? Cette réticence... A plutôt écouter la personne âgée qui commence à être démente et laisser de côté l'entourage qui réclamait l'institution ?*
- Moi, je pars du principe que mon rôle, c'est d'essayer de les maintenir le plus longtemps possible à la maison. Bon, si on prend dans ce cas-là, dans ce qu'elle faisait, il n'y avait rien, à mon sens, de dangereux, qui mette sa vie en danger, ou l'entourage... Bon voilà. Donc, on les emmerdait un peu quoi. C'était un p'tit peu de bruit le soir... Bon, ça s'arrêtait là mais eux, ils n'en pouvaient plus quoi. Voilà.
- *L'un de vos collègues disait que ce genre de chose arrivait probablement parce que le médecin traitant avait tendance à aller dans le sens du patient, à écouter les souhaits, le désir du patient. Qu'est-ce que vous en pensez ? Vous pensez que ça a été le cas dans cette situation là, est-ce que c'était pour respecter quelque part le souhait de la personne âgée qui voulait rester chez elle que vous avez essayé de retarder le plus possible l'hospitalisation ?*
- Non, c'est un principe chez moi, il faut dire que nous, on a sans doute une idée beaucoup moins précise de ce qui se passe réellement que l'entourage, parce que nous, on y est à certains moments, bon la personne est bien, calme, bon et qu'est-ce qui se passe après ? Euh... Bon, on est toujours

un peu méfiant sur ce qu'on peut nous raconter aussi, alors si on nous dit qu'elle est sortie le soir, qu'elle fait un peu de bruit, bon, on peut penser que l'entourage veut s'en débarrasser, bon je sais pas, c'est difficile de trouver le juste... La vérité, c'est difficile de trouver la vérité.

- *Qu'est-ce que représente pour vous l'hospitalisation d'une personne âgée ?*
- Ben, son institutionnalisation ou son hospitalisation ?
- *Son hospitalisation.*
- Ben, son hospitalisation, c'est quand même un gros risque de déboucher sur une institutionnalisation au décours... Euh... Et puis, compte tenu de ses fragilités, il y a quand même des risques importants, physiques, complications, dégradation... Donc l'hospitalisation, on la redoute.
- *L'hospitalisation serait un marqueur du début du déclin, c'est ça ?*
- Sans doute oui.
- *Et vous vivez comment... quand vous devez hospitaliser malgré vous une personne âgée ?*
- (silence).
- *Est-ce que vous vivez ça comme un échec, comme un soutien, comment est-ce que vous vivez ça ?*
- (silence). Non, comme quelque chose d'un peu inéluctable. J'ai mes limites. Non, je ne vis pas cela comme un échec. Non, bon, effectivement si j'ai loupé, je ne sais pas, n'importe quoi de physique, une hyperthyroïdie ou une insuffisance cardiaque, bon si j'ai loupé ça, effectivement, je peux m'en vouloir mais sinon, non.
- *Est-ce que vous êtes d'accord avec certains de vos collègues qui trouvent les personnes âgées « étonnement résistantes » ?*
- (silence). Etonnement résistantes ?
- *Etonnement résistantes. Est-ce que vous êtes d'accord avec ça ?*

- Oui. Etonnement résistantes... Etonnement résistantes... Non, pas spécialement.
- *Une dernière question : quelle est la qualité de vie des personnes âgées aujourd'hui ?*
- Euh... La qualité de vie des personnes âgées aujourd'hui ? (silence). Ben, elle est bonne.
- *Elle est plutôt bonne ?*
- Elle est plutôt bonne !
- *Le médecin traitant joue un rôle là-dedans ?*
- Euh... Oui, sans doute. Oui, parce que c'est souvent le seul lien... Oui, le médecin traitant est important. (silence).
- *En traitant mieux ? En étant plus présent ?*
- Ah ! En traitant mieux... Oui, peut-être. Oui, étant présent, oui, sûrement. Oui.
- (L'Externe) La solitude est un problème.
- Oui, la solitude, c'est un problème. Que faire avec sa solitude ? A part les mettre en institution...
- (L'Externe) Il faudrait qu'ils se mettent en colocation !
- Voilà, il faudrait faire des colocations de personnes âgées ! (rires). Ca, c'est bien ! (rires) Regarde, Mme D qu'on va voir de temps en temps, elle n'est pas seule ! Son fils est là tous les jours ! Mais n'empêche qu'elle est d'une anxiété extrême, elle a besoin... Bon là maintenant, ça va mieux depuis qu'elle a accepté enfin d'avoir son aide ménagère. Donc là, maintenant, il y a des gens qui viennent deux fois par semaine, passer l'aspirateur et tout. Elle n'appelle plus, c'est fini. Et on va la voir une fois tous les 15 jours et puis, je suis sûr que dans trois mois, ce sera une fois par mois. Avant, pourquoi elle n'acceptait pas, pourquoi est-ce qu'elle a toujours refusé ça ? Va savoir. Il a fallu qu'elle soit hospitalisée pour sa fracture de col pour admettre tout ça.
- *Voilà une solution simple pour améliorer la qualité de vie des personnes âgées !*

- (Rires). Les pousser dans l'escalier puis fracture du col !
- *Merci beaucoup en tout cas !*

ENTRETIEN N°6

Dr P, femme, exerçant la médecine générale depuis 30 ans, Paris

- *Pour commencer, je vais poser quelques questions pour un peu mieux cerner votre profil. Depuis combien d'années exercez-vous la médecine générale ?*
- 30.
- *Est-ce que vous faites des visites à domicile ?*
- Oui.
- *Est-ce que vous faites partie d'un réseau gériatrique ?*
- Oui.
- *Quels sont les avantages et les inconvénients de faire partie d'un réseau gériatrique ?*
- Alors, normalement, on devrait avoir des adresses ou des possibilités plus rapides d'hospitalisation ou de choses comme ça. Mais finalement, c'est plus difficile puisque la dernière que j'ai hospitalisée, c'est moi qui me suis débrouillée toute seule. Mais bon, l'idée c'est qu'effectivement avoir des gériatres à domicile qui viennent faire le GIR etc. Ca je ne sais pas faire un GIR ou en tout cas, je n'ai pas le temps et j'ai toujours été intéressée par la personne qui le fait au réseau Paris Nord et qui m'intéresse bien.
- *Donc ça vous fournit des adresses...*
- Normalement, ça devrait en tout cas me faciliter des entretiens avec des gens qui font attention aux personnes âgées ou des gens qui aiment bien la gériatrie ou des lieux d'accueil temporaire ou des choses comme ça.
- *Est-ce qu'il y a des inconvénients à faire partie d'un tel réseau ?*

- Alors, je ne comprends pas toujours comment ça marche au point de vue papiers, c'est-à-dire que je reçois, je crois quand je fais rentrer un patient dans un réseau Paris Nord, je reçois une somme de 50 euro ou je ne sais pas quoi, pour m'occuper de ce patient et faire le dossier mais je n'ai pas encore bien compris le tenants et les aboutissants des papiers, il que je fasse, d'ailleurs j'oublie...

- *D'accord et ça vous apporte beaucoup de patients du coup?*

- Ah ben non, j'ai pas eu l'impression que ça m'apportait des patients, non, ça ne m'en apporte pas, j'ai l'impression surtout qu'avec le réseau de soins local, comme il n'y a plus beaucoup de généralistes qui veulent aller à domicile, je m'aperçois qu'on m'a donné deux, trois patients ces derniers temps par le réseau de soins à domicile, je ne parle pas du réseau gériatrique, mais des soins à domicile, la dame qui m'est envoyée et qui s'adresse à moi souvent...

- *De votre point de vue de médecin traitant, pour quelles raisons la prise en charge d'une personne âgée pourrait-elle être compliquée ou difficile ?*

- Alors, elle est très difficile je dirais, elle est très difficile parce que d'abord, il y a la place du médecin vis-à-vis de la personne âgée, parce que plus on est seule avec elle, plus elle est isolée, et plus nous, médecins généralistes, on se sent investi parce que quelquefois on est LA seule personne extérieure que la personne âgée voit. Alors, avec l'équipe de soins, ça fait un p'tit peu plus, mais enfin, je vais dire que quelquefois, on a l'impression que leur destin est dans NOS mains, parce qu'il n'y a personne d'autre, pas de famille, il n'y a pas d'enfants, et plus la personne est isolée et plus il est difficile de ne pas se prendre pour la mère ou la fille, donc il y a une question de distanciation, de distance de relation, c'est pas bien simple tous les jours, mais avec une personne âgée, il faut, à mon avis, faire gaffe de ne pas s'investir trop et de faire attention à la bonne distance pour le salut de la relation thérapeutique. Et puis, la deuxième chose, à part le problème de la distance, c'est le problème de qu'est-ce qu'est « normal » et qu'est-ce qu'est « pathologique » ? Et est-ce que la vie vaut la peine d'être vécue ? Je veux dire... On peut même faire trois questions : ça ne vaut pas le coup de vivre... C'est vrai que quand on voit une dame de 90 ans qui a bien donné dans sa vie, on a envie aussi quelquefois de dire « pourquoi je me battrais ? », « jusqu'où je vais aller ? », c'est-à-dire jusqu'où aller au point de vue thérapeutique, jusqu'où lui faire avaler des médicaments, et la plus grande difficulté, c'est le refus de soins. C'est « à quoi bon me soigner ? Qu'est-ce que vous voulez que je fasse de vivre ? ». Et ça c'est des questions métaphysiques (sourire), donc ce n'est plus une question de distance, c'est une question philosophico-métaphysique bien difficile à résoudre !

- *La grande proximité dont vous parlez, que vous avez avec vos patients âgés, c'est un atout ou plutôt une contrainte ?*

- Ben, je vous dis, j'essaie de ne pas avoir une grande proximité, j'essaie d'avoir la proximité qu'il faut et c'est pas ni grande ni pas trop grande, parce que quand on n'est pas investi du tout, on ne peut pas soigner les gens, il faut un minimum d'empathie pour soigner les gens mais il ne faut pas se prendre non plus pour la destinée pour cette personne âgée qui, quand elle meurt, elle meurt...

- *Comment vous faites alors pour essayer...*

- Ben, j'ai les groupes Balint... C'est là que je suis « balintienne », c'est-à-dire que j'ai appris, j'ai été formée Balint... Non seulement, dans votre fac, je suis en charge de l'enseignement Balint en groupe mais dans toute ma carrière j'ai appris avec les groupes Balint à avoir la bonne distance d'une manière générale mais là, puisque vous me demandez pour les patients âgés, c'est encore plus spécifique, il faut faire encore plus attention.

- *Est-ce que vous avez des objectifs de prise en charge par rapport à la personne âgée ?*

- L'objectif, c'est qu'elle reste chez elle, si elle veut rester chez elle, mais c'est là aussi jusqu'où laisser une personne chez elle toute seule ou comment supporter... Nous ne sommes pas non plus, nous ne passons pas la journée avec ces personnes âgées, donc quand je dis à la famille ou à des voisins, « écoutez, laissez la faire, laissez la être démente, il n'y a que vous que ça dérange, elle, elle est contente comme ça, soyez plus tolérants ! » (rires). Il y a une limite à ça, c'est quand la personne âgée démente va sonner toute la nuit chez les voisins. Les voisins, ils disent au début « ma pauvre petite dame ! » et puis au bout de 15 jours « laissez-moi dormir ou je vais appeler la police ! ». Donc jusqu'où laisser quelqu'un, jusqu'où tolérer que quelqu'un soit un peu en dehors de la norme et se lave pas, mange pas ou pisse par terre, j'veux dire, il y a un moment donné où on va dire « c'est sa vie, c'est sa liberté » et jusqu'où est-ce que c'est thérapeutique, jusqu'où il faut s'emmêler... Alcool, tabac, j'ai un patient qui boit et qui fume, c'est une horreur, il en fin de... Enfin, il n'est pas en fin de vie mais il est en vie... J'sais pas, en vie stable, il a personne, il a pas du tout envie d'arrêter de fumer et de boire, il a plein de recours, il ne sort pas de chez lui, il fait faire ses courses par un des voisins, quand il y a une voisine qui a été « mise dans le coup » par l'hôpital et que l'hôpital lui a dit « Madame, arrêtez d'aller lui chercher son pinard ! », elle me dit « moi, si je n'y vais pas, il téléphone, il a mille réseaux de gens qui pourront lui chercher son pinard ». Bon, il est en refus de soins, il ne veut pas se laver, il ne veut pas se laver ! Mais là, c'est difficile parce que si vous le prenez en charge, vous avez des objectifs, vous avez envie de vous

dire « faut qu'il se lave, faut qu'il mange, faut qu'il dorme, faut que, faut que ! ». Et lui, s'il a pas envie, les objectifs sont vite clos ! Les objectifs, c'est aussi les objectifs du malade, jusqu'où est-ce que ce sont les mêmes... Ce ne sont pas les mêmes !

- *J'ai l'impression que la personne âgée vous renvoie à vos limites en tant que médecin traitant... Est-ce que c'est le cas ?*
- Ca, c'est sûr, plus que les autres probablement.
- *Et donc, quelles sont-elles concrètement, en pratique ?*
- Il ne veut pas s'soigner. S'il ne voulait vraiment pas se soigner, il ne m'appellerait pas. Il m'appelle. Qu'est-ce que c'est que cette ambiguïté ? Qu'est-ce que c'est que cette ambivalence qui fait qu'il m'appelle tout en me disant « je n'ai rien à foutre de ce que vous avez à me dire ! » ? Lui, il est typique, d'ailleurs, il n'a que 65 ans ou 70 ans, c'est même pas... Je ne sais pas à partir de quand vous dites « âgé », mais je trouve que c'est le même problème à partir d'un certain moment, qu'il en ait 65 ou 70 ans, c'est un p'tit peu pareil. Quand je viens, il a pas de visite, il est tout seul et quand je viens, qu'il a la radio et que je lui dis « Ecoutez, je ne peux pas écouter votre cœur si vous ne baissez pas la radio », il me dit « Mais, je suis en train d'écouter, moi ! Je suis en train d'écouter la radio ! » Il ne veut pas baisser la radio et de quoi je me mêle de lui demander de baisser la radio, il a rien à secouer de son cœur, il préfère écouter la radio, mais souvent c'est la voisine qui m'a appelée parce qu'il est tombé, c'est pas forcément lui qui appelle, c'est vrai, c'est quelqu'un qui va prendre ses objectifs ou prendre son désir... Les désirs du malade, il faut être à l'écoute des désirs du malade et, c'est pas facile avec une personne âgée... Qu'est-ce qu'elle veut, qu'est-ce qu'elle ne veut pas, elle est dans l'ambivalence, à la fois vouloir finir et à la fois, je vivrais bien encore quelques jours, quelques semaines quoi !
- *Le médecin traitant, comment il fait pour ne pas se décourager dans ces cas-là ?*
- Il se décourage ! (rires). Le médecin se décourage ! Bien entendu. Bien entendu... Et moi, quelquefois, je n'y vais pas, je fulmine et je fais répondre à la gardienne « Je n'irai pas le voir ! ». Surtout quand il est tombé, je sais qu'il ne voudra pas aller faire des radios, des trucs comme ça, il faut bien qu'il aille à l'hôpital faire des radios parce que, moi, je suis incapable de savoir s'il s'est cassé quelque chose ou s'il a une hémorragie de la rate, j'en sais rien, j'veux dire, quelqu'un de par terre, qui a passé toute la nuit par terre, et qui est en mauvais état général, de toute façon il

respire mal de toujours, je ne verrai pas la différence, vous voyez ce que je veux dire ? Donc, on se décourage bien sûr !

- *Et, l'hôpital et l'hospitalisation, qu'est-ce que ça représente pour vous par rapport à la prise en charge d'une personne âgée?*
- Je trouve que c'est beaucoup mieux qu'avant. Parce que moi, quand j'ai commencé ma carrière, il ne fallait pas dire l'âge du patient, parce qu'on avait aucune chance de faire hospitaliser quelqu'un qui avait plus de 60 ans, j'exagère un peu, mais donc on évitait de dire l'âge, sinon on n'avait aucun... Là, ce patient que je vous cite : « je ne vois pas ce qu'il fait dans mon service il va partir demain », je dis « vous ne savez pas ce qu'il fait dans votre service, mais moi, je vais vous dire pourquoi il est entré : moi je suis incapable, après une chute de cet homme qui refuse les soins etc, je suis incapable de le diriger, il faudrait qu'il prenne 14 ambulances, le temps qu'il ne le fasse pas... Donc j'ai besoin de vous pour faire un p'tit bilan d'hospitalisation ». Donc l'hôpital peut m'aider trois jours à faire un p'tit peu le débrouillage de ce qu'il faudrait faire en urgence et puis bien sûr il rentre chez lui. L'hôpital peut m'aider avec ça, et là j'ai quelqu'un qui me dit « j'ai bien compris pourquoi vous l'avez hospitalisé ». Maintenant, il y a des chefs de service qui comprennent pourquoi des gens âgés viennent trois jours à l'hôpital.
- *Comment la personne âgée prend cette hospitalisation ? Comment elle vit cette hospitalisation ? Est-ce que vous avez des retours ?*
- Ah ben déjà, il y a en a qui n'iront plus jamais (sourire), parce que... Une fois ou deux... Je pense à une dame de 90 ans qui est tout à fait gentille mais qui a été mal reçue, qui n'a pas été cocoonée, elle a l'habitude d'être cocoonée par sa famille, elle a de la famille, et son cardiologue, elle a une insuffisance cardiaque du feu de Dieu, il n'y a plus rien à faire pour, elle est inopérable, et elle est tombée très fatiguée, et son cardiologue, comme moi je ne répondais pas directement à ses besoins, elle a directement appelé son cardiologue, qui pour s'en débarrasser, sachant qu'il n'y avait plus rien à faire, a dit « ben écoutez, allez donc à la clinique ». Quand elle est revenue de la clinique, elle m'a dit « plus jamais, j'irai ». Donc quand elle m'appelle et me dit « je suis fatiguée », je réserve, je ne dirai pas « est-ce que vous voulez être hospitalisée ? », je vais prendre la claque, je me prends une paire de gifles, il faut qu'on s'organise autrement, elle ne veut plus y aller.
- *Quel lien vous faites entre hospitalisation et institutionnalisation ?*

- (silence). Ben, je pense que l'avenir, c'est les services spécialisés en gériatrie comme, je crois qu'il y a l'UMGA... L'UNGAP à Lariboisière... L'unité de gériatrie aiguë, l'UGA... Voilà, unité de gériatrie aiguë ! Ils ont l'habitude d'avoir des personnes âgées plus ou moins démentes, qui ne veulent pas être hospitalisées, ils ont même des ambulanciers qui vont les chercher donc, je crois que si on organise un p'tit peu l'hospitalisation des personnes âgées comme spécialité vraie ça peut coller parce que là on peut dire aux gens que c'est pas n'importe quel service, vous ne serez pas mal traité... Donc, je ne sais plus si je réponds à votre question, mais euh... Oui, institution et hospitalisation. Si un service est spécialisé, l'institution, c'est-à-dire les règles qui valent pour tout le monde sont un peu mises de côté, et le service a des règles mais des règles pour les personnes âgées donc on leur donne leur Seresta® si elles sont habituées depuis 40 ans à avoir leur Seresta®, on dit pas « c'est très mal de prendre un truc pour dormir », vous voyez, pour moi l'hospitalisation et l'institutionnalisation, c'est des règles pour tout le monde les mêmes, pour les ados, pour les alcoolos, pour les vieux adultes, pour les insuffisants cardiaques et donc, si on va dans un service spécialisé pour gériatrie, il me semble qu'on peut être mieux accueilli et accueilli comme une personne âgée.

- *Est-ce que vous avez l'impression que ça prépare l'institution ? Est-ce que ça annonce l'institution ?*

- Pas forcément ! Non. Non, parce que c'est vrai que les personnes âgées qui voudraient rester chez elles, je les comprends parfaitement bien. Puis avec les services à domicile, normalement on devrait avoir de plus en plus... Mais ça n'empêchera pas que de façon aiguë on ait besoin de cinq jours d'hospitalisation, sans penser aux maisons de retraite sauf peut-être pour les déments, alors là c'est un grave problème.

- *Par rapport au gériatre, quelle aide peut apporter un gériatre au médecin traitant ?*

- Eh bien la gériatre que moi je connais et qui m'apporte de l'aide, c'est celle qui conduit par exemple, qui fait des GIR, conduit l'entretien pour bien comprendre la personne et donc, moi j'assiste à ces entretiens et je prends plaisir parce que j'ai jamais le temps de vraiment le faire et puis, souvent, je le fais mal... Je le fais mal voilà. Elle, elle a son plan : « et vos études ? », « et pendant la guerre ? », « et votre mari, qu'est-ce qu'il avait fait ? », etc. Soit on n'y pense pas, nous, soit on n'a pas le temps aux visites, on est entre deux tout le temps et donc elle, quand je vais avec elle, ça veut dire que j'ai gardé une heure, puisque ça met une heure, une heure et demie, j'ai décidé de ne pas me faire payer, j'y vais pour connaître ma malade, mais je ne le fais pas toute seule parce que je ne reste jamais une heure et demie avec ma malade, si je n'ai pas rendez-vous avec l'équipe de soins etc. Donc voilà, ça m'apporte le travail en équipe, ça m'apporte sa façon de

faire de connaître cette malade que je ne connais jamais aussi bien que ce qu'elle fait, peut-être que je pourrais le faire si j'avais une heure et demie, mais je ne prends pas ce temps, à tort ou à raison, alors que... Elle, elle me force à prendre ce temps.

- *Vous qui connaissez le malade depuis de nombreuses années, paradoxalement, c'est le gériatre qui vous permet de mieux connaître le malade...*
- Absolument.
- *L'une de vos collègues disaient que quand elle prenait en charge une personne âgée, elle naviguait à vue, au jour le jour. Qu'est-ce que vous en pensez ?*
- (silence). Je ne sais pas si je dirais ça moi. Quand on connaît... Quand on connaît le projet de vie s'il existe, d'une femme âgée, on peut la suivre au plus près, mais de son projet à elle, c'est sûr qu'il ne faut pas faire de projet à sa place. Bon, si elle voulait dire qu'il faut suivre ses désirs au jour le jour, c'est peut-être un peu ça mais il faut peut-être faire un plan, un plan de bataille si vous voulez, avec quelqu'un, un peu au long cours quand même.
- *Parce qu'elle disait justement que tout pouvait très facilement basculer dans la vie d'une personne âgée, que du coup, faire des projets sur un trop long terme, c'était risqué, inutile...*
- Oui, et pourtant, les personnes âgées, quelquefois, ont des projets à long terme bizarrement (sourire), c'est-à-dire qu'on a l'impression quelquefois que... Euh... Faire les choses trop vite avec les personnes âgées, c'est comme si on disait « dépêchez-vous avant de mourir ! ». Alors que leur dire, j'sais pas, qu'on fera une radio pulmonaire l'année prochaine, et ben, ça rassure, parce qu'elles se disent « tiens, l'année prochaine, oui, si j'étais encore là l'année prochaine », si ça lui plaît d'être là l'année prochaine... Donc on peut être en empathie avec elle pour savoir quels sont ses projets, la naissance de la quatrième petite fille qu'elle attend, ou le mariage de son petit-fils... Dans la tête de la personne âgée, il y a quand même un avenir, peut-être pas pour elle, mais pour sa famille, et bizarrement quelquefois, ils se projettent dans l'avenir, alors que des personnes jeunes... Ont l'impression qu'elles vont mourir tout de suite (rires). Les personnes âgées, plus elles sont âgées et plus j'ai l'impression qu'elles projettent qu'elles sont encore là après.
- *Est-ce que vous avez l'impression que ce projet dans l'avenir est indispensable à la personne âgée pour « vivre » et pas « survivre » seulement ?*

- Voilà. Voir quels projets ELLE peut avoir.

- *Qu'est-ce que signifie pour vous la « fragilité » d'une personne âgée et comment la repérez-vous?*

- Alors... (silence). Ben, je pense, repérer la fragilité, ça veut dire repérer les mots qu'il ne faut pas prononcer, les phrases qu'il faut pas dire, c'est-à-dire connaître quand même suffisamment la patiente, non pas comme le gériatre qui encore une fois a des plans bien précis. Moi encore une fois, souvent je connais leur métier mais... Euh il me semble que j'apprends à savoir les mots qu'il faut pas dire avec ma patiente pour ne pas s'engouffrer dans quelque chose qui lui fait peur ou... Euh...

- *Quelque chose qui pourrait aggraver sa fragilité, c'est ça que vous voulez dire ?*

- Oui voilà.

- *Donc une fragilité psychologique ?*

- Oui, c'est ça. Oui, j'ai un peu oublié le corps là (sourire). C'est vrai.

- *Est-ce que vous avez d'autres marqueurs de fragilité en pratique que vous pourriez par exemple conseiller à un jeune confrère ?*

- J'ai pas suffisamment réfléchi à cela. (silence). En tout cas, moi, je me souviens, c'est a posteriori, on pourrait en parler, je me souviens, il y avait une vieille dame qui ne me payait plus d'ailleurs parce qu'elle n'avait plus de porte-monnaie depuis longtemps, elle vivait comme une clocharde chez elle, et une fois, j'ai mis des potages Knorr dans ma valise et comme je n'avais pas la place, j'ai viré le tensiomètre et le stéthoscope, et je me suis dit, cette femme-là, elle a plus besoin que je lui apporte des potages Knorr que je lui prenne la tension. Donc j'avais viré l'intégralité de tout ce qu'il y avait dans ma valise, et je lui apportais du potage parce qu'il me semblait qu'elle était maigre comme un clou, elle ne mangeait plus. Bon, elle était en fin, fin de vie mais il y a un moment donné où il faut coller à la fragilité de la malade et se dire « bon, de quoi elle a besoin là tout de suite? » et qu'est-ce qu'il, vous disiez « basculer », c'est bien ce mot « basculer »... C'est des conseils pour boire, pour manger, pour se chauffer, pour ne pas être isolé, être au plus près de ce qu'elle souhaiterait, pour lui offrir ce qu'elle souhaite. Ça risque de basculer si vous passez à côté, je ne sais pas si c'était des infirmières dont elle a besoin... Il faut inventer un truc mais il faut que les infirmières passent si c'est de solitude dont elle est en train de mourir vous

voyez, il faut bien comprendre ce qu'elle voudrait et d'un autre côté, s'il n'y a pas désir du tout de passage de gens, il faut peut-être respecter ça, elle a peut-être été seule toute sa vie, elle n'a peut-être pas du tout envie de visites et tout... Et j'vous dis c'est difficile parce que les personnes âgées sont ambivalentes... C'est pas simple.

- *Est-ce qu'on prévenir la fragilité d'une personne âgée ? Est-ce qu'on peut l'anticiper ?*
- Non. Moi, j crois pas. La fragilité, elle est ou elle est pas, c'est-à-dire, quand même la personne âgée, elle est la somme de sa vie, elle est la somme de son expérience, elle est la somme... Si elle a été battue quand elle était petite, elle a toujours été battue, quand elle est vieille, elle a été battue quand elle était petite aussi, donc elle a été fragile toute sa vie, et c'est sûr que se retrouver toute seule, de se retrouver avec des choses qui lui rappellent... C'est pour n'importe qui la même chose. A chaque fois que quelqu'un a été traumatisé, qu'il soit adolescent, qu'il soit adulte, qu'il soit vieux, sa fragilité va réapparaître à chaque fois qu'on lui rappelle ou que la vie lui rappelle ce qu'il a vécu, donc je ne crois pas...
- *Comment vous repérez ce type de fragilité ? Repérer les gens qui ont connu des événements traumatisants dans leur vie ?*
- Il faut connaître un peu les gens. Et, c'est pas, quand je vois mes internes qui posent des questions, c'est sûr qu'ils n'auront jamais de réponse, parce que « est-ce que vous avez une maladie particulière ? ». C'est stéréotypé, tous mes internes, « est-ce que vous avez une maladie particulière ? ». Qu'est-ce que vous voulez répondre à cette question ? Vous répondez « Non », « non, je n'ai pas de maladie particulière ! ». Puis après, quand vous dites « et dans votre famille, il y a quelque chose de particulier ? ». « Non ». Puis après, si vous demandez « et votre père, il est mort ? ». « Oui, il est mort. Oh, il est mort dans des souffrances épouvantables parce que vous savez quoi... ». Et ça y est, il raconte... Il faut un peu de temps, c'est vrai. Si vous ne prenez pas le père, la mère... « Vous avez des frères et sœurs ? ». « Oui ». « Vous avez quoi ? Un frère ? une sœur ? ». « J'ai des demi-frères et des demi-sœurs ! ». « Ah bon ! ». « Vous parents, ils se sont remariés ? Ils sont divorcés alors ? Ils habitent au même endroit ? ». « J'ai un père qui est là-bas, j'ai une mère qui est là-bas ? ». Qu'est-ce que c'est que cette famille compliquée ? Ca, quand on fait raconter leur vie aux gens, c'est des romans ! C'est Maupassant, c'est Balzac, c'est... Il faut juste s'y intéresser. Donc repérer la vie, c'est finalement, les connaître bien. Mais ça compte pour ce que vous disiez tout à l'heure. Vous connaissez des personnes âgées, et puis finalement c'est le gériatre qui vous indique, et bien, parce que ces personnes âgées là, dans ce quartier en tout cas, y a un turn over tel. Les trois dernières personnes âgées qu'on m'a mises dans les bras, je ne connais rien d'elles parce qu'elles viennent d'ailleurs, je ne connais rien d'autres dans la vie courante !

Pour l'instant, je ne peux pas dire que je suis des personnes âgées depuis 30 ans, c'est pas vrai. Ça tourne trop, ou ils déménagent, ou... Euh... La GAMPSA... Les soins à domicile ne trouvent plus de médecins généralistes pour aller voir les trois dernières démentes que j'ai, c'est des situations effr... Pires que Balzac à mon avis, pires que Zola... Et ben, plus personne ne veut y aller. Et donc, je me suis coltinée les trois dernières... En plus, elles sont Alzheimer, et le médecin traitant qui les a soignées jusqu'ici est malade depuis un an. Donc, ils n'ont pas de dossier. L'interne de l'hôpital m'a téléphoné pour une malade en me disant « Vous êtes le médecin traitant de cette dame Alzheimer, qui ne se souvient de rien, expliquez-moi sa vie. » « Je dis, mais attendez, je n'y connais rien à sa vie, je l'ai connue il y a trois semaines, Alzheimer, et le médecin qui la connaît, il est malade ! Y a pas de dossier, il n'y a rien du tout... ». Vous voyez, ce suivi là, il est pas si évident. Moi médecin généraliste, qui ai 30 ans de derrière, j'peux pas vous dire que les personnes âgées que j'ai là, je les connais depuis 30 ans, voilà.

- *D'accord, et leur entourage, vous avez facilement des contacts avec leur entourage, leur famille ?*
- Ben, je demande quelquefois à avoir des contacts, mais... 'Fin... Est-ce qu'il y a autant, aussi souvent, des gens qui n'ont pas de contact ? Là, la dernière dame que j'ai hospitalisée, elle a un fils, donc j'ai des contacts avec lui... Quand il y a une famille mais quand il y a une famille qui veut bien se donner la peine parce que... Quelquefois, j'avais une famille qui se disputait parce qu'il y avait trois clans, alors c'était commun, la sœur, la belle-sœur, le machin, c'était jamais le même truc. « Comment, vous l'hospitalisez pas ? », « Comment, vous voulez l'hospitalisez ? » (rires). Donc quand on a la famille, ce n'est pas plus simple, c'est plus difficile.
- *C'est encore plus difficile. C'est finalement plus une contrainte qu'une aide ?*
- Oui, quelquefois oui !
- *Le patient âgé est polypathologique, donc il a plusieurs problèmes. Comment vous hiérarchisez ses problèmes ?*
- Avec lui. Qu'est-ce qui l'embête le plus ? Et quand il sort de l'hôpital où il a la moitié des médicaments en moins, malheureusement, c'est lui qui me dit « les médicaments anti-vertige, on me les a enlevés à l'hôpital, ben il faut me les remettre parce que j'ai des vertiges ! ». C'est vrai, c'est pas vrai, qu'est-ce que vous voulez faire à ça ? S'il a pas de vertige et que c'est un placebo, ben il faut lui donner le placebo ! On n'y peut rien. Il a pas envie de savoir pourquoi ça coûte cher, pourquoi c'est pas gratuit...

- *Alors, comment vous expliquez la résistance de certaines personnes âgées ?*
- A l'hospitalisation ?
- *Non, la résistance, la forme...*
- Ah au contraire, la « bonne » résistance ?
- *La « bonne résistance » oui !*
- Ben, je pense que c'est leur vie, c'est vraiment leur histoire... L'histoire de chaq... 'Fin, on est vieux comme on a vécu. La résilience des enfants mal traités, c'est à peu près la même chose. Ma voisine chez moi, j'avais fait un billet d'humeur, j'étais journaliste à l'époque, et j'avais fait un billet d'humeur et ils avaient fait un dessin tellement c'était drôle. Je suis allée la voir à l'hôpital en réa, elle était tuyautée de partout, elle avait des tuyaux absolument de partout. Et elle me disait « On ne me fait rien ! On ne me fait rien ici ! ». J'avais envie de lui dire « Dites donc si on ne vous faisait rien ! (rires). Je ne sais pas comment vous seriez si on vous faisait quelque chose... ». Mais elle a été égoïste toute sa vie, sa fille, américaine, m'avait dit qu'elle a été vivre aux USA parce qu'elle n'en pouvait plus de sa mère ! Cette femme là, très égoïste, très isolée, très solitaire, n'a jamais aucun contact social. Râlant après toutes ses voisines, on pouvait lui monter un truc, c'était normal, lui monter son panier, c'était normal, jamais merci, jamais bonjour... Elle a tricoté sa fin, elle est morte seule. Elle a tricoté sa fin ! Toute la vie, elle a été comme ça. Et l'autre malade dont je vous disais que j'étais en contact avec sa fille, qui elle, elle est très sociable, toutes mes infirmières sont merveilleuses, moi je suis exceptionnelle, elle travaille à avoir une bonne fin, une bonne fin de vie, parce qu'elle est... C'est comme ça qu'elle a vécu toute sa vie...
- *J'ai bientôt terminé. Comment vous évaluez les bénéfices et les risques d'un maintien à domicile ?*
- Ben, avec le malade, c'est le malade, d'abord c'est le malade qui décide chez moi, c'est pas compliqué. Mais j'veux dire, c'est lui qui va décider. On n'emmène pas de force quelqu'un dans une institution déjà. Il va mourir juste avant d'y aller. D'ailleurs, il y a des actes manqués quelquefois, très marrants, des gens qui font un infarctus une semaine avant d'être en institution. Et puis, c'est qu'est-ce que vous voulez, qu'est-ce que vous souhaitez, de quoi avez-vous besoin... Et le problème, c'est quand ils ont besoin de rien et qu'ils veulent rien ! Le refus de soins, ça c'est terrible...

- *Alors, comment les convaincre ?*
- Ah ben, on ne les convainc pas ! C'est là que je suis désespérée, c'est là que vous dites que ça décourage, ben oui ça décourage. Parce qu'à la fois ils nous appellent quand même, il faut être au plus près de leur... Moi, j'ai pas à convaincre quelqu'un qui a 90 ans, moi, je ne me sens pas capable de le convaincre, parce que s'il a fini sa vie, il a fini sa vie... Il veut pas se faire traiter, il se fait pas traiter. Il veut garder son conserve, il... J'ai vu une dame qui a 90 ans, c'était la boucherie L., vous savez, c'était un boucher, la Villette, il y avait les grands abattoirs de la Villette et là, la boucherie, elle existait encore quand je me suis installée il y a 30 ans, j'ai eu la mère L., la mère de cette entreprise, je ne l'avais jamais vue de ma vie, je l'ai vue une fois, elle avait un squirre de cancer du sein. Avant 90 ans, elle a pas consulté. Elle est morte en 3 mois d'un cancer du sein très évolué, c'était une femme forte, elle a pas dû souffrir ou en tout cas, sa douleur ne l'a jamais empêchée de vivre pendant 30 ans donc... Voilà, un choix de vie. 90 ans sans voir le médecin, pas de chimio, pas d'intervention chirurgicale, morte en 3 mois, c'est un choix... Et finalement, elle a eu raison de ne pas tomber sur un médecin 20 ans plut tôt, parce qu'elle aurait eu la chimio, la radio, le machin... Et peut-être qu'elle se serait empoisonnée les 20 ans... Vous voyez, je raisonne aussi en me disant « pourquoi ne pas laisser les gens tranquilles quand ils veulent être tranquilles. »
- *Alors, juste pour terminer, comment vous comprenez les médecins qui disent que la prise en charge d'une personne âgée, c'est un « combat au quotidien » ?*
- Oui, mais un combat contre qui ? Parce que c'est combat avec le patient contre quelque chose mais certainement pas un combat contre le patient. Je ne me sens pas combattre contre le patient. Je me sens combattre avec lui pour le soigner, il est à côté de moi, on va combattre ensemble peut-être mais pas contre lui en tout cas.
- *Alors à côté de lui contre qui ?*
- Contre la maladie si c'est sa volonté de combattre la maladie, contre l'institutionnalisation si sa famille veut le foutre je ne sais pas où et qu'il ne veut pas y aller, contre la solitude si c'est une personne trop isolée, moi je vais venir les « Frères des Pauvres », je m'arrange pour... Si elle veut se battre cette personne âgée contre quelque chose, je l'aide à se battre contre quoi elle veut se battre.

– *Très bien, merci beaucoup.*

ENTRETIEN N°7

Dr Z, homme, exerçant la médecine générale depuis 20 ans, Hauts-de-Seine

- *Depuis combien d'années vous exercez la médecine générale?*
- 19 ans. Ca fait 19 ans que je suis installé. J'ai fait un an de remplacement avant. Ca doit faire 20 ans.
- *Est-ce que vous faites des visites à domicile?*
- Oui.
- *Est-ce que vous faites partie d'un réseau gériatrique?*
- Oui.
- *Est-ce que vous pouvez m'expliquer les raisons qui vous ont amené à faire partie d'un réseau gériatrique?*
- Eh bien la proximité avec l'hôpital qui fait que... Ils souhaitent nous inclure dans un réseau qui est en train de se monter, enfin ce n'est pas un réseau structuré mais l'hôpital fait qu'il y a un service gériatrique qui tourne bien donc on travaille ensemble. Et puis deuxième point, je suis l'investigateur principal dans une étude Codex qui est le dépistage de la maladie d'Alzheimer, et là aussi, il y a une espèce de filière maintenant, avec les gens avec qui j'ai monté l'étude.
- *Est-ce qu'il y a des inconvénients à faire partie d'un réseau gériatrique?*
- Gériatrique non. J'aimerais que les réseaux soient plus étoffés, plus structurés, avec des ergothérapeutes, kinés, enfin un truc officiel... J'en vois pas du tout de complications.

- *De votre point de vue de médecin traitant, pour quelles raisons la prise en charge d'une personne âgée pourrait-elle être difficile ou compliquée?*
- Elle est difficile. La personne âgée, pour les visites à domicile, c'est long à se déplacer, long à venir ouvrir, se déshabiller, se rhabiller, donc ça prend du temps. Ce sont souvent des gens polypathologiques, donc il faut réfléchir, c'est un peu compliqué. Et puis enfin, on a du mal à mobiliser les équipes qui sont nécessaires autour de la personne âgée, on a du mal à appeler aux services sociaux ou trouver une infirmière qui voudra bien, ou un kiné efficace, on a du mal à mobiliser la famille qui devra payer le déménagement, qui devra surveiller un peu. Il faut aussi penser au juge pour la tutelle si nécessaire. Il y a beaucoup de choses, donc ça prend beaucoup de temps. On est peu payé de le faire. L'ensemble fait que c'est compliqué.
- *Par rapport aux visites à domicile, est-ce qu'elles sont indispensables pour un médecin traitant qui veut prendre en charge une personne âgée?*
- Pour certaines personnes âgées, c'est indispensable oui. Il y en a qui ne sortent plus depuis très longtemps. Et, je ne vois pas comment on ferait si on ne pouvait pas... Ca peut être extrêmement réduit si la ville met à disposition des véhicules gratuits, des taxis de ville : des personnes âgées, pas grabataires mais avec peu d'autonomie, viennent. Souvent, elles sont accompagnées par leur aide ménagère ou leur aide soignante. Et quand la consultation est terminée, je rappelle le véhicule de la Mairie qui reprend la personne âgée pour la ramener à la maison. Ca diminue beaucoup le nombre de visites. Mais il y en reste quelques-unes, des personnes qui ne sortent pas de chez elles.
- *Ca marche bien ?*
- Ca marche très bien. C'est gratuit pratiquement.
- *Qu'est-ce que signifie pour vous la « fragilité » d'une personne âgée et comment est-ce que vous la repérez ?*
- Ca dépend de quelle fragilité. La fragilité psychique, c'est le syndrome dépressif ou éventuellement la recherche de maladie, une démence quoi. La fragilité... euh... liées à ses pathologies, ça peut être quelqu'un de plus jeune, décompensation d'une maladie, c'est l'examen clinique. Puis il y a l'entourage qui peut nous informer que madame machin ne sort plus, ou qu'elle est tombée, ou qu'elle devient bizarre, elle a des propos particuliers. Il y a un tas de signes qui font que c'est plutôt la clinique...

- *Est-ce que vous pensez qu'on peut prévenir cette fragilité ?*

- Euh... oui... Les complications plutôt. Qu'elle soit fragile, je ne pourrai pas y faire grand chose, mais que ma vieille dame fragile ne tombe pas, ne soit pas carencée en vitamine D ou qu'elle ne décompense pas son diabète ou son hypertension, oui, c'est certain que je peux le prévenir.

- *Beaucoup de médecins ont parlé d' « équilibre » pour parler de cette fragilité. Qu'est-ce que vous en pensez ?*

- (silence). C'est difficile quand même. Là, je vais prendre le pas... C'est un équilibre qui n'est pas une ligne droite. Non, mon idée, c'est d'éviter le plus possible les complications qui sont liées inévitablement à l'âge, l'âge n'est pas une maladie, mais quand même, on a une perte de fonction : je vais regarder ses pieds s'ils sont un peu tordus pour demander au podologue de faire quelque chose, de voir si elle ne voit pas ou n'entend pas avant même qu'elle ne tombe par terre évidemment, évidemment d'éviter les chutes. Mais le reste, je vais équilibrer son traitement hypertenseur, je vais surtout plus qu'équilibrer, il faut que je surveille le traitement, qu'il ne soit pas trop puissant par rapport à l'âge.

- *Vous avez parlé de poly pathologie, ce qui signifie que le patient a plusieurs problèmes. Comment est-ce que vous hiérarchisez ses problèmes ?*

- Euh... par possibilité de complication, et puis par pronostic pour sa maladie. Si je découvre un cancer du sein chez une dame qui est en pleine forme, ça devient une grande priorité. Si je découvre un mélanome chez une très vieille dame qui est déjà en très grande perte d'autonomie, c'est pas une priorité, donc ça dépendra d'un ensemble de facteurs qui seront l'état général et le pronostic.

- *Quelle aide peut vous apporter le gériatre ?*

- (silence). Euh... spontanément, le mot qui me vient à la bouche, c'est « très modeste ». Le gériatre a du temps pour faire les examens complémentaires, le dépistage de la maladie d'Alzheimer, à mon avis, c'est son point fort, et puis, il a des ficelles pour avoir facilement à sa disposition un service d'ergothérapie, de kiné, etc. En ville, le gériatre, on le voit pas. On envoie une vieille dame à l'hôpital si elle est compliquée, soit c'est une consultation et on n'a pas plus la main dessus : quand on envoie un hypertendu chez le cardiologue, on ne le revoit

plus jamais pour son hypertension, c'est un peu la même chose pour le gériatre, il va décider du traitement d'Alzheimer, et je n'aurai pas la main, si je n'ai pas envie de lui donner d'anticholinestérasique parce que je trouve que ça ne marche pas ou qu'il y ait trop de risque pour l'effet, j'ai du mal à l'arrêter. L'hôpital a posé ça, a discuté avec les enfants, c'est cuit. Donc les points positifs du gériatre paraissent modestes. Maintenant il y a aussi un peu d'enseignement, ils ont des idées, le gériatre en soi ça va mais l'obligation de passer par un gériatre, ça ne va pas du tout.

- *Est-ce que vous pensez que la communication entre l'hôpital et la ville se passe bien ?*
- Non, le dossier arrive trop tard. Pourtant avec la ville, le réseau dont je parlais tout à l'heure n'est pas dédié, mais le service de gériatrie nous a proposé des dossiers informatiques, on peut présenter dans des espèces de staffs nos patients soi-même, ou envoyer des dossiers avec des éléments remplis dont ils ont besoin pour discuter en staff donc il y a un effort de communication qui est fait, mais en pratique, moi en tout cas, je ne m'en sers pas beaucoup. J'ai plutôt besoin d'eux quand je ne sais pas débrouiller les troubles de la mémoire ou comment vit une dame toute seule sans famille où là j'ai vraiment besoin d'une équipe derrière moi. Sinon, je ne suis pas pour le gériatre, surtout pour les déments qui ressortent avec un traitement que je n'approuve pas.
- *Qu'est-ce qu'on pourrait proposer pour améliorer les choses ?*
- Un vrai réseau qui vient sur place ! Un peu comme... Pas l'HAD, mais où le médecin traitant est encore très partie prenante : aujourd'hui, moi, je dis qu'il faut l'ergothérapie parce que la salle de bain ne convient pas, et puis envoyez-moi un kiné s'il vous plaît parce que j'ai l'impression qu'elle ne tient pas debout pendant cinq secondes sur une jambe et qu'elle va tomber, donc il faut qu'on la rééduque un p'tit peu. Et puis, j'ai besoin qu'on fasse les papiers pour qu'elle ait l'Aide Personnalisée d'Autonomie... Donc un réseau qui vient m'aider moi, à ma demande, en fonction de ce que j'ai besoin quand j'examine un patient, pour sa fragilité.
- *Il y a beaucoup de vos confrères qui parlent de robustesse des personnes âgées paradoxalement. Comment vous expliquez la robustesse de certaines personnes âgées ?*
- On est tous inégaux. Il y a des vieilles dames... J'en ai une qui a 98 ans, qui va bien, qui vient me voir encore, accompagnée de son aide ménagère, qui a toute sa tête. Je lui ai déjà fait plusieurs fois des tests de mémoire qui sont tous performants ! Et puis, il y a ceux qui font spontanément de la prévention, qui écoutent le médecin, qui mangent des protéines, qui

essaient de sortir, qui marchent vif, qui font ce qu'ils peuvent, ce qu'elles peuvent pour garder leur autonomie... Puis il y a les autres, soit ils n'ont pas eu de chance, un cancer les lamine, on a un peu de mal, soit elles ne veulent pas faire d'exercice physique, elles ont du mal à se mobiliser, elles baissent plus vite. La robustesse, c'est un peu acquis, et aussi un peu entretenu quoi, acquis et je veux dire... euh... inné.

- *Vous avez dit que certains écoutaient le médecin traitant : est-ce que le médecin traitant joue un grand rôle justement par rapport à cette forme, cette robustesse ?*
- Oui, le médecin traitant joue un rôle. « Grand », je ne sais pas. Il y a des patients avec lesquels l'empathie est très bonne, ils écoutent facilement ce que je dis, ils font ce que je dis... Peut-être que je ne suis pas mauvais ? Mais aussi parce qu'ils savent écouter, ils ont l'intelligence de prendre ce qui est bien, je dis sûrement des bêtises, ils font attention. Et puis, il y a les autres, qui d'emblée ne tiennent pas compte de ce que j'en dis... Merci d'arrêter de fumer parce que blablabla... Il y a ceux qui essaient de le faire et puis ceux qui ne le tentent même pas. Le médecin n'y est pas tellement pour grand chose. Ce qui est important pour le médecin, à mon avis, c'est de connaître les recommandations actuelles, ce qu'il faut faire pour diminuer le risque de chute et de perte d'autonomie trop rapide... L'objectif étant de garder les personnes en bonne santé jusqu'à ce qu'elles meurent rapidement, d'un coup quoi. Plus elles meurent très vite et moins ça coûte cher.
- *Alors, justement, toujours par rapport au médecin traitant, comment est-ce que vous évaluez les bénéfices et les risques d'un maintien à domicile ?*
- Les bénéfices, ils sont à mon avis énormes. C'est mon objectif. Je négocie avec les personnes âgées pour savoir si elles acceptent de mourir à la maison. J'aimerais bien moi-même mourir à la maison avec quelqu'un qui m'aime autour de moi, ça c'est l'idéal. La plupart des personnes âgées sont assez d'accord, pas toutes quand même, il y a celles qui n'ont personne donc ça leur fait un peu peur : bon, ben, je leur propose une maison de retraite ou elles-mêmes me disent « voilà, j'ai encore ma tête » ou « bon, je suis tombée, il faut que j'aille en maison de retraite » et puis je les accompagne dans cette démarche, je remplis les papiers. Les autres, j'essaie de faire en sorte qu'elles restent à la maison, même celles qui n'ont pas de tête mais qui ont de l'argent pour payer leur maintien à domicile 24h sur 24h donc... Les bénéfices du maintien à domicile pour la personne âgée en fonction de son goût, à mon avis, c'est toujours bien de mourir chez soi, dans ses meubles, avec sa famille qui vous tient la main. Si les enfants viennent régulièrement, le bénéfice, il est énorme pour la société. C'est beaucoup moins cher que de l'envoyer dans une maison de retraite ou à l'hôpital pendant un certain

temps. A la maison, c'est bien moins cher, on a vraiment intérêt, à mon avis, à ce que les gens restent à la maison, et il faut des structures pour nous aider. Les inconvénients, au prime abord, j'en vois pas. S'il y a des inconvénients, c'est probablement un peu de ma faute parce que je n'ai pas fait ce qu'il faut : elle va tomber parce que voilà, soit elle m'a pas écouté, soit je ne l'ai pas motivée, elle n'a pas de téléalarme parce que soit je l'ai oubliée... ça m'est déjà arrivé... soit... Je me rappelle un couple, un monsieur et une très vieille dame, tous les deux ont 90 ans passés, et la dame avait perdu la tête depuis très longtemps, et monsieur avait toute sa tête. Et j'ai pas parlé de téléalarme, et un jour, le monsieur est tombé, il s'est cassé je ne sais plus quoi, un fémur, un col, et donc la vieille dame a passé la nuit à tourner autour de lui et lui, il lui disait « téléphone » et elle, elle ne savait pas téléphoner. Donc, lui est mort d'une rhabdomyolyse aiguë et elle, elle est morte un mois après, des suites du décès de son mari. Donc là, il y avait un inconvénient de les tenir à la maison, mais c'était de mon fait, en fait, de ma faute d'avoir oublié... Il y a très peu d'inconvénients de les garder à la maison. On fait des erreurs, mais voilà... Faut se battre seulement s'ils acceptent. C'est un peu la même idée qu'avec les cancers. « Est-ce que vous souhaitez mourir à la maison ? Est-ce que vous souhaitez aller à l'hôpital pour les derniers temps ? » Ca se négocie, on est médecin traitant, médecin de famille, on négocie avec le patient, on sait un p'tit peu ce qu'il veut et si on peut le garder à la maison, si c'est son souhait, c'est pareil avec les personnes âgées.

- *Vous avez parlé d'oubli, vous avez parlé d'erreurs... Quelles sont les autres limites du médecin traitant par rapport au maintien à domicile ?*
- Euh... La disponibilité : c'est très difficile de trouver du temps, les visites sont longues, ils sont relativement oubliés, donc ça n'intéresse personne. Il est difficile de mobiliser les autres acteurs aussi. J'ai beau me démener pour une dame que j'aime bien, on parle toujours des dames parce que les hommes sont morts, mais évidemment il y a les hommes aussi... Pour les patients que je suis et qui n'ont pas d'autonomie, pour moi, ils deviennent franchement vieux au sens médical quoi, mais j'ai beau vouloir y aller, si je n'ai pas d'aide autour de moi, ben, ça va pas, ça fait trois fois que je demande le kiné, ça fait peut-être deux fois que j'appelle les enfants, bon rien ne se fait, ce n'est pas raisonnable quoi ! Là je n'y arrive plus.
- *Vous avez dit à plusieurs reprises que vous négociez avec la personne âgée. Qu'est-ce que vous entendez par là ? Comment se fait la négociation ?*
- Par « négociation », j'entends « persuasion » : « Madame, j'aimerais bien que vous preniez une canne... ». Je mets un an. En général, je mets entre plusieurs mois et un an pour obtenir la canne. Après, ça va plus vite, ils commencent à s'habituer aux aides mais la négociation, c'est

l'explication de ce que je veux, pendant longtemps et puis s'ils disent non, très bien, je le note quelque part, ça reste dans la tête, je le mets dans le dossier, et puis j'y reviens plus tard. Que ce soit pour la prise du traitement, la modification d'un traitement ou retirer les tapis, tout ça, ça se négocie, je ne peux pas imposer, je ne peux pas envoyer quelqu'un pour changer la salle de bain... Donc il faut négocier, c'est-à-dire être persuasif, lentement, en ayant toujours les mêmes idées. J'ai une très vieille dame, elle a 90 ans, elle est à moitié aveugle, à moitié sourde, elle ne voulait toujours pas prendre sa canne blanche. Elle était venue hier et la première chose qu'elle m'a dite c'est « je l'aime ». Ça faisait je ne sais pas, sa canne, elle avait mis du temps à l'accepter, il a fallu trois-quatre ans, c'était difficile pour elle. Maintenant qu'elle a sa canne blanche, elle le reconnaît... Tout d'un coup, elle avait saisi l'intérêt de ce que je lui demandé depuis longtemps, et on a rigolé quoi, c'était assez drôle, c'était un jeu quoi, plus qu'une négociation. Il passe de l'empathie là-dedans, ça c'est certain !

- *Alors, on a compris que la communication entre un médecin traitant et son patient est très importante. Est-ce qu'il y a des obstacles à cette communication chez la personne âgée ?*
- Chez elle, j'imagine, la surdité, la difficulté à venir, les troubles de la compréhension aussi, une démence qui débute, ça devient compliqué. On arrive encore à faire passer des messages mais c'est... L'entourage compte de plus en plus : si l'entourage n'est pas présent, c'est fini. Ca peut être aussi des gens qui sont un peu fermés, obtus, ou qui ont un syndrome dépressif et qui n'arrive pas à entendre, ils entendent mais ils n'arrivent pas à saisir l'intérêt de ce qu'on fait. La perte de la langue du syndrome dépressif, c'est quand même assez fréquent. Il y a des conditions pathologiques qui nous empêchent de faire, il y a des problèmes financiers, elles n'ont pas toutes beaucoup d'argent, je vis dans un coin assez riche mais elles n'ont pas toutes de l'argent, donc c'est une vraie limite : je ne peux pas demander des choses qu'elles n'ont pas les moyens de les avoir. Et puis, il y a l'isolement, même si elle le veut, même si moi, je le veux, même si j'arrive à trouver, si elle est trop seule, c'est pas faisable quoi. Si personne ne lui amène à manger, le jour où elle a son syndrome fébrile, ben ça ne va pas.
- *Et comment alors vous évaluez la situation sociale d'une personne âgée ?*
- En général, je discute. Quand je vais au domicile, je vois un peu la richesse des lieux. Et puis, j'essaie de savoir s'ils ont de l'argent, je demande « vous touchez combien ? », une demande à propos, quand je leur propose d'acheter du matériel : « vous avez assez d'argent pour faire cet investissement ? », acheter je ne sais pas, une chaise cassée ou changer de table parce qu'ils ont une table trop grande et qu'il faut changer cela ; là j'arrive à savoir combien ils gagnent...

Ou je connais des fois le travail des enfants donc j'en déduis un p'tit peu, par hypothèse, les revenus qui pourraient venir les aider...

- *Vous avez parlé des enfants. Qu'est-ce que représente l'entourage d'une personne âgée pour vous ?*
- Sans l'entourage, c'est cuit ! Une vieille dame totalement seule, dès qu'il y a une perte d'autonomie, dès qu'il y a trouble de démence, là ce n'est plus possible. La limite de la visite à domicile, c'est quand même l'ouverture des portes ! Il m'arrive, il m'est arrivé, là je n'en ai plus en ce moment, mais il m'est arrivé d'avoir les clefs et pour avoir les clefs, il faut que quelqu'un aille faire faire les clefs... 'fin c'est vite compliqué ! Donc si la personne, parce qu'elle est trop démente ou parce qu'elle est trop grabataire, ne peut plus se lever, ne peut pas m'aider à la maison ou en tout cas ne peut rien de ce que je vais faire, là c'est une vraie limite !
- *C'est toujours une aide pour vous, l'entourage ?*
- Ah oui, c'est indispensable ! Et puis il y a des fois, il y a des décisions difficiles à prendre. « Je pense qu'elle va mourir dans trois mois de son cancer plein de métastases... Euh, est-ce qu'on la garde à la maison ou pas ? ». Faut avoir l'avis de l'entourage. Elle est très démente : qu'est-ce qu'on fait ? On essaie d'instituer un service de garde 24h sur 24 à la maison ou est-ce qu'il faut lui trouver une maison de retraite adaptée ? Les services sociaux font un peu mais il faut que les enfants soient partie prenante.
- *Est-ce que vous trouvez qu'il est simple de se projeter sur le long terme avec les personnes âgées ? Est-ce qu'il faut ?*
- Oui, il faut avoir un plan de prise en charge, j'sais pas, un plan thérapeutique quoi. Bon, sur le long terme, si c'est sur cinq, six ans, c'est difficile parce que si elle tombe et se casse le col du fémur, on aura beau élaborer l'aménagement du domicile, que le renfort des protéines soit efficace, si c'est cassé, c'est cassé, ça change quoi ? Oui, ça me paraît... je parle très, très tôt de la fin avec mes personnes âgées. Je crois qu'on peut prévoir des choses, et puis après, il faut rester vigilant.
- *Et comment vous faites pour parler de cette fin aux personnes âgées ?*

- De la mort ? Mon idée, c'est qu'ils y pensent tous les matins... 'fin tous les jours en tout cas. « Tiens, je ne suis pas mort ! ». C'est saisissant. Puis il y a des papiers là-dessus. Et donc, c'est facile... Je ne sais pas, de temps en temps, je leur dis « tiens, vous avez une petite affection aujourd'hui mais ne vous inquiétez pas, vous ne mourrez pas de ça ! ». « Votre tension est un peu élevée, mais vous ne mourrez pas de ça, parce que c'est pas assez élevé, pas assez dangereux pour l'instant ; d'ailleurs, ça vous fait peur ? ». « Si ça arrive, vous préférez que ça soit à la maison ? »... On en parle extrêmement volontiers. C'est comme parler de la douleur quand un type a des métastases osseuses importantes...

- *Certaines personnes doivent avoir peur quand même de discuter de la mort, non ?*

- Oui, j'ai ma sensibilité de médecin : si je vois que la personne se met en retrait, recule dans sa chaise, croise les bras ou tourne la tête, bon c'est déjà mal parti, elle veut changer de sujet. Y a des trucs quand même ! Et puis, si elle relance facilement la conversation sur le sujet, ben c'est gagné, et si je vois qu'elle répond avec un seul mot, ben voilà. Mon idée, ce n'est pas qu'elle sorte en se disant « je vais mourir demain... ».

- *Que représente l'hospitalisation d'une personne âgée pour elle-même et pour son médecin traitant ?*

- Pour elle-même, ça peut être une chance, ça peut la sauver d'une poussée d'insuffisance cardiaque, j'sais pas, d'une insuffisance rénale iatrogène ou d'une évolution de sa maladie... Et c'est toujours une perte de repères, c'est toujours terrible pour elle. Elle se retrouve, si on l'envoie dans une maison de moyen séjour, de convalescence, elle va être entourée de démentes, donc c'est compliqué quand même ! Elles reviennent en pleurant, enfin celles qui ne sont pas démentes, reviennent en pleurant en disant « C'est terrible, c'est terrible ! ». Les autres n'ont rien vu... Enfin c'est compliqué ! Pour nous, c'est soit un échec : « Mince, j'ai mal géré un médicament, j'ai pas vu que la créatinine montait, ou, flûte je n'ai pas réussi à obtenir le cadre, le tapis, elle s'est cassée... Alors, c'est embêtant quoi, ou alors j'ai pas vu... Il y a une part d'échec dans l'hospitalisation. Puis, c'est inéluctable, on n'est pas tout puissant. Toutes mes personnes âgées, j'espère qu'elles mourront avant moi, il y a aucun doute donc voilà, ça fait partie des choses de la vie... Des fois, j'me dis « Mince, elle est à l'hôpital, c'est pas de chance ! J'aurais pu faire mieux... ». Ben oui ! Mais c'est l'évolution, je n'y peux rien, de toute façon, j'peux pas faire plus quoi.

- *Est-ce que peut être parfois une aide pour vous, un soutien, un soulagement ?*

- Oh oui ! Une aide, c'est certain. Devant une insuffisance cardiaque grave, décompensée chez quelqu'un de dyspnéique, je peux toujours m'amuser de faire ce que j'ai à faire, mais c'est souvent périmé (sourire). Je fais de la formation continue, mais bon, enfin non j'ai besoin d'aide, des moyens techniques dont je ne dispose pas comme à l'hôpital : surveillance, etc. Et puis... L'un des termes, c'était quoi ?

- *Soutien, soulagement.*

- Un soulagement ? Moui, on peut imaginer que de temps en temps, je lutte tellement pour obtenir ce que je veux qu'à la fin une hospitalisation, surtout chez les déments, un peu isolés, pour lesquels je me suis investi, m'aide transitoirement, oui. Mais bon, si j'en peux plus avant, il faut que je passe à quelqu'un d'autre. J'ai la chance d'avoir des internes, enfin ça me soulage. C'est pas toujours un soulagement mais oui, pourquoi pas, ça peut l'être.

- *Comment est-ce qu'on pourrait en pratique anticiper les problèmes qui peuvent conduire à une hospitalisation ?*

- Ben, je crois qu'on a parlé de ça un peu au début déjà. C'est prévoir, avoir un plan thérapeutique en quelque sorte : qu'est-ce qu'elle a ? Elle est dénutrie, il faut arrêter la dénutrition, faut la renutrir parce que je sais qu'elle va tomber et se retrouver à l'hôpital. Elle évolue sur un mode Alzheimer, qu'est-ce que je vais faire dans trois ans lorsqu'elle ne saura plus quel est le jour et la nuit ? Est-ce que j'ai le temps de mettre sur pied une équipe qui va s'en occuper ? Est-ce qu'elle a les moyens de payer quelqu'un parce que les aides ne suffiront pas ? Est-ce que l'entourage est là ? Si la réponse est non tout le temps, ben on ira à l'hôpital. Donc on prévoyant un plan de ce que j'ai envie de faire plus tard en fonction des données, c'est, à mon avis, plus facile de la tenir à la maison ou de décider assez vite de l'envoyer ailleurs, parce que je ne vois pas quelles solutions peuvent solutionner ça...

- *Bon, ben merci beaucoup.*

ENTRETIEN N°8

Dr B, femme, exerçant la médecine générale depuis 9 ans, Paris.

- *Depuis combien d'années vous exercez la médecine générale ?*
- Je me suis installée en 2001, 1er janvier... Le 2 janvier en tout cas.
- *Vous avez fait des remplacements avant ?*
- J'ai remplacé un jour mon maître de stage.
- *Est-ce que vous faites des visites à domicile ?*
- Peu.
- *Est-ce qu'il y a des raisons pour cela ?*
- Pour en faire peu ? Euh... d'abord parce que je n'en fais que pour des personnes âgées qui ne sortent pas de chez elles et je n'ai pas beaucoup de personnes âgées dans mes patients.
- *Par rapport aux personnes âgées, quel « plus » d'après vous peuvent apporter les visites à domicile ?*
- Déjà, d'avoir des soins parce que beaucoup ne sortent pas de chez elles, ce qui permet d'évaluer l'état du domicile et le besoin des aides. Excusez-moi. (interruption pour répondre au téléphone). Donc ça permet d'abord de leur apporter des soins, puis faire l'état des lieux, éventuellement les besoins, les dangers qu'il peut y avoir dans l'habitat, essentiellement ça.
- *Est-ce que vous faites partie d'un réseau gériatrique ?*
- Non.

- *Quels sont les avantages et les inconvénients de faire partie d'un réseau ?*
- On a peut-être accès plus vite à des intervenants. C'est pas dit parce qu'à Paris, il y a les points « Paris Emeraude » qui fonctionnent bien et vite, en tout cas dans le XVe. Et puis, à Pommidou, le service de gériatrie est relativement actif. En fait, on travaille comme si c'était un réseau. Et les réseaux, on n'a jamais été formé aussi. Il en a été question à un moment puis ça ne s'est pas fait.
- *Et donc, c'est pour ces raisons là que vous ne faites pas partie d'un réseau ?*
- Et aussi parce que je ne fais pas beaucoup de gériatrie. C'est pas mon truc, et je n'ai pas envie de passer des heures en réunions. Voilà. Au bout d'un certain temps, on a son carnet d'adresses. Quand les gens savent qu'on n'adresse pas pour rien, ça facilite.
- *De votre point de vue de médecin traitant, pour quelles raisons la prise en charge d'une personne âgée pourrait-elle être compliquée ou difficile ?*
- Déjà le manque de disponibilité, ça veut dire que c'est nous qui devons nous rendre disponibles. Euh, d'autre part, parce qu'ils sont souvent polypathologiques. Euh, il y a tous les handicaps sensoriels, la vue qui rend la lecture de l'ordonnance aléatoire, l'audition qui fait que parfois les explications sont mal entendues, mal perçues. Et puis, le déclin cognitif qui peut amener à des erreurs thérapeutiques de jugement, ça rend les choses plus difficiles que chez quelqu'un qui comprend tout de suite.
- *Alors, tous ces handicaps ne facilitent pas la communication. Comment vous faites pour contourner ces obstacles ?*
- Alors, j'essaie toujours... Enfin, soit j'arrive à communiquer directement avec la personne, soit j'essaie d'intégrer un membre de l'entourage, familial ou non d'ailleurs, dans mon entretien ou dans la consultation.
- *Avec l'entourage, ça se passe toujours très très bien ?*
- Je n'ai jamais eu de heurt particulier, non.
- *Quels sont vos objectifs de prise en charge par rapport au sujet âgé ?*

- Le maintenir à la maison si c'est son souhait. Le rendre confortable, s'assurer qu'il ne soit pas dénutri et apporter des aides mais pas trop non plus pour qu'il garde une activité quotidienne.
- *Alors, vous avez parlé du souhait du patient. Ca devient un peu problématique quand le patient devient dément, comment vous faites pour respecter au maximum son autonomie ?*
- Ben alors, j'en ai plusieurs des patients déments, Alzheimer, qui sont à la maison. On arrive assez souvent à mettre suffisamment de choses en place pour limiter les incidents, notamment avec le passage une fois par jour de quelqu'un qui s'occupe du pilulier, qui s'assure que les repas sont pris, qui s'assure que les courses sont faites. Il faut quand même souvent qu'il y ait une présence familiale à côté, pas forcément quotidienne.
- *Qu'est-ce que signifie pour vous la fragilité d'une personne âgée et comment la repérez-vous ?*
- Il y a plusieurs types de fragilité. Il y a la fragilité physique avec la polypathologie qui fait que la dégradation d'une pathologie peut amener à la dégradation de toutes les autres. Il y a la fragilité constitutive qui fait que s'ils ne se nourrissent pas, s'ils perdent leur appareil dentaire, ils vont se dénourrir, ils vont maigrir puis après, c'est une spirale. Il y a la fragilité de la mémoire qui fait... C'est peut-être la plus difficile à prendre en charge... Et puis, il y a la fragilité physique, c'est-à-dire que s'il se casse la figure, c'est plus difficile de se lever. Et puis, il y a la fragilité sociale, on voit bien quand ils sont agressés que très vite, très souvent ils décompensent, ils arrivent à un état de dépendance.
- *Et comment vous vous faites votre idée de la situation sociale ?*
- Ben, en principe, je suis là depuis pas mal de temps maintenant, je... C'est un quartier assez familial donc je vois et puis j'ai souvent des patients autour qui m'en parlent, et puis j'ai souvent des contacts avec les enfants. Donc en recoupant tout ça, j'arrive à avoir une idée.
- *Vous avez parlé plusieurs fois de polypathologie. Comment vous hiérarchisez les différents problèmes d'un patient âgé ?*
- Ben, je dirais que je ne hiérarchise pas les problèmes de façon unique, en tout cas univoque. C'est clair puisque chez certains patients, certaines pathologies vont prendre le dessus, l'insuffisance respiratoire par exemple peut être prédominante sur un diabète et puis pour

d'autres, le diabète va prédominer sur l'insuffisance respiratoire ou autre chose, donc ça dépend du contexte. (interruption pour répondre au téléphone).

- *D'après vous, de quoi souffrent la plupart des personnes âgées ?*
- De quoi physiquement ?
- *Physiquement ou psychologiquement.*
- Physiquement, quand même, on a l'impression qu'avec l'âge, les douleurs deviennent omniprésentes. Alors, peut-être aussi qu'ils sont moins occupés et qu'ils ont plus le temps d'y penser. C'est quand même quelque chose qui revient dans presque toutes les consultations. Et la solitude.
- *Par rapport à la solitude, comment vous faites pour essayer de...*
- C'est très difficile. Soit il y a un lien social, il est là. Quand il n'y en a pas, on peut les inciter à en créer mais en principe ce n'est pas à 80 ans qu'ils le créent. Et très souvent, les gens qui n'ont pas de liens sociaux, c'est aussi des gens qui n'ont pas recherché avant, et voilà, quand c'est un peu compliqué, on ne crée pas, il existe ou il existe pas.
- *Quand vous dites que vous incitez à en créer, comment vous faites en pratique ?*
- Ben, ça dépend... Mais par exemple des gens valides qui se plaignent d'être seuls, je les encourage à fréquenter des clubs, à voir leurs amis, et la réponse est souvent la même, c'est-à-dire qu'à cet âge-là, les amis, ils en perdent plus qu'ils n'en gagnent... Ils ne se déplacent pas facilement donc ils les voient moins. Voilà.
- *C'est facile de garder une distance correcte avec le patient âgé ?*
- Dans quel sens ?
- *Est-ce que parfois vous ne vous sentez pas trop proche ? Est-ce que cette trop grande proximité ne peut pas être un handicap parfois dans la relation de soins ?*

- Trop proche, je ne pense pas que ce soit vraiment arrivé. C'est sûr qu'il y a des personnes âgées pour qui je fais office de la personne à qui on raconte des choses, en même temps, c'est le rôle du médecin.
- *Il n'y a pas de soucis de ce côté là...*
- Non, il y a beaucoup de personnes âgées qui m'embrassent par exemple. Bon, ben voilà, si ça leur fait plaisir. Je pense que peut-être ça peut les rassurer, ça maintient le lien « elles sont plus âgées que moi ». Moi, ça ne me dérange pas.
- *Vous dites que ça peut les rassurer. Qu'est-ce qui peut les effrayer ?*
- Le fait de ne plus avoir de contact social. Le fait de garder ce contact, certes avec leur médecin, mais quelqu'un quand même. C'est un lien social.
- *Vous pensez que la mort les effraie ?*
- Ça dépend de l'âge. Je dirais qu'après 90 ans, voire après 95 ou 100 ans, ils ont l'impression d'avoir été « oubliés » et c'est quelque chose qui revient tout le temps et ils ont peur que « ça n'arrive pas ». Ils ont parfois le souhait que ça arrive. Et, je dirais, entre 60-65 ans, ça dépend de l'état physiologique, et 75 ans, ils ont très peur que ça arrive. Mais aussi parce qu'ils sont à un âge où les maladies se déclarent aussi chez leurs amis, il y a des décès autour d'eux, c'est l'âge où ils sentent que la roue tourne quoi.
- *Et du coup, comment vous faites en tant que médecin traitant pour essayer...*
- J'essaie de relativiser, c'est-à-dire qu'on en parle, je leur explique que c'est aussi le sens de la vie, que la mort fait partie de la vie et puis que l'important, c'est d'avoir une belle vie et que... Beaucoup disent que ce n'est pas drôle de vieillir... Et puis je leur dis « ben si on ne vieillit pas, ça veut dire que l'on meurt jeune : est-ce que c'est mieux de mourir jeune ? ». Finalement, j'essaie d'amener une réflexion.
- *C'est tout le temps eux qui commencent à aborder ?*
- En principe, c'est eux. En principe, c'est eux. Mais par exemple quand je fais des soins palliatifs, ça m'arrive assez souvent, donc là on n'entame pas les soins palliatifs sans que la situation soit claire, là c'est moi qui aborde le sujet...

- *Comment est-ce que vous évaluez les bénéfices et les risques d'un maintien à domicile ?*
- Euh, je dirais que le bénéfice principal, quand les patients le souhaitent, c'est la satisfaction. Le fait qu'il soit chez lui avec ses repères, même si les repères peuvent aussi comporter des dangers. Et quand on peut le faire, je pense que c'est toujours ou presque toujours bénéfique. Les risques, c'est le fait de ne pas être dans une institution avec un regard continu. En même temps, dans la plupart des institutions, il y a une telle pénurie de personnel qu'il n'y a pas non plus un regard continu. Et puis, je dirais que le risque, c'est surtout la chute, avec l'impossibilité de se relever parce qu'en institution, c'est sûrement couvert plus tôt. Et à la maison, même s'il y a un passage par jour, ils peuvent quand même rester 24h par terre. Après, s'ils doivent mourir, ben ils meurent mais au moins ils meurent chez eux.
- *Le patient âgé renvoie aux limites du médecin traitant, à sa prise en charge ?*
- Non, je dirais que c'est plus stressant avec quelqu'un de 50 ans chez qui on découvre des pathologies que chez la personne âgée où ça rentre dans une certaine logique. En même temps, est-ce qu'on doit se poser la question à chaque fois de « est-ce qu'on doit être juge en tenant compte de l'âge ou pas ? ». Je trouve que ce n'est pas plus difficile, que ça ne renvoie pas aux limites du médecin, ça peut renvoyer plus aux limites sociales. Parce que quand on a besoin d'une entrée en institution ou d'une hospitalisation parfois urgente parce qu'on a fait un maintien à domicile pendant longtemps difficilement, ben on n'a pas toujours de retour derrière.
- *Par rapport à l'hospitalisation, qu'est-ce que ça représente pour la personne âgée et pour vous en tant que médecin traitant ?*
- Pour la personne âgée, en principe c'est une rupture. C'est... l'hospitalisation en tant que telle, c'est souvent quelque chose qui se passe dans l'urgence. C'est difficile. C'est souvent très déstabilisant. Ça comporte le risque qu'il ne puisse jamais revenir à la maison. Là, je parle de la personne âgée qui est quand même dépendante. Pour nous, c'est parfois la difficulté à trouver de la place, même si on a de bons rapports avec les hôpitaux de proximité, on ne met pas les gens tête bêche dans le lit donc...
- *Est-ce parfois vous avez l'impression que l'hospitalisation est un échec ?*

- Ce qui est plutôt un échec pour moi, c'est l'hospitalisation via les urgences. Par exemple, quand on appelle à 5h et demi et qu'il n'y a plus de médecin à l'hôpital, c'est vraiment typique de la gériatrie, on nous dit « ben, faites le passer par les urgences », je trouve que ça, c'est un mauvais fonctionnement, que la personne âgée et toutes les hospitalisations qui partent du médecin vers l'hôpital devraient shunter les urgences. Ça ne sert à rien que les gens soient vus par dix personnes différentes à quinze endroits différents, quand déjà le diagnostic est fait, qu'une partie du bilan est fait, et pour les personnes âgées en particulier, c'est fatigant, c'est perturbant et ça, je trouve que c'est vraiment une mauvaise gestion. Ou alors, il faudrait qu'il y ait un pôle gériatrique aux urgences où ils sont dans une certaine sécurité de lieu et pas sur un brancard, à côté de l'alcoolique, de la personne qui hurle, ça les renvoie vraiment à la mort, les urgences.
- *Est-ce que la communication entre l'hôpital et vous se passe bien, comme vous le souhaiteriez ?*
- La plupart du temps oui... quand on a un interlocuteur. Les difficultés, ce sont les horaires extrêmes quoi : avant 9h, après 17h30, il n'y a plus personne souvent. Ou alors, quelque chose qui me rend folle régulièrement, c'est quand on appelle et qu'on nous dit « ah ben, on ne peut pas les déranger, ils sont au staff ». Ben oui, mais nous, on a la dame en face de nous et la décision doit être prise dans la 1/2h. Voilà, et après, quand eux, ils ne seront plus au staff, ben nous, on sera aussi occupé. Il y a une espèce de dédain, peut-être induit pas que par les médecins, peut-être aussi par le personnel hospitalier. A l'hôpital, ils sont très occupés, nous, on est aussi très occupé et ça, je trouve ça assez pénible de rappeler plusieurs fois pour un problème alors que les gens sont là...
- *Et eux, ils ne vous rappellent jamais ?*
- Si, ça arrive mais... 'Fin, le problème est le même, quand on a la dame en face de soi ou le monsieur en face de soi, la décision doit être prise, du coup courrier, bon de transport, enfin comme une décision quelconque... S'ils rappellent 3h après, qu'est-ce qu'on va faire pendant 3h ? Si on nous dit que c'est dix minutes, ben on attend un p'tit peu, mais souvent on nous dit « ils rappellent » mais ils ne rappellent pas. Ou ils rappellent mais x heures après.
- *Et comment est-ce qu'on pourrait améliorer les choses alors ?*
- Je pense qu'il faudrait... Il y a plusieurs services qui fonctionnent comme ça, notamment la médecine interne de Pitié-Salpêtrière, il y a une ligne directe qui est dédiée aux médecins qui en ont

besoin, donc c'est un numéro direct qui arrive sur le portable d'un des médecins du service. Ce téléphone tourne en fonction de la semaine, et quelle que soit leur activité, ils répondent au téléphone et ça, c'est vraiment très confortable. Pourtant s'il n'y a pas de lit, ça je pense, on peut le comprendre. On peut au moins avoir un conseil...

- *A part pour l'hospitalisation, quelle aide peut vous apporter un gériatre ?*
- Pas beaucoup (sourire). Je trouve que ce n'est pas une spécialité en soi la plupart du temps. Euh... ils servent surtout de... Ils servent la plupart du temps de médiateur pour l'hospitalisation et puis après, c'est eux qui vont prendre le patient en charge. Je mettrais une restriction, je mettrais un bémol parce que ce sont eux qui font les bilans mémoire, ça c'est quand même très utile... Et pour, par exemple, là je travaille souvent avec l'hôpital de jour de Vaugirard et très régulièrement, j'ai le médecin de l'hôpital de jour au téléphone, et là, ils connaissent vraiment les malades, et on est très complémentaire, et quand par exemple, un patient consulte plusieurs fois dans une semaine et que je ne vois pas le motif de consultation, on peut tout à fait discuter de ça et décider d'une conduite commune, ce qu'on peut difficilement faire avec les gériatres qui ne connaissent pas les personnes âgées et qui, finalement, nous renvoient qu'ils en ont d'autres. Certes, mais nous aussi.
- *Qu'est-ce que représente l'entourage d'une personne âgée pour elle et pour vous ?*
- Alors, pour elle, je pense que c'est un équilibre la plupart du temps sauf quand il y a des conflits familiaux assez importants... Enfin dans mes patients, il n'y en a qu'une qui est dans ce cas là. Euh, je pense que c'est un gage de qualité de vie la plupart du temps. Ça nous décharge aussi d'un certain nombre de choses pour trouver des structures, on peut déléguer sur la famille. C'est un lien social incontestable. Donc c'est plutôt un plus.
- *Quand une personne âgée n'est pas d'accord avec vous, comment vous faites pour négocier avec elle ?*
- Alors, je peux aussi respecter sa décision, elle a le droit d'avoir son point de vue, moi je suis là pour l'informer, mais elle peut avoir son point de vue. Quand je trouve ça très déraisonnable, je renforce l'information et ça m'arrive de jouer sur la corde sensible en disant « vous seriez ma grand-mère, je ne vous laisserais pas le choix... ».
- *Ca marche ?*

- Souvent. Souvent ça marche. Mais en principe, quand je le dis, je le pense vraiment.

- *Dernière question : quand est-ce que vous demandez la tutelle pour une personne âgée ?*

- Alors, ça m'est arrivé une fois de le faire de mon propre chef. Euh... Chez une dame complètement démente. Les enfants m'avaient demandé de faire un certificat disant qu'elle ne pouvait pas se déplacer. Donc j'étais très étonnée. « Mais pourquoi vous voulez la déplacer ? ». « Parce qu'elle doit signer des papiers chez le notaire pour vente immobilière, elle ne pourra pas s'y rendre ». Ca m'avait mis un p'tit peu la puce à l'oreille donc là, j'avais fait une demande de tutelle en urgence, puisque les enfants étaient en train de dilapider les biens allègrement, donc là c'est vraiment la seule fois que j'ai fait en catastrophe, en prenant conscience qu'ils abusaient d'elle et qu'elle était incapable de faire autre chose. Et puis, il se trouve qu'à cette occasion là, on a démasqué un certain nombre de choses, notamment que la garde-malade était maintenue en esclavage moderne. C'était glauque à souhait. Après, c'est souvent soit à la demande, soit en accord avec la famille, devant une difficulté à gérer les biens. Euh... Voilà. Quand on voit qu'il y a un glissement, par exemple en consultation, ils me disent « c'est toujours 220 euros ? ». Là, je commence à me dire que ça ne va pas. Mais c'est le plus souvent à la demande de la famille ou vraiment quand je constate qu'il y a un glissement très net. Mais finalement, on n'en fait pas tant que ça. Peut-être qu'on a tort...

- *Merci beaucoup pour cet entretien.*

ENTRETIEN N° 9

Dr G, homme, exerçant la médecine générale depuis 1 an, Hauts-de-Seine

- *Depuis combien d'années tu exerces la médecine générale ?*

- Alors, ça fait un an que j'exerce la médecine générale en tant que médecin installé. Avant, j'étais remplaçant pendant six mois. Je suis parti six mois en Asie, pour l'anonymat c'est raté. Euh... Et avant, j'étais interne.

- *Est-ce que tu fais des visites à domicile ?*

- Oui.

- *Est-ce que tu penses que ça peut apporter un « plus » de faire des visites à domicile, en dehors de permettre à des personnes âgées d'avoir des soins ?*

- J'suis pas trop visite à domicile sauf quand c'est vraiment nécessaire quoi. J'essaie de les réduire au minimum. Il se trouve que, comme je te l'ai expliqué, j'ai une patientèle un peu particulière puisque je ne suis pas là tout le temps. Euh... Et donc la plupart des visites *entre guillemets* c'est plutôt en maison de retraite. Sinon, j'ai quelques-unes, c'est, je sais pas moi, des patients qui ne peuvent vraiment pas se lever de manière exceptionnelle, puisque j'ai une patientèle soit très jeune soit très âgée en maison de retraite. Mais je n'ai pas suivi depuis 30 ans une patientèle qui a vieilli. J'ai pas des gens qui ont perdu leur autonomie et que donc avant, je voyais au cabinet et maintenant à domicile. Je trouve ça bien, mais par contre pour l'instant moi je la limite au minimum puisque c'est des gens plutôt jeunes sauf les maisons de retraite.

- *Est-ce que tu fais partie d'un réseau gériatrique ?*

- Non.

- *Quels sont, d'après toi, les avantages et les inconvénients de faire partie d'un réseau gériatrique ?*
- En fait, à la réponse d'avant, en fait si. J'suis dans le réseau Agekanonix 92, mais pour l'instant, je n'ai pas encore fait appel à eux, donc au sens strict du terme j'en fais partie parce que je suis allé à deux-trois réunions mais je n'ai jamais fait appel à eux pour un de mes patients. Donc c'est pour ça que je réponds « non, j'en fais pas partie ». Euh, donc les avantages et les inconvénients ? J'sais pas moi, les avantages, pour l'instant, ce que j'ai vu dans le réseau, c'est que les réunions pluridisciplinaires pour les patients qui n'étaient pas les miens m'ont montré à quel point c'était utile de réunir plein de professionnels qui bossaient autour de la même personne pour voir ce que chacun pouvait apporter, assez souvent remettre en cause ce que moi je croyais parce que c'est assez difficile de tout connaître quand on voit quelqu'un du point de vue médical, qu'une fois de temps en temps. Euh, voilà. Les inconvénients, j'en vois pas des masses, à part que celui là, ce réseau là, mais peut-être qu'ils ne sont pas tous comme ça, il a des critères pour faire rentrer des gens dans le réseau qui sont parfois assez stricts et donc des gens que j'estime que moi j'aurai besoin de leur aide, on me répond « non, celui, il n'est pas assez lourd, il est pas dans le cadre etc. ». Voilà, l'inconvénient, c'est ces limites là pour pouvoir inclure les patients.
- *Ce sont forcément les patients les plus lourds qui rentrent dans le réseau ?*
- Pour le réseau Agekanonix ?
- *Oui.*
- Je sais pas, j'ai oublié leurs critères mais ouais, moi, j'avais appelé pour une patiente où ce n'était pas extrêmement lourd, on m'a dit que ce n'est pas... C'est au moins un critère.
- *De ton point de vue de médecin traitant, pour quelles raisons la prise en charge d'une personne âgée pourrait-elle être difficile ou compliquée ?*
- Euh... alors... plein de trucs... je sais pas, le fait que... euh... La première chose qui me vient, c'est les problèmes de communication, que ça soit dans ce que moi, je veux lui faire faire et que j'ai pas l'impression que ce soit compris ou que ce soit pas possible de la faire... Parfois j'ai du mal à la comprendre elle ou on a du mal à se comprendre tous les deux, pas forcément s'il y a des troubles cognitifs... Mais il faut prendre le temps, prendre le temps ce n'est pas forcément toujours facile. Si, en plus, c'est une personne âgée qui est suivie à domicile, moi je

trouve que vraiment suivre les gens à domicile c'est un truc particulier, c'est beaucoup moins facile que de les suivre dans mon cabinet médical où j'ai exactement tout ce qu'il faut pour les gens en charge. Donc le fait de suivre les gens exclusivement à domicile, ça complique. Euh, voilà, après, le fait que la moindre pathologie puisse en décompenser d'autres, la polyopathie en général fait que c'est compliqué de prendre une personne âgée en charge, parce qu'il faut toujours regarder ce qu'il y a à côté et il y a beaucoup de choses à côté. Euh, voilà, c'est déjà pas mal.

- *Et quels sont tes objectifs de prise en charge alors par rapport à une personne âgée ?*
- C'est hyper dur de répondre à cette question... Euh... Ben je sais pas, je vais rester assez vague, c'est de faire au mieux, mais ça dépend vraiment de la personne âgée... Disons, essayer de faire ce que je crois être le mieux, de l'adapter à son âge, à son autonomie, vraiment adapter ce que je crois être ce que me dit la science de faire à cette personne et de voir ce qui est vraiment possible dans son environnement, dans son habitat etc. Et en deux phrases, j'aurais vraiment du mal à te répondre sauf s'il y a une question plus précise...
- *Est-ce que tu te fixes un but, un but assez général quand tu prends en charge une personne âgée ?*
- Ben, j'essaie de ne pas trop lui nuire. C'est peut-être un peu soft comme objectif, mais voilà, j'me dis que si déjà je ne l'aggrave pas par des traitements trop lourds avec trop d'effets secondaires, de ne pas faire plein d'examens dont je ne vois pas bien l'utilité, euh voilà, que j'essaie de lui épargner ça pendant les jours plus ou moins longs qui vont lui rester, déjà je trouve que c'est pas mal, je réfléchis déjà moins comme ça pour une personne plus jeune. Voilà, après, j'essaie quand même de la guérir, d'améliorer son état si je peux, mais avant tout, j'essaie de pas faire des choses qui vont lui nuire.
- *Parce que tu penses que la iatrogénie est un problème plus fréquent chez les personnes âgées ?*
- Euh... Ouais, je crois d'ailleurs que les chiffres me donnent raison. Peut-être que... Oui, c'est non seulement plus fréquent, en plus c'est de gravité potentiellement plus lourde.
- *Alors, qu'est-ce que signifie pour le médecin traitant la fragilité d'une personne âgée et comment est-ce qu'il la repère ?*

- Alors, déjà pour la repérer, il faudrait savoir exactement ce que ça veut dire. Euh... Pour la fragilité, il y en a de tout ordre mais euh... Disons que la fragilité, c'est quelque chose qui va me montrer en gros que la personne va moins répondre à un changement de son état ou de son environnement, que ça soit les premiers troubles de la marche, les premières chutes, les premiers signes que... Je sais pas, il y a une atteinte de la mémoire par exemple après une opération, une anesthésie, enfin ce genre de chose qui montre qu'il y a, que la réserve fonctionnelle est amputée. Après, comment je la repère ? Euh, ben en essayant de parler avec les gens et d'essayer de voir si effectivement il y a des troubles de la mémoire, du jugement ou d'autres, ce qui n'est pas forcément facile sans faire de tests particuliers systématiquement. Il se trouve qu'ici on participe à l'étude Codex, il y a quelques-uns qu'on essaie d'inclure dedans, voilà. Sinon, je sais les choses que je dois faire en théorie, par exemple s'il y a des troubles de la marche, voir s'il y a des risques de chutes et c'est pas facile de les faire en pratique au cabinet et encore moins à la maison de retraite. Euh voilà. Et puis vraiment j'ai une patientèle particulière où je les vois après coup quoi, je les vois une fois qu'ils ont dépassé le stade de fragilité donc j'en suis plutôt au stade de ne pas nuire plutôt que d'essayer que les choses ne s'aggravent pas.
- *Est-ce que tu penses qu'on peut anticiper cette fragilité ?*
- Sûrement.
- *Comment d'après toi ?*
- (silence). J'sais pas... En s'appuyant sur ce que va dire la personne ou sa famille, en la faisant avoir une activité dans la journée, qu'elle soit intellectuelle ou physique, c'est pas vraiment anticiper, c'est plutôt la prévenir du coup, si c'est anticiper pour la prévenir, ça sert à quelque chose.
- *Tu as dit que la polypathologie est l'une des difficultés de la prise en charge de la personne âgée. Comment est-ce que tu hiérarchises les différents problèmes de la personne âgée ?*
- C'est-à-dire lesquels je mets en premier ?
- *Oui.*
- Vraiment ça va dépendre de la personne et de son âge physiologique quoi. C'est... Je sais qu'à partir d'un certain âge, que je vais fixer à 80 ans sachant qu'il est très variable en fonction de

l'état de la personne, j'avais, toutes les priorités que je peux avoir avant de l'ordre, du type maintenir une tension normale, maintenir une hémoglobine glyquée strictement inférieure à 7, ce genre de chose, je suis beaucoup plus souple après. Euh, voilà, je sais que l'autonomie et la marche sont des choses très importantes, c'est quelque chose que j'essaie de maintenir et de prévenir... Voilà les trucs qui me viennent.

- *D'après toi, de quoi souffrent le plus la plupart des personnes âgées ?*

- (silence). J'aurais la solitude mais moi, je les vois tout seul en maison de retraite donc... C'est peut-être pas un bon échantillon représentatif.

- *Et comment est-ce que tu repères la souffrance liée à la solitude ?*

- (silence). Ben, je la repère pas par un truc très précis, mais en parlant un peu quoi... La plupart des personnes âgées quand on les voit, elles vont plutôt bien, j'essaie de les voir fréquemment, donc du coup quand je les vois, je n'ai pas forcément un truc très aigu, très important à faire. Et quand je papote un peu avec elles, j'essaie de sentir comment elles se sentent, comment elles sont entourées par leur famille, leurs amis, est-ce qu'il y a des gens qui leur téléphonent, qui vient les voir ? Voilà, si la personne me répond « non, je m'en fous », j'me dis qu'elle n'est peut-être pas trop seule, si elle dit non avec des larmes dans les yeux, c'est que ça la touche plus.

- *Et comment est-ce qu'on pourrait combattre cette solitude ?*

- (silence). Ben, j'sais pas... Il y a l'échelon de la famille, si chacun s'occupait de ses aïeux, à commencer par moi (sourire), euh, ça ferait sûrement du bien... Si la société était plus faite pour s'occuper d'eux, j'pense que ça irait mieux, j'pense que le monde urbain est spécialement mal fait pour les personnes âgées. Euh, voilà, après, il y a des associations qui peuvent le faire, des associations de quartier comme ici qui réunissent des personnes âgées pour des activités entre elles et tout. Ce genre de chose, c'est bien, ça paraît toujours assez artificiel pour faire quelque chose, pour s'occuper des personnes âgées mais malheureusement je crois qu'il faut le faire.

- *On a parlé de l'entourage. Dans quelles circonstances, l'entourage d'une personne âgée peut-il être néfaste pour sa prise en charge ?*

- Ben si... si l'entourage est... Par exemple un enfant... Si l'entourage est nécessaire pour prendre en charge la personne âgée, parce que soit, je sais pas, la barrière de la langue, des troubles mnésiques, qui font que je ne vais pas avoir un rapport direct avec la patiente ou le patient, je dois absolument passer par un aidant qui fait partie de la famille, si c'est le cas et que ce seul aidant ou tous les aidants font défaut, j'avoue que je suis extrêmement désarmé, même assez révolté parce que j'me dis que c'est à eux de faire une partie des choses, mais dans ces cas-là ils sont néfastes si c'est le seul recours possible et qu'ils sont pas là quoi. Voilà, ils peuvent toujours être là en maltraitant les personnes âgées, j'avoue moi je l'ai pas trop vu, peut-être que j'aurai dû le voir chez des patients qui sont mal traités et que j'n'me rends pas compte. Euh, voilà, sinon j'pense à des patients, des familles, d'après ce que j'ai l'impression, qui ont un peu viré vite leur mère ou leur père de la maison pour reprendre eux la maison, et que du coup, la personne âgée se retrouve en maison de retraite, un p'tit peu abandonnée, un p'tit peu dépossédée de sa maison et de ses biens, un peu trop tôt peut-être, voilà.
- *Est-ce que l'entourage peut interférer négativement dans la relation de soin entre un médecin traitant et son patient?*
- (silence). Ouais, sûrement, mais ça ne me vient pas tout de suite, enfin disons que les trucs dont je te décrivais, c'était interférer mais pas vraiment activement quoi, euh...
- *Est-ce qu'ils peuvent être trop présents, trop interférer justement ?*
- Oui, oui, non mais sûrement ils peuvent, mais je te dis, j'essaie de penser à des patients, des patientes, euh... Moi j'aurais plutôt tendance à dire plutôt que de trop faire, ils auraient plutôt tendance à dire « non, non, c'est son état de d'habitude, il n'y a rien à faire ». Voilà, je pense à une patiente où la famille qui est assez nombreuse et pas mal sont dans le monde médical, réapprovisionne en médicaments, dans un circuit parallèle au mien, et pourtant c'est une maison de retraite, et du coup elle se retrouve avec des hypnotiques, des médicaments qui peuvent la faire chuter, il se trouve qu'elle chute, et là j'ai beau expliquer à la famille de ne pas le faire, elle continue à le faire en me disant « Mais elle a toujours été comme ça, elle a toujours bien fait, etc. Ne vous emmerdez pas. » Ouais, c'est possible d'interférer négativement.
- *Beaucoup de personnes âgées sont démentes, jusqu'où est-ce qu'on peut respecter la volonté et l'autonomie d'une personne âgée démente ?*

- (silence). Et ben, tant qu'elle ne se met pas en danger, ou qu'elle ne met pas en danger les autres.

- *Et comment est-ce qu'un médecin traitant évalue ça ?*

- Ben, avec la personne. Quand elle est vraiment démente, c'est vraiment dur. Sinon, avec la famille quoi, la personne la plus proche autour d'elle, pas forcément la famille, le membre de la famille le plus proche... En essayant d'apprécier jusqu'à quel point la personne aurait voulu qu'on l'aide à ne pas se dénutrir, à ne pas etc. ou si au contraire elle aurait voulu qu'on la laisse tranquille, une fois qu'elle était démente. C'est pas le genre de truc qu'on dit à chaque fois, forcément. Et puis, ouais, à partir du moment où il y a trop de chutes, d'accidents ou de risque d'accidents, euh, malheureusement pour évaluer ça, l'un des moyens c'est d'attendre l'accident, en espérant que c'est d'abord des p'tits puis après des gros quoi.

- *Quand une personne âgée n'est pas d'accord avec la décision de son médecin, comment est-ce qu'on peut négocier avec elle ?*

- Ben, en revenant, en ré insistant, en ré expliquant, euh... Je ne suis pas trop pour contourner son avis, même si la famille me soutient, je ne suis pas trop pour contourner l'avis de la personne, parce que je me dis que, au fond même si elle est démente, elle exprime toujours un truc qu'il faut entendre. Voilà. En ré-essayant, en ré-essayant. Si vraiment, je trouve que c'est quelque chose d'extrêmement important, comme je sais pas moi, l'institutionnaliser parce que sinon c'est vraiment dangereux pour elle, ben je le ferais sans son avis mais avec celui de la famille. Si j'estime que ce n'est pas vital mais que c'est plus pour moi que pour elle, j'abandonnerai.

- *Dans quelles circonstances un médecin traitant peut-il demander la tutelle ?*

- (silence). Ben, quand la personne n'est plus capable de se prendre en charge, qu'elle risque de faire n'importe quoi, alors pas qu'avec son argent, euh, mais voilà qu'elle a besoin que quelqu'un l'aide et qu'il n'y a pas quelqu'un dans la famille qui peut le faire de manière assez simple avec juste une procuration, voilà s'il y a pas une bonne cohésion dans la famille qui fait que l'un peut être mandataire et prestataire, et que ça gêne personne, euh, peut-être qu'il faut, et que la patiente ou le patient n'est plus capable de le faire, dans ces cas là, il faut un tuteur ou une tutrice, peut-être quelqu'un de la famille mais pas forcément...

- *Comment est-ce qu'un médecin traitant évalue les bénéfices et les risques d'un maintien à domicile pour une personne âgée en pratique?*
- Ben, écoute, en pratique, je ne vais pas pouvoir te dire parce que je ne l'ai pas fait souvent. J'peux te dire comment j'imaginerais que je le fasse. Euh... Ben, je sais pas, c'est vraiment un truc à prendre en compte avec la patiente ou le patient ou avec sa famille quoi, j'imagine que p'tit à p'tit j'augmenterai les aides et à partir du moment où je sens que toutes les aides sont au maximum, qu'elles sont mises en place de manière optimale, que pourtant il continue à avoir, je sais pas, trois chutes par mois, deux allers-retours à l'hôpital par mois, j'en sais rien, euh, dans ces cas-là... ou si les équipes qui tournent ou la famille qui est dans la maison commencent à péter les plombs, parce que c'est trop lourd pour eux, s'il y a un de ces trois trucs, je proposerai la maison de retraite, en sachant que je peux évidemment le faire avant que tout craque.
- *Qu'est-ce que représente l'hospitalisation pour une personne âgée et son médecin traitant ?*
- Euh... Pour elle, je sais pas, j'imagine, quelque part ça doit représenter... j'allais dire le début de la fin, c'est peut-être beaucoup mais... que c'est une rupture dans sa vie quoi, enfin ça peut être une hospitalisation pour une fracture de hanche ou une hospitalisation pour autre chose, j'imagine que tu ne parles pas d'une hospitalisation prévue pour la cataracte...
- *Non.*
- Bon, euh... Donc voilà, ça représente un accident dans sa vie qui montre une rupture dans son état, ça doit être très angoissant, on doit avoir peur de ne jamais retourner chez soi. Si en plus, on a le malheur de passer par les urgences, je pense qu'on va pas passer un bon moment. Pour le médecin, c'est pas la même chose, je pense qu'elle peut être, quelque part elle peut être vue comme quelque chose de salvateur. Pour la plupart des hospitalisations, si c'est juste une petite hospitalisation de deux-trois jours et qu'on renvoie la personne, ça ne sert pas forcément à grand chose. Si c'est quelque chose qui se débouche sur un nouveau regard, certes hospitalier mais pas ambulatoire, mais un nouveau regard qui fait le point pendant une semaine ou deux, en hôpital gériatrique, sur des choses que moi, le nez dans le guidon, j'arrivais pas à faire le tri soit à la maison soit à la maison de retraite, ça peut vraiment aider. Moi j'ai par exemple un ou deux patients comme ça, que j'ai envoyés aux urgences pour des choses qui s'accéléraient, j'étais un peu dépassé et les choses se sont posées pendant deux semaines, trois semaines à l'hôpital, au cours d'une hospitalisation qui n'était pas réglée mais qui tombait vraiment à point, donc ça peut me rendre service.

- *Comment est-ce qu'un médecin traitant aborde la nécessité d'hospitalisation avec son patient âgé ?*
- Euh... assez clairement, 'fin j'sais pas...
- *Est-ce qu'il y a des précautions à prendre ?*
- Ben je sais pas, comme n'importe qui il ne faudrait pas que je l'hospitalise pour rien quoi, faudrait que je l'hospitalise pour quelle chose. Après, ben voir qui reste à la maison, s'il reste un des deux conjoints, si en plus, l'autre conjoint est dépendant et l'aidant c'était justement la personne qui va à l'hôpital, effectivement ça pose problème... Voilà, c'est le genre de chose un peu particulière... Encore une fois, moi je les vois en maison de retraite donc ils sont semi-hospitalisés.
- *On a parlé de l'hospitalisation. Quelle aide peut apporter un gériatre à un médecin traitant ?*
- Euh... ben ce regard extérieur quoi, le regard déjà du spécialiste parce que c'est la spécialité, et puis le fait que, encore une fois ça fait pas 30 ans que je vois des gens, mais j'imagine que si ça fait 30 ans que je vois une personne qui vieillit au cours de ces 30 ans, j'aurai pas forcément un regard très objectif... Alors peut-être que j'aurai un regard qui peut être utile à ses personnes mais j'aurai peut-être pas le regard objectif que peut avoir le spécialiste qui voit cette personne pour la première fois et qui se pose toutes les questions d'un coup pour la première fois, comme moi je peux faire quand je vois un patient pour la première fois. Voilà, ce regard là, plus l'expertise de... d'évaluer, je sais pas, effectivement, plus précisément l'état nutritionnel, le risque de chute, l'état cognitif, éventuellement prescrire un traitement, encore que je ne suis pas convaincu que tous les traitements contre la démence soient un miracle, euh, voilà, mais au moins avoir un espèce de bilan extérieur que moi j'aurais du mal à avoir, ouais.
- *A t'écouter, on a parfois l'impression que la trop grande proximité avec le sujet âgé peut être un handicap...*
- Ah bon ? Merde ! Ben, écoute... Oui ! J'imagine, encore une fois c'est hypothétique, je t'en reparle dans 30 ans, euh, j'imagine que de même qu'une famille peut ne pas se rendre compte de la dégradation de l'état de son parent direct, de même un médecin qui traite cette personne depuis longtemps, peut ne pas avoir le recul suffisant pour dire effectivement il y a un état très différent maintenant que... il y a six mois ou il y a un an. Voilà, c'est en cela que la

proximité... Elle est pas néfaste, je pense qu'il y a beaucoup plus d'effets positifs que négatifs mais elle peut un peu gêner ce regard là, voilà, après, je pense qu'il vaut mieux bien connaître ses patients par ailleurs, mais c'est ce p'tit truc qui fait que parfois on a besoin de quelqu'un qui peut prendre un peu de recul quoi.

- *Certains médecins que j'ai interrogés disaient qu'il n'était pas toujours facile de garder une bonne distance avec son patient, notamment quand il est âgé. Qu'est-ce que tu en penses ?*
- « Bonne distance » parce qu'ils étaient trop proches ou pas assez proches ?
- *Trop proches.*
- (silence).
- *Parce que ce n'était pas forcément salubre pour la relation thérapeutique, parce qu'une personne âgée est dépendante, qu'on a envie de la cocooner, quand elle est seule en plus on se sent encore plus investi...*
- Ouais. Moi, j'ai du mal à te répondre à ça parce que les vraiment dépendants ils sont en maison de retraite donc je ne les laisse pas seuls quand je claque la porte. Moi, j'aurais plutôt tendance à dire que, au contraire, on est plutôt soulé. Je serais plutôt soulé de voir cette dépendance là qui m'accapare, j'aurais plutôt tendance à prendre mes distances plutôt que de les couvrir encore plus... Euh, voilà.
- *Dans quelles circonstances un médecin traitant peut-il se sentir démuni face à une personne âgée ?*
- Euh... ben il y en a 20 mille je pense (sourire). Quand il y a personne pour faire le relais auprès de la personne âgée, quand il y a pas d'aidant, pas d'amis, pas de famille, vraiment c'est très dur ! Quand il y a pas le personnel pour, la possibilité qu'il y ait des gens qui viennent voir la personne âgée si jamais c'est nécessaire parce que personne peut venir, parce que la personne n'ouvre pas la porte, parce que... Voilà, quand on a envie de mettre en place des choses, que des gens qui viennent et qu'on n'y arrive pas, là j'me sens vraiment démuni... Quand quoi que je fasse, la famille me dit « non, ça ne marche pas », euh...
- *Dans ce cas là, la famille n'aide pas tellement.*

- Quand moi je suis démuni c'est ça ? Mais non, moi je pense à un patient, quand je t'en parle, où la famille n'aide pas trop quoi, mais euh, ouais, j'pense qu'il faut s'aider des aidants quoi, et quand ils sont pas là ou qu'ils font défaut, ouais, j'me sens hyper démuni.

- *Dernière question, en résumé, quels sont les rôles que tu t'attribues en tant que médecin traitant quand tu prends en charge une personne âgée ?*

- Euh, franchement celui de médecin traitant, je ne crois pas que je m'en attribue d'autres... Si la famille ou si les aidants font défaut, je ne m'attribuerai pas le rôle de prendre leur place d'aidants. Euh... après, ouais bon, c'est peut-être une part du rôle de médecin traitant, c'est plutôt de converser avec les gens quoi, de papoter, voilà il se trouve que je suis assez jeune, donc ils me disent que je leur rappelle leur p'tit-fils et moi, elles me rappellent ma grand-mère bon, mais c'est pas un rôle particulier quoi, mais c'est vrai que derrière le rôle purement médical, il y a peut-être un p'tit peu plus le rôle de, je sais pas, je trouve pas le mot, d'échanges quoi, de partage... Des fois j'y vais juste papoter quoi, malheureusement pas assez souvent... Voilà.

- *D'accord, ben merci beaucoup.*

ENTRETIEN N°10

Dr L, homme, exerçant la médecine générale depuis 30 ans, Seine-Saint-Denis.

- *Depuis combien d'années vous exercez la médecine générale ?*
- Ca fait 29 ans et demi, 30 ans presque.
- *Est-ce que vous faites des visites à domicile ?*
- Enormément. Beaucoup plus que la moyenne.
- *Et d'après vous, quel « plus » peuvent apporter les visites à domicile, en dehors de permettre à une personne âgée non mobile d'avoir des soins ?*
- Ben déjà, c'est une clientèle, que si on ne fait pas de visites, on se coupe totalement. Ce n'est pas du tout la même clientèle que celle du cabinet. En plus, dans cette clientèle, si on ne fait pas de visite, j'veux dire, ou elle aura un autre médecin traitant ou elle se fera suivre à l'hôpital, toute façon ce sera sûrement pas... ce sera difficile de la garder ici. Euh... Bon, et puis, ça correspond à un certain service aussi, à des personnes vieillissantes qu'on a dans la clientèle justement depuis longtemps et qui... Euh... pour lesquels on n'a pas de raison non plus d'abandonner à partir du moment où elles ne viennent plus au cabinet.
- *Est-ce que vous faites partie d'un réseau gériatrique ?*
- Officiellement non. Mais bon, je travaille pas mal avec plutôt des réseaux de soins palliatifs qui... En pratique, je connais les réseaux de soins palliatifs puisque, j'veux dire, en particulier justement, euh, on en parle au niveau de la fac, du réseau Agekanonix de Thierry Mazars par exemple, je sais comment ça fonctionne.
- *Pour vous, quels sont les avantages et les inconvénients de faire partie d'un réseau gériatrique ?*

- Je suis méfiant de nature par rapport aux réseaux, enfin aux réseaux en général, dans la mesure où... Je suis un peu méfiant puisque les réseaux, en particulier les réseaux ville-hôpital, ont plus pour mission de drainer les malades vers l'hôpital que de rendre service aux personnes âgées. J'ai peut-être tort, mais j'veux dire, je suis un peu naturellement méfiant. Maintenant que ce sont des réseaux ville-ville comme le réseau Agekanonix, ou le réseau de soins palliatifs Arc-en-ciel, on respecte beaucoup plus le médecin traitant et pas seulement comme une donnée manquante ou celui qui fait les ordonnances comme il n'y a personne pour les faire et il s'occupe de choses pas sérieuses. Bon, à ce moment là, je suis assez favorable et j'avoue que, étant assez occupé, je n'ai jamais eu le temps de m'impliquer dans ce type de réseau...
- *En pratique, qu'est-ce qu'un réseau peut apporter au médecin ?*
- Ben, quand il est bien géré, il peut apporter tout ce qu'on n'a pas le temps de faire, c'est-à-dire téléphoner aux hospitaliers, de récupérer les éléments, les transmettre quand le malade est hospitalisé, organiser les systèmes sociaux : aide-ménagère, auxiliaire de vie voire infirmière... euh, j'veux dire, de temps en temps, quand on n'a pas vu les choses, parce qu'il y a un deuxième regard, euh... Voilà, ça apporte pas mal de choses.
- *De votre point de vue de médecin traitant, pour quelles raisons la prise en charge d'une personne âgée pourrait-elle être difficile ou compliquée ?*
- Parce que... il est difficile et compliqué parce que, euh, il y a plein de choses, plein de tâches nouvelles qu'il faudrait faire par rapport à notre travail soi-disant basique, qui consiste à faire des ordonnances et à s'occuper du médico-médical. Là on rentre dans le médico-social, dans le maintien à domicile, donc il y a des données qu'il faut recueillir qui ne sont pas naturelles dans notre métier, c'est-à-dire des données sociales, il faut insister plus sur des symptômes comme le poids, comme... j'veux dire, comme l'état général, comme l'état moral, plus que sur la tension ou sur les données biologiques, donc il y a un virage qu'on n'est pas toujours prêt à faire et qui est chronophage, et qu'on a pas toujours ni le temps ni l'envie non plus de faire. Moi, je contourne la difficulté en confiant ce genre de tâches à mes internes... Ca permet disons de les former tout à fait à ce genre de chose, et en plus de faire le boulot quoi. Ca veut pas dire que je vais leur faire faire un boulot que je pourrai faire, parce que si je n'ai pas d'interne, je ne ferai pas carrément donc de toute façon, j'veux dire, ou je ferai mal, et euh... et le réseau peut être une autre solution. C'est peut-être pour ça d'ailleurs que je n'utilise plus les réseaux puisque j'ai la possibilité d'avoir le bras un peu plus long que naturellement.

- *Alors, vous avez parlé de données sociales. Quelles sont-elles précisément, ces données sociales ?*

- Les données sociales, c'est toutes les données de l'environnement, c'est-à-dire la personne est fragile, c'est quelqu'un qui a aucune incapacité, j'veux dire, qui peut basculer d'un moment à l'autre vers une perte d'autonomie, ça peut l'être pour des raisons physiques, mais pour des raisons sociales aussi : l'isolement, la dénutrition, l'entourage familial, le repérage du soignant, de l'aidant j'veux dire, c'est les relations, l'anticipation par rapport à l'avenir proche, c'est-à-dire la nécessité de placement, d'en parler à l'entourage, la modification de l'environnement par rapport, par exemple, les salles de bain, l'aménagement des lieux etc. etc. Et dire qu'on le fait bien, non, c'est pas vrai, on ne le fait pas bien. On le fait pas bien pour une raison très simple, c'est qu'on n'a pas le temps et c'est pas rémunéré.

- *Quels sont vos objectifs de prise en charge d'une personne âgée ?*

- Ben, des objectifs en fait qualitatifs plus que quantitatifs, c'est-à-dire des objectifs de maintien à domicile, de qualité de vie... Euh, je mets au deuxième plan les données médico-biologiques, les données médico-médicales tout en sachant qu'elles sont indispensables aussi au maintien de la qualité de vie. Euh, l'expérience montre que quand on travaille sur la qualité de vie comme objectif principal, le reste suit, c'est-à-dire le reste finalement on ne le fait pas si mal que ça : on sait gérer une tension, on sait gérer des médicaments, on sait gérer même une dépression... j'veux dire, mais on gère relativement moins bien les données sociales.

- *Quelle aide le gériatre peut vous apporter pour atteindre ces objectifs là ?*

- Le gériatre hospitalier, pas grand chose, parce que visiblement ils sont pas du tout au courant de ce genre de choses, en tout cas pour la plupart. Pour les fréquenter, j'veux dire, c'est quand même un domaine où ils ont une vision assez hospitalo-centrée sur l'affaire et c'est pas tellement une profession très impliquée dans le maintien à domicile puisque EUX, ils ont un conflit d'intérêt puisque leur intérêt, c'est que les personnes âgées viennent plutôt dans leur système de soins. Donc ils sont beaucoup plus... c'est pas tout à fait vrai, je pense que, quand ils veulent remettre les gens, ils commencent à s'y intéresser quand ils veulent *entre guillemets* se débarrasser des personnes âgées qui encombrant leurs lits, quand ils veulent remettre à domicile, dans ces là, ils ont besoin de quelque chose d'effectif et d'efficace.

- *D'après vous, de quoi souffre le plus la plupart des personnes âgées ?*

- Elles souffrent d'isolement, euh, et puis, j'veux dire, de cette perte d'autonomie qui est toujours un crève-coeur. Quand on supprime à un vieux monsieur sa voiture, quand on dit à une vieille dame que ce n'est plus elle qui va faire le ménage et que c'est quelqu'un qui va le faire à sa place... ou à un degré plus important encore, on passe au système qu'il faut quelqu'un pour se lever, pour s'habiller, sachant qu'il y a toujours des traumatismes importants entre-temps puisque souvent, c'est assez ballot, les ruptures passent souvent par des marqueurs que sont les chutes voire les hospitalisations pour chutes, et que... euh... bon, c'est surtout moralement qu'il faut... mais des fois on n'a pas le temps. Si on fait des visites à domicile comme vous avez dit au départ, on est des seuls à en faire. Donc si on les seuls à en faire, on en fait relativement bien grâce à nos internes qui font le côté qu'on fait pas. Et puis on nous en donne de plus en plus. Et plus on en fait, et moins on en fait bien. Le cercle vicieux est enclenché quoi.
- *Vous avez parlé d'isolement. Comment est-ce que vous repérez la souffrance liée à l'isolement ? Et comment est-ce qu'on peut la combattre ?*
- (silence). On la repère simplement parce qu'on y pense. C'est comme souvent en médecine, c'est-à-dire on y pense : à partir de ce moment là, on pose les bonnes questions et on a les bonnes réponses, et puis après, on est bien embêté parce que, j'veux dire, on est en face de contradictions, c'est-à-dire que quelquefois on est avec des familles qui sont plutôt abandonnantes et dans ce cas là, c'est pas notre intervention qui va les faire changer. La seule chose qu'on peut faire à ce niveau là, c'est les appeler et les faire culpabiliser avec souvent le résultat inversé, c'est-à-dire que le médecin se venge par... par un abandon supplémentaire, ou quelquefois une prise en charge meilleure, ça peut être à double tranchant. Au niveau de l'environnement, j'veux dire, professionnel, bon, on peut rajouter en effet des professionnels de santé, des infirmières qui passent pour des médicaments, qui font toujours de la présence mais ça ne remplace pas tout.
- *Vous avez parlé de l'entourage. Paradoxalement on a l'impression que l'entourage peut être aussi néfaste que bénéfique...*
- Ben il y a trois sortes d'entourage. Les plus fréquents, à différents degrés, c'est quand même bénéfiques, même si... il peut être maladroit, insuffisant, désadapté. Il y a l'entourage, je dirais, ça fait 50% des entourages, et puis il y a 50% de gens indifférents, ils ne sont ni bénéfiques ni nuisibles, ils nous laissent nous débrouiller. Et puis, il y a un petit quart de gens nuisibles, c'est-à-dire que souvent les parents, les enfants qui vivent en province, ils sont culpabilisés de ne pas faire et donc ils ont tendance à penser que leurs contributions consistent

à critiquer ce qui se fait et montrer qu'ils existent donc il y a quelquefois une réaction, j'veux dire, destructrice, agressive, vis à vis des gens qui s'en occupent réellement. Ca peut aller assez loin dans ce que je pourrais appeler la maltraitance du personnel de santé.

- *Il y a aussi la maltraitance des personnes âgées. Comment est-ce que vous la repérez ?*
- En ville toujours ?
- *Oui, en ville toujours... ou dans des institutions.*
- La maltraitance dans les institutions, elle consiste en fait, par des attitudes... En tant que médecin coordinateur, ce qui est encore un biais... on les repère par des attitudes générales de certains personnels, pas sur des personnes âgées, mais c'est plutôt le personnel qui est repéré comme tel, comme étant brutal, ben c'est toujours les mêmes de toute façon, comme partout, qui posent problème, c'est pas exclu... Au niveau du domicile, moi j'avoue je n'ai pas trop repéré de gens vraiment mal traités. C'est de la maltraitance par négligence la plupart du temps. Euh, maintenant c'est difficile d'être précis dans ça, parce qu'on ne connaît pas la vie des gens, les personnes très âgées ont quelquefois des enfants qui sont déjà âgés, les gens de 90 ans ont des enfants de 70 ans qui peuvent aussi être malades... des filles qui ont des cancers du sein, j'en ai eu récemment, c'est plus compliqué à ce niveau là... ces maltraitements, c'est plutôt par négligence que physique. La maltraitance physique, classique de la personne âgée battue, n'est pas... n'est pas... n'est pas le cas le plus fréquent. Moi, je n'ai jamais... ou je suis passé à côté.
- *Beaucoup de personnes âgées sont démentes. Jusqu'où est-ce qu'on peut respecter la volonté et l'autonomie des personnes âgées démentes ?*
- (silence). Jusqu'où on peut respecter la volonté ? Faut savoir si c'est la bonne ou la mauvaise volonté. Euh, la volonté, si elles ont mis des instructions précises, j'veux dire, ça rejoint la lettre d'intention qu'on a dans les soins palliatifs, on peut être admis à respecter certaines choses, en sachant que d'emblée, si vous voulez, il y a une éthique vis à vis de ces personnes âgées démentes, de respect en tout cas général, qui ne va pas jusqu'au respect du maintien à domicile, parce qu'une personne qui se néglige ou qui n'est pas lavé, qui risque de tomber, qui se nourrit pas, j'veux dire, c'est pas la respecter que de la maintenir à domicile, alors que le système ne fonctionne pas. Il y a aussi des personnes opposantes, est-ce qu'il faut respecter ? Dans les déments, il y a beaucoup d'opposition, de déni. Euh, est-ce qu'il faut systématiquement respecter les décisions ? Surtout qu'une personne âgée démente, elle va

avoir une opposition à un moment et si on repasse dix minutes après, elle y pensera plus. Donc il faut savoir contourner ce genre de chose. Donc respecter les volontés d'une personne âgée démente, ça me paraît altruiste, c'est-à-dire une idée assez abstraite.

- *Comment est-ce qu'on peut négocier avec une personne âgée qui n'est pas d'accord avec soi ?*
- Avec le médecin ?
- *Avec le médecin oui.*
- (silence). Y a une part de charisme, et puis, de bonnes relations, anciennes et renouvelées qui jouent. Un exemple hier, je confiais justement une personne âgée qui a fait une hémiplegie et une fracture du col, à mon interne. Et qui, après le retour à domicile, avait donc aide-soignante, aide-ménagère, et auxiliaire de vie, qui avait décidé à l'issue de la première ordonnance de s'en débarrasser. Et mon interne n'a pas réussi, ni sa nièce, c'est une dame qui vit seule, à la convaincre, donc elle m'a téléphoné en me disant : « voilà, madame... mademoiselle... ne veut pas etc. ». J'ai dit : « Passe la moi ». Je lui ai expliqué mes arguments et après mes arguments, elle a accepté, ce qui a vexé mon interne (sourire) puisque... Donc ça se joue sur des arguments, sur des arguments qui marchent, mais chaque médecin a son style, ça peut être ainsi psycho-affectif, moi c'est plutôt un style plutôt argumenté, donc, j'veux dire, ce qui a marché avant, si on a de bonnes relations, c'est qu'ils apprécient notre personnalité, notre façon de travailler donc c'est les mêmes arguments qui vont être efficaces. La deuxième méthode chez un dément dément, c'est d'attendre un p'tit peu... qu'il ait oublié qu'il avait refusé il y a dix minutes, et voire plus. C'est-à-dire que je me souviens d'un vieux monsieur qui avait un début de maladie d'Alzheimer, je l'ai convoqué *entre guillemets*, poussé par sa femme pour lui faire faire des tests. Les tests se sont avérés positifs et je n'ai plus vu ce monsieur pendant deux ans. Je voyais toujours sa femme. Il ne voyait pas d'autre médecin, il était pas content, il voulait pas savoir, et donc il avait décidé que la meilleure façon c'était de ne plus me voir. Puis sa maladie d'Alzheimer s'étant aggravée, il ne s'est plus souvenu qu'il était fâché vis à vis de moi. Et je suis revenu à domicile d'ailleurs pour le soigner parce qu'il était hypertendu aussi, depuis deux ans il n'avait pas pris son traitement... sans se souvenir de tout ce qui c'était passé avant.
- *Alors, toujours dans la perte d'autonomie, quand est-ce que vous demandez la tutelle ?*

- Ben très tôt, très tôt, encore que je ne fais pas toujours bien, encore une fois c'est parce que bon, je suis en difficulté comme tous les médecins traitants... Entre ce que je sais faire, c'est la compétence, et la performance, c'est-à-dire ce que je fais réellement il y a un gros hiatus. Ce hiatus est en partie comblée, en partie par le travail de mes internes qui ont le temps de faire ce que je n'ai pas le temps de faire... éventuellement par les réseaux, mais j'ai... Quelle était la question déjà ?
- *C'était « Quand est-ce qu'on demande la tutelle ? ».*
- Dans mon esprit, c'est le faire suffisamment tôt pour justement faire bien comprendre à la famille que c'est sérieux, c'est ça aussi, c'est un donnée clef à la prise en charge, c'est quand on révèle à la personne qu'il va avoir une perte d'autonomie, qu'on se met dans une perspective, leur dire : « Attention, dans deux ans, vous ne pourrez pas la maintenir à domicile, est-ce que vous avez prévu les moyens financiers ? ». Donc ça rentre dans la même logique, c'est-à-dire les faire se préparer à financièrement, de façon organisationnelle, de leur dire que la situation va évoluer, elle n'est pas simplement figée. Il faut pas se tenir à « il a une maladie d'Alzheimer, on va lui filer un médicament, il va aller mieux ». Ca, je le fais, pas forcément très bien mais je le fais, et la tutelle rentre dans le domaine là.
- *Comment ça se passe avec la famille, avec le patient, quand on leur propose la tutelle ?*
- Ben ils sont souvent réticents, ils trouvent que c'est trop tôt. Euh, donc il va falloir d'abord convaincre la famille, c'est le plus facile des deux mais ce n'est pas forcément acquis. Et puis, après, il faut convaincre la personne âgée. Bon, là on s'appuie un peu sur l'aidant, la famille, pour au moins avoir une curatelle dans un premier temps puis une tutelle. Bon, pour les papiers, souvent la perte d'autonomie, tout ce qui est administratif, est déjà assez avancé quand en fait on fait le diagnostic. Donc ce n'est pas finalement si compliqué puisqu'ils sont parfaitement conscients. On s'en aperçoit quand il commence à y avoir des chutes, de gros oublis dans la vie courante, sur la nourriture, sur les médicaments, mais souvent l'incapacité à rédiger les documents administratifs, fait déjà un p'tit peu antérieur donc finalement ça peut... Il y a déjà un p'tit peu d'expérience là dedans par... les aidants... et... les déments.
- *Tout au début on a parlé du maintien à domicile. Quelles sont les limites finalement du médecin traitant dans le maintien à domicile de la personne âgée ?*
- Euh, les limites du médecin traitant, c'est le temps, le temps organisationnel, c'est... l'opposition ou la collaboration de la famille, c'est... disons la qualité des acteurs de soins

c'est-à-dire l'organisation de... Donc, on avait dit les limites de temps, les limites de compétences aussi ou d'envie de le faire, c'est-à-dire que bon, il peut... Moi, je ne connais pas trop... Les visites ont changé, avant, on faisait beaucoup de visites de renouvellement d'ordonnances donc on était dans une logique, j'veux dire, de... médicamenteuse en quelque sorte. Maintenant on en fait encore quelques-unes mais c'est plutôt rare, mais on peut encore être dans un système qui nous arrange, c'est-à-dire vite fait, bien fait : le renouvellement d'ordonnances, « ça va ? », « vous avez mal au pied ? », « je vous donne du paracétamol et je m'occupe pas de ce qui se passe autour »... C'est un peu de négligence, de manque de temps pour gérer, je crois que c'est surtout ça...

- *Lorsque vous êtes « limité », vous demandez, je suppose, l'hospitalisation ou l'institutionnalisation. Qu'est-ce que ça représente pour la personne âgée et pour son médecin traitant, l'hospitalisation ?*
- Ben, l'hospitalisation, elle se fait malheureusement souvent alors qu'on n'est pas vraiment au courant. Souvent, une chute ou un problème de santé, disons en tout cas brutal, pas forcément grave, ce qui amène l'hospitalisation, dans lequel on est pas toujours parce qu'on ne peut pas tout faire, on ne peut pas, c'est le soir ou la nuit, souvent les pompiers ou le médecin de garde ou le 15 qui le fait. En fait on n'est pas, on est spectateur, on n'est pas acteur. Euh, la question c'était...
- *Que représente l'hospitalisation pour la personne âgée et pour son médecin ?*
- Quand c'est un acte accidentel, bon ça se passe assez bien. Si l'hospitalisation est dans le cadre d'une perte d'autonomie et d'hyper fragilité, ça peut être la meilleure des choses ou la pire des choses, c'est-à-dire qu'ils peuvent en effet pallier à des éléments de dénutrition, d'hyponatrémie qu'on n'a pas vues... Par contre, la carence sociale et le système hospitalier peuvent aussi introduire un syndrome de glissement et aboutir assez rapidement à des situations de dégradation importante qui peuvent empêcher le retour à domicile.
- *Vous pensez qu'on peut anticiper cette hospitalisation ?*
- Ca, c'est l'idéal ! Mais il faudrait faire mieux qu'anticiper. Ca demande des hospitalisations programmées. Donc ça a deux difficultés. La première, c'est qu'on ait... j'veux dire... la première difficulté, c'est qu'il faut convaincre en dehors d'un moment aigu la famille et le patient de se faire hospitaliser, et c'est pas aussi simple que quelqu'un qui s'est cassé la jambe,

et la deuxième difficulté... j'avais une idée en tête et je l'ai oubliée... La question c'était quelles sont les difficultés pour le médecin traitant ?

- *Oui...*
- C'est le fait de faire une hospitalisation programmée. Chaque fois qu'on veut faire une hospitalisation programmée, on a le numéro du portable du chef qui n'a pas la place et qui va vous rappeler... La fameuse programmation, elle finit par tomber à l'eau parce que, j'veux dire, au bout de trois-quatre jours, la situation se dégrade et quand on en a besoin, c'est dans les 24h quoi... On finit par envoyer aux urgences. On ne choisit pas la bonne méthode, on nous dit toujours qu'il faut programmer les choses mais l'hôpital ne met pas les moyens à notre disposition, il les a les moyens, en tout cas, il ne les met pas. La troisième difficulté : en hospitalisation, bon, selon les services, on va avoir des gens qui vont se mettre en rapport avec nous et d'autres qui vont totalement nous squizzer voire nous critiquer... C'est très aléatoire, comme au niveau de la suite quoi, il y a des hospitaliers qui vont rien faire pour les faire revenir ici, d'autres qui vont au contraire faire ce qu'il faut pour ça, donc selon l'endroit où l'on tombe, ben c'est quitte ou double, et le médecin traitant il a quand même envie de retrouver son patient, parce que d'abord c'est sa clientèle et puis parce qu'il a aussi des liens affectifs avec lui, il y a les deux, et qu'il apprécie pas trop qu'une tierce personne se mette dans la relation duelle avec son patient...
- *A part la prise en charge de la pathologie aiguë et le retour à domicile, qu'est-ce que vous attendez d'une hospitalisation en tant que médecin traitant ?*
- Qu'ils ne nous tuent pas nos malades, parce qu'ils savent faire aussi de temps en temps, soit par aveuglement... Il y a une vingtaine d'années, c'est moins vrai maintenant, toutes mes personnes âgées hospitalisées décédaient la veille du jour où ils allaient rentrer chez eux d'embolie pulmonaire, parce qu'on les avait alités pendant dix jours et puis qu'on les remettait debout pour rentrer. On apprenait toujours qu'au lieu de rentrer, elles étaient décédées. C'est la loi des séries qui n'était peut-être pas fortuite. Deux, qu'ils ne les aggravent pas, c'est-à-dire... les personnes âgées qui... Moi, je travaille dans une EPHAD où on fait très attention aux soins cutanés, aux préventions d'escarre... Chaque malade hospitalisé revient avec des escarres. C'est pas souhaitable. Ca, c'est le côté négatif des choses évidemment. Sur le côté positif, c'est que, un, qu'ils résolvent les problèmes qu'on n'a pas su résoudre. Deux, qu'ils résolvent les problèmes qu'on n'a pas vus, qu'on n'a pas diagnostiqués, sans nous fustiger pour autant, parce qu'on en a autant à leurs services. Trois, qu'ils nous tiennent au courant, on apprécie quand même qu'ils nous tiennent au courant... des suites et qu'on participe disons,

pas forcément au diagnostic sur le moment ou aux thérapeutiques, mais au moins à la prise en charge ultérieure qui peut être le long séjour, le retour à domicile...

- *En dehors du rôle purement médical du médecin traitant, quels sont ses autres rôles ?*
- Le rôle social, le rôle organisationnel, le rôle de santé publique, j'veux dire, euh... le rôle d'organisation, le rôle administratif, c'est-à-dire d'aménager, et aussi détenteur de la clef qui est des aides sociales, adulte handicapé, l'APA, donc il y a un rôle et dans le fait d'informer les personnes âgées et l'aidant, ce genre de chose... deux, de lui proposer les endroits où chercher. Trois, de réaliser l'affaire quoi.
- *Dernière question : pour résumer, qu'est-ce que signifie la fragilité des personnes âgées et comment la repérer ? Est-ce qu'on peut la prévenir aussi ?*
- La prévenir, on peut la retarder bien sûr. Maintenant les critères de la fragilité sont le grand âge et puis, disons des réserves d'organes qui sont très limitées à tous les niveaux, pulmonaire, cardiaque, et compagnie. On voit pas les choses arriver c'est-à-dire qu'une personne qui marche de moins en moins parce qu'il y a des troubles de l'équilibre ou qu'elle a une douleur, on va pas pouvoir voir qu'elle est en insuffisance cardiaque parce qu'on ne saura pas qu'elle a une dyspnée d'effort d'un étage... J'veux dire, c'est la dénutrition qui arrive de façon très sournoise qui est difficile à gérer parce que la pesée n'est pas un geste naturel, surtout au domicile... J'veux dire, la fragilité sociale, elle vient p'tit à p'tit, elle est compensée, elle est niée par la personne âgée qui a très peur de l'hôpital donc qui nie un peu son isolement social, qui a tendance à survaloriser l'aide d'une voisine ou de chose comme ça... Bon tout ça, c'est des fragilités. Donc comme toujours en médecine, si on ne se pose pas la question, on ne voit pas. On ne voit pas, soit parce qu'on n'a pas envie de le voir, soit parce qu'on n'a pas le temps, qu'on est négligeant, soit parce qu'on n'y pense pas. Donc il suffit de se poser la question si elle est fragile, et bien, c'est... on voit tout de suite de manière évidente les signes de la fragilité. Alors comment éviter ? Et ben, il faut essayer de travailler en amont, c'est-à-dire justement sur l'isolement social, se rapprocher d'un aidant, de montrer l'isolement, de faire plus venir la famille, de s'occuper des repas et de ce qui va avec, de faire venir un kiné pour essayer d'éviter des chutes avant qu'elles ne surviennent, le syndrome post chute... euh, et puis de voir, et revoir au niveau du traitement les éléments de fragilité, c'est-à-dire la polymédication, et quelquefois les médicaments qui ont été rajoutés, les benzodiazépines, le Diantalvic®, tous les médicaments porteurs de fragilité... Voilà.
- *D'accord. Merci beaucoup.*

ENTRETIEN N°11

Dr S, homme, exerçant la médecine depuis 22 ans, Val D'Oise.

- *Depuis combien d'années vous faites de la médecine générale ?*
- 22 ans.
- *Est-ce que vous faites des visites à domicile ?*
- Oui.
- *D'après vous, quel « plus » peuvent apporter des visites à domicile dans la prise en charge d'une personne âgée, en dehors de lui permettre d'avoir des soins ?*
- (silence). Je pense que la première fonction de la visite à domicile pour la personne âgée, c'est la disponibilité du médecin, parce qu'il y a des problèmes de mobilité de la personne âgée. Ça dépend évidemment de leur niveau d'autonomie. Et que se rendre au niveau médical n'est pas toujours simple. Donc, je crois que c'est la première des raisons.
- *Il y en a d'autres, des raisons ?*
- Faire la visite à domicile chez la personne âgée...
- *Le fait de connaître son habitat par exemple peut-il vous apporter des renseignements ?*
- Oui, vous avez raison. Oui, c'est vrai. Tout à fait, oui, on se rend mieux compte en tout cas quand on est... et d'ailleurs, la plupart des patients âgés que je suis, à mon avis, une bonne moitié, c'est à domicile. Donc c'est bien comme ça que ça se passe.
- *Est-ce que vous faites partie d'un réseau gériatrique ?*
- Je faisais partie d'un réseau gériatrique qui a déposé le bilan... (interruption pour répondre au téléphone). Excusez-moi. Vous pouvez-me répéter votre question ?

- *Donc vous dites que votre réseau gériatrique a déposé le bilan...*
- Oui, oui, c'est un réseau qui a fonctionné pendant à peu près trois années, qui avait deux ans, trois bonnes années à se construire et puis il a tenu trois ans et au bout de trois ans... C'est un réseau qui fonctionnait avec une enveloppe fournie par l'ARH et l'URCAM, et ce réseau, c'était en Picardie puisque nous, on est juste à la limite de la Picardie. Et ce réseau n'a pas vu des dividendes... pas ses dividendes... son allocation renouvelée. Donc au bout de trois ans, il y a eu un audit et il a fallu fermer le réseau.
- *D'après vous, quels sont les avantages et les inconvénients de faire partie d'un réseau gériatrique ?*
- (silence). Les avantages, c'est vraiment à mon avis pour les patients, un peu aussi pour les hospitaliers. Pour le patient, c'est que les réseaux développent des outils de prise en charge, c'est-à-dire déjà une aide pour le praticien lui-même, c'est-à-dire l'approche clinique du patient, euh... Je me souviens très bien des fiches que nous avions à disposition, par exemple « Que faire en cas de chute à domicile ? », « Que faire en cas de dénutrition ? »... Il y avait des espèces de référentiels comme ça. Euh, c'était bien également parce que le réseau était capable de nous aider à trouver des aidants, parce que c'est l'une des difficultés du médecin généraliste de mettre en place autour de leur patient à domicile des personnes pour les aider, ça prend du temps de faire cette démarche qui fait partie vraiment du métier du médecin généraliste, c'est sûr, mais ça prend du temps et le réseau pouvait faciliter ce genre, c'est-à-dire que finalement, à l'époque où ça fonctionnait bien, on téléphonait avec l'accord du patient qui était prévenu, au numéro unique du réseau gériatrique et puis, il y avait là une infirmière et un médecin référent, et puis ils arrivaient à déclencher, ils travaillaient avec des équipes d'infirmiers ou d'infirmières qui étaient également sous forme de réseaux genre, je me souviens plus comment ça s'appelle... l'ADMR, par exemple, ça pouvait être la Croix Rouge etc. Et donc il y avait des facilitations pour le généraliste, ça nous faisait un peu gagner du temps. Il y avait une exigence aussi, c'était que les courriers d'adressage au niveau des hôpitaux devaient être un peu formatés puisque nous avions également des correspondants également qui faisaient partie du réseau, qui étaient des gériatres à l'accueil des urgences, et on avait développé, on va dire, un outil avec le même langage. En contrepartie, les hospitaliers s'engageaient à nous prévenir de façon satisfaisante quand le patient quittait l'hôpital. C'était pas une mince affaire que le patient sorte avec de bonnes ordonnances, à la bonne journée, que le médecin soit prévenu à l'avance, beaucoup de nos confrères généralistes se plaignant qu'ils devaient souvent, d'ailleurs le vendredi après-midi, récupérer un patient, lui téléphoner, avec

des ordonnances qui n'étaient pas adaptées à la situation particulière du patient, 100% pas 100%, enfin bon... et que les généralistes n'étaient pas prévenus suffisamment à l'avance pour s'organiser. Voilà, il y avait cette volonté là. L'avantage, moi ce que j'en ai surtout retenu à l'époque où ça marchait bien, un avantage relationnel inter... inter-confrères, ce réseau permettait de mieux connaître nos correspondants... On avait des relations. Même au delà de la mort du réseau, ça continue à fonctionner, c'est-à-dire que par exemple si je dois obtenir une place relativement rapidement pour une convalescence, pour un moyen séjour, je sais maintenant où frapper... euh je veux dire à quelle porte frapper (rires), pas sur qui taper... pour que ça fonctionne bien, que j'obtienne pour ce patient, cette patiente... c'est très habituel, c'est souvent l'été, il y a des soucis qui se posent, les enfants qui sont parfois très présents ont le droit d'être fatigués donc ils ont le droit aussi de s'éloigner quelque temps : il faut organiser un accueil pendant quelques semaines pour le soulagement familial. Ca, c'est une demande qui n'est quand même pas rare. Et le fait d'avoir eu des correspondants et de les avoir conservés... donc là, je ne parle pas de l'hôpital, les institutionnels en question, c'est plutôt les maisons de retraite, des maisons de convalescence, et ça, c'est sûr que le réseau faisait bien ça, et puis ça continue à marcher, même si le réseau... donc il y a un espèce de réseau informel qui survit au réseau formel. Mais c'est quand même moins bien le réseau informel que ça ne l'était quand c'était structuré, parce que là il n'y a plus le médecin unique ou l'infirmière unique qui prend en charge le problème et qui essaie de gérer. Voilà, ça, c'était pour les avantages. Les inconvénients par rapport au réseau, les inconvénients du réseau, ça demandait beaucoup de temps. Y a un biais pour ce qui me concerne, j'avais été sollicité dès le début à l'initiative de la formation du réseau, donc c'est qui fait que j'ai passé un paquet de soirées et même quelques week-ends à l'époque où on essayait de mettre en place ce qui fallait pour que le réseau fonctionne, donc c'est sûr que j'y ai passé beaucoup de temps, c'était du bénévolat, et... j'ai été payé en retour par rapport à une meilleure connaissance de la gériatrie, par rapport à ce que j'évoquais tout à l'heure un relationnel favorisé avec les confrères, mais c'était pas rien, ça demande du temps. J crois que pendant trois ans, c'était au moins une à deux fois par mois le soir, et on s'est payé quelques week-ends de réflexion. Mais ça, c'est un profil particulier que j'évoque en parlant de mon expérience... Et alors, on avait essayé de convaincre les médecins généralistes ensuite, et de mémoire, je crois, une des sources de non adhésion des médecins généralistes au réseau, c'était justement de devoir passer par le calibrage des outils développés par le réseau, par exemple la lettre d'adressage, qu'un certain nombre d'éléments soient repérés par le médecin généraliste qui connaît bien l'environnement du patient, que ces éléments soient répertoriés de façon satisfaisante dans un courrier d'adressage, je crois que ça, ça demandait obligatoirement du temps et que le temps du médecin généraliste est parfois compté, et que s'inscrire dans ce genre de chose... comme c'était un réseau subventionné par les organismes que je vous ai cités, ARH et URCAM, il y

avait une charte, un engagement signé, pour le patient aussi d'ailleurs, le médecin généraliste devait informer le patient qu'il pouvait, que le patient intégrait un réseau de prise en charge de personnes âgées, donc tout ça, c'était très bien mais, ça ne pouvait pas être autrement d'ailleurs. Je crois que ce sont des choses que le médecin généraliste, pour le moment, n'ont pas l'habitude de faire sauf ceux qui s'y intéressent vraiment, et ça peut faire peur je crois.

- *Est-ce qu'en milieu rural ou semi-rural, c'est encore plus important, le réseau ?*
- Ben, ici on est exactement dans ce que vous êtes en train de dire. Vous avez mis beaucoup de temps à venir ici, vous ne saviez pas que c'était aussi loin. Vous faites 300 mètres, vous êtes à la campagne, vraiment à la campagne, vous êtes vraiment dans les limites de l'Ile de France, après, c'est la Picardie. C'est beaucoup plus... Le village ici, on est dans du semi-rural, mais le village d'en dessous, c'est du rural pur. Est-ce que c'est plus important ? Je m'en rends pas compte, je ne sais pas comment ça se passe en ville. (silence). Vous évoquiez par rapport aux distances peut-être ?
- *Oui, l'isolement, les distances...*
- Pour avoir, puisque je suis issu de la Picardie, pour avoir pris des remplacements quand j'étais jeune médecin, dans des zones beaucoup plus défavorisées, ça peut être pire qu'ici. Ici, même si c'est la campagne, on ne pourra pas parler d'isolement, j'en suis sûr, ça fonctionne bien quand même.
- *De votre point de vue de médecin traitant, pour quelles raisons la prise en charge d'une personne âgée pourrait-elle être difficile ou compliquée ?*
- (silence). Là vous ne parlez pas d'hospitalisation ?
- *Non, je parle de la prise en charge ambulatoire, en ville.*
- J'ai en partie répondu. A mon avis, le point le plus important que je n'ai pas évoqué jusque maintenant, ce sont les référents, c'est-à-dire les aidants familiaux. Est-ce que la famille est présente ou pas ? Et ça fait toute la différence. C'est très clair, il y a des gens qui font pour leurs anciens des choses épatantes, il y a des gens qui sont très, très présents pour leur père, leur mère vieillissant, et pour un médecin généraliste, ça change du tout au tout. Et le problème pour nous, c'est effectivement quand les gens ont peu d'aidants autour d'eux, euh, et là on se retrouve dans ce que j'évoquais tout à l'heure dans la configuration où un réseau

effectivement peut rendre de grands services parce que... derrière, il y a des intervenants bien identifiés, bien localisés... Vous parliez tout à l'heure d'isolement, c'est sûr qu'on sait très bien que dans tel village, quels sont les intervenants qui vont venir : est-ce que c'est la Croix Rouge ? est-ce que c'est l'ADMR ? est-ce que c'est autre chose ? Comme on est à deux limites entre deux départements, je vois bien la différence puisque c'est pas les mêmes intervenants. A 300 mètres près, d'un village à l'autre, c'est pas la même chose, même si, globalement, tout ça se ressemble un peu. Le point principal de la difficulté d'un médecin généraliste, c'est de savoir : est-ce qu'il y a des gens ? Est-ce que la famille est présente ? Où est-ce qu'il y a un aidant majeur ou est-ce qu'il n'y en a pas ? C'est vraiment ce qui détermine la différence.

- *On a parlé donc des aidants et de l'entourage. Dans quelles circonstances, l'entourage peut-il être néfaste dans la relation de soins entre un médecin et son patient ?*
- (silence). C'est une question qui ne... La personne âgée qui est une personne fragile, vulnérable, si elle n'a pas toute sa tête... encore plus fragile par rapport à des comportements relationnels pathogènes. Mais c'est une question générale qui est vraie pour tout âge, c'est-à-dire l'entourage d'un malade, en quoi il nous renseigne ? Est-ce qu'on peut s'appuyer dessus ? Est-ce qu'il est manipulateur ? Bon, ça, c'est une difficulté assez partagée par les médecins généralistes dans la prise en charge de leurs patients de manière générale, je pense. Il faut bien le repérer par contre, là c'est sûr.
- *Par rapport à un sujet âgé, quels sont vos objectifs de prise en charge ?*
- (silence). Je ne sais pas si ce que je vais vous dire serait ce que diraient les autres médecins généralistes, moi je pense que c'est le maintien de l'autonomie. Je suis pas un « jusqu'au boutiste ». J'essaie dans la mesure du possible, en particulier de maintenir les gens le plus longtemps possible chez eux.
- *Et comment est-ce que vous faites ? On a parlé des aidants : est-ce qu'il y a d'autres façons, d'autres moyens d'arriver à préserver cette autonomie ?*
- (silence).
- *Est-ce qu'il y a un moyen d'anticiper la perte d'autonomie ? La prévenir ?*

- Ah oui, d'accord. Oui, tout à fait, donc... C'était une des fonctions de ce réseau qui a disparu. C'est quand je parlais tout à l'heure d'outils qui avaient été développés, je ne me souviens plus très, très bien, il y a eu un balbutiement, on avait dû mettre au point 7 ou 8 fiches de situations particulières, et il y avait une proportion non négligeable à faire de la prévention, je parlais des chutes tout à l'heure... donc effectivement, qu'est-ce qu'on fait ? Comment est-ce qu'on peut faire pour repérer ça avant que ça ne se produise ? Il faut réagir assez rapidement quand il y a une chute par exemple, quand il y a l'émergence d'une nouvelle pathologie... comment veiller à ce que les gens n'aient pas trop de médicaments à prendre... oui, il y a des choses à faire en amont, à repérer effectivement. Mais ça, ça ne va pas de soi, c'est-à-dire que ça sous-tend quand même une formation chez le médecin généraliste, une formation qui doit être suivie d'une pratique, toujours pareil, parce que si on suit une formation mais que... on oublie vite quoi. J pense que, même personnellement, malgré ce que je vous ai dit, quel était mon cheminement par rapport à ce réseau, je suis sûr que j'ai beaucoup perdu dans cette acuité. Le réseau a dû se casser la gueule il y a trois ans, quatre ans, et ben en quatre ans, je suis sûr que je travaille de ce point de vue là moins bien qu'à l'époque. Mais à l'époque, cette formation, cette possibilité de m'aider avec d'autres membres du réseau, ça crée une espèce d'émulation, d'état d'esprit... euh, voilà donc... J'espère que je n'ai pas tout perdu, mais c'est sûr qu'il faut que le médecin soit vachement attentif à ça, pour anticiper.

- *Alors, on a parlé du maintien de l'autonomie. Jusqu'où on peut respecter l'autonomie d'une personne âgée démente ?*

- Ah oui, ça c'est une très bonne question mais jusqu'où ? Plus on a de moyens pour se faire aider, plus on peut aller loin. Encore une fois, j'ai gardé de bons liens avec mes correspondants hospitaliers, de très bons liens. Eux ne restent pas inactifs, il y a maintenant des hôpitaux de jour qui se développent par rapport à la prise en charge, en particulier de la maladie d'Alzheimer, c'est-à-dire qu'on peut aller très loin parce que, même si on est à la campagne, on n'est quand même pas isolé, j'ai quelques patients, ou patientes puisque les femmes vivent plus vieux que les hommes, démentes ou pré-démentes, qui sont prises en charge comme ça en hôpital de jour, qui ont des ateliers mémoire, qui ont des ateliers de cuisine, enfin des choses comme ça, un peu... Et donc, dans ces cas là, on peut aller assez loin. Maintenant, en réalité, à quel moment ? Alors, après, je vais répéter ce que j'ai déjà dit, il y a deux éléments qui sont importants : premièrement les aidants familiaux : plus ils sont motivés, plus ils sont présents, plus leur aide est pertinente et plus longtemps on peut tenir. Et puis, il y a aussi, et ce n'est pas négligeable, il y a les moyens financiers des gens, hein c'est-à-dire que... et le relationnel aussi. Dans le relationnel... je veux dire avec la famille. C'est sûr que, c'est beaucoup plus simple s'ils ont les moyens. Peut-être qu'il y a des gens pour lesquels la

famille va faire pression pour que la personne âgée reste longtemps au domicile parce qu'une maison de retraite pose problème du point de vue budget par exemple. Après, le médecin là-dedans... pour faire la part des choses. On est évidemment en dehors, vous parliez juste de la démence c'est-à-dire on est en dehors d'un problème aigu qui vient d'un seul coup aggraver la situation, parce que là c'est différent, là quitte à ce que ça soit court mais s'il y a un problème aigu, on ne discute pas de la situation, il faut gérer le problème aigu. Votre question je pense que c'était plutôt sur le maintien des gens à domicile avec un état stable mais déments...

- *Oui.*
- C'est ça.
- *Et quand est-ce que vous demandez la tutelle pour ces personnes là ?*
- Alors, ça m'est arrivé pas très souvent. Dans le réseau, il y avait une fiche tutelle, demande de tutelle. A l'époque je ne m'en suis jamais servi. Euh... est-ce que je l'ai fait une fois, je n'en suis même pas sûr. J'ai pu accompagner... En fait l'initiative n'était pas de ma part. Pour être tout à fait franc, je pense que je ne l'ai jamais fait, c'est-à-dire que j'y ai participé mais c'était à l'initiative de la famille. Donc de ma propre initiative, je l'ai fait pour des patients en psychiatrie mais ça n'a rien à voir avec la personne âgée. Mais pour la personne âgée démente, je n'ai jamais eu à le faire. Voilà.
- *Pour une personne âgée en général, comment vous négociez avec elle si elle est pas d'accord avec votre décision, avec vous ?*
- Deux claques (rires)... euh... c'est difficile ça. Là, vous ne parlez plus de quelqu'un de dément ?
- *Non. Là, je parle de la personne âgée en général.*
- D'accord. Ah, ça dépend de leur trait de caractère. Ça dépend du trait de caractère du médecin. Est-ce qu'il est... comment dire... naturellement autoritaire ? (rires).
- *Vous par exemple ?*
- Euh, je crois pas que ce soit mon cas, moi je suis plutôt du genre à me faire bouffer donc... Souvent, les gens vont opposer une barrière qui n'est pas infranchissable comme la ligne

Maginot vous voyez, on peut contourner le problème. C'est-à-dire que, après, c'est un problème de positionnement, mais ça se fait très vite, ça se fait en quelques heures ou en quelques jours au plus tard. Si vraiment la personne a besoin d'une hospitalisation et qu'y a un refus strict, euh... en tout cas, par exemple, cette situation ne s'est jamais produite, je n'ai jamais eu quelqu'un qui finalement a eu gain de cause alors qu'elle était en danger, j'ai jamais fait signer de certificat à mes patients en disant « d'accord vous ne voulez pas y aller, ben tant pis, vous me signez un papier, vous me déchargez, moi, je vous ai dit que vous deviez aller à l'hôpital... », j'en suis jamais arrivé jusque-là. J'ai toujours pu convaincre cette personne qu'il était prudent d'aller à l'hôpital. Après, qu'il y ait des difficultés... Il y a toujours le problème du p'tit chien : qui est-ce qui va s'occuper du p'tit chien ? Le lendemain il y avait comme par hasard un truc à faire incontournable. C'est pas simplement spécifique aux personnes âgées. Il existe aussi chez le patient non âgé. Donc pour ce qui me concerne, je peux rentrer dans la négociation mais souvent c'est une espèce de barrière : est-ce que c'est la peur d'être hospitalisé ? Enfin, ce n'est pas incontournable, ça.

- *Donc essayer de comprendre les raisons...*
- Il vaut mieux oui...
- *D'après vous, de quoi souffrent le plus les personnes âgées ?*
- (silence). Vous parlez de pathologie ou au sens très large ?
- *Au sens très large.*
- Ca les emmerde de vieillir, ça les emmerde d'être vieux (rires). Et puis des fois ils en ont tellement marre qu'ils disent que, si ça pouvait s'arrêter, ça serait mieux quoi ! Sans souffrir ! « J'ai fait mon compte quoi, j'ai donné, c'est bon ! ». Ca peut s'arrêter là. Votre question est large.
- *Comment est-ce que vous repérez la souffrance liée à la solitude de la personne âgée ?*
- Ouais, c'est ça que vous vouliez dire... Ben, ils le disent je pense, c'est-à-dire qu'il faut... Ca, c'est sûr que si on passe en cinq minutes... « Elle est où votre ancienne ordonnance que je la recopie ? » Et puis qu'on repart. « Alors Madame, vous avez une bonne tension. » Euh, j'sais pas si on va être sensible à l'expression de la solitude. Mais pour peu qu'on passe un p'tit peu de temps avec eux, c'est... Répétez votre question.

- *C'est le repérage de la solitude.*
- Oui, c'est ça. Je ne crois pas, bon je suis peut-être naïf, mais je ne crois pas que ce soit une difficulté. Ils le disent quand même.
- *Et comment est-ce que vous proposez de la combattre ?*
- Ca, c'est pas simple. Alors là peut-être qu'on n'est pas très bien pourvu. Il y a plusieurs façons d'être seul, en tout cas d'exprimer cette solitude. Euh, il y a un côté très psychologique dans cette affaire. Et donc... Là pour le coup, on n'est pas très bien pourvu. Le réseau n'a pas eu le temps de mettre ça en place. C'est vrai que dans notre région, ça n'existe pas bien. C'est des entretiens avec une psychologue par exemple, ou un psychologue. Ca existe un peu en institution, c'est-à-dire en maison de retraite. Donc quand on peut en bénéficier, quand les patients peuvent en bénéficier, c'est quelque chose qui est pas, qui est en devenir je dirais, en tout cas dans notre coin. Je ne sais pas si en région parisienne, en milieu urbain, si c'est plus facile d'accès...
- *On a parlé tout à l'heure de quelques limites du médecin traitant dans le maintien à domicile : on a parlé de l'isolement, des accidents qui peuvent arriver... Quelles sont les autres limites du médecin traitant ?*
- (silence). Il y en a d'autres, c'est vrai ? (sourire).
- *Je sais pas... c'est vraiment votre opinion qui compte.*
- Là, vous avez bien résumé en reprenant les termes... Répétez votre question s'il vous plaît.
- *Les limites du médecin traitant dans le maintien à domicile d'une personne âgée ?*
- (silence).
- *Ou sinon, comment est-ce que vous évaluez les bénéfices et les risques d'un maintien à domicile ?*
- Ah, c'est pas tout à fait la même question. D'accord. Oui, donc là... vous évoquez cette situation, on arrive en visite à domicile et c'est un patient qu'on connaît bien, et il y a un élément nouveau, et cet élément nouveau il est important ou il est pas important. S'il est très

important, le problème ne se pose pas, on se retrouve dans la situation aiguë. Mais il y a un p'tit dérapage qui fait que là, on passe du mauvais côté du maintien à domicile. Donc là, c'est pareil, il y a un biais, puisque mon raisonnement va s'étayer sur ce que j'avais plus ou moins acquis avec le réseau puisque le réseau proposait comme raisonnement, et donc une espèce de screening de l'état du patient et donc... on peut reprendre les termes... mais il y avait : savoir si le patient avait une thérapie lourde, s'il avait des médicaments, comment était son humeur, comment était son sommeil, comment était son poids, s'il avait maigri ces derniers temps, s'il avait des problèmes de dénutrition, est-ce qu'il y avait eu des chutes récentes, sa capacité d'une manière générale à se tenir debout, à déambuler dans son logement, y a-t-il un aidant donc là il y a une espèce de score à faire... Et puis, c'est vrai, il y a un moment, peut-être que le moment est venu même si le dernier événement n'est pas grand chose : deux chutes dans la même semaine, là on voit bien, même s'il y a pas d'événement aigu franc, que le moment est venu d'envisager une hospitalisation dont on ne sait pas si elle sera ensuite pour un retour à domicile ou si elle peut être un départ vers autre chose, vers une institutionnalisation. A l'époque du réseau et ça reste vrai, dans le courrier d'adressage, il y avait une question subsidiaire que le médecin généraliste était supposé remplir, c'était « Le patient est-il susceptible, ou la patiente est-elle susceptible de revenir à domicile après l'hospitalisation ? ». Donc la réponse à cette phrase était intéressante dans le courrier d'adressage, même s'il n'y a plus de réseau. J'ai appris avec le temps à rédiger mes courriers, c'est-à-dire que je précise si c'est un pavillon, si c'est un rez-de-chaussée, la première chose encore une fois, quitte à me répéter, s'il y a un aidant... Quand on envoie une personne âgée... Mais je ne les envoie pas à n'importe qui maintenant, je les envoie à des gens que je connais bien donc... Encore une fois, le réseau n'existe plus mais de façon informelle, on maintient un certain niveau d'informations au moment de l'adressage...

- *Qu'est-ce que représente justement l'hospitalisation pour la personne âgée et pour son médecin traitant ?*
- Sûrement pas la même chose. Les personnes âgées vont vous dire « de toute façon, je ne vais pas revenir, j'ai toutes les chances de mourir ». Le médecin traitant, il le pense aussi (rires)... mais il ne va pas le dire. Il le craint tout cas, il le craint. Mais bon, plus sérieusement, quand même, je pense qu'il y a des situations qui ne sont pas gérables à domicile et qui sont parfaitement rattrapables à l'hôpital, c'est-à-dire que, on ne parle pas obligatoirement d'hospitalisations longues, c'est une réponse possible à votre question, mais à ce moment là, ce serait quand même dommage de priver le patient d'une prise en charge cohérente, plutôt rapide, pour ensuite revenir dans les meilleures conditions à domicile.

- *Quelle aide peut vous apporter le gériatre ?*

- Ah ben, beaucoup de choses. Si c'est une complémentarité, ils connaissent beaucoup plus de choses que nous. Il a des compétences surtout du point de vue thérapeutique je dirais, les médicaments, faire le tri, ce qui est bon, ce qui n'est pas bon, les effets secondaires... enfin ils ont une acuité, parce que c'est une pratique, c'est un métier... Ben oui, c'est important, le gériatre. Là aussi, ici c'est un peu structuré. Le gériatre, en fait on va dire l'équipe gériatrique parce qu'ils sont en équipe, on peut leur adresser nos personnes âgées pour un bilan, pour un bilan d'autonomie, un bilan de dénutrition... voilà donc... Et ça, ils font des choses qu'un médecin généraliste ne peut pas faire, il n'a ni le temps, ni la compétence. Par contre, ce que le généraliste doit savoir, c'est que ça existe, et puis, il faut confier son patient.

- *Alors, dernière question...*

- Déjà ! (rires).

- *Pour résumer, qu'est-ce que signifie pour vous la fragilité d'une personne âgée ?*

- Ah, c'est vaste comme question ça !

- *Comment est-ce que vous la repérez ?*

- (silence).

- *Sur quels critères vous allez vous dire que cette personne là est fragile, qu'il faut que je fasse plus attention à elle ?*

- C'est l'avant dernière question, c'est la même chose, c'est-à-dire c'est le listing de ses potentialités : de déplacement, de conscience, de moral, alimentaire, d'autonomie par rapport à la prise des médicaments... c'est un listing. Il faut, il faut... J'exagère un peu le trait mais c'est comme un commandant de bord qui va faire décoller son Boeing, il va faire une espèce de vérifications donc... c'est difficile. J'crois, il me semble que, même si on peut être comme ça un peu intuitif, une personne âgée, c'est pas parce qu'on la voit comme ça cinq minutes qu'on peut deviner... On peut avoir des informations très vite en croisant une personne âgée, on peut avoir des informations qui permettent de savoir si elle est en bonne santé ou pas etc... mais après il faut pas s'arrêter là, il faut essayer d'étayer un peu la prise de décision. Justement,

surtout si on est dans l'idée qu'il serait quand même bien de la conserver à domicile, si c'est possible, le plus longtemps... donc il faut affiner l'approche des choses quoi.

- *Merci beaucoup.*

ENTRETIEN N° 12

Dr P, homme, exerçant la médecine générale depuis 40 ans, Hauts-de-Seine

- *Depuis combien d'années vous exercez la médecine générale ?*
- 40 ans.
- *Est-ce que vous faites des visites à domicile ?*
- Oui.
- *D'après vous, quel « plus » peuvent apporter des visites à domicile en dehors de permettre à une personne âgée non mobile de se soigner ?*
- Ben, n'importe comment, le « plus », on ne peut pas faire autrement. En France, c'est pas fait pour ça donc... On ne peut pas faire autrement que d'aller les voir à domicile sinon ils ne peuvent pas se soigner... les personnes âgées... Il n'y a pas de secret.
- *Est-ce que ça leur permet d'accéder à des choses en plus des soins ? Est-ce que vous, ça vous apporte quelque chose en plus ?*
- La visite, ça apporte des choses en plus, mais disons qu'il y a le côté « plus » et le côté « moins ». Le côté « plus », c'est qu'on voit le cadre de vie de la malade et que... on peut lui aménager plus facilement... je vous parle de ce point là, ici on a un gros outil, on peut aménager son autonomie dans son appartement. Donc là, c'est pour vous dire qu'on a monté puisque c'est nous qui avons monté, les médecins, un réseau qui prend des personnes âgées au départ et puis finalement ça prend le handicap, c'est-à-dire toute personne handicapée. Bon, dans le réseau, il y a pratiquement 90% de personnes âgées pour 10% de personnes handicapées. Ce réseau permet de mettre en place

toutes les aides possibles : ergothérapie, infirmière, kiné, aide ménagère, maintien à domicile, soins de SIAD c'est à dire service de soins infirmiers à domicile, ou infirmière libérale, auxiliaire de vie, aide soignante... pour que la personne âgée puisse être maintenue à domicile le plus longtemps possible. Ce réseau d'ailleurs est financé par la sécu puisqu'elle va gagner, ne serait-ce qu'une journée de gagné, c'est largement... c'est pas 10 fois, mais presque 10 fois ce que dépense la personne dans le réseau quand on fait ça quoi, donc... (sonnerie de téléphone, interruption pour répondre au téléphone). Pardon. Donc, par contre sur le plan de l'examen proprement dit, on est un peu limité et puis ici au cabinet on a quand même plus de moyens, plus de choses. Par exemple, moi ça m'arrive d'en faire, les vieux ont souvent mal partout, c'est pas mal de leur faire des infiltrations. Les infiltrations à domicile, c'est pas toujours évident, bon on y arrive, mais c'est plus facile au cabinet, on est plus posé, on a plus d'hygiène, on a plus de quoi faire. Bon, on en fait quand même, mais c'est un p'tit peu de la haute voltige... On n'a pas toujours sous la main quand on veut la faire, des fois on n'a que de l'alcool, voire de l'Eau de Cologne (rires) seulement pour désinfecter... Bon, après, il faut voir si on fait quand même à l'Eau de Cologne ou si on attend la consultation pour faire l'infiltration quoi mais c'est les avantages et les désavantages de la visite. On est moins équipé professionnellement pour faire un diagnostic.

- *Alors, on a parlé des avantages de faire partie d'un réseau gériatrique, est-ce que d'après vous il y a des contraintes, des inconvénients à faire partie d'un réseau gériatrique ?*
- Euh, non, il n'y a pas de contrainte, rien, puisque tout est volontaire, c'est-à-dire qu'il y a des réunions, on n'est pas obligé d'y aller, il y a des formations, on n'est pas obligé d'y aller... Le seul fait, c'est d'être dans le réseau et de pouvoir faire le lien avec le réseau. Non, il n'y a pas beaucoup de contraintes. De temps en temps bon, il y a des enquêtes de satisfaction mais si on ne les remplit pas, il n'y a pas de pénalité, il n'y a rien. Il faut faire simplement le signalement, c'est tout ! On est inclus dans le réseau, on ne participe pas à la vie du réseau, mais on s'en sert quand comme un outil.
- *Est-ce que le médecin traitant qui va faire partie d'un réseau s'engage à quelque chose ?*
- Ben il y a une charte dans le réseau, dans tous les réseaux il y a une charte, on s'engage à respecter les termes de la charte. Euh... je ne sais pas si j'en ai une de charte mais je dois en avoir... Tous les réseaux ont une charte qu'il faut signer, oui.
- *De votre point de vue de médecin traitant, pour quelles raisons la prise en charge d'une personne âgée pourrait-elle compliquée ou difficile ?*

- Ben la 1ère chose, c'est le souci diagnostique, c'est-à-dire que dès qu'on veut un diagnostic, c'est une montagne. Le seul examen technique qui peut être fait à domicile, c'est la prise de sang. En dehors d'une prise de sang, si on veut autre chose pour faire un diagnostic, c'est galère puisqu'il faut un accompagnant, il faut une ambulance et puis donc, il faut souvent que le médecin prenne rendez-vous pour tout organiser quoi... pour la moindre radio pulmonaire, c'est une galère pas possible quoi.
- *Et quels sont vos objectifs de prise en charge d'une personne âgée ?*
- Ben, les objectifs de prise en charge, c'est... euh... (interruption pour répondre au téléphone). Bon, allons-y.
- *Vous étiez en train de parler de vos objectifs de prise en charge d'une personne âgée.*
- J'veux dire que l'objectif d'une personne âgée, c'est dire... c'est pareil, c'est toujours une opposition entre le bon sens et puis le top. Alors, le top, c'est les quinze maladies, de toutes les traiter au top du top, la tension, l'insuffisance coronaire, l'insuffisance rénale, l'arthrose, l'emphysème, la BPCO, l'Alzheimer, la démence, la cataracte, le glaucome, aveugle... Essayer de... Après, après, après, c'est le bon sens qui fait le tri au maximum sinon on monte à 50 comprimés par jour. Maintenant on sait très bien que plus on augmente plus c'est iatrogène, plus l'observance sera pas faite, donc on est coincé. Encore qu'à partir d'un certain stade, l'observance, c'est plus facile, puisque souvent, il y a une infirmière qui vient distribuer les médicaments et les faire avaler donc ça pose moins de problèmes. D'ailleurs, je dois rajouter à ce sujet que les génériques sont un... Je viens de me faire argumenter par la sécurité sociale qui me demande de rembourser différents génériques parce que souvent pour les personnes âgées pour qui je mets « non généricable », parce que j'ai eu plusieurs incidents comme ça, avec une personne qui dormait toute la journée, elle avait confondu son anti-diabétique avec son somnifère donc... Il faut voir le moment où l'infirmière est nécessaire pour la distribution des médicaments. Voilà.
- *Qu'est-ce que signifie pour vous la fragilité d'une personne âgée, en tant que médecin traitant?*
- Ben, la fragilité, c'est ce que je viens de vous dire, c'est-à-dire qu'elle est à la merci du moindre petit incident qui, pour quelqu'un d'autonome n'arriverait pas, chez elle arrive... La moindre chute, c'est un drame, tout, tout se transforme de manière extraordinaire en un événement cataclysmique. Il y a 3 jours, j'ai été voir un monsieur qui avait fait une chute samedi, qui était rentré, qui avait du mal à marcher, qui était très courageux et qui avait mal à la hanche et mal à la cheville... que là, j'étais obligé, pareil, d'appeler une ambulance, de le transférer puisque

visiblement il y avait une fracture de cheville, il y avait une énorme cheville toute bleue, et peut-être une fracture du bassin parce qu'apparemment il avait très mal en haut. Je viens de recevoir le compte-rendu aujourd'hui, ça semble être une fracture de cheville, mais bon, chez lui, c'est pareil, il a fallu que bon, j'étais parti pour quelqu'un qui avait un peu mal au pied, et en fait c'est révélé être une hospitalisation avec appel à l'ambulance, appel du service hospitalier pour savoir... pour une visite qui part pour être une visite de 20 minutes, on arrive à rester 1h et demie...

- *Est-ce qu'on peut repérer cette fragilité avant que les accidents ne surviennent ?*
- Ben oui. Ben il y a pas de problème. On sait d'emblée qu'une personne âgée, elle est fragile et qu'il faut essayer de tout prévoir. Mais bon, c'est extrêmement dur parce que bon c'est tout prévoir, à la fois depuis la prise de médicaments à l'observance, depuis le lever, le couchage, les précautions anti-escarres, c'est pour ceux qui ne bougent plus beaucoup, c'est comme ça qu'on voit les personnes qui remuent alors qu'elles restent souvent au fauteuil qui se font pas d'escarres et celles qui ne remuent vraiment plus, qui sont complètement apathiques, soit pour les douleurs soit pour des maladies autres, qui font plus facilement des escarres. Y a tout est à prévoir, la constipation qui peut déboucher sur des fécalomes, des choses comme ça qui arrivent pas chez des personnes mobiles, autonomes, tout, tout peut être grave.
- *Pour vous, toutes les personnes âgées sont fragiles ?*
- Toutes. Toutes. Ah oui, ça peut toujours déboucher très, très vite sur un drame, c'est la catastrophe très, très vite.
- *Pour vous, de quoi souffre le plus la plupart des personnes âgées ?*
- Ah ben, c'est les douleurs, c'est les douleurs qui les handicapent. L'arthrose en général et les douleurs qui les empêchent de se déplacer correctement, de bouger et d'être autonomes. C'est le plus gros truc.
- *En cas de refus de soins de la personne âgée, qu'est-ce que vous faites ?*
- Ben n'importe comment, les vrais cas de refus de soins, c'est quand même des problèmes psychiatriques donc... On les prend en charge sur un plan psychiatrique. Souvent c'est des problèmes, soit... Alors évidemment là, ça repose sur un problème de prescription, il n'y a que les neuroleptiques qui peuvent arriver à freiner un peu ce refus, mais en fait, c'est rare. C'est rare, le vrai refus, de fond, de soins des personnes âgées, c'est rare et bon, en général, on tourne la

difficulté en essayant d'attendre un p'tit peu et après tout rentre dans l'ordre. En plus, si on met un maintien à domicile... Moi, personnellement je n'ai pas eu beaucoup, beaucoup de refus. J'sais que j'ai des confrères qui en ont. Mais on arrive toujours à tourner la difficulté...

- *Quels conseils est-ce que vous pouvez donner par exemple à un jeune confrère qui est face à un refus de soins d'une personne âgée ?*
- Ben n'importe comment, au départ, il faut savoir d'où vient ce refus : si c'est quelqu'un qui est caractériel, bon, il va le dire un jour et le lendemain ça va passer. Ca dépend pour quel refus de soins, si c'est pour une vaccination ou si c'est pour des médicaments, certains médicaments... en général, c'est pas un refus en bloc, sauf maladie psychiatrique, mais à ce moment-là, à partir du moment où c'est une maladie psychiatrique, elle se soigne, on peut hospitaliser et la traiter. Sous traitement... Enfin, pour moi, il n'y a pas de franc refus de soins, il y a un refus de soins oui, mais bon, il y a un diagnostic à faire de refus de soins. Mais un refus de soins parce que c'est quelqu'un d'anarchique, ça c'est autre chose, c'est exceptionnel, bon ça arrive comme partout mais bon, à ce moment-là, tant pis pour eux, ça c'est de la politique, c'est plus de la médecine (rires). La personne tant qu'elle est pas... on peut rien faire. Mais bon, pour moi, c'est exceptionnel. C'est du... comment on dit... une histoire de chasse.
- *Beaucoup de personnes âgées sont démentes, jusqu'où peut respecter leur autonomie, leur volonté ?*
- (silence). Ben jusqu'où, jusqu'où euh... le mot « démence », ça recouvre tout quoi, ça part depuis le début d'un Alzheimer jusqu'à la personne qui est handicapée, au lit, qui bouge plus, grabataire et... n'importe comment il n'y a pas de jusqu'où... Bon, moi, ce que je dis souvent à certaines personnes âgées qui me demandent de mourir, je leur dis « Vous êtes au 7e, vous passez par-dessus le balcon ! », je leur dis carrément. A ce moment-là, ils me répondent non. Quelque part, c'est que cette volonté de céder, c'est plus une demande de faire céder des douleurs, le handicap de la vie, que de mourir réellement souvent. Et puis bon, c'est pareil, ça c'est une question qui peut pas être développée comme ça... La démence, ça part depuis les simples oublis jusqu'à, je vous dis, être grabataire, ne plus savoir quelle est le jour ou la nuit, les gens qui n'ont pas de force, qui ouvrent la bouche quand on leur tend la cuillère... On n'a pas le droit de faire une injection létale.
- *On a parlé de la douleur physique, il y a aussi la douleur morale. Comment est-ce que vous repérez la souffrance liée à la solitude ? Comment est-ce que vous la combattez ?*

- Ben, il y a plein de moyens. Il y a des moyens médicamenteux : des antidépresseurs, les tranquillisants ou les neuroleptiques... à faibles doses. Certaines maladies avec atteinte dépressive : le Parkinson voire même un peu l'Alzheimer, quand ils sont un peu améliorés par les médicaments adéquats, déjà ça améliore et puis souvent il y a les antidépresseurs associés. En plus, il y a, avec le réseau, on peut mettre en place des psychologues, et puis des psychiatres. Sur Villeneuve, il y a un psychiatre qui passe voir les personnes en perte d'autonomie. Enfin, il y a plein de moyens. Il y a des kinés qui viennent, qui troublent, qui modifient un peu la solitude, il y a les infirmières qui passent, il y a les aides-soignantes, 'fin il y a plein de petits moyens pour casser un peu la solitude. Il y a peu de gens qui restent tout seuls pendant les 15 jours où on ne passe pas les voir quoi, heureusement. IL y a le portage de repas, il y a quand même plein de trucs...
- *Dans quelles circonstances est-ce que vous demandez la tutelle pour une personne âgée, démente notamment ?*
- Bon, en général, la tutelle, c'est souvent quand il y a eu une demande d'hospitalisation et c'est souvent l'hospitalisation qui la demande. En ville réellement, on la demande rarement parce qu'il faut tout un travail social pour s'apercevoir si... Il y a plusieurs cas où on demande la tutelle, c'est euh... soit bon, parce que la personne n'est plus capable de tout gérer et qu'il n'y a pas de famille proche qui gère. Tant qu'il y a une famille proche, même si elle est incapable de gérer, il n'y a rien à faire, il n'y a pas de tutelle à demander, si tout se passe bien il n'y a pas de problème. La tutelle est demandée quand ça se passe mal, soit quand il y a un fils, ou un proche, un voisin qui a priori fait main basse sur les aides quelque part, mais se sert largement à côté, mais... quand on s'en aperçoit. Mais souvent pour s'en apercevoir, il faut être plusieurs parce que quand on voit les patients, on n'a que le discours des patients. Or, avant de pouvoir s'apercevoir qu'un patient donne 50 euros à une personne qui lui fait ses courses chaque semaine, c'est pas évident, il faut être là tout le temps. C'est des intervenants, travailleurs sociaux, qui s'aperçoivent plus facilement de ce genre de choses puisqu'ils sont là tous les jours, ils sont dans l'intimité de la personne que nous, et donc c'est quand même, c'est à eux que des fois, après, on demande. Après, c'est un travail d'équipe soit par le réseau qui a mis en place des choses, ou avec les travailleurs sociaux qui eux, p'tit à p'tit, se sont aperçus qu'il se passait quelque chose, qu'il fallait mettre une tutelle.
- *Est-ce que vous avez déjà été confronté à la maltraitance de la personne âgée ?*
- Ben euh, oui à partir du moment où tutoyer une personne âgée, c'est de la maltraitance. On y est tout le temps confronté. Le problème, c'est, toujours pareil, de disséquer, de discerner entre une maltraitance plus ou moins importante mais liée à une aide, c'est-à-dire que les aidants ont

souvent des problèmes, c'est-à-dire qu'il y a beaucoup d'aidants qui aident parce qu'ils se sentent forcés d'aider et donc, c'est pas trop altruiste et puis bon, d'autres qui aident parce que c'est leur truc et qu'ils aiment bien ça et là ça va bien. Donc, c'est tous ces problèmes... D'ailleurs, dans le réseau, on a un service d'aides aux aidants, justement pour essayer d'endiguer tout ce qui, tous ces problèmes que pose le fait d'aider quelqu'un.

- *Et donc, comment est-ce que vous la repérez ? C'est en discutant plus avec les aidants ?*
- Ben la maltraitance, on la repère p'tit à p'tit, selon la clinique et selon les interrogatoires et les questions qu'on se pose, je pense aux problèmes... la maltraitance, on s'en est ben aperçu quand on a fait hospitaliser la personne mais a priori on pouvait se douter qu'il y avait eu maltraitance parce que, par exemple, la femme qui était plus jeune et plus valide, elle était toujours 15 à 20 mètres devant le monsieur qui suivait derrière et, le monsieur, je l'ai vu souvent pour des chutes. Alors est-ce que c'était la dame qui l'avait poussé parce qu'il allait pas assez vite, parce que ceci, et voilà quoi. Et puis donc, il a fini par être hospitalisé. Il y a maltraitance continue dans le sens où la femme ne fait pas les papiers pour placer le monsieur en maison de retraite, voilà quoi. C'est-à-dire que la maltraitance se transforme.
- *Une maltraitance par négligence ?*
- Ouais, y a ça aussi oui. Il n'y a pas que la maltraitance directe, oui, il y a de la maltraitance indirecte.
- *Alors, on a parlé des aidants et de l'entourage. Dans quelles circonstances, hormis la maltraitance, l'entourage d'une personne âgée peut-il être néfaste dans la relation de soins avec le médecin traitant ?*
- Ben là, j'ai été à une formation avant-hier, organisée par le réseau sur la nouvelle loi de protection des majeurs. Et donc, il y a plusieurs cas de rapporté où la tutelle ayant été mal *entre guillemets* attribuée, euh, le tuteur, soit par représailles par rapport aux soignants, par rapport au médecin, puisque c'était le médecin qui avait fait demander la tutelle... parce que justement il s'était aperçu que les proches ne faisaient pas trop ce qu'il fallait... et une fois que les proches avaient repris la tutelle et bien, ne demandaient plus les visites du médecin et n'apportaient plus les soins nécessaires à la personne. Donc quelquefois, légalement, l'entourage peut redevenir néfaste. Alors soit, c'est parce que c'est pour une préemption de l'argent ou des biens, soit c'est parce que l'entourage n'a pas l'air d'appréhender correctement la nécessité d'une prise en charge correcte, et

pense que la personne n'est pas suffisamment malade pour nécessiter des soins... enfin, ça c'est complexe, c'est au cas par cas.

- *Quelles sont les limites du médecin traitant dans le maintien à domicile d'une personne âgée ?*
- (silence). Ben disons que là, sur Villeneuve, avec le réseau, on a quand même une belle approche, on a bien repoussé les limites. Les limites, elles sont au moment où... encore que sur Villeneuve, on a réussi à avoir des patients intubés ou avec trachéotomie qui arrivaient à rester seuls la nuit, donc non hospitalisés. C'a été assez extraordinaire donc les limites, elles sont... Enfin, il n'y a pas que le médecin traitant qui a ses limites, c'est surtout que par rapport à l'entourage du patient, la volonté du patient, l'état du patient, et comment il appréhende sa maladie aussi, enfin il y a... C'est sûr que bon, les choses, c'est un p'tit peu du cas par cas aussi, évoluent toujours vers un point de non-retour, c'est sûr.
- *Qu'est-ce que représente l'hospitalisation d'une personne âgée pour elle-même et pour son médecin traitant ?*
- (silence). Euh... l'hospitalisation, c'est... comment dire... c'est un épouvantail... c'est un épouvantail parce que : un, c'est extrêmement difficile de les faire hospitaliser. Depuis quelques temps, à Beaujon, il y a un service de gériatrie qui veut augmenter son nombre de lits, donc là, ça relaie. Nous, avec la fermeture de la clinique et de l'hôpital, la chirurgie et la maternité, on a réussi à faire créer un soin de suites et de rééducation, typiquement adapté pour les personnes âgées. Il doit y avoir une vingtaine de lits, ce qui nous donne un... quelque chose, un outil assez extraordinaire pour pouvoir hospitaliser les personnes, toujours, avec cette histoire de réseau, qui permet un retour à domicile dans la majorité des cas. Ou alors la mise en institution après. Donc l'hospitalisation, c'est le pire des cas, c'est quand vraiment on est coincé, que la perte d'autonomie est arrivée, cette perte d'autonomie, elle peut être pour rien, c'est-à-dire que pour une broncho-pneumonie qui, chez un adulte ne posera pas de problème parce qu'il sera encore capable d'aller chercher son pain et de faire les courses, même avec 39° de fièvre et des antibiotiques, une personne âgée, avec 40-39, elle ne bouge plus donc elle ne peut plus aller chercher son pain, elle ne peut plus bouger, elle ne peut plus se faire à manger, donc c'est foutu, il faut l'hospitaliser. Et être hospitalisé, c'est le risque d'escarre, c'est le risque de phlébite, c'est les risques mortels qui arrivent, donc... Et ensuite, pour l'instant, malgré le réseau et les conventions avec les hôpitaux aux alentours, le retour à domicile n'est jamais préparé correctement, c'est-à-dire qu'en général on apprend 3 jours après par l'infirmière ou le kiné que la personne est revenue chez elle, sans rien, sans préparation, sans rien, sans système, c'est les aidants et les paramédicaux qui ont appris qu'elle était là, qui sont venus d'eux-mêmes et qui nous appellent pour nous dire qu'il faut passer

pour refaire le point, et voilà quoi. Donc il y a un gros problème de lien entre l'hospitalisation et le médecin de ville, le médecin traitant.

- *Et comment est-ce qu'on pourrait améliorer les choses ?*
- Ben, c'est avec la communication, avec la convention, on a essayé de la mettre en place avec les hôpitaux, les services ne sont même pas au courant que cette convention existe donc le travail en amont par les assistantes sociales, les travailleurs sociaux de l'hôpital n'est pas fait parce que les internes donc ils ne sont pas toujours au courant... On arrive petit à petit mais ça va demander du temps et que... dans les hôpitaux, ils ont d'autres problèmes, ils ont des problèmes de places, il faut que les malades sortent, ils n'ont pas la dimension ni le personnel suffisant sûrement pour pouvoir préparer cette sortie. Il faut un travailleur social qui s'occupe pendant un bon bout de temps de contacter tous les travailleurs sociaux en ville pour remettre en place la sortie, de manière correcte quoi.
- *Donc, pendant l'hospitalisation, on s'attend à ce que les pathologies aiguës soient soignées et que la prise en charge sociale soit faite. Est-ce qu'il y a d'autres, est-ce que vous attendez d'autres choses de cette hospitalisation ?*
- (silence). Ben là, moi ce que j'attends, c'est une préparation du retour à domicile quoi. Au moins nous contacter pour qu'on puisse leur donner les éléments pour essayer de prévoir une hospitalisation, un retour j'veux dire, un retour d'hospitalisation bien préparée.
- *Parce qu'actuellement vous n'êtes pas souvent contacté par l'hôpital quand ils veulent faire sortir l'un de vos patients ?*
- Non, jamais. Rarement. Même quand ils sont en HAD, des fois, on n'est pas prévenu... même en HAD, alors que c'est l'hôpital qui continue à prendre en charge, on n'est pas prévenu.
- *Quelle aide peut vous apporter le gériatre ?*
- Le gériatre ?
- *Oui, le gériatre.*
- Euh... Oh, c'est une aide technique sur un plan général, sur le plan... faire le point un p'tit peu de temps en temps. Mais bon, j'veux dire que gériatrie, j'ai pas la capacité mais j'ai fait 10 ans

comme interne dans une maison, ça s'appelle maison de cure médicale à l'époque, c'est-à-dire que c'est... en fait, c'est une maison de retraite médicalisée. Donc, j'ai appris, j'ai fait, j'ai donné, je connais quand même pas mal donc c'est plus pour avoir... C'est quelquefois parce que les malades ont été hospitalisés en gériatrie, à Beaujon je pense surtout, et qu'ensuite il reste un suivi de consultations régulier qui permet de faire le point et essayer de... Je pense qu'il y a un regard aussi, un p'tit peu plus objectif, plus que le nôtre, pour faire le point sur la liste de médicaments à limiter, en essayant de privilégier ce qui est le plus important. Quelquefois sur le terrain, le nez sur le malade, on voit moins bien, et que ça permet de limiter un p'tit peu la liste, la longueur de l'ordonnance.

- *Donc le gériatre et le médecin traitant sont complémentaires ?*

- Ah ben oui. Moi, je prends ça comme un avis spécialisé. Quand on envoie vers un cardiologue pour un suivi d'infarctus, d'angioplastie, de coronaroplastie, c'est pareil. Oui, parce qu'il commence à y en avoir, ça ne fait pas très longtemps, ça fait moins d'une dizaine d'années et pour avoir des consultations, ils sont très utiles aussi parce qu'ils connaissent bien... Ca c'est un plus qu'on a maintenant, les ulcères par exemple, les gros ulcères, les grosses escarres, on en a quand même beaucoup moins qu'il y a 30 ou 40 ans, et le gériatre à ce niveau-là est quand même pas mal. Ceux que je connais et qui travaillent à Beaujon sont pas mal sur ce plan là. Moi, personnellement j'ai moins besoin d'avoir recours à eux, étant donné que j'ai quand même une culture gériatrique assez importante.

- *Merci beaucoup.*

ABSTRACT*GENERAL PRACTITIONERS' CHALLENGES OF THE ELDERLY HOME CARE*

INTRODUCTION : Elderly patients often have contact with general practice. They receive the bulk of their care from their general practitioner (GP). Besides, most inpatient hospitalizations are requested by generalists.

OBJECTIVES : The objectives of this study were to investigate what challenges the family physician has to face when he cares for an older person and to understand how he makes his decision to hospitalize his patient.

METHODS : A qualitative study using semi-structured interviews. 12 French GPs agreed to participate. The interviews were audio taped. The data from the transcripts verbatim were then analyzed using the grounded-theory approach.

RESULTS : The main objective of a family physician is to enable the elderly to stay in their home as long as possible. Each decision he makes is related to this perspective. This goal determines as well his decision to request a hospital admission for an older patient. Home care is hard to manage. The main challenges include the necessity of managing a patient as “a whole”, coordinating care across diseases and clinicians, and providing continuing care. In addition, GPs have to deal with psychosocial and economic problems, as well as ethical or relational conflicts, which is very demanding and time-consuming.

CONCLUSION : All these challenges value and emphasize the importance of primary care which is well suited to the needs of a growing old population.

KEY WORDS : Older patients ; general practitioner ; home care; challenges; hospitalization; frailty; qualitative study

RESUME

OBSTACLES A LA PRISE EN CHARGE AMBULATOIRE DU SUJET AGE

INTRODUCTION : Les contacts entre la personne âgée et le système de santé sont fréquents, essentiellement par l'intermédiaire du médecin généraliste. Le médecin de famille est le professionnel de santé que côtoie le plus souvent le patient âgé. C'est de lui aussi que vient la majorité des demandes d'hospitalisation des sujets âgés.

OBJECTIF : Notre travail consiste à comprendre du point de vue du médecin généraliste les difficultés de la prise en charge des personnes âgées d'une part et la décision aboutissant à leur hospitalisation d'autre part.

METHODOLOGIE : Il s'agit d'un travail de recherche qualitative. 12 entretiens avec des médecins généralistes ont été réalisés. Les données issues des entretiens ont été analysées suivant la méthode de la Théorisation ancrée.

RESULTATS : La prise en charge ambulatoire de la personne âgée s'articule autour de l'objectif du maintien à domicile. De même, la demande d'hospitalisation dépend de la possibilité de réaliser ou non cet objectif. Les difficultés de cette prise en charge par le médecin traitant sont nombreuses. Elles sont liées à la nécessité d'une prise en charge globale, continue, multidisciplinaire, et à la prise en compte de l'entourage et des aspects socio-économiques, ainsi qu'aux questions éthiques et relationnelles qu'elle soulève.

CONCLUSION : Ces nombreuses difficultés mettent en lumière l'importance de la prise en charge des personnes âgées par les médecins de famille et leur rôle en santé publique. Ainsi, ces mêmes difficultés permettent paradoxalement de revaloriser la médecine générale.

MOTS CLES : Personnes âgées ; médecin généraliste ; ambulatoire ; maintien à domicile ; hospitalisation ; difficultés ; fragilité ; étude qualitative.