

La liaison externe en gériatrie : état des lieux de la collaboration entre médecins généralistes et gériatres

Rapport d'étude

Décembre 2011

Ketterer F., Goffin Y., Garroi L., Duchesnes C. & Giet D.



Sommaire

Sommaire	2
1. Introduction :	3
2. Méthode	4
3. Résultats	5
3.1 Collaborations existant entre MG et gériatres.....	5
3.1.1 Contacts entre MG et gériatres.....	5
3.1.2 Contacts avec des médecins spécialistes qui s'occupent fréquemment de patients âgés	6
3.1.3 Recours préférentiel aux soignants du réseau du MG	7
3.2 Recours à l'hospitalisation du patient âgé	9
3.2.1 Problématique de l'hospitalisation des personnes âgées.....	9
3.2.2 Représentation de la gériatrie des patients âgés.....	11
3.2.3 Hôpital de jour comme alternative à l'hospitalisation	11
3.3 Caractéristiques des collaborations avec les gériatres, selon les MG.....	12
3.3.1 Relations interpersonnelles.....	12
3.3.2 Transmission d'informations	14
3.3.3 Organisation du travail des services de gériatrie	16
3.4 Compétences « gériatriques » des MG et des gériatres	18
3.4.1 Rôle attribué aux gériatres par les MG	18
3.4.2 Problématique de l'articulation des compétences entre MG et gériatres	19
3.5 Spécificités de la prise en charge des personnes âgées.....	21
3.6 Suggestions et pistes d'amélioration	24
3.6.1 Relations entre MG et gériatres	24
3.6.2 Disponibilité du gériatre et organisation de la continuité des soins.....	26
4. Discussion	28
Annexe 1 : Grille d'entretien des groupes focalisés.....	33

1. Introduction :

Ce travail s'intègre au projet européen Interreg IVB, qui concerne les défis engendrés par le vieillissement de la population. Ce projet a pour but de créer un pôle d'excellence transnational dans la zone de l'Europe du Nord-Ouest pour répondre, dans le domaine de la santé, aux effets du vieillissement de la population. Il regroupe les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, le CHU de Liège, le Centre Hospitalier de Luxembourg, le CHR de Metz-Thionville, la Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Education de l'Université de Genève, le « Central Institute of Mental Health of Mannheim », le « Department of Psychiatry and Neuropsychology of Maastricht » et le Conseil général du Bas-Rhin.

En Belgique, le programme de soins gériatriques comporte cinq fonctions : la consultation, l'hospitalisation, l'hospitalisation de jour, la liaison interne (à l'intérieur de l'hôpital) et la liaison externe (entre les 1^{ère} et 2^{ème} lignes de soins). La présente étude s'intéresse à la question de la liaison externe en gériatrie. Le terme de « liaison » renvoie au fait de mettre en place les procédures et les ressources humaines nécessaires pour assurer le transfert d'informations et de compétences gériatriques, soit à l'intérieur de l'hôpital (liaison interne), soit entre les lignes de soins (liaison externe).

L'arrêté royal du 29 janvier 2007 prévoit que la fonction de liaison externe mette les principes et l'expertise gériatriques à disposition des prestataires de première ligne et favorise le développement de réseaux et d'une culture de collaboration entre hôpital et autres établissements et services destinés aux patients âgés. Le but est ainsi d'optimiser la continuité des soins entre hôpital et milieu de vie. A l'heure actuelle, il n'existe encore que quelques initiatives dans le domaine de la liaison externe, en France, à Brest et à Strasbourg : des liens privilégiés entre une maison de repos et un gériatre (dans la fonction de conseiller), des vidéoconférences entre maisons de repos et hôpital.

L'objet de l'étude présentée ici consistait à voir comment la collaboration entre médecins généralistes et gériatres peut être conçue autour de la personne âgée, pour maintenir cette dernière dans son milieu de vie. Il y est question d'avoir un référent spécialiste lorsque la dimension gériatrique de la prise en charge s'exprime avec acuité. Dès lors, l'étude cherchait à cerner comment les médecins généralistes conçoivent cette collaboration avec les gériatres

pour leurs patients âgés à domicile et en maison de repos, quels sont les atouts et contraintes de la première ligne de soins, ainsi que les pistes sur lesquelles s'appuyer pour concevoir une collaboration efficace et efficiente.

Cette étude a été financée par le projet Intereg IVB, et a également donné lieu à la réalisation d'un travail de fin d'études d'une étudiante de master en sciences de la Santé Publique à l'Université de Liège, Ludivine Garroi.

2. Méthode

Ce rapport s'appuie sur l'analyse de quatre groupes focalisés, menés entre le 8 février et le 12 octobre 2011. La grille d'entretien, préparée par l'équipe et approuvée par le commanditaire, se trouve placée en annexe du présent rapport. En tout, vingt médecins généralistes ont été interrogés. Trois groupes focalisés comprenaient des médecins généralistes (MG) de la région de Liège centre et le dernier était composé de MG de la région de Verviers. Suite à la tenue des trois premiers groupes focalisés, et au vu de la teneur des données récoltées, il a été décidé d'en organiser un quatrième. Ce dernier comprenait plus spécifiquement des MG jeunes, ayant moins de dix ans de pratique. Cela servait à différencier le plus possible les participants, nous assurant ainsi de ne pas biaiser les données par un quelconque effet générationnel. Le même chercheur a procédé à l'animation de ces quatre groupes focalisés. La répartition des groupes se faisait comme suit :

Groupes focalisés	8/2/11	1/3/11	27/4/11	12/10/11
MG présents	3	9	4	4
Zone géographique	Liège centre	Région Verviers	Liège centre	Liège centre

Suite à la tenue de ces groupes focalisés, les discussions enregistrées ont été retranscrites dans leur intégralité ; l'analyse a ensuite été effectuée par deux chercheurs de manière indépendante, avant confrontation des deux grilles d'analyse.

3. Résultats

3.1 Collaborations existant entre MG et gériatres

3.1.1 Contacts entre MG et gériatres

Lorsque l'on interroge les MG sur la fréquence de leurs rapports avec les gériatres, la caractéristique essentielle qui ressortait concernait la rareté de ces relations, puisque les MG confessaient n'avoir que rarement l'occasion de les côtoyer.

C'est rare, non, moi pratiquement pas !

Moi, avec l'hôpital de jour alors, parfois ils me téléphonent et c'est un gériatre qui... mais... ce n'est quand même pas archi fréquent, je trouve.

Mais envoyer chez un gériatre directement, euh non.

Mais c'est vrai qu'il n'y a pas vraiment de collaboration.

Oui, mais je ne sais même pas, parce qu'on tombe d'abord sur une secrétaire qui dit : « voilà, c'est pourquoi ? je vais en faire part au médecin untel ». On n'a pas toujours directement le gériatre.

Le gériatre, c'est le médecin qui tourne dans le service de gériatrie mais on ne fait pas appel à son expertise, on n'a pas encore l'habitude de dire : on va l'envoyer en consultation pour une question bien spécifique de gériatrie à laquelle on n'a pas trouvé de solution.

Mais on n'a pas vraiment de vrai gériatre, dans la région, qui répondrait à nos questions.

Moi en gériatrie, je n'ai pas trop de contact avec eux... ou c'est moi qui leur téléphone parce qu'il y a des choses que je veux savoir ou des choses que je veux comprendre etc. mais sinon généralement eux...

Je crois qu'on est tous un petit peu réticents ici, on ne consomme pas du gériatre.

Néanmoins, lorsqu'il existait des contacts effectifs, ces derniers se faisaient principalement à l'hôpital, lorsque l'hospitalisation d'un de leurs patients âgés était nécessaire.

Mais, à l'hôpital, il y a un service de gériatrie qui est tenu par un gériatre. Donc, forcément, quand on hospitalise et qu'ils vont en gériatrie, là le patient est pris en gériatrie. Maintenant, à domicile, je ne sais pas vous mais moi, personnellement, je fais rarement appel à un gériatre.

Les trois quarts des rapports qu'on a avec les gériatres, c'est quand le patient est hospitalisé. Enfin moi, j'en envoie parfois aussi en consultation au V, qui sont quand même des spécialistes un peu plus spécialisés en gériatrie.

Je suis dans la même situation aussi. Travailler avec 2, 3 gériatres pour des hospitalisations, pour les contacter directement et, en cas d'urgence, il y a le service des urgences, mais autrement je parviens toujours à planifier et avoir assez rapidement quand même en hospitalisation.

Cela se limite à aller à l'hôpital et à prendre les rendez-vous à l'hôpital.

J'ai l'impression qu'ils font bien leur boulot. Ces derniers temps, cela se met en place. Ils font de belles mises au point.

C'est vrai que moi, je vais voir les patients en gériatrie quand ils sont dans l'hôpital qui est le plus proche de chez moi parce que c'est S et je suis à 150m donc là, je me déplace en semaine et j'ai l'occasion de rencontrer des confrères.

Les seules relations que j'ai avec des gériatres, c'est avec le P.

C'est vrai que je n'ai jamais, spécifiquement, contacté un gériatre. [...]Oui, oui, c'est plus quand ils sont hospitalisés.

3.1.2 Contacts avec des médecins spécialistes qui s'occupent fréquemment de patients âgés

Si les MG n'avaient que peu de contacts avec les gériatres en dehors du cas où ils hospitalisaient un de leurs patients âgés, ils tendaient néanmoins à recourir aux autres spécialistes pour des questions techniques, privilégiant alors parfois les spécialistes ayant une activité plus particulièrement centrée sur les personnes d'un âge avancé. Toutefois, ils semblaient recourir à ces spécialistes comme pour n'importe quel autre patient, indépendamment de son âge.

Enfin moi j'en envoie parfois aussi en consultation au V, qui sont quand même des spécialistes un peu plus spécialisés en gériatrie.

Quand on veut un avis plus global, je trouve que finalement on est obligé d'hospitaliser, puis alors, on a des rapports avec les médecins de l'hôpital, mais autrement, on doit envoyer chez le cardio qui fait de la gériatrie.

Je trouve que ça fait plus partie, les problèmes cardiaques, problèmes pulmonaires, digestifs, urinaire, c'est plus pour les spécialistes, cela ne relève pas encore du travail du gériatre. FG1

Il y a des fois où on ne sait même pas si on parle à un gériatre ou quoi quand on sonne pour prendre des nouvelles d'un patient ; on a l'assistant, mais on ne sait même pas qui si c'est.. .. Ça peut être un généraliste qui fait les gardes aussi, mais on ne sait pas toujours très bien si on a affaire vraiment à des gériatres ou si ce sont des gens qui vont là et qui sont des internistes, mais qui ne sont pas vraiment des gériatres.

Mais ça permet parfois de court-circuiter tous ces examens, hein. Si tu veux faire examiner le petit orteil droit, tu l'envoies au spécialiste de l'orteil droit et tu es sûr qu'on ne va pas recommencer à faire des examens généraux.

On consomme du cardiologue en disant s'il faut un suivi cardiologique, on envoie chez le cardiologue.

Mais ce qui arrive aussi bien souvent c'est qu'on va les hospitaliser pour une raison cardiaque ou gastro, tu contactes le gastro et tu dis : « voila, j'ai ce problème-là » et alors il rentre au service gastro, pas en gériatrie.

Les cardio, les gastro, ils connaissent également les pathologies et ils les connaissent le plus souvent, puisqu'ils ont déjà fait des accros cardiaques, ils les connaissent depuis des années, hein
Exactement. Ils voient leur cardiologue depuis très longtemps.

Mais on n'a pas en fait dans la région liégeoise ou ailleurs, on n'a pas vraiment de gériatre spécialisé en gériatrie. On a un interniste qui est spécialisé dans les vieux, mais....

On est bien obligé pour la maladie d'Alzheimer. On est obligé de passer par le biais du spécialiste parce que nous, on ne peut pas initier les médicaments. [...] Donc là, en ambulatoire, il m'arrive de passer par les spécialistes pour les maladies dégénératives. Et aussi pour initier aussi, par exemple, un traitement par insuline que je ne me hasarderais pas tout seul à domicile.

Moi, je n'ai pas de rapports directs avec le gériatre en ce sens-là. Souvent, c'est le médecin qui est en salle qui s'occupe de gérer les problèmes. Celui qui connaît, à mon avis, le mieux la pathologie, la raison de l'hospitalisation, c'est quand même encore le médecin de salle.

C'est vrai que, en général, si j'ai un souci, je vais plus contacter par spécialités.

3.1.3 Recours préférentiel aux soignants du réseau du MG

Si les MG recouraient parfois à des gériatres, mais plus généralement à d'autres spécialistes, il n'en restait pas moins qu'ils possédaient également leurs propres habitudes lorsqu'il s'agissait d'adresser un patient à l'un de leurs confrères. Ainsi, ils possédaient souvent leur propre carnet d'adresses, à savoir un réseau de médecins spécialistes avec qui ils travaillaient plus particulièrement. Cette préférence pouvait notamment être basée sur l'ancienneté de la collaboration, qui se déroulait de manière satisfaisante.

Mais quand on a un peu créé son réseau de spécialistes, on téléphone à l'hôpital. On demande le docteur machin. On sait alors s'expliquer, on sait avoir le conseil. On a déjà cette facilité-là.

Oui souvent, j'ai déjà un réseau, oui je n'ai pas une grande patientèle, donc je n'ai pas besoin d'un grand réseau.

La première chose : on envoie à un spécialiste, sauf si c'est en urgence ou un week-end, si c'est une urgence à la garde, on va d'abord demander une expertise médicale et scientifique du confrère ; on envoie chez quelqu'un en qui on a confiance.

Mais ce réseau pouvait aussi s'appuyer sur le socle de relations plus personnelles, en raison de liens amicaux ou d'une interconnaissance remontant à l'époque où ces médecins étaient étudiants.

En fait c'est variable d'une spécialisation à l'autre. On va avoir un cas de chirurgie ; on veut tel chirurgien ; on veut absolument celui-là. On a un cas de dermato, peut-être que prendre un ami dermato... enfin, je ne sais pas

vous mais ... des grosses plaies, de la chirurgie, la cardio, la gastro, on aime bien travailler avec certains médecins, hein.

On a pris l'habitude avec le temps qui passe de travailler avec tel ou tel, par affinité, par relation personnelle, ce qui facilite la prise de contact pour un patient qui a un problème, de dire « tiens, j'ai un malade qui ne va pas bien ; j'ai tel problème ; est-ce que tu sais le prendre plus vite ? » parce qu'il y a la relation préférentielle entre tel spécialiste et la personne.

La connaissance qu'on a plus personnellement du spécialiste, je crois, est importante, et la relation qu'on a avec lui.

Il faut savoir qu'à Verviers, c'est un microcosme. La médecine générale est encore quelque chose de très convivial. Nous nous entendons relativement bien et même très bien entre confrères. Donc, il y a aussi beaucoup de communication entre médecins généralistes. On a toute une série de groupes locaux, de réunions etc., où les informations peuvent passer entre nous. Donc on peut parfois s'entraider.

On a souvent des confrères qu'on a connus à l'université et qui sont rentrés dans les services et on va travailler préférentiellement avec eux. [...] Et puis ça s'étoffe un peu parce que le confrère va peut-être devenir chef de service et il n'a plus le temps de voir les patients et c'est... [...] Il fait le relais avec des gens, et en revenir toujours aux mêmes.

Moi je travaille quasiment exclusivement, enfin pas exclusivement mais majoritairement avec la C parce que ce sont les gens que je connais le mieux, j'y ai fait le plus de stage donc je connais mieux les gens à cet endroit-là...

On envoie chez quelqu'un en qui on a confiance, parce qu'on sait qu'on a confiance dans son savoir, dans ses qualités professionnelles et dans son travail, ça je pense que c'est une chose à laquelle j'attache une grande importance.

Également, ce réseau n'était pas nécessairement constitué uniquement de médecins, mais pouvait aussi comprendre d'autres professionnels du monde médical ou paramédical. Cette collaboration se faisait plus particulièrement avec des infirmières ou des kinésithérapeutes. Il y avait aussi le cas plus spécifique des MG travaillant en maisons médicales, qui bénéficiaient en ce sens de facilités sur ces aspects de prise en charge multidisciplinaire. Néanmoins, il pouvait également s'agir d'intervenants extérieurs, sollicités en raison de leurs compétences spécifiques.

J'ai la chance, dans mon quartier, d'avoir une bonne équipe d'infirmiers. Je suis bien aidé à ce niveau-là.

Avec les kinésithérapeutes, en général, quand on en demande un à domicile, ça peut encore s'arranger. On travaille en général avec l'un ou l'autre kinésithérapeute de vos connaissances, qui a une fiabilité.

Quand j'ai une personne âgée qui rentre, je téléphone à madame B parce que je suis sûr que j'aurais le lit électrique que je veux et que j'aurai tous les services qu'il faut autour du patient sans trop me tracasser.

J'ai tout de même des numéros de téléphone sur mon GSM, donc je sonne. Pour les plaies, par exemple. Je décris la plaie le mieux possible, le moins mal possible, si elle est douloureuse, si elle ne l'est pas, et pour voir avec un intervenant spécialisé dans les plaies ce qu'il ferait.

Quand j'ai des gens qui sont seuls, là à ce moment-là, j'ai quand même recours mais c'est souvent des personnes que je connais bien. Le système des kinésithérapeutes sont là. Comme ces personnes, souvent, sont

dans des difficultés, je vais dire de motricité, il y a quand même des aides sociales et des assistantes familiales qui sont là. Et alors ça tourne, le kiné passe puis l'infirmière vient pour les soins de toilette et compagnie, la dame, l'assistante sanitaire passe également ce qui fait que ces personnes là ont tout le temps du contact.

Le travail en équipe, en général, est quelque chose qui permet le maintien à domicile plus longtemps parce qu'on, il y a un passage facilité d'informations au niveau de l'infirmière, de, parfois la diététicienne qui travaille aussi dans les centres, l'assistante sociale et donc ça permet une coordination différente qui permet d'aller plus loin.

Nous c'est plutôt facile, c'est coordonné, on repasse en réunion, l'assistante sociale est allée la revoir, elle me dit ce qu'elle en pense, elle a pris les contacts, c'est très bien. On ne fait rien, ce n'est pas médical, le kiné est allé, il me dit « Boh, elle ne marche pas très bien, je vais quand même continuer à aller la voir. » Ok très bien...

3.2 Recours à l'hospitalisation du patient âgé

3.2.1 Problématique de l'hospitalisation des personnes âgées

Outre le recours aux gériatres en mode ambulatoire, une alternative possible était l'hospitalisation de la personne âgée, permettant dès lors de faire plusieurs examens simultanément. Toutefois, cette possibilité ne semblait être utilisée qu'avec parcimonie par une majorité de MG, qui précisaient bien ne recourir à cette voie que lorsque cela s'avérait réellement nécessaire. Dans le cas contraire, ils tendaient à se distancier de ce mode de prise en charge de la personne âgée, qu'ils jugeaient par trop contraignant et porteur de possibles effets délétères pour des personnes âgées qui ne ressortaient pas nécessairement ingambes d'une phase hospitalière.

Enfin moi j'essaie toujours d'éviter au maximum les hospitalisations quand, quand ce n'est pas nécessaire.
C'est vrai qu'ils reviennent parfois moins bien que quand on les a envoyés.

C'est vrai que parfois on n'a pas d'autres solutions que de dire « finalement on va vous envoyer à l'hôpital » et puis on garde des jours et des jours, alors qu'on aurait pu régler le problème de façon, plus, plus, plus facile, me semble-t-il.

Il manque quelque chose entre les deux, entre la médecine que nous on fait et avant d'hospitaliser quelqu'un. Je trouve que parfois, on pourrait essayer déjà d'éclaircir un peu le truc ou de remédier à une situation avant de devoir hospitaliser, enfin bon.

C'est vrai qu'on est toujours un peu en porte à faux vis-à-vis de l'hôpital. Parfois, on est bien content de les avoir pour ne pas laisser les gens tout seuls. Parfois, cela ne nécessite pas tout à fait une hospitalisation et alors, une fois qu'ils sont là, cela ne nécessite pas qu'ils les gardent aussi longtemps et qu'ils soient moins bien parce qu'ils sont restés trop longtemps.

Avant l'hospitalisation, je voyais mon patient deux fois par an. Maintenant, je le vois deux fois par semaine. S'il y a un mieux, on va parvenir à « restabiliser ».

Souvent, ça chamboule tout parce qu'ils sont souvent déjà dans un état très précaire, on les hospitalise, ils restent longtemps et ils ne reviennent plus chez eux, c'est rare.

Les gens âgés, on les garde au domicile autant qu'on peut.

Toutefois, certains MG possédaient un autre point de vue sur l'hospitalisation, et y recouraient lorsque plusieurs examens différents s'avéraient nécessaires pour un même patient âgé.

Si on doit commencer à envoyer un patient à droite à gauche pour plusieurs examens autant l'hospitaliser et faire tout en même temps.

Je ne suis pas sûre qu'il y ait réellement une accélération quand on passe par l'hospitalisation, mais je pense aussi moi, je pense comme lui... Après, vrai ou pas vrai, c'est un sentiment que j'ai... je sais que ça va aller plus vite parce qu'on va mâcher un peu le problème au patient quoi...

Par ailleurs, pour une faible frange des MG interrogés, l'hospitalisation n'était pas rejetée, car elle apparaissait comme la première étape vers un placement en maison de repos (MR). En effet, à l'aune d'une visée stratégique, les hôpitaux étaient perçus comme plus à même de trouver une MR où une place était disponible pour placer un patient âgé, permettant, *ipso facto*, un gain de temps pour le MG concerné.

Je pense aussi parce qu'ils ont une grosse base de données avec toutes les maisons de repos à contacter, qu'ils ont des filons, peut être plus faciles et qu'ils savent mieux quantifier le degré d'urgence, je pense...

Le chemin pour aller vers une maison de repos est beaucoup plus rapide quand on fait une hospitalisation-revalidation-maison de repos que domicile-maison de repos... Domicile-maison de repos, c'est une catastrophe et c'est de pire en pire

Je crois que ça vous facilite déjà la vie, moi qui travaille toute seule quand je dois trouver une maison de repos pour un patient c'est la galère, hein... c'est la galère parce que généralement eux ne sont pas débrouillards pour un sou, moi, je ne connais pas toutes les maisons de repos non plus dans la région, donc c'est une des raisons pour lesquelles je passe aussi par l'hospitalisation, parce que je sais qu'il y a une assistante sociale qui va arriver sur le terrain et qui va pouvoir me faciliter la vie...

Je pense qu'une hospitalisation, ça peut être effectivement une transition vers un placement vers une maison de repos, mais ça peut être aussi, bon ben, un moment où le conjoint se repose et où il y a une structure nouvelle qui se remet en place à domicile, où enfin des patients âgés acceptent de l'aide.

On se sert de l'hôpital pour, euh, les mettre en maison de repos mais est-ce que c'est vraiment une belle instrumentation de la gériatrie ?

Bien sûr que non ! Ça c'est sûr que non mais en attendant on n'a pas d'autre solution...

C'est ça quoi et c'est bien pratique, on est d'accord...

3.2.2 Représentation de la gériatrie des patients âgés

Certains des MG interrogés évoquaient également la représentation que possédaient leurs patients des services de gériatrie. Celle-ci était plutôt négative, notamment car cela induisait l'idée que ces individus avaient atteint un âge avancé, ou encore que cela s'apparentait à des « mouvoirs ». Les patients en question émettaient, en ce sens, une résistance à être hospitalisés au sein de ce type de service.

C'est avouer qu'ils sont vieux. Le nombre de fois, quand je dois hospitaliser quelqu'un, où il me dit : « ne me mets pas en gériatrie ». Ce sont des personnes de 80, 85 ans.
Je me débrouille pour les faire admettre dans un autre service.

Ils croient, qu'au service gériatrie, on ne va pas faire grand-chose. Il y a une image : on ne va pas faire « tout ce qu'il faut » par rapport à un autre service.

Est-ce qu'on réussira à dire : « on vous amène un gériatre pour vous donner des conseils... »
Elle vous dit : « mais, je ne suis pas vieille, moi ! »

Mais je crois qu'il faut changer le visage des maisons de repos mais ce n'est pas de l'action du médecin, du généraliste que ça peut venir ou, ou des maisons médicales ou quoique ce soit... Mais changer le visage de, et la conception de ce que ça est d'aller dans une maison de repos. [...] Je crois que le fait de changer les dynamiques et de changer dans l'esprit des gens que ce ne sont plus nécessairement des mouvoirs, il ne faut jamais dire aux gens qu'ils vont au V par exemple, ça, c'est une catastrophe absolue.

Moi, je veux bien qu'on change l'image mais bon elle est quand même parfois très juste, hein. Ça dépend comme ça se passe, euh...
Ah oui mais il faut changer ce qui se passe là, à l'intérieur...

3.2.3 Hôpital de jour comme alternative à l'hospitalisation

En lien avec l'opinion majoritairement répandue chez les MG concernant l'hospitalisation – en tant que solution de dernier recours uniquement –, ces médecins tendaient parfois à utiliser l'hôpital de jour. Celui-ci leur paraissait être un compromis satisfaisant, permettant tout à la fois de bénéficier des possibilités d'examen offertes par une structure hospitalière sans « arracher » les personnes âgées de leur domicile pour autant. Cette solution intermédiaire était ainsi évoquée par une partie des MG, même si elle ne semblait pas parfaite.

Je trouve que l'hôpital de jour c'est bien aussi, mais c'est parfois un peu difficile à mettre en place, je trouve. Autrement, cela part du même esprit.

L'hôpital de jour ; alors ce truc-là c'est souvent ce que je fais, mais ce n'est pas toujours l'idéal.

On n'utilise quand même pas des masses l'hôpital de jour. Ca peut arriver mais...

Ca arrive.

C'est vrai qu'il peut y avoir un aspect très pratique. Si on s'arrange longtemps à l'avance, notamment avec la clinique Saint Joseph, on peut avoir le même jour plusieurs examens pour une personne âgée et on aura tous les résultats et il reviendra chez nous, il ne sera pas rappelé 8 jours après.

Je sais que ça existe, mais je ne l'utilise pas assez...

Néanmoins, comme le laissent transparaître les *verbatim* précédents, cette solution n'était pas non plus une panacée. Elle revêtait aussi des difficultés, notamment en raison du temps de latence nécessaire pour obtenir un rendez-vous pour réaliser les examens.

Mais, c'est parfois difficile : il faut téléphoner au médecin ; il faut attendre qu'on vous réponde ; qu'on prévoise..., il faut qu'il voit le patient une fois pour programmer tous les trucs. Et je trouve que parfois, c'est parfois un peu difficile à mettre en place rapidement, quoi, enfin, moi je trouve.

Moi, j'ai plus de difficultés. Il faut parfois des semaines avant que tout cela ne soit mis au point. Alors cela paraît parfois un peu long pour les patients aussi. Finalement, ils disent : « il faut aller à l'hôpital faire tous les examens ».

L'hôpital de jour c'est ... On prend ça en externe, on fait une série d'examens, puis le mardi, puis le mercredi... Je pense... enfin c'est ma vision du truc, c'est des... et donc parfois c'est plus difficile pour moi de prendre la décision de faire déplacer chaque fois les gens qui ne sont pas en super bon état plutôt que se dire, bon, aller, vous déménagez à l'hôpital et vous restez dans une structure...

3.3 Caractéristiques des collaborations avec les gériatres, selon les MG

3.3.1 Relations interpersonnelles

Les relations qui unissent MG et gériatres ne semblaient pas caractérisées par une grande confiance ; au contraire, c'était plutôt le ressenti d'un manque de respect de la part de ceux-ci envers ceux-là qui marquait le sceau de ces relations. En ce sens, les MG avaient souvent la sensation que les gériatres ne tenaient pas compte de leurs remarques ou des examens déjà faits, tendant davantage à phagocytter la prise en charge des personnes âgées qui leur avaient été adressées.

C'était une dame que j'avais envoyée, une dame de soixante et des ans ; et alors elle a une cirrhose. D'abord, elle est hospitalisée à C, puis C ne sachant la garder plus longtemps, au V en gériatrie. J'avais pris des nouvelles régulièrement, puis un jour, on me téléphone : « dites, votre patiente, il faut vraiment s'acharner ? ». Que voulez-vous dire par là ? En fait, pour eux, elle allait mourir. Mais c'est une dame qui ... bon, elle avait une décompensation de sa cirrhose, d'accord. Mais ils ne voulaient plus rien faire.

C'est un monsieur, grosse température presque 40, qui vit seul, en chaise roulante. [...] Obligation de l'hospitaliser pendant quelques jours pour qu'il soit bien soigné. J'avais dit au patient : « si tout va bien, mardi

ou mercredi, vous sortez ». Ils l'ont gardé 15 jours et un jour, je reçois un coup de fil du spécialiste qui me demande si c'est vrai que ce monsieur a déjà eu une ponction lombaire dans le cadre de son problème neurologique. [...] Ils étaient en train de recommencer tous les examens pour mon patient, qui s'est fâché. C'est pour cette raison que le responsable de salle m'a téléphoné, pour avoir une explication. J'avais pourtant insisté pour qu'il soit pris en charge dans le cadre de... et je ne demandais rien d'autre.

Il faut bien distinguer la médecine spécialisée ambulatoire avec des médecins qui travaillent peu ou moins à l'hôpital, hein, qui ont une consultation privée, ça, ça ne pose jamais aucun problème et la médecine hospitalière où, finalement, là on n'a plus la main sur nos patients, quoi.

Quand on envoie chez le dermatologue, son expertise fait qu'il trouve la maladie, il met le traitement et puis il nous renvoie le patient, on aimerait bien avoir des gériatres comme ça qui répondent à nos questions, mais qui ne diraient pas : « voila c'est devenu mon patient ; je fais tout du gros orteil jusqu'au cœur, etc. » et on n'a pas ça, hein, on n'a pas un gériatre à qui poser éventuellement une question spécifique.

Moi, j'ai toujours très peur qu'ils aillent en gériatrie parce que consommation à nouveau, on va leur faire une densitométrie osseuse et des tas de trucs qui sont déjà faits à domicile. Mais on ne contacte pas le médecin traitant et on enclenche.

On peut le résumer clairement, hein : on n'a pas autant confiance dans le gériatre que ce soit celui de l'hôpital ou un autre, un gériatre local ou dans la province comme on a confiance dans le cardiologue chez qui on va envoyer, le gastroentérologue chez qui on va envoyer. On est toujours méfiant : « qu'est-ce qu'il va nous faire, ou va-t-il s'arrêter ? »

On se demande pourquoi ils ont fait passer autant d'examens au patient... enfin c'est un peu une critique habituelle mais c'est le, c'est Walibi quoi ! Alors on se demande pourquoi autant d'examens alors que le motif d'hospitalisation était au départ ciblé sur un problème clair.

Je viens encore de vivre le cas : une personne qui est entrée pour un problème bien défini ; il s'est retrouvé avec tout un tas d'examens complémentaires, même pas complémentaires, on se demande pourquoi ils ont fait ces examens là ; je retrouve un patient en mauvais état par rapport à celui que j'ai adressé au service de gériatrie.

Les MG considéraient, par ailleurs, que les gériatres méconnaissaient souvent les patients, et n'avaient qu'un jugement général, sans lien avec la situation effectivement vécue par les principaux intéressés, à l'inverse des MG, qui estimaient mieux connaître le quotidien vécu par ceux-ci.

Parfois, on a l'impression que les spécialistes ne se rendent pas compte... On envoie le patient ; il n'est pas bien, mais nous, on sait comment il était 15 jours avant. On sait qu'il savait marcher. Et puis, on leur envoie et ils ne le voient pas bien. Ils disent : « il va beaucoup mieux ». Vous allez lui rendre visite et il est vraiment moche, il n'est vraiment pas bien.

De nouveau, en hospitalisation, ils vont faire tourner par 25 spécialistes différents parce que, justement, il n'y a pas un seul qui coordonne ton malade et regarde tes examens de sortie : ils sont passés par toutes les machines, moi, je suis désolé, alors que ce n'est pas toujours nécessaire, surtout chez les personnes âgées.

Le gars de 93 ans qui tombe et je vais lui demander ce qui s'est passé. « Mon genou », il a eu une arthrite, il est tombé, il a mal au genou. Je l'envoie. Quinze jours minimum. [...] Je crois qu'il n'y a pas beaucoup de respect de la personne âgée non plus et en fin de vie, ici, c'est nul hein.

Il n'y a pas beaucoup d'éthique propre à la personne âgée, pas beaucoup de respect. On a des spécialistes qui sont brillants mais je ne suis pas sûr qu'ils aiment les vieux.

J'hospitalise quand même en gériatrie une personne tous les mois ou tous les 2 mois à C chez madame S que j'aime bien ou à J, je décris le milieu de vie. Je décris ce qu'ils sont capables de faire. Ce qui est désolant, c'est qu'on n'en tient souvent pas compte. Alors que c'est pourtant des gens, des spécialistes avec qui je travaille régulièrement. On est quand même fort laissé souvent pour compte.

Néanmoins, les MG soulignaient l'importance de travailler avec des spécialistes avec lesquels une relation de confiance s'était instaurée, qui favorisait d'autant la qualité de la prise en charge du patient.

Comme pour la relation interpersonnelle médecin malade, tu dois avoir de bonnes relations interpersonnelles avec le spécialiste : tu travailles mieux quand tu es dans une relation de confiance, que tu as discuté, tu as le GSM du spécialiste, tu peux le joindre.

On n'existe pas en tant que personne et ça, ça me gêne un peu, on reste, on se cache derrière une fonction, derrière une blouse blanche, il faut, il faut qu'il y ait un contact personnel aussi, c'est à ça que sert le téléphone quoi...

Le fait de, que les médecins puissent mettre une tête les uns sur les autres facilitent les contacts ultérieurs... «Ah oui, je me souviens et blabla... » Et là ça passe tout de suite mieux, ou sinon on est anonyme, d'un côté comme de l'autre. Je crois... et donc le fait qu'il y ait sur une base périodique aléatoire, parce que c'est peut être au gré des hospitalisations, des vrais contacts de médecin à médecin aide les collaborations ultérieures.

3.3.2 Transmission d'informations

En lien avec les éléments qui précèdent, la transmission d'informations entre les lignes de soins apparaissait comme une autre pierre d'achoppement complexifiant d'autant la collaboration entre MG et gériatres. En effet, cette transmission d'informations était le plus souvent présentée comme mauvaise. Néanmoins, cela variait en fonction des services et des structures hospitalières, rendant malaisée toute généralisation en la matière.

Parfois, il faut sonner 36 fois pour savoir s'ils sont toujours là.

Toujours un bon retour... je pense qu'on a toujours un bon retour... Je trouve qu'ils sont assez communicatifs et que ça se passe bien.

Je trouve que quand c'est vraiment gériatrie gériatrie, ils sont quand même plus communicants, ils ont un aspect, enfin une prise en charge qui est plus centrée sur la gériatrie que sur la personne, de façon générale, ils sont plus communicants. Il y a une coordination qui est meilleure.

Et même le médecin référent à l'hôpital, on a téléphoné à Dupont, à Durant, pour prendre en charge notre patient, mais on voit bien que ce n'est pas Dupont ou Durant qui le suit pendant les 15 jours, quoi.

Nous, on a vécu le cas ensemble, hein, Philippe, d'une personne qu'on découvre diabétique à l'hôpital et qui revient sans son insuline parce que la feuille de liaison infirmier n'avait pas suivi et il n'y avait pas de feuille de traitement en plus. C'est parce que la famille a dit : « ah ben tiens, à l'hôpital, elle avait des piqûres » que l'infirmière chef a téléphoné et que ça s'est arrangé, mais voilà !

Dans 50% des cas ça se passe bien hein. On a dit qu'il fallait une feuille de liaison....
Mais c'est fort variable d'un service à l'autre.

En hospitalisation, il y a des services qui jouent bien le jeu et qui renvoient les rapports mais il y a des services où c'est exécrable. Notamment, des services comme la chirurgie.

Moi, j'ai eu une patiente qui a été hospitalisée pour chute avec tassement vertébral. Donc je l'avais sur l'ordinateur et puis, plus rien. Elle n'est plus dessus.

Elle est morte, alors.

Alors, tu sais, c'est à ça que je pense. Mais je vais chez la voisine qui n'a rien entendu, qui ne me dit rien. Je téléphone au service : ça ne leur dit rien. Ils ne savent pas de qui il s'agit. On me dit : « elle est peut-être en revalidation » et en fait, elle est passée en maison de repos ! Mais, elle a disparu et je n'ai jamais reçu de rapport du chirurgien qui l'a vue : elle a disparu.

C'est rarissime quand je reçois un coup de fil pour me donner des nouvelles d'un patient ou d'être invité à une réunion qui se fait au sujet du cas du patient. Ce week-end-ci, j'ai envoyé deux lettres à deux médecins qui s'occupaient d'un patient pour essayer de les rencontrer tous les deux ensemble, pour essayer d'en sortir de ce problème-là. [...] On est bien souvent, il n'y a rien à faire, il faut qu'on soit intrusif dans la relation avec l'hôpital.

Je n'ai pas l'impression qu'il y ait spécialement un lien qui... [...] Je n'ai pas cette sensation-là. Voilà, le patient revient sans qu'il y ait vraiment un souci d'explications ou de continuité des soins dans le sens où ça a été fait à l'hôpital ou en coordination au préalable. Je n'ai pas ce vécu-là, voilà.

C'est vrai que en terme de transmission de l'information donc on a le mot classique ou le coup de téléphone c'est, on ne peut pas s'en passer mais c'est vrai que parfois ça passe à la trappe, on ne sait pas où est le mot de liaison ou alors le contenu du coup de fil parce que il n'est pas noté forcément dans le dossier et donc il n'y a pas une transmission alors qui reste dans le dossier pour ce patient-là.

À la sortie, oui, généralement on reçoit tout un dossier parce que en gériatrie c'est vrai qu'ils ont une prise en charge globale et heureusement, mais ils n'arrivent pas à résumer ça de manière claire et précise.

Il était aussi fait état de retours au domicile non anticipés (ou encore lorsque les patients sont envoyés en maison de repos), où le MG était prévenu au dernier moment, devant alors bousculer son emploi du temps en conséquence.

Cela dépend un peu d'un hôpital à l'autre, d'un service à l'autre. C'est fort inégal. J'ai connu un retour à domicile sans aucun papier, sans aucun renseignement, sans savoir ce que l'on avait fait. Puis, c'est une semaine après que je reçois, dans mon courrier, les documents. Par contre, il y a d'autres services où le patient sort avec son rapport en main directement.

Ah, ça je peux dire que je l'ai eue mauvaise quand à 5h j'ai eu le coup de fil pour aller faire les ordonnances, purée... juste avant ma consult', ça veut dire qu'après ma consult'- non merci- faut aller se taper à la maison de repos... [...] Ça tu leur en veux à ce moment-là, tu as envie de les appeler, leur dire « bande de laids ! »

On n'annonce pas systématiquement la sortie du patient. Parfois, on doit téléphoner « Tiens, le patient, il sort quand ? », « oh, en principe, fin de semaine ». Le mercredi ou le jeudi ils sont là à midi chez eux ou midi et demi et on n'était pas au courant.

On a parfois l'impression d'essayer de faire des efforts pour transférer un maximum d'informations mais c'est vrai que, dans le sens retour, quand les gens reviennent à la maison, etc. ce n'est pas systématique.

Moi ce qui me pose problème, ce sont les sorties des patients. Qu'on fait parfois sortir le vendredi à 2h de l'après midi avec une ordonnance comme ça et puis qui vous appelle à 5h en disant « je ne comprends rien à mes médicaments », ils sont tout perdus chez eux. Donc, il faut y aller le vendredi après les consultations, il est 9h du soir. [...] La sortie, c'est malheureusement, je trouve, souvent mal organisé.

Oui, je trouve que la sortie c'est parfois un petit peu étonnant.

Moi le reproche que je leur fais de temps en temps, par contre, c'est quand ils sortent d'hospitalisation, qu'ils vont direct en maison de repos mais ils lâchent dans la nature, voilà il est vendredi après-midi à 17h, ils arrivent en maison de repos et il faut rappliquer dare dare parce qu'ils sont sans ordonnance, sans papier sans rien et on se demande ce qu'ils viennent faire dans la maison de repos quoi.

3.3.3 Organisation du travail des services de gériatrie

Le fonctionnement des services hospitaliers n'était pas non plus sans conséquence sur la manière dont sont prises en charge les personnes âgées. En ce sens, l'une des caractéristiques qui ressortait ici était un roulement dans les médecins spécialistes chargés de la prise en charge des personnes qui leur étaient adressées. Dès lors, il était difficile, pour les MG, de trouver le bon interlocuteur, celui à même de les renseigner sur la prise en charge effective de leur patient.

Parfois, ce n'est pas de leur faute non plus. On leur envoie un patient ; ce n'est pas toujours les mêmes médecins ; cela change.

Il arrive fréquemment qu'on hospitalise quelqu'un qu'on retrouve non pas chez le spécialiste auquel on l'a envoyé, mais chez l'assistant qui vient de sortir de l'université qui nous donne un traitement absolument ingérable quand la personne revient à domicile.

Maintenant, ça change tout le temps que vous soyez en pneumo ou en cardio ou en gastro et finalement on manque de référence, en hospitalisation. Il n'y a pas un médecin référent pour votre patient. Et ça, je pense qu'il y a de plus en plus de médecins qui se plaignent, de plus en plus de patients qui se plaignent et les retours à domicile ou dans les maisons de repos se marquent très fort.

On ne sait même plus qui tourne, ils ne savent même pas, ils se partagent. J'ai vécu cela encore la semaine passée, ils se partagent des demi-salles et ils ne savent pas qui tourne de l'autre côté de la salle alors que c'est le même couloir. Quand vous posez une question, ils disent « ah mais je tourne aujourd'hui, mais hier, ce n'était pas moi, ça fait quatre jours que je ne tourne pas ». Donc, ils ne sont même pas au courant du cas de votre patient.

Parfois il y a un manque de coordination entre l'assistant ou les assistants, ils sont parfois plusieurs de salle, et le titulaire, le senior quoi, euh, soit le chef de service ou un autre hein, mais et donc ils ne sont parfois pas au

courant de ce qu'on a dit, de ce qu'on a demandé. [...] Donc, quelque chose qui est intéressant c'est qu'effectivement, on sache qui travaille, qu'on puisse nommer les assistants et qu'on puisse avoir quelque chose de très clair dans ce qu'on a dit et que ce soit dans le dossier.

Pour autant, l'un des MG reconnaissait également que s'il n'existait qu'un seul gériatre pour l'ensemble d'un service, la communication n'en serait pas plus simple pour autant.

Parfois, le gériatre est plus pressé que le médecin généraliste. Ils n'ont pas toujours le temps non plus de consacrer une demi-heure de temps au téléphone. Et si on multiplie, je vais dire, 25 personnes hospitalisées par 10 minutes par médecin, le gériatre aura passé sa vie au téléphone aussi, donc !

Cette absence d'un seul médecin référent pour un patient complexifiait aussi la prise en charge des patients, puisque des traitements pouvaient se surajouter à ceux déjà existants, ou bien encore des décisions antagoniques pouvaient alors être prises.

J'ai encore vécu le cas tout à l'heure où je suis arrivé dans une maison de repos où le médecin qui a signé le bon de sortie de mon patient n'avait pas fait d'ordonnance. Or, il y avait des injections de Clexane notamment et les infirmières se trouvaient sans injection alors que c'est un traitement qui ne peut pas être interrompu. Ça ne va pas. Et donc, ils se déresponsabilisent à partir du moment où il n'y a pas quelqu'un qui est responsable du patient hospitalisé.

Maintenant, je veux bien comprendre aussi qu'ils ont leur consultation, qu'ils ont leur boulot en dehors de l'hôpital et qu'ils ont moins d'assistants aussi apparemment dans certaines spécialisations et donc qu'ils s'organisent comme ça. Mais, moi je trouve qu'il y a une perte de qualité, enfin c'est mon ressenti, et c'est tout récent.

C'est vrai que plus tu vas vers les hôpitaux universitaires, parce que la masse d'étudiants et d'assistants a diminué donc tout a été ré-aspiré au niveau universitaire et quand tu vas vers ces services-là il y a un turn-over beaucoup plus important, même tous les 6 mois etc. ce qui peut impliquer des difficultés de suivi, même, en particulier, pour les personnes âgées qui peut sur une, parce que c'est, il y a une espèce de chronicité qui s'installe pour les personnes âgées, donc le fait d'avoir des turnovers au niveau des gériatres ou des assistants c'est problématique pour eux comme pour nous au niveau de notre transmission d'information .

Également, les différences d'organisation entre les structures – que ce soit entre structure hospitalière et MR, ou les MR entre elles – engendraient également des conséquences délétères pour les patients, qui se trouvaient pris entre ces organisations contradictoires. Cela se manifestait notamment lors de la sortie de l'hôpital du patient, où des problèmes de coordination se faisaient alors ressentir avec les maisons de repos ou les MG.

Il y a des maisons de retraite où les infirmières préfèrent que les patients rentrent le matin et il y a des maisons de retraite où, aussi pour des raisons d'organisation du travail, elles préfèrent que les patients rentrent l'après-midi. Il y en a qui préfèrent le jeudi et d'autres le vendredi. Là, c'est un peu...

On a envie de dire : « les infirmières, arrangez-vous entre vous avec les infirmières chefs de l'hôpital, dans le service où se trouve le patient ou la patiente, arrangez-vous avec eux pour la rentrée ».

3.4 Compétences « gériatriques » des MG et des gériatres

3.4.1 Rôle attribué aux gériatres par les MG

En premier lieu, les MG imaginaient le gériatre comme étant un spécialiste capable de s'occuper d'un problème précis, qui justifiait ainsi le fait de lui adresser un patient âgé. Cette compétence spécifique s'articulait souvent, dans l'esprit des MG, autour des questions de démence et des maladies liées au vieillissement.

C'est plus un genre de consultation genre psycho-gériatrie ou au P pour une mise au point de trucs ainsi ou des troubles de la mémoire. Mais bon, c'est vrai que ça se limite fort à ça finalement.

Moi, c'est plus fort quand il y a un problème de début démence ou quoi pour avoir une consultation vraiment spécialisée, pour un bilan osseux.

Le gériatre, je le vois plutôt orienté à partir du moment où on se trouve avec des problèmes plus déjà dans la lignée démentielle, dans la lignée Alzheimer soit tout simplement dans les troubles mnésiques débutants.

Le gériatre est plus positionné dans un problème de psycho-gériatrie, dans des problèmes de démence qui apparaissent. On peut vous conseiller sur la conduite à tenir et l'organisation de vie et de traitement.

Mais il apparaissait également comme un spécialiste à même de poser un diagnostic et d'initier un traitement, lorsque le généraliste estimait que sa seule compétence ne suffisait pas.

Pour moi, le gériatre va aider au point de vue du diagnostic pour trouver une solution, mais son travail doit s'arrêter là.

Moi dans mon idée, c'est vraiment quand c'est un problème que je ne parviens pas à régler moi-même ou qu'il faut des analyses supplémentaires.

Le gériatre, c'est plus quelqu'un à qui on s'adresse ponctuellement pour un problème bien précis.

Avoir des réponses aux questions qu'on pose, on envoie pour quelque chose de bien précis, on veut une réponse précise.

On hospitalise plus parce que, justement, on ne peut pas initier nécessairement des traitements. Même quand on les initie, si on pouvait les initier, on n'a pas suffisamment, à moins que de faire de la médecine gériatrique mais pas comme généraliste, on n'a pas suffisamment de cartes que pour avoir une parfaite opinion, un parfait jugement de la situation. C'est à ce moment-là que le gériatre devient intéressant pour nous.

Dans cette mesure, le gériatre apparaissait, pour ces MG, comme un expert auquel il était possible de se référer face à une situation problématique où un avis spécialisé s'avérait nécessaire.

Je pense qu'ils ont des avis, enfin des connaissances de la personne âgée, des avis que je n'ai pas, des choses auxquelles on ne pense pas dans des pathologies.....Médicaments contre-indiqués, les examens qu'ils pensent les plus adéquats, qui sont les moins... qui rapportent le plus de renseignements tout en étant les moins difficiles pour le patient à passer.

Avoir recours au spécialiste vraiment quand je suis face à un problème où il me faut prendre un autre avis.

Pouvoir répondre à des questions auxquelles on ne sait pas répondre à domicile en ambulatoire brutalement en aigu, quoi.

On a tous des patients où on a trop de médicaments. Tu fais quoi avec tes patients qui ont 20 médicaments ? Tu n'en as pas beaucoup, d'accord mais en attendant, tes patients, ils ont plein de médicaments. Comment est-ce qu'on va réduire ça ? Est-ce qu'on ne pourrait pas avoir un avis spécialisé d'un gériatre qui dirait « bon ça, à son âge ».... [...] On voudrait bien avoir l'avis d'un gériatre quand même.

Un gériatre peut être intéressant dans la mesure où il fait une synthèse du problème.

Je crois qu'on aura plutôt recours au gériatre quand, nous, on est un peu en panne. [...] Vraiment quand on ne sait plus quoi faire, on va se dire « Tiens si on pouvait avoir un avis... ».

Effectivement, quand on arrive plus vraiment à savoir ce qu'on doit faire, on sait qu'hospitaliser, ce n'est jamais bon, donc à ce moment là, avoir l'avis.

Moi je pense que c'est plutôt pour une mise au point d'une situation complexe et intenable à domicile, quand on n'arrive plus à gérer. [...] C'est vraiment quand on arrive plus à s'en sortir tout seul quoi... qu'on a besoin d'aide extérieure.

Mais l'avis du gériatre est tout de même utile. Il a tout de même une lecture de la pathologie, une approche différente. C'est toujours intéressant quand même.

3.4.2 Problématique de l'articulation des compétences entre MG et gériatres

En dépit des éléments qui précèdent concernant le rôle des gériatres, les MG avouaient également une certaine méconnaissance du rôle et de la ressource exacte que pouvaient constituer ces spécialistes vis-à-vis de leur travail. En ce sens, leur spécificité apparaissait avoir des contours assez flous.

La fonction de gériatre je pense que, ou elle est à définir ou nous ne l'avons pas très bien comprise mais nous, on n'en voit pas très bien l'utilité.

Tu te poses souvent cette question : « Tiens, je voudrais bien poser une question à un gériatre » ou bien pas quand même fréquemment ? Honnêtement, je ne sais pas si je me pose une fois l'année cette question-là.

Est-ce que les gériatres ne sont pas des internistes qui sont ...je pense à un pneumologue qui a fait plus de gériatrie ou un cardiologue...je ne sais pas s'il y a vraiment une spécialisation en gériatrie, oui ?

Il faut qu'on nous précise, peut-être, ce que le gériatre peut nous donner. [...] Quelle est la réponse qu'on peut espérer trouver ? Le cardio, on le sait, le gastro, on le sait mais le gériatre !

En conséquence de ce flou, les MG manifestaient une certaine méfiance vis-à-vis des gériatres, car ils craignaient que ces derniers ne s'accaparent leur patientèle âgée, tout en effectuant une prise en charge semblable à celle que les MG eux-mêmes pouvaient proposer. Dès lors, ces derniers se demandaient si les gériatres avaient réellement des compétences spécifiques leur permettant de se différencier d'eux, et justifiant ainsi de faire appel à ces spécialistes.

Mais c'est vrai qu'on a du mal à imaginer le rôle du gériatre, parce qu'on ne voit pas ce qu'il va nous apporter de plus, par rapport à notre pratique, c'est ça le problème.

Nous sommes gériatres nous-mêmes, hein, donc on ne voit pas pourquoi... On est capable de gérer nos patients jusqu'à l'hospitalisation et le reprendre après l'hospitalisation. Donc, pour moi, le gériatre en médecine générale, ce n'est pas sa place, je suis désolé.

Mais ici, tel qu'on en parlait, un gériatre qui ferait tout, non, c'est nous ça hein...

Le gériatre sera là pour contrôler et synchroniser peut-être tout, que le patient soit bien pris en charge et qu'il y ait un référent mais c'est pas lui qui va faire les examens.

Un service de gériatrie, ben c'est un service de maison de repos à l'hôpital quoi avec un médecin qui prend les rendez-vous pour aller faire le scanner, pour aller chez le cardiologue.

Dans cet ordre d'idées, certains MG poussaient leur raisonnement jusqu'à effectuer une comparaison de la gériatrie avec la pédiatrie, qu'ils considéraient toutes deux comme des branches de la médecine spécialisées dans une classe d'âge particulière, et constituant en ce sens une sorte de « concurrence » face à la médecine générale.

A partir du moment où les pédiatres s'intéressent aux enfants jusque 25 ans et les gériatres vont s'intéresser à partir de 50 ans, qu'est-ce qui va nous rester ? Les gens en bonne santé ! Je crois qu'il faut un peu garder les pieds sur terre et que tous ces beaux projets, c'est bien beau, mais il faut rester sur le terrain et que le médecin généraliste est à la fois, est capable de s'occuper d'un bébé jusqu'à une personne de 90 ans hein.

Moi j'ai une patiente aussi, mais qui est très centrée sur sa personne [...], qui va chez le gériatre un peu comme certains parents, bon, vont chez le pédiatre en première ligne et le pédiatre fait la même chose que nous... et c'est vrai que c'est un peu curieux parce que la gériatre s'occupe de cette patiente comme moi je fais.

Mais pourquoi une même personne ne pourrait pas faire le travail ? Finalement, en créant la gériatrie, on a le même problème qu'avec les pédiatres. Les pédiatres ont pris une grosse partie, moi ça en tant qu'homme, c'est comme ça que je le vis, je n'ai presque pas d'enfants. Ils courent tous chez le pédiatre.

Cette idée de concurrence concernant la prise en charge des patients âgés était également reprise par d'autres MG.

Nous avons besoin d'un service de gériatrie d'hospitalisation mais on n'a pas envie d'avoir une gériatrie invasive qui vienne nous ... commencer avec... avec le côté très structurel où finalement, dès qu'on a atteint un certain âge, on n'a plus besoin de médecin généraliste, on va chez le gériatre. Ca nous fait peur, ça nous agace d'ailleurs. On a déjà un frein rien qu'à ça.

C'est le monstre du Loch Ness qui ressort chaque fois, hein, du gériatre qui ... et qui deviendrait le médecin traitant du patient hein.

Donc, on fait beaucoup de gériatrie. Peut-être pas très bien non plus, il y a peut-être des choses qu'on pourrait améliorer si on avait le conseil du gériatre mais, de nouveau, est-ce qu'il ne va pas phagocyter le patient qui nous échappera aussi ?

On connaît plein de choses que le gériatre ne connaît pas. [...] Oui, toute la famille, comment ça se passe, ...

Moi j'ai un, enfin, une famille mais ce n'est pas représentatif du tout... euh... ce sont des gens, enfin, un couple de patients qui ont plus de 80 ans tous les deux, qui ont quelques problèmes gériatriques, ils sont forts anxieux et centrés sur leur personne, hein, ils sont demandeurs et ils vont eux-mêmes chez le gériatre régulièrement. C'est, c'est plus du consumérisme médical, un peu exagéré, à mon sens... donc là, il y a clairement un... [...] Oui c'est un peu ça, un double emploi...

Je n'aurai jamais l'idée d'envoyer un patient consulter un gériatre par exemple... Parce que j'estime que ce qu'il fait est la même chose que moi, donc... euh... jamais je, enfin, ça ne m'est jamais passé, ça ne m'a jamais traversé l'esprit...

3.5 Spécificités de la prise en charge des personnes âgées

Les MG faisaient état d'un certain nombre de problèmes afférant à la prise en charge des personnes âgées, pour des raisons ne se limitant pas, *stricto sensu*, aux aspects médicaux de la prise en charge.

La prise de traitement pouvait s'avérer problématique. Les changements de médicaments ou encore la confusion dans la pharmacopée pouvaient être néfastes pour ces patients.

Moi je pense qu'avec les patients gériatriques, les patients âgés, mon gros souci c'est la confiance que je peux avoir dans la personne âgée dans la façon dont elle prend le traitement parce que, un des gros problèmes qu'on a, c'est... il n'est pas pris, ou il est trop pris, il n'est pas pris à la bonne heure.

À domicile, c'est quand même un des gros soucis puisqu'on a des chutes et on a des soucis de...
Je vais dire plutôt traumatiques parce que justement on n'a pas bien pris son traitement ou n'a pas fait ce qu'il fallait de façon raisonnée, quoi.

On leur donne les médicaments en vrac dans un petit sachet. Ils ont 50 Asaflow®, deux Renitec®.

Et puis, ils sortent la feuille avec leur sachet, « qu'est ce qu'il faut faire ? ».

Le problème, c'est que les comprimés sont découpés alors on ne sait même plus si c'est un Renitec® ou autre chose qui est découpé et alors tout ça dans une boîte est mis en vrac, comme vous dites. Alors, là-dedans il faut faire son shopping, faut s'y retrouver.

Et eux, ont peur, ils ne comprennent pas puisque à l'hôpital, on leur donnait leurs cachets, « Aller hop, tenez, buvez ! » et puis, ils se retrouvent avec leur petite feuille.

Même la lecture de la feuille, matin-midi-soir. Un cachet c'est 20mg, ils doivent en prendre 10, ben on leur dit 10mg mais pas qu'il faut le couper en deux.

Moi, je prescris assez volontiers les génériques. Je prescris un générique et puis hop, on rend au patient un médicament, une boîte de 100 comprimés d'un coup qu'on est allé chercher. « Qu'est ce que c'est ça ? ». « C'est le même que l'autre ». Ce n'est pas évident du tout. Parce qu'en fonction de l'avancée en âge, et bien, les gens, ils sont habitués à quelque chose et pas une autre.

Si tu n'as pas une certaine stabilité au niveau des médicaments, c'est compliqué de faire comprendre ça aux personnes âgées... ils sont beaucoup plus susceptibles de se tromper etc. parce qu'il y avait le trouble mnésique, de vue ou que sais-je... donc les erreurs dues à des doubles prescriptions et mal prescription et tout ça c'est un problème.

De plus, les problèmes d'autonomie ou de désorientation de ces personnes constituaient des difficultés supplémentaires pour une prise en charge adaptée en maison de repos ou dans les structures hospitalières.

Quand on envoie dans une maison de retraite un patient gériatrique, c'est un patient souvent fragilisé, c'est un patient dépendant et à l'autonomie réduite et ce qui est aussi sujet à problème, quand on le réfère à un service hospitalier ou à une consultation ponctuelle, c'est la prise en charge de ce caractère fragile, dépendant et diminué de la personne âgée.

À partir des MRS, ce sont les désordres cognitifs et les désordres psychiatriques qui, là, sont malheureusement très peu pris en considération. Hein, tous les problèmes de désorientation, on est souvent très démunis parce que là, on n'a pas de structure référente.

Les difficultés pouvaient s'avérer également d'ordre matériel, concernant alors des difficultés de déplacement ou des délais d'attente importants pour obtenir certains examens.

Au niveau transport, pour les personnes âgées, parfois c'est un problème. On hésite à les faire aller... Il faut un voisin, une voisine...à la limite, se proposer soi-même...un truc qui soit mis en place.

Les problèmes sont plus importants avec les personnes âgées ; c'est plus difficile à organiser.

Les personnes âgées sont très bien chez elles, alors pourquoi tout changer ?

Une autre difficulté concernait le refus de ces patients âgés d'être hospitalisés, de quitter leur domicile, malgré un encadrement à domicile que les MG jugeaient insuffisant, complexifiant d'autant leur travail.

Personnellement, je me sens plus démunie au domicile parce que, en maison de repos, on sait qu'il y a une équipe derrière.

Au domicile, on est parfois amené à recourir à l'hospitalisation parce qu'on n'a pas cette surveillance donc on est vraiment démunie quand on est avec le domicile, sauf s'il existe déjà une structure, une infirmière qui passe et des choses comme ça, on est déjà un peu rassuré mais il y en a qui ont peu de famille voire pas de famille, qui sont vraiment tout seuls et chez qui ce genre de structure n'est pas toujours mis en place, donc, c'est là que ça nous prend du temps et qu'il faut pouvoir assurer ou alors on a recours à l'hospitalisation...

C'est l'encadrement spécifique de la personne âgée par rapport à ses repas ... Il y a un refus aussi, je trouve, hein. « Non, je sais bien me laver » mais oui madame à 95ans, on sait se laver les pieds, c'est facile! » « Non, non, je ne veux pas de télévigilance » « je me débrouille pour mes repas » on ouvre le frigo et il n'y a rien. Il y a une réticence, hein. C'est parfois long pour les convaincre, il faut revenir sur le sujet, gentiment...

Ça dépend un petit peu des familles que l'on soigne. Ça dépend également quand on parle de la gériatrie, il y a le patient et il y a souvent la famille du patient. On va peut être entrer dans le détail à ce moment-là, mais il est sûr et certain, moi je n'ai jamais vécu beaucoup de problèmes parce que j'ai quand même pas mal de familles qui entourent leur personne âgée. En général, j'ai tout de suite un contact avec un des membres de la famille donc ça se gère parfois très très vite. Il y a des gens qui rentrent malheureusement chez eux, qui sont âgés et qui n'ont pas un staff, si je puis dire, derrière eux pour gérer.

Quel que soit le niveau médical, l'important, chez un patient âgé, c'est l'entourage. Il peut y avoir des gens qui ne sont pas bien du tout et qui sont bien entourés, ça donne rarement de gros problèmes.

Ça quand on parle de personnes âgées, il faut se méfier de vouloir changer les habitudes d'une personne âgée. On dit toujours « On ne déracine pas un vieillard ». Ça reste vrai et ça, c'est du bon sens.

Mais si, à partir du moment où une personne rentre, on essaye de mettre une chose, une série de choses au point pour qu'il reste à son domicile et qu'elle ne veut pas, moi je dis souvent « Ecoutez, vous êtes seule, vous êtes chez vous, vous n'aimeriez pas une maison de repos ? ». « Ah non, je ne veux pas y aller ». « Si vous ne voulez pas y aller, il faut essayer de vous adapter à ce que je vous propose. Parce que si vous ne voulez pas le faire, si moi je ne le fais pas, les autres ne le feront pas ».

J'ai une patiente, je suis persuadée qu'elle devrait aller en maison de repos, elle dit non et elle tombe tous les deux jours et c'est une catastrophe et ça va mal finir mais j'ai beau faire ce que je veux, elle refuse tout en bloc.

Ce qui est propre à la gériatrie c'est justement la situation de fragilité des patients alors, euh, la question qu'on se pose à chaque fois c'est « quel degré de fragilité accepte-t-on ? », enfin, tant la famille que nous médecin, que nous les autres intervenants. C'est comme un château de cartes vacillant il suffit chaque fois qu'une carte tombe pour que tout s'écroule, jusqu'ou on laisse le château trembler et vaciller.

En outre, lorsque les personnes âgées souhaitent rester à leur domicile et que l'entourage n'est pas suffisant pour répondre à l'entièreté de leurs besoins, il est possible de faire appel à des

professionnels extérieurs, tels que des aides familiales, par exemple ou encore des gardes à domicile. Toutefois, se posait alors la question du coût financier représenté par ces prestations, notamment pour les personnes ayant de faibles revenus.

Mais même une aide familiale qui passe une heure par jour, tous les jours, plus le kiné, les médicaments, on est vite ...

Pendant cinq ans, ma mère est restée à domicile avec service kiné, infirmière, ... tout les mois cela nous coûtait presque 1000 euros. Elle n'en démordait pas: « je veux rester à la maison »

Dans le retour à domicile, quelque chose qui est profondément scandaleux, c'est le transport en ambulance. Ca, les ambulanciers dans la région de Verviers, c'est un profond scandale. Ils se foutent du tiers et du quart ... comme ils viennent de Herve ou de Soumagne, on vous compte un trajet de Herve ou Soumagne jusqu'à l'hôpital et retour à Herve ou Soumagne, et les gens se retrouvent avec des 250, 280€ ...

On avait abordé tantôt le versant financier, 31euros, 32 euros pour une garde malade de nuit. Bon, faites-en 10. [...] Il faut gagner au lotto.

Ca, il faut savoir que ça représente des coups financiers importants aussi. Et alors, face à ces coûts financiers, là ce n'est pas possible pour les gens.

Ce n'est pas quelqu'un qui a une pension de 1200 euros par mois qui va pouvoir faire ça. C'est évident.

3.6 Suggestions et pistes d'amélioration

3.6.1 Relations entre MG et gériatres

En lien avec les problèmes soulevés par les MG dans leur collaboration avec les gériatres, une partie des pistes d'amélioration proposées renvoyait à une meilleure connaissance et un plus grand respect des compétences de chacun dans le cadre des prises en charge autour d'un même patient. Ainsi, il était notamment question du respect du travail du MG, dont les gériatres devaient tenir compte, notamment en ne « s'appropriant » pas les patients, mais en discutant de concert avec le généraliste de la meilleure prise en charge possible.

Il faudrait que le gériatre fasse plus confiance aux médecins généralistes quand on le contacte pour un problème, pour éviter une première consultation avant.

Cela pourrait se faire en ayant des contacts directs, en expliquant bien la situation. Il pourrait peut-être déjà dire : « on va peut-être déjà programmer ça » puis alors il verra le patient de toute façon et à ce moment-là, s'il veut rajouter un examen, il peut toujours le faire.

Il ne faut pas qu'ils prennent notre travail non plus, quoi c'est sûr, mais je trouve qu'ils doivent nous donner leur avis sans, avant de passer à l'hospitalisation, je trouve.

Quand on hospitalise pour un problème A, avant qu'il ne s'intéresse à d'autres problèmes, qu'il nous contacte quand même pour savoir si la mise au point n'a pas déjà été mise.

Faire faire les examens qu'on demande, avoir des réponses aux questions qu'on pose, on envoie pour quelque chose de bien précis, on veut une réponse précise et puis alors un suivi dans des délais raisonnables.

Je dirais une consultation gériatrique multidisciplinaire où le médecin généraliste vient et il y a un tour de table par rapport à tes patients.

C'est de partager une vision mais ça, c'est quelque chose qu'on peut difficilement objectiver.

Également, avoir davantage de relations personnalisées, une interconnaissance des praticiens, s'avérerait une autre manière d'améliorer la collaboration entre MG et gériatres.

Les avoir vus dans des Glems, des déca-groupes, des réunions. Ça me paraît indispensable.

Les connaître.
Les avoir déjà fréquentés.

Je pense aussi que pendant l'hospitalisation, je pense que c'est aussi à nous de prendre des nouvelles. Tu vois si eux doivent commencer à téléphoner à chaque médecin, ils n'ont pas fini non plus, pour parfois ne pas dire grand-chose...

Dans le même ordre d'idées, améliorer la communication entre ces deux types de professionnels était une autre solution envisageable, permettant d'accroître le respect du travail de ces deux protagonistes. L'idée d'une feuille de liaison ou d'un rapport comprenant les éléments principaux afférant à la prise en charge semblait ainsi remporter une partie des suffrages, notamment en cas d'évolution dans cette dernière.

On pourrait avoir une feuille à remplir ... une feuille de liaison ...Ce n'est pas en ambulatoire, mais en hôpital. [...]
Imaginez une feuille comme nous on reçoit, par patient
oui, un peu comme ça : sait se laver, sait marcher, se tient debout, ...et que ce soit transmis.

Cela me semble une bonne solution de mettre déjà ce service en place, connaître son traitement, la surveillance qu'il faut faire ; il faut vraiment être informé dès le départ. Cela n'est peut être pas une chose que l'assistant de salle ou le gériatre devrait faire lorsque le patient sort, ...nous prévenir par téléphone et déjà nous dire « faites attention à ça et ça ».

Avoir un truc de liaison pour pouvoir marquer, et ce que l'on veut et comment nos patients sont au départ.

Dans les contacts, il faudrait absolument, c'est que l'on soit averti, quand il y a un examen plus important qui doit être fait, quand il y a un changement de destination, un changement de service, si on oriente le patient vers un secteur de revalidation ; Il faut qu'on le sache au moment où cela s'est décidé, le soir où le patient sort. Il faut nous prévenir si notre patient est entré tel jour dans tel service.

Ca, c'est vrai qu'il y a eu des efforts quand même : avoir un rapport même un peu concis des événements de l'hospitalisation, de ce qu'on a trouvé et du traitement qu'on a changé.

Eventuellement pendant l'hospitalisation, certainement s'il y a un problème particulier, qu'on soit tenu au courant de l'évolution, et qu'à la sortie on ait des résultats assez rapides.

Je crois surtout qu'on devrait plus se parler. Comme on a dit tout à l'heure, surtout une prise en charge plus globale entre nous. Si on commençait à se concerter beaucoup plus, à mettre en place des politiques, quelque chose avec un médecin coordinateur et se dire, ben voilà, on va définir entre nous, entre médecins généralistes, pour la prise en charge des cas gériatriques et se concerter un petit peu, parce que parfois on est encore un peu chacun de son côté...

Je pense que ça ferait avancer les choses de se voir.

Par contre, ce qui n'est pas mal et ce qui devrait se développer pour moi un peu plus rapidement, c'est directement une mise en rapport de la situation par le biais d'une lettre.

Je trouve qu'il faudrait qu'on invente un moyen structurel, pas cher, facile, de communication écrite qui reste et qui va dans les dossiers...

L'utilisation de vidéoconférences était aussi évoquée par quelques MG.

Les vidéos conférences, cela peut se faire.

D'où l'intérêt de la vidéo conférence : si on pose une question, un autre allait peut-être poser la même.

Oui, tout à fait. Moi, je suis preneur aussi.

3.6.2 Disponibilité du gériatre et organisation de la continuité des soins

Afin de parfaire la prise en charge des personnes âgées, les MG évoquaient le fait que le gériatre soit plus facilement accessible, qu'il soit possible d'obtenir un avis avec promptitude. Dès lors, le recours à ces spécialistes s'en trouverait accru, selon les MG.

La disponibilité du médecin forcément au moment où l'on le demande.

Moi, ce que je trouve intéressant au niveau des patients qui sont toujours à domicile, c'est quand on a une question d'avoir une réponse assez rapide quoi.

C'est cela, pas dans l'heure, mais dans les jours, ou dans la semaine, ça je trouve que...
Cela devrait pouvoir être faisable.

Avoir, par semaine, un moment où on peut les joindre (en fin d'après midi ou tôt le matin).

On pourrait avoir un numéro vert pour téléphoner, pour avoir des avis.

Il faut qu'ils soient assez facilement accessibles, pratiquement, et lui-même, le spécialiste et son service. Je crois que lorsqu'on a un contact téléphonique direct et qu'on a directement le spécialiste au téléphone, c'est vraiment très important et qu'on puisse prendre notre patient dans des délais raisonnables, ce sont déjà plusieurs points importants pour démarrer.

On pourrait imaginer avoir le gériatre à domicile pour ne pas aller hospitaliser quelqu'un qui ne veut surtout pas aller à l'hôpital. Et si par malheur, on flanche, on l'hospitalise, et c'est fini, il ne rentrera plus jamais chez lui. Donc, peut-être avoir une consultation avec le gériatre à domicile, ça pourrait être intéressant.

Un autre aspect itératif concernant l'amélioration de la collaboration concernait l'organisation de la continuité des soins, qui devait être améliorée, notamment afin d'éviter d'avoir des « trous » dans la prise en charge, lors du passage d'une ligne de soins à l'autre, et plus spécifiquement, semble-t-il, lors du retour au domicile après une hospitalisation.

Moi, très souvent, je trouve qu'on renvoie les gens le vendredi après midi, pour qu'ils reviennent pour le week-end. Cela pose problème pour les médicaments ; ils ont juste des médicaments jusqu'au lundi. Il faudrait : sortie interdite le vendredi. Il faudrait pouvoir revoir le patient avant le week-end.

On a quand même des relations, normalement, les médecins coordinateurs avec justement le service de gériatrie, deux fois par an, c'est obligatoire et là, on le répète chaque fois, donc tous les six mois, qu'on insiste beaucoup pour qu'ils ne renvoient pas les patients à 6 heures du soir le vendredi, qu'ils prévoient aussi un traitement quand ils le renvoient un vendredi pour éventuellement jusqu'au lundi quand c'est possible.

On comprend bien que les hôpitaux fassent sortir les patients le vendredi puisque le samedi et le dimanche ça s'arrête. Alors qu'ils les mettent dehors à 9h du matin, pas l'après midi. [...] A partir du moment où on sait qu'ils peuvent sortir le vendredi, qu'ils sortent le matin, ça nous laisse déjà beaucoup plus de possibilités.

Idéalement je trouve que ça serait mieux qu'ils les lâchent le vendredi matin et qu'ils nous préviennent pour qu'on puisse s'organiser...

Même, une autre amélioration envisageable serait de développer davantage les services médicaux au domicile des personnes âgées, en y invitant une plus grande diversité de professionnels, permettant ainsi une prise en charge plus complète, résolvant par là-même la diversité des problèmes engendrés par le maintien à domicile.

Oui, ça c'est un réel besoin. Avoir une performance des gens qui seraient au côté de la personne âgée, au côté de la famille, l'ergothérapeute qui irait sur le terrain et qui changerait les tapis et l'électricité, etc., ça ce serait important.

C'est une bonne idée dans la gestion des personnes âgées pour les maintenir à domicile. Ce serait très intéressant qu'il y ait une équipe comme ça d'infirmières, kiné, ergo qui passent plusieurs, une fois ou plusieurs fois par jour pour surveiller, gérer la vie de la personne à domicile pour éviter l'hospitalisation ou une mise en maison de repos, qu'il y ait un service comme il y a en maison de repos mais qui serait itinérant.

Concrètement, s'il y a des sous à consacrer, autant les consacrer à un meilleur encadrement d'aide à domicile plutôt qu'un gériatre qui passerait à la maison, hein ! Je crois que tous les médecins généralistes de la Belgique signent d'un coup parce que je vous dis, il faut qu'on cesse un petit peu d'inventer toutes sortes de spécialités...

Je repense à ce bilan que je vois aussi très, très, euh, psychomoteur, entre autre, tous ces trucs psycho-mot' en fait il n'y a rien qui empêcherait le fait que quelqu'un puisse venir à la maison quelque part et faire une grosse partie des évaluations.

Je me dis que ça serait bien qu'il y ait, pour des équipes qui viennent à domicile, des équipes quoi ! Avec une coordination, quelque chose de structurel mais de financé aussi... [...] oui pourquoi pas des équipes mobiles quoi qui fassent des évaluations ?

Je crois que c'est toi qui avait eu l'idée, enfin je ne sais plus, d'une équipe, d'une équipe pluridisciplinaire qui va à domicile, non médicale mais pluridisciplinaire tout de même, je pense que ça c'est vraiment une idée à creuser par contre... pour faire une mise au point gériatrique mais à domicile, pas médicale spécialement mais la situation au quotidien de la personne âgée.

C'est des réseaux qui sont tellement compliqués que si on arrive à centraliser ça autour d'une équipe, c'est tellement plus simple... c'est un gain de temps, pour nous, pour le patient, pour sa prise en charge, pour... enfin... je pense vraiment qu'il faudrait creuser vers... ce type d'alternative...

Enfin, quelques MG évoquaient le fait d'augmenter leur propre formation en matière de questions gériatriques, afin de parfaire leur prise en charge des personnes âgées.

C'est une petite roserie mais à quand les formations gériatrie pour les médecins généralistes ?

On aurait bien besoin de formation continuée.

La psychogériatrie.

Oui, c'est vrai que, pour les personnes agressives...

Pour gérer les situations difficiles, les signes d'agressivité, la notion d'urgence où la famille demande ou abuse, j'en ai marre, il est encore tombé hier, il a fallu qu'on vienne ... hein, des situations comme ça. Alors je crois qu'on a un rôle essentiel à jouer et là, il faudrait absolument renforcer la formation des généralistes.

4. Discussion

En premier lieu, d'un point de vue méthodologique, la technique du groupe focalisé a été privilégiée, car elle permettait la mise en commun, le partage d'expériences, ainsi que l'expression d'une culture professionnelle propre à un groupe spécifique, en l'occurrence des médecins généralistes. Organiser des groupes focalisés avec des praticiens situés dans une même zone géographique facilitait également la mise en exergue des caractéristiques de la prise en charge des personnes âgées dans la zone étudiée, soulignant ainsi simultanément les points forts et les faiblesses rencontrés par ces médecins au niveau régional. Ainsi, des groupes focalisés ont été menés aussi bien avec des médecins pratiquant en zone urbaine qu'avec des médecins de zone rurale. Les propos recueillis et difficultés auxquelles les médecins devaient faire face ne différaient pas d'un groupe à l'autre.

Toutefois, le reproche que l'on peut faire à cette étude concerne le faible nombre de MG interrogés pour sa réalisation, lors des groupes focalisés. Néanmoins, cela reste en grande partie indépendant de la volonté des chercheurs, puisque cette étude a été handicapée par un nombre très important de refus ou de personnes ayant accepté dans un premier temps, mais qui ne sont finalement pas venues le jour en question. Dès lors, sans la collaboration des acteurs de terrain, les chercheurs ne peuvent concevoir d'étude au socle méthodologique solide. Cet aspect ne peut manquer d'être signalé, car il grève une partie des résultats de leur généralisation, même si la saturation des données a été peu ou prou atteinte. De plus, les désistements de dernière minute (forts nombreux), couplés à la teneur des propos tenus, dépeignent une image très négative et empreinte de préjugés contre les gériatres de la part des MG. Cela est d'autant plus regrettable que l'on peut supposer que les MG ayant honoré leur engagement à participer à cette recherche sont également ceux qui étaient le plus intéressés par la thématique. Cela signifie aussi que les désistements enregistrés n'indiquent qu'un faible intérêt des MG, de manière plus générale, pour la question de la gériatrie et de la collaboration avec les spécialistes en question. En outre, la tenue du quatrième groupe focalisé n'a pas permis de valider l'hypothèse d'un effet générationnel, puisque les jeunes MG manifestaient la même résistance de principe face aux spécialistes en gériatrie que leurs confrères plus anciens.

Concernant ensuite les résultats de la recherche, l'élément essentiel qui ressort concerne la méconnaissance qu'ont les MG de la gériatrie. En ce sens, les discussions opérées au cours des groupes focalisés tendent le plus souvent à s'orienter vers une évocation centrée autour de la prise en charge des personnes âgées même, dans le système de soins, et avec l'ensemble des spécialistes sollicités, indépendamment de leur discipline. Le gériatre y tient peu de place en tant que spécialiste à part entière. Les MG ne semblent pas nécessairement savoir quels sont leurs interlocuteurs lorsqu'ils adressent leurs patients âgés aux services hospitaliers. Il y a, de fait, relativement peu de gériatres, et beaucoup de services de gériatrie emploient encore des médecins non spécialisés. Les services de gériatrie sont probablement perçus et définis, par le MG, en fonction de l'âge des patients qui y sont hospitalisés et non comme un service spécialisé.

Toutefois, certains généralistes reconnaissent que les gériatres peuvent avoir certaines compétences, certaines connaissances, dont les généralistes sont plus dénués – notamment dans le cas des maladies dégénératives, à l’instar de la maladie d’Alzheimer et autres troubles démentiels. Ils mentionnent aussi une expertise certaine de la poly-médication. Mais un flou persiste quant aux compétences à la fois précises et spécifiques de ces spécialistes. Certains MG pensent d’ailleurs faire de la gériatrie et souhaiteraient mieux s’y former. Dès lors, cette spécialité aux contours mal définis n’apparaît que rarement comme une ressource en ambulatoire pour des MG qui avouent méconnaître leur utilité exacte. Ce résultat se retrouvait également dans la littérature¹.

D’autre part, les MG manifestent une certaine défiance à l’égard de ces spécialistes, qu’ils soupçonnent de s’accaparer une partie de leur patientèle sans réelle compétence spécifique à faire valoir. En cela, ils établissent une analogie avec les pédiatres : dans un cas comme dans l’autre, il leur semble que ces médecins ont une spécialité basée sur des catégories d’âge plus que sur des connaissances approfondies concernant une partie spécifique de la médecine ou du corps humain (comme le sont des cardiologues ou des radiologues, par exemple).

Par ailleurs, les MG ont déjà, pour la plupart, leurs propres habitudes de prise en charge, comprenant notamment un carnet d’adresses de médecins spécialistes à qui adresser leurs patients. La spécificité de ces médecins sollicités est la confiance que leur témoignent les MG, confiance basée sur l’ancienneté de la relation interpersonnelle ou de la collaboration professionnelle, qui leur donne satisfaction. De plus, le recours à d’autres professionnels – infirmières et kinésithérapeutes, notamment –, permet de compléter la prise en charge des personnes âgées, en répondant à leurs différents besoins. A l’aide d’un tel réseau, les MG ne se sentent que rarement démunis face aux situations rencontrées, ce qui ne justifie ainsi pas, à leur sens, de recourir aux services de gériatrie. Dans cette optique, au vu de la rareté des relations des MG avec les gériatres, ces derniers ne semblent guère pouvoir bénéficier d’une telle confiance et ne sont, dès lors, que rarement sollicités dans le même sens, car ils n’apparaissent pas comme une ressource immédiatement disponible ou comme un interlocuteur de confiance.

¹ Vanden Bussche P, Desmyter F, Duschesnes C, Massart V, Giet D, Petermans J, et al. Geriatric day hospital : opportunity or threat ? A qualitative exploratory study of the referral behavior of Belgian general practitioners. BMC Health Serv Res. 2010;10:202.

Également, du fait de l'image globalement négative des services de gériatrie que semblent avoir les patients âgés, il apparaît difficile pour les MG de recourir à ces services, au risque de devoir se heurter à une résistance de la part des patients.

Lorsqu'ils utilisent néanmoins ces services, cela se fait parfois de manière stratégique, notamment comme préalable à un transfert en maison de repos, avec l'hôpital qui réalise alors lui-même les démarches nécessaires à ce transfert.

Le maintien à domicile de la personne âgée est considéré comme préférable à l'hospitalisation ou à l'institutionnalisation, même si la précarité parfois importante des personnes âgées en termes de mode de vie constitue une difficulté supplémentaire à surmonter. Ces personnes ne parviennent alors à rester dans leur milieu dans des conditions décentes qu'au prix de l'intervention d'un entourage suffisamment important et serviable, ou d'astuces et autres arrangements. Ce maintien apparaît d'ailleurs comme un garant de la santé de ces personnes âgées, pour lesquelles le départ de leur domicile constituait une épreuve affectant leur santé autant que la maladie proprement dite, semble-t-il. Les cas de patients dont l'état de santé s'est dégradé suite à ce départ du domicile confortent d'ailleurs les MG dans leur choix.

Mais le maintien à domicile ne s'avère pas pour autant une panacée, notamment dans les cas de figure où l'entourage est absent ou insuffisamment présent, car la fragilité de ces personnes âgées augmente alors les risques d'accident ou bien encore celui qu'elles se trompent dans leurs médicaments. Ainsi, l'hôpital est majoritairement perçu comme une solution de dernier recours pour les MG.

Pour autant, les pistes de collaboration énoncées indiquent que les MG sont prêts à davantage de collaboration avec les gériatres, à la condition qu'un plus grand respect et une clarification des rôles respectifs de chacun soient définis. Ils émettent ainsi la condition que cette collaboration ne se transforme pas en une concurrence entre soignants ou en une superposition des prises en charge et des prescriptions. De même, la possibilité de pouvoir appeler le gériatre au domicile du patient, afin de favoriser le maintien de ce dernier dans son milieu de vie, semble avoir leurs faveurs, et constituer un terreau favorable à une plus grande collaboration. Mais cela ne peut effacer les difficultés, ressenties par les MG, d'une insuffisante délimitation des domaines de compétences de chacun, avec notamment une logique hospitalière agonie du fait d'une absence de continuité des soins liée à une communication insuffisante. Dans le même temps, le fait que quelques MG évoquent le

souhait d'avoir davantage de formation en gériatrie semble indiquer que la collaboration entre gériatres et MG est encore loin d'être avérée, et que des résistances risquent malgré tout de se faire sentir de la part des MG, qui se considèrent à même de proposer une prise en charge équivalente à celle des gériatres.

En conclusion, bien que le thème de recherche portait spécifiquement sur la question de la liaison externe en gériatrie, et la manière dont celle-ci pouvait se développer du point de vue des MG, cette recherche s'est heurtée à un problème de taille. En effet, cet aspect n'a pu malheureusement qu'être survolé : au vu de l'image globalement négative véhiculée par les MG concernant les gériatres et leur utilité, il leur semblait inutile de développer davantage de collaboration. L'image réductrice qu'ont les MG des compétences des gériatres constitue ainsi une pierre d'achoppement. Ils ont alors du mal à se projeter dans l'avenir, à imaginer une collaboration plus étroite et coordonnée, alors même que le présent leur donne la sensation d'une concurrence entre soignants. Dès lors, le développement de la liaison externe ne leur semble pas à l'ordre du jour, du moins dans l'échantillon de MG qui ont été interrogés au cours de cette recherche. L'état des lieux qui en est ressorti ne rend pas propice cette liaison externe, en ambulatoire. Le rôle du gériatre, lorsqu'il est concédé par les MG, est cantonné à l'hôpital ou dans un rôle d'experts, dans les maladies dégénératives, notamment.

La situation dépeinte ici est d'autant plus regrettable que le vieillissement de la population aura pour conséquence, dans les années à venir, la nécessité de développer des alternatives à la prise en charge hospitalière ou en MR, face à des services qui ne sauront accueillir et honorer toutes les demandes. Aussi, la nécessité d'une collaboration entre première ligne et gériatres est toujours à l'ordre du jour ; elle est rendue nécessaire par ces évolutions démographiques et la volonté manifestée par une part importante de personnes âgées de rester à leur domicile, qui donne une acuité particulière à la question de la liaison externe. Il est ainsi préjudiciable de voir les MG camper sur des positions qui desserviront leurs patients à l'avenir en niant la nécessité de travailler avec des gériatres et de coordonner ces interventions.

Annexe 1 : Grille d'entretien des groupes focalisés

1. Comment définiriez-vous une bonne collaboration avec des confrères spécialistes vis-à-vis de vos patients ambulatoires ? Quels sont, pour vous, les éléments importants de cette collaboration ?

Organisation

Communication des informations

Relations interpersonnelles avec les professionnels

Relations avec le patient

2. Travaillez-vous avec des gériatres dans le cas de vos patients soignés à domicile ? Pouvez-vous nous parler de ces expériences de collaboration avec des gériatres ? (*Était-ce plus que de la référence ?*) *Est-ce différent de vos expériences avec d'autres spécialistes ?*

Avez-vous des freins à collaborer avec des gériatres, existe-t-il des obstacles ?

- a. *en termes de respect entre confrères ?*
- b. *En termes de temps ?*
- c. *en termes de mise en pratique ?*
- d. *en termes d'accessibilité ?*

3. Que vous apporte(ra)it cette collaboration avec les gériatres pour vos patients soignés à domicile ou en maisons de repos ?

Quelles sont vos attentes vis-à-vis du gériatre lors d'une collaboration ? En quoi cette collaboration est-elle intéressante pour vous ? Souhaitez-vous des collaborations pour tout type de maladies ou seulement certaines ?

4. Comment cette collaboration pourrait-elle être améliorée ? Qu'est-ce que vous voudriez changer ? Quels seraient les éléments importants dont vous auriez besoin ? Avez-vous des pistes concrètes ? Comment cela pourrait-il être organisé ?

- a. *En termes de communication (de langage) et de circulation de l'information*
- b. *En termes d'organisation du travail*
- c. *En termes de relations interpersonnelles*

Vous sentez-vous bien formés pour collaborer avec les gériatres ? Auriez-vous besoin d'une aide particulière, dans quel domaine ?

Que pensez-vous de la possibilité d'une valorisation financière au travers d'un trajet de soins ?

5. Avez-vous des souhaits à exprimer pour le moment spécifique du retour à domicile ou en institution après une hospitalisation ? Pour d'autres moments qui vous semblent critiques ?

6. Avez-vous d'autres suggestions, remarques ?