

# Colloque

## Médecine Générale & Gériatrie : des liens à inventer

2 avril 2005

Actes

Colloque  
**Médecine Générale  
& Gériatrie :**  
**des liens à inventer**

2 avril 2005



# COMITE D'ORGANISATION

Docteur Jacques CATON, Président de l'URML Rhône-Alpes

Docteur Emile OLAYA, Président du Collège des Généralistes URML Rhône-Alpes

Docteur Danielle ATAYI

Docteur Paul BARBEDIENNE

Madame Géraldine BATARD

Professeur Marc BONNEFOY

Madame Geneviève BORODINE

Docteur Marc BREMOND

Docteur Jean-François BRULET

Madame Hélène CORDIER

Docteur Eric EGLINGER

Professeur Alain FRANCO

Docteur Marc FRANCOIS

Docteur Jean-Marie GAGNEUR

Professeur Régis GONTHIER

Docteur Georges GRANET

Docteur Frédéric LABORIER

Docteur Régis MARQUIS

Madame Eliane MAZET

Docteur André MILLON

Docteur Nicole PUECH

Docteur Bernard ROUGIER

Docteur Jean-Pierre TELMON

## Partenariats

Nous remercions pour leur contribution à la réalisation du colloque :

- Laboratoire PFIZER
- Laboratoire NOVARTIS
- INPES

L'étude «Prise en charge des patients atteints de maladie d'Alzheimer»  
a été co-financée par le FAQSV Rhône-Alpes

## **Avec la Participation de :**

**Professeur Howard BERGMAN**

Titulaire de la Chaire « Docteur J. Kaufmann »,  
Directeur de la Division de Gériatrie, Université  
McGill Montréal, Canada

**Docteur Odile BLANCHARD**

Médecin Conseil, CNAMTS Strasbourg

**Docteur Thierry BLANCHON**

Réseau Sentinelles INSERM, Paris

**Professeur Marc BONNEFOY**

CH Lyon Sud Service Gériatrie

**Docteur Guy BRIERE**

Médecin Généraliste Florence, Italie

**Madame Inge CANTEGREIL-KALLEN**

Neuropsychologue Hôpital Broca, Paris

**Docteur Toni DEDEU**

Représentant International semFYC, Espagne

**Professeur Antoine FLAHAULT**

Réseau Sentinelles INSERM, Paris

**Professeur Alain FRANCO**

CHU Grenoble Département de Médecine  
Gériatrique et Communautaire

**Docteur Pascale GAYRARD**

Gayrard Stratégies

**Professeur Régis GONTHIER**

CHU Saint Etienne Gérontologie Clinique

**Madame Catherine GUCHER**

IUT Département Carrières Sociales, Grenoble

**Monsieur Christian HARZO**

Observatoire Social de Lyon

**Monsieur Philippe JAMET**

Directeur Général Adjoint des Services, Conseil  
Général du Haut Rhin

**Monsieur Pierre JAMET**

Directeur de Cabinet, Directeur des Services,  
Conseil Général du Rhône

**Professeur Jan de LEPELEIRE**

Professeur Associé Université de Leuven  
Belgique

**Docteur Pierre LEVY**

Secrétaire Général, URML Ile de France

**Docteur Alain LION**

Président URML Alsace

**Docteur Valérie OLAGNIER**

DRASS Rhône-Alpes,

**Docteur Pilar REGATO PAJARES**

Coordinatrice du Groupe d'Aide à la Personne  
Agée semFYC, Espagne

**Docteur Clément TURBELIN**

Réseau Sentinelles INSERM, Paris



# OUVERTURE DU COLLOQUE

**Docteur Jacques Caton** - Président de l'URML Rhône-Alpes

**Madame Jacqueline Psaltopoulos** - Adjointe aux personnes âgées représentant le Maire de Lyon

**Docteur Emile Olaya** - Président du Collège des Généralistes de l'URML Rhône-Alpes

## DISPOSITIFS DE GÉRONTOLOGIE EN RHÔNE-ALPES

Le Docteur Jacques Caton, Président de l'URML RA, situe l'ensemble des thèmes du séminaire autour, notamment, du vieillissement de notre pays et des problèmes de démographie de nombreuses nations.

« La France, avec le Japon ont le record de l'espérance de vie dans le monde. Cette espérance de vie a encore progressé de dix mois en deux ans, selon l'Institut National d'Études Démographiques qui vient de publier ces dernières statistiques, alors que cette progression n'était que de trois mois par an ces dernières années. L'espérance de vie des femmes (83,6 ans) et celle des hommes à 76,7 ans va entraîner une véritable vague démographique, avec plus de 2.000.000 de personnes de plus de 80 ans en 2020 (doublement par rapport à 2004) ; cela pose des problèmes à tous points de vue, au niveau de l'organisation de la société, de l'organisation médicale et de l'économie régionale et nationale.

Cet allongement de la durée de vie qui autrefois était surtout expliqué par la diminution de la mortalité infantile s'explique beaucoup plus aujourd'hui grâce aux succès rencontrés récemment dans la lutte contre la mortalité adulte, en particulier en ce qui concerne les affections cardiovasculaires, dont la mortalité a reculé de façon importante, de même en ce qui concerne la prévention et le dépistage d'un certain nombre de cancers.

Cet allongement de la durée de la vie change les relations entre les générations et n'entraîne pas, pour autant, une prise en charge des sujets les plus âgés par les sujets les plus jeunes. Au regard de ce qui se passe dans notre Région Rhône-Alpes qui est l'une des régions où l'espérance de vie est la plus élevée en France, nous constatons que plus de 7,10% de la population a aujourd'hui plus de 75 ans et le problème, ainsi que le dit l'adage est « moins de vieillir vieux que de vieillir bien ». Tout ceci passe par la prévention du handicap et des dégradations liées à l'âge, surtout lorsque l'on sait qu'une personne sur deux âgée de plus de 80 ans peut être l'objet d'une démence sénile de type Alzheimer.

Les premiers praticiens confrontés à cette problématique sont les médecins généralistes qui, par la nature même de leur exercice, sont à la frontière du médical et du social comme va le montrer ce séminaire. Cette dimension sociale est d'ailleurs revendiquée par les médecins généralistes, notamment par les plus jeunes médecins qui ont également pris conscience de ce facteur.

Le médecin généraliste a-t-il les moyens de répondre à ces missions ? Les institutions et collectivités qui gèrent la prise en charge de l'aide aux personnes âgées donnent-elles une place importante aux médecins généralistes au cœur de leur dispositif gérontologique ? Les Unions Régionales de Médecins, par les missions qui leur ont été confiées par le législateur, sont au cœur de ce problème et se doivent d'organiser, de favoriser et d'encourager le débat entre Collectivités Territoriales et médecins généralistes, entre Tutelles et médecins généralistes, entre politiques et médecins généralistes.

La régionalisation de la santé, à laquelle nous croyons beaucoup, en laissant à l'Etat les nécessités régaliennes de gestion de la santé, seront, nous le pensons, une réponse à cette problématique à laquelle nous sommes confrontés.

Nous nous faisons également l'écho du Syndicat National de Gérontologie Clinique qui vient de mettre en avant 33 mesures d'urgence pour faire face à ce choc démographique. Notre mission est d'alerter les différents échelons de responsabilité politique, administrative sur les nombreux dysfonctionnements que les spécialistes de terrain, que sont les médecins généralistes depuis plus de 20 ans et les gérontologues constatent quotidiennement dans les différents lieux de prise en charge des personnes âgées. En essayant d'être présents sur tous les fronts et tous les lieux de vie des personnes âgées, qu'il s'agisse du domicile, des maisons de retraite, des foyers logement, des familles d'accueil, des établissements hospitaliers mais également, il ne faudra pas oublier la recherche, la formation et la télé-santé.

Nous sommes enfin très heureux d'accueillir nos collègues étrangers car le débat du vieillissement n'est pas franco-français, il est européen et mondial. D'autres nations ont résolu ce problème ou envisagent des solutions pour le résoudre, c'est ce que nous apprendrons aujourd'hui en espérant sortir de cette réunion avec une notion d'harmonisation des politiques gérontologiques locale, régionale et nationale.

« Je vous remercie, je vous souhaite une bonne journée de travail et je tiens à remercier le Docteur Olaya qui a fourni un très gros travail pour organiser ce colloque. »

**Madame Jacqueline Psaltopoulos**, Adjointe aux personnes âgées, représentant le Maire de Lyon, confirme que ses services sont confrontés à une gestion d'urgence de la problématique de la vieillesse. « La vie de la personne âgée est à envisager dans sa globalité psycho-médico-sociale. Les liens de la personne isolée avec son réseau de voisinage sont à ré-inventer, car des circuits sont indispensables pour trouver ensemble des solutions ».

Les Politiques que nous sommes sont très soucieux de développer la prévention afin de travailler moins souvent dans l'urgence ; le voisinage est une donnée importante que nous essayons de valoriser.

Je suis très heureuse d'être parmi vous. « Confronter les expériences françaises et étrangères est un enrichissement qui permet d'avancer sur cette problématique de la vieillesse ».

**Le Docteur Emile Olaya**, Président du Collège des Généralistes de l'URML RA, remercie les participants et les partenaires, FAQSV, INPES et les laboratoires, excuse les personnalités qui n'ont pu se libérer. Il présente les différents intervenants, et en particulier les autres URML et les intervenants étrangers.

Il note que la Médecine Générale dans le système médico-social, pas encore très bien régulé ni bien coordonné, est porteuse d'une forte dimension sociale d'accompagnement et de prise en charge.

« La Médecine Générale a en effet intégré dans sa pratique cette dimension sociale cela fait partie d'une de ses spécificités.

C'est dans l'accompagnement, la prise en charge des personnes âgées que se manifeste peut être le plus cette double dimension médicale et sociale.

Pour la plupart, les personnes âgées vieillissent bien et longtemps aujourd'hui. Cependant un certain nombre d'entre elles nécessite que se coordonnent les intervenants médicaux et sociaux. Entre le monde médical et l'univers social, les cultures, langages et objectifs peuvent diverger, mais des passerelles commencent à émerger. »

Le Docteur Emile Olaya conclut en reprenant une citation de Madame Geneviève Laroque, Présidente de la Fondation Nationale de Gérontologie :

« Reconnaître cette vieille personne comme une vraie personne ; elle fait donc bien partie du réseau d'acteurs, avec son entourage quand elle en a un ; elle n'est pas seulement objet de soins. Prévenir, traiter, réhabiliter, accompagner dans ce réseau d'acteurs, notamment mais pas uniquement professionnels, relevant de métiers, de spécialités, de champs d'action divers et complémentaires. Ce programme « gérontologique » ne ressemble-t-il pas comme un frère à tout programme dans lequel le médecin généraliste est désormais impliqué ? »

Ce sera le cœur du débat d'aujourd'hui, et la parole est donnée au docteur Pascale Gayrard et à Monsieur Christian Harzo (Observatoire Social de Lyon) qui vont présenter l'étude qu'ils ont conduite à cet effet



*Docteur Emile OLAYA  
Président du Collège des Généralistes  
URML RA*



*Madame Jacqueline PSALTOPOULOS  
Adjointe aux Personnes Agées représentant le  
Maire de Lyon  
Docteur Jacques CATON Président URML RA*

# **LA POLITIQUE GERONTOLOGIQUE EN FRANCE**

# LA PLACE DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE DANS LA PRISE EN CHARGE MÉDICO-SOCIALE DES PERSONNES ÂGÉES

Étude en Rhône-Alpes

PRÉSENTATION DE L'ENQUÊTE réalisée par

**Docteur Pascale GAYRARD**

**et Monsieur Christian HARZO - Observatoire Social de Lyon**

*Modérateur Docteur Bernard ROUGIER – Secrétaire Général URML RA*

Le Docteur Gayrard précise dans un premier temps **le contexte de cette étude** :

Le médecin généraliste est un intervenant indispensable pour les personnes âgées qui représentent une part importante de son activité (28%). Les personnes âgées souffrent souvent de pathologies multiples et chroniques, mobilisant de nombreux intervenants. Leur santé est fortement liée à leurs conditions de vie. La coordination sociale et médico-sociale auprès des personnes âgées est une nécessité reconnue et « expérimentée » depuis 40 ans, pour laquelle la Loi du 13 août 2004 a renforcé le rôle des Conseils Généraux. De son côté, l'URML RA poursuit ses réflexions autour des patients âgés.

Les questions posées ont été les suivantes :

- Quelle est l'implication des généralistes dans les politiques et dispositifs gérontologiques ?
- Quels sont leurs souhaits ?
- Quelle est la position des Conseils généraux rhônalpins ?
- Quelles sont les relations entre CLIC et généralistes ?
- Comment fonctionnent les réseaux gérontologiques ?

**La méthode** employée a été de rencontrer des Responsables de services de Personnes Agées des 8 Conseils Généraux de Rhône-Alpes et les 4 réseaux gérontologiques.

En parallèle une enquête téléphonique a été menée auprès de 11 CLIC avec des niveaux de missions différents, et de 80 médecins généralistes.

Pour ces derniers, l'objectif a été de recueillir les opinions de médecins particulièrement concernés par les problématiques gérontologiques et de construire un « échantillon raisonné » avec :

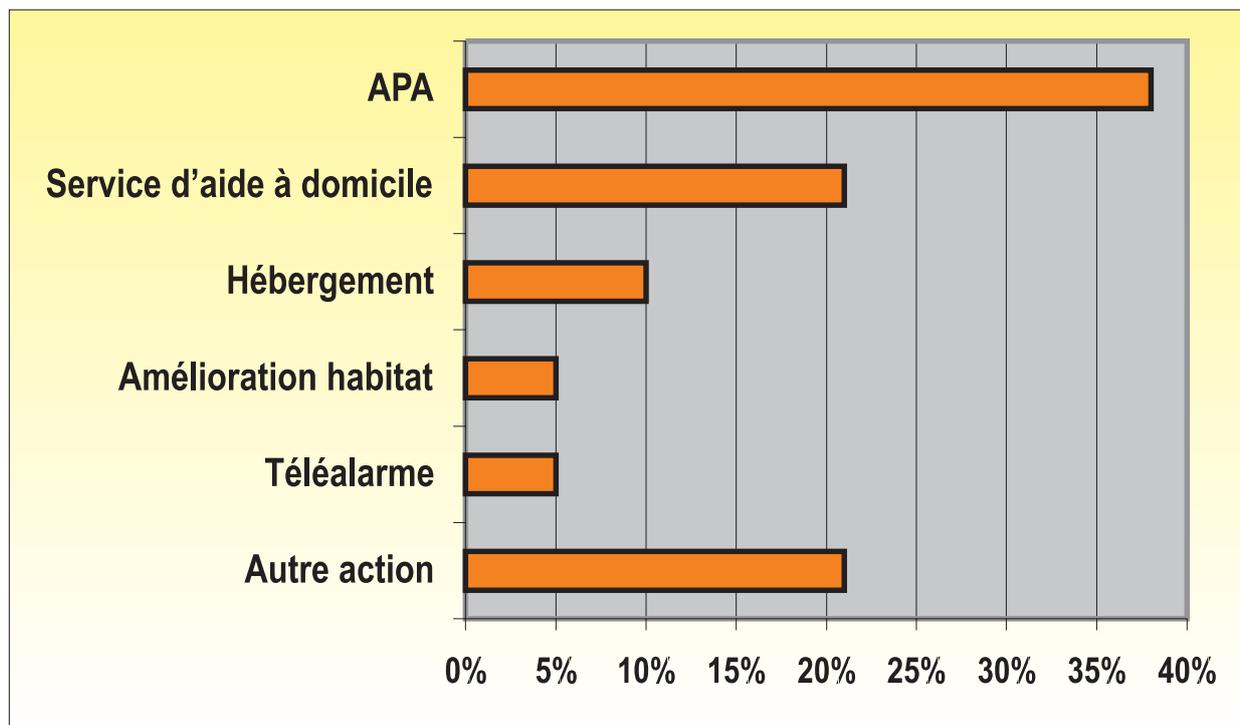
- 60 médecins généralistes exerçant sur des bassins d'activité où la population de plus de 75 ans dépasse 10% de la population totale
- 20 médecins généralistes tirés au hasard sur les autres bassins d'activité

**Les résultats** montrent que 69% des médecins généralistes interrogés rencontrent des difficultés diverses, et 29% d'entre eux déclarent ne pas connaître l'action du Conseil général de leur département dans le domaine gériatrique.

### > Les actions des Conseils Généraux les plus citées

*Connaissez-vous ce qui est fait par le Conseil Général dans le domaine gériatrique ?*

*Précisez*



**En ce qui concerne les Conseils Généraux**, on note des différences dans l'organisation territoriale et centrale et dans les politiques menées. Ces structures font le constat d'une implication faible des médecins généralistes sauf dans l'Ain, la Haute-Savoie et le Rhône. La place des médecins généralistes est cependant reconnue et les Conseils Généraux souhaitent les impliquer plus, sans savoir comment.

Plusieurs raisons expliquent ce peu d'implication des médecins généralistes : le manque de temps, un déficit de connaissance des dispositifs et des équipes des Conseils Généraux, une culture individualiste et/ou une difficulté à travailler avec des non médecins ou des administratifs, un manque d'intérêt pour la gériatrie.

Le schéma gériatrique est un document peu connu des médecins généralistes qui pourtant disent se sentir concernés.

Les Conseils Généraux mettent en place leurs schémas gérontologiques avec des calendriers divers ; la participation des médecins à leur élaboration est rare. Ils se posent tous la question du moyen de mobiliser les médecins généralistes ?

Une majorité de médecins généralistes est impliquée dans le dispositif APA par l'élaboration du certificat initial... mais une majorité d'entre eux considère que cela ne leur apporte rien dans le cadre de leur pratique, tout en soulignant que le dispositif apporte quelque chose au patient et à sa famille.

De leur côté, les Conseils Généraux sollicitent les médecins généralistes pour l'APA, partout (seuls l'Ain et la Haute-Savoie les rémunèrent).

Ils prennent contact si besoin avec les médecins traitants, les informent des suites dans plusieurs départements et d'une manière générale souhaitent plus de coopération avec eux.

**Pour les relations entre les médecins généralistes et les CLIC**, 30% des médecins généralistes interrogés connaissent l'existence d'un CLIC sur leur territoire, et la moitié y a recours pour l'orientation et l'information des patients ; 55% pensent qu'il n'y en a pas.

On note une hétérogénéité des situations des CLIC interrogés. Ils ont peu de rapports avec les médecins généralistes et les actions d'information ont eu un faible impact.

Il est souhaité une meilleure connaissance réciproque, envisagée par le biais de rencontres, avec un adressage de patients et une coopération renforcée.

Quelques éléments sont donnés **sur les réseaux gérontologiques** : Il existe quatre réseaux en Rhône-Alpes, qui représentent 4 histoires, 4 dynamiques et 4 modes de fonctionnement :

- AMADIS à Saint-Etienne
- Réseau gérontologique des Côteaux Roannais
- CORMADOM (Lyon et communes voisines)
- VISAGE à Vienne

Ils constituent une réponse aux difficultés de la prise en charge (retour à domicile, hospitalisations sociales...)

Leur finalité est la coordination des intervenants pour améliorer la prise en charge medico-sociale à domicile assurée par l'équipe réseau.

La rétribution des médecins généralistes s'effectue au forfait ou selon leur activité.

Les différences entre les réseaux concernent l'implication des médecins généralistes dans la construction du réseau, les critères d'inclusions, la dimension des territoires, la composition des équipes (avec médecin ou non et dans un cas, un ancrage hospitalier).

Les médecins généralistes, dans le cadre de ces réseaux, peuvent échanger avec d'autres intervenants, partager des décisions, être déchargés des aspects administratifs, de la recherche d'intervenants. Ils bénéficient d'une aide à la continuité des soins, d'un appui apporté pour faire accepter l'aide aux patients, en contrepartie de temps.

Pour les médecins enquêtés, ce sont les conditions d'une participation à la coordination gériatrique.

En ce qui concerne l'information et la formation dans le domaine gériatrique, la moitié des médecins généralistes interrogés s'estime bien informée, et 60% des médecins interrogés s'estiment bien formés.

Les modalités de formation le plus souvent évoquées sont : la pratique et l'expérience, la formation spécifique en gériatrie, ou la formation continue.

En fin d'entretien, les médecins généralistes interrogés ont exprimé leurs préoccupations dans des domaines très variés parmi lesquels : la dégradation de leurs conditions de travail, les inquiétudes liées à l'évolution de la démographie des médecins généralistes, des délais de prise en charge trop longs, les dysfonctionnements locaux.

## **SYNTHÈSE**

---

Les médecins généralistes connaissent peu et s'impliquent peu dans la politique et les dispositifs gériatriques de leur département, hormis l'APA.

Pour les Conseils Généraux, la collaboration avec les médecins généralistes autour de l'APA est importante.

Les médecins généralistes ont souvent peu de liens avec les équipes médico-sociales, parfois ne les connaissent pas, tout en exprimant souvent un sentiment d'isolement.

Les Conseils Généraux et les CLIC reconnaissent aussi ce manque de connaissance mutuelle.

Les médecins généralistes souhaiteraient être mieux informés.

Les Conseils Généraux et les CLIC se demandent comment mieux les informer.

Les médecins généralistes n'ont souvent pas le désir de s'impliquer plus.

Les Conseils Généraux et les CLIC interrogés souhaiteraient développer des coopérations.

Les médecins généralistes ont une perception de la coordination plutôt administrative, chronophage, paperassière. Ils voient peu ces aspects positifs pour eux.

Les autres acteurs se demandent comment les intéresser à la coordination.

Les médecins généralistes ayant eu recours à un CLIC y voient un intérêt certain. Les CLIC sont convaincus qu'ils peuvent apporter une aide intéressante aux médecins généralistes et qu'une coopération est possible.

Les réseaux gérontologiques sont encore trop jeunes pour disposer d'éléments d'évaluation, mais il semble qu'ils peuvent représenter une plus value pour les médecins généralistes.

La gestion du temps semble être une difficulté importante dans l'exercice des médecins généralistes. Les autres acteurs sont bien conscients de cette difficulté.

Le problème de la démographie des médecins, confrontée à celle des personnes âgées, inquiète tous les acteurs.

Les positions des uns et des autres ne sont pas réellement contraires, mais aujourd'hui, une distance existe entre eux...

> Les résultats complets de cette étude seront consultables sur le site de l'URML RA :

[www.urmlra.org](http://www.urmlra.org)



*Docteur Pascale GAYRARD et  
Monsieur Christian HARZO de l'Observatoire de Lyon*

# LE QUOTIDIEN DU MEDECIN GENERALISTE

**Professeur Régis GONTHIER**  
**CHU Saint Etienne Gériatrie Clinique**

## **POUR LE MAINTIEN A DOMICILE**

---

« Mon rôle, en temps qu'observateur extérieur, puisque je suis médecin hospitalier c'est de vous faire part de la façon dont j'analyse les problèmes que vous vivez au quotidien.

Ce maintien à domicile que vous faites est de plus en plus difficile à gérer car il concerne des personnes très âgées :

Ces patients, de plus en plus âgés, ont souvent perdu leur conjoint, leurs frères et sœurs et les amis de leur génération ; ils sont peu adaptés à la mutation technologique, ils sont fragiles physiquement, mais surtout cognitivement. Leurs capacités financières sont limitées.

Ils sont victimes d'une polypathologie avec une restriction de l'autonomie fonctionnelle dont les affections prépondérantes sont, le plus souvent, les maladies neuro-dégénératives, les troubles psychiatriques et les atteintes vasculaires hémiplegiques supérieures à 50 %, les causes mécaniques (15 - 20 %), l'insuffisance-cardiorespiratoire, rénale, cancer : 15 % ; les causes d'origines diverses représentent 15 %.

L'évaluation des potentialités de la personne très âgée est complexe, avec parfois un rôle très modérateur de l'environnement.

Il est difficile de mettre en place ces suppléances. Ce contexte du médecin généraliste est à mettre en lien avec une grosse évolution réglementaire avec :

- La Loi du 20 juillet 2001 sur l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) qui donne lieu à une évaluation médico-sociale.
- La Circulaire du 18 mai 2001 relative aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC) qui comportent 3 niveaux.
- La Loi du 2 janvier 2002 qui rénove l'action sociale et médico-sociale pour l'accueil de jour et pour l'hébergement ou l'accueil temporaire.
- Le Décret du 25 juin 2004 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile concerne la polyvalence des aides : infirmière, aide soignante, AMP, podologue, ergothérapeute, psychologue si besoin.
- La Loi du 13 août 2004 qui donne un rôle pivot des Conseils généraux départementaux dans la politique gériatrique.

Le médecin doit faire une évaluation globale.

En effet l'évaluation multi dimensionnelle est indispensable ; en plus de la pathologie il faut mesurer les IADL (Instrumental Activities of Daily Living), l'équilibre, la cognition, le vécu de solitude et l'état thymique, les réserves en aide disponible (situation de crise, rôle des proches, personne de confiance).

par rapport à cela, nous médecins hospitaliers, nous pensons que cela est très difficile pour vous ; c'est en cela que nous voyons, pour vous aider dans ce travail l'intérêt d'un réseau gérontologique hôpital - ville reconnaissant le concept d'évaluation, l'intérêt de l'hôpital de jour (qui va se développer) qui pratique une évaluation approfondie avec mise en situation, très pragmatique.

Les nouvelles pratiques interprofessionnelles des réseaux impliquent une libre adhésion, une non concurrence, le respect d'une charte éthique, il n'y a pas de rapport hiérarchique mais un médecin généraliste considéré comme acteur central.

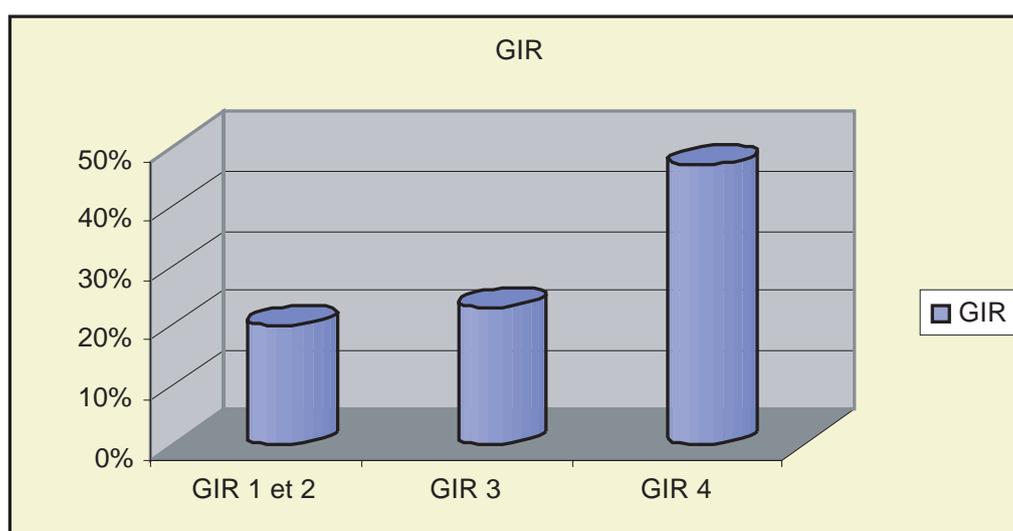
En ce qui concerne l'utilité d'un réseau, son succès répond à une sélection rigoureuse des personnes prises en charge ; il convient de cibler celles qui en ont le plus besoin, c'est-à-dire les personnes de plus de 75 ans (GIR 1 à 4) et fragiles.

Cela permet de faire une concertation entre professionnels, et mieux élaborer un plan d'aide, précis, bien opérant, pragmatique et utile pour le patient ».

Quel est le vécu du médecin Généraliste dans ce réseau ?

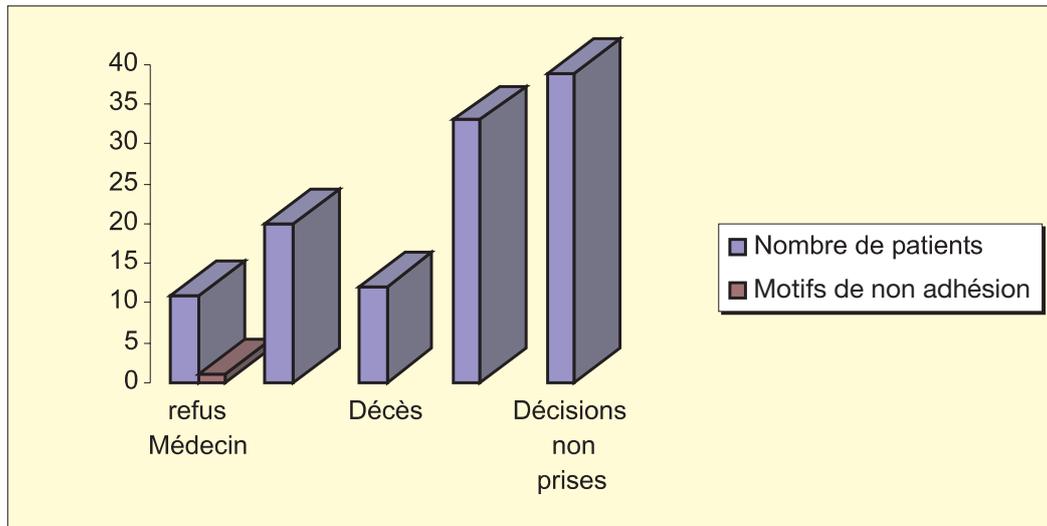
L'expérience d'Amadis servira à illustrer ce propos.

La moyenne d'âge est de 85,4 ans et il y a 70% de femmes



Il y a eu des patients qui relevaient des critères cités ci-dessus et qui ne sont pas entrés dans le réseau et on en a cherché la raison : dans 10% des cas (c'est assez bas comme chiffre) on a été confronté à un refus du médecin généraliste.

Pour 20% des cas ce fut le refus du patient ; et comme cela est un dispositif complexe qui prend du temps, les autres causes de non inclusion ont été le décès du patient (12), des maintiens à domicile avérés impossibles, perte d'autonomie insuffisante.



Ce constat nous rendrait plutôt optimistes, car en définitive, il y a une minorité de médecins réfractaires au travail en réseau.

Pour nous gériatres la perte d'autonomie et l'âge c'est bien mais il faut savoir aller au-delà, et s'approprier d'autres indicateurs pour faire de la prévention gérontologique.

On décrit la situation de la personne âgée à travers le GIR mais aussi la fragilité. Il y a 4 dimensions : la fragilité physique que tout le monde comprend mais également la fragilité sensorielle, cognitive et motrice.

En utilisant les outils, 66% de ces 75 ans sont autonomes, 10% et plus sont dépendants et fragiles, ce qui donne en terme de projection au niveau de la France 360 000 personnes.

Au-delà de ces 10%, 24% sont dites fragiles avec une autonomie précaire.

Lorsque l'on voit ce que devient ce groupe, on s'aperçoit que ce sont des personnes à haut risque, car lorsqu'on fait un suivi longitudinal de ces patients sur seulement 2 ans, on se rend compte que parmi les GIR 5, 30% sont décédés, 25% sont éligibles à l'APA, c'est-à-dire qui ont aggravé leur autonomie. Pour les GIR 5, pour une personne sur deux, on aurait pu faire des actions de prévention. Nous pensons en Gériatrie qu'il y a des indicateurs à développer pour repérer les personnes suffisamment tôt car ce sont des personnes dites fragiles.

Dans l'expérience de réseaux beaucoup de dossiers sont incomplets. Lorsque la famille fait appel au réseau, dans 60% des cas, la demande d'APA n'a pas été effectuée et dans 53% le repérage des troubles cognitifs n'a pas été fait. On voit bien que le réseau est capable pour les médecins généralistes de faire un repérage et une prise en charge beaucoup plus globale. Nous pensons également que si le CLIC se concerta avec le réseau, on peut envisager une prise en charge plus large.

Beaucoup de progrès sont faits.

Indiscutablement les choses changent mais il y a des limites : le mauvais repérage de la fragilité, le déni (ou acceptation à contrecœur) du besoin d'aide, la continuité parfois en échec avec les 35 heures, l'isolement, la solitude du grand âge.

## **DÉBATS**

---

### **Docteur Georges Carasco, médecin généraliste à Joyeuse – Ardèche**

Les CLIC sont mal connus des généralistes parce qu'ils ne correspondent pas à leurs attentes. Ce sont des machines administratives, or les réseaux sont attendus pour leur rôle d'évaluation de la situation de la personne âgée. Les consultations durent en moyenne un quart d'heure. Comment répondre aux problèmes spécifiques des personnes âgées ? Avec une plateforme formée pour ça, l'évaluation demande trois quarts d'heure. La réponse médicale à la fragilité et à la dépendance est alors faite avec des spécialistes. La réunion des compétences permet d'élaborer un plan d'aide médical et social.

### **Docteur Françoise Faure-Dressy, responsable réseau AMADIS – Saint Etienne**

On a tout de même besoin des CLIC pour que le monde sanitaire rejoigne le monde social.

### **Docteur Jacques Caton – Président URML RA**

Les assistantes sociales existent-elles encore ?

### **Docteur Pierre Lamerant – Les Sauvages - Rhône**

Il existe au Canada des Centres locaux de santé communautaires. Ce « communautarisme » a du mal à exister en France. Or il faudrait que la notion de « médico-social » s'élargisse et soit apprise aux jeunes médecins par les enseignants.

### **Professeur Régis Gonthier – CH Saint Etienne – Gériatrie Clinique**

De nouveaux métiers sont en devenir dans cet esprit-là.

### **Docteur Bernard Rougier – Secrétaire Général URML RA**

Les centres communautaires de santé posent question aux politiques. On est soit médecins généralistes soit assistantes sociales... Je ne suis pas convaincu du bien fondé d'une telle proposition en France.

**Docteur André Chapuis, médecin généraliste, Adjoint à la Ville de Vienne**

La Loi d'août 2004 donne leur force aux Conseils Généraux. Les CCAS des communes ne marchent que s'il y a une proximité dans les localités. Il y a un effort à consentir.

**Le Docteur Emile Olaya, Président du Collège des Généralistes URML RA,** présente le projet MADO en cours de montage en Ardèche (Haut Vivarais).

Les structures expérimentales souffrent d'une manière générale d'un manque de financement pour les rendre pérennes.

**Docteur Weill, Saint-Chamond, en charge de l'APA - Conseil Général de la Loire**

Dans les équipes médico-sociales, les travailleuses ont trois métiers : assistantes sociales, infirmières et conseillères en économie sociale et familiale.

**Docteur André Millon, médecin généraliste – Loire**

Les infirmières à domicile manquent actuellement dans les structures. Elles ne font plus ces soins. Les médecins ont 1h30 de paperasserie à faire par jour. S'ils ont la grille AGGIR en plus !! Les médecins de ville sont dépossédés de cette grille. Leur avis est mis de côté, il y a un manque de rémunération et de reconnaissance de leur rôle. Le dispositif APA n'apporte rien. Le dossier est compliqué et on manque de temps médico-social. On ne peut pas tout faire en même temps!

**Docteur Jacques Caton – Président URML RA**

Il existe un acteur important : l'hôpital. Mais pour quelle coordination à la sortie ?

**Docteur Georges Granet – médecin généraliste - Rhône**

Il existe un point de rencontre : l'APA, avec la grille AGGIR. Il faut informer les familles sur cet acte médical en amont. En aval, il faut que les médecins connaissent les conclusions du travail fait par le médecin.

**Monsieur Chalochet, Directeur des Hospices Civils de Lyon**

Le passage aux urgences est un véritable traumatisme pour les personnes âgées ; il faut que l'hôpital améliore ses échanges avec la Médecine Générale.

**Professeur Marc Bonnefoy - CH Lyon Sud - Service Gériatrie**

Nous avons en effet 7000 admissions de personnes âgées par an.

**Docteur Jean-François Bulet – médecin généraliste - Loire**

Il existe des situations ingérables dans les passages de crise de l'autonomie à la dépendance. Si on hospitalise, c'est pire. On va vers une perte cognitive en un ou deux mois.

**Madame Jacqueline Psaltopoulos – Adjointe au Maire de Lyon**

C'est le rôle des Politiques de préparer la population à vieillir, avec les institutions autour de la personne âgée, ainsi que le Conseil Général. C'est le maillage du territoire. Il faut informer les personnes à partir de 60 ans, pour prévenir les moments de crise, ou au moins les vivre avec moins de stress.

Dans le 8e arrondissement de Lyon, le SSIAD (Service de Soins Infirmiers à Domicile) a deux services débordés en nombre de lits. Il nous est très difficile d'accueillir plus de patients.



*Professeur Régis GONTHIER  
CHU Saint Etienne – Gériatrie Clinique*

# POLITIQUES TERRITORIALES ET PRISE EN CHARGE DE LA DÉPENDANCE

**Catherine GUCHER, Sociologue, Maître de conférences IUT2,  
Université Pierre Mendès France,**

Membre associée du Centre Pluridisciplinaire De Gérontologie de Grenoble.

**Le Docteur Bernard Rougier, Secrétaire Général de l'URML RA,** en sa qualité de modérateur introduit la table ronde : « *Politiques Territoriales et prise en charge de la dépendance* ».

Il cite Georges Canguilhem, médecin lyonnais, discipline de Bachelard : « *nos contemporains dans les sociétés de type occidental industriel et démocratique sont en général assez éloignés de penser, comme le fait Ivan Illich que la maladie est leur état naturel. Et s'ils pensent, à la manière de Platon, que l'Etat a pouvoir par le moyen des services de santé publique, sur la santé des citoyens, c'est bien entendu dans la mesure où ils attendent, contrairement à Platon, dans la République « le loisir d'être malade et de se faire soigner » et la reconnaissance de leurs droits à ce loisir . Ce qui veut dire que dans une société moderne (Ce texte a à peu près 20 ans) riche, il y a une demande de soins de la population, et il y a des conséquences, qui sont des conséquences économiques mais aussi sociales* ».

**La parole est donnée à Madame Catherine GUCHER, sociologue, IUT, Département des  
Carrières sociales à Grenoble**

Est-ce que la dépendance est un critère fédérateur ou séparateur ?

Est-ce que la manière de poser le problème du vieillissement à travers la dépendance, est la bonne pour que les acteurs du champ médical et du champ social se retrouvent ?

Si on pose le problème à travers la dépendance on est déjà dans l'occultation de ce qui fait la vie des gens âgés; ce sont d'abord des personnes qui ont une vie sociale, qui sont entourées qui ont envie de vivre : la santé n'est pas forcément l'élément déterminant de l'envie de vivre. Le rapport Laroque (1962) a posé les bases de l'intégration sociale des personnes âgées dans la société en leur conservant leur place d'actrices. L'allongement de l'espérance de vie n'est pas seulement une catastrophe mais peut aussi être pris comme une chance, un élément positif sur le plan économique, il crée des emplois. Sur le plan humain, il nous rappelle d'où nous venons. Il faut simplement s'y prendre plus tôt pour travailler ensemble.

Si La coordination des acteurs est indispensable, il convient de ne pas perdre de vue ses objectifs :

Il faut la penser avec une préoccupation de l'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées, avec une cohérence des actions pour ne pas écarteler les personnes âgées entre les

différentes prises en charge et en faire bénéficier tous les accompagnants professionnels. Si la personne âgée se sent mieux accompagnée dans le projet de vie, ce ne peut être qu'un bénéfice pour les acteurs professionnels.

Sur la santé mentale entre autres, il y a encore beaucoup à faire. Les rapports montrent que cette difficulté laisse une plage vide à cause des différentes cultures. Il y a un apprentissage des logiques sociales et médicales à faire en formation.

La pluridisciplinarité ne signifie pas « même vision des choses » : on ne peut pas demander une évaluation médicale aux acteurs sociaux. Chacun a sa compétence, en complémentarité, autour de la personne.

La coordination ne peut se développer que dans une approche de proximité

L'échelon communal ou inter-communal est porteur pour les initiatives innovantes entre libéraux, travailleurs sociaux, élus, qui se retrouvent presque au chevet des personnes âgées. Il s'agit d'une coordination de très grande proximité. La loi APA doit permettre de restituer la place de la personne âgée, là où son projet de vie la concerne pour une réussite de la coordination.

Ainsi, les Personnes Agées peuvent nous rassembler au-delà de nos différences.

Quelle place ont-elles dans cette coordination ? L'utilisateur se doit d'être au cœur des dispositifs, il faut leur restituer cette place d'acteurs, ce qui sera le gage d'une coordination réussie.

La parole est donnée à **Monsieur Pierre Jamet, Directeur de Cabinet au Conseil Général du Rhône**

La mise en œuvre de la loi Handicap, de plus grande ampleur que celle des personnes âgées, rappelle la tradition de travail des services avec le monde médical, dans le Rhône. Avec la permanence des soins puis l'APA en relation avec les médecins libéraux, il appartient aux médecins de famille d'être des éléments de référence. Depuis la loi d'août 2004, le Département est chargé de la coordination des politiques gérontologiques et du handicap. Il y a une novation importante : le Département se doit de donner une unité d'appréciation sur l'ensemble du territoire mais cela ne pourrait se faire sans les communes, le monde médical, le monde hospitalier, le tissu associatif et social, les établissements....

Cette unité d'appréciation du Département sur l'ensemble du territoire en fait le pilote de la politique gérontologique, pas forcément le commandant de bord !

Le Schéma gérontologique se doit d'établir le constat de l'existant, de définir les conditions d'exercice et s'assurer de l'harmonie sur le territoire, divisé en zones pertinentes autour de communes, avec l'ensemble des acteurs médico-sociaux et des objectifs à 5 ans. L'intérêt de cette coordination est d'offrir les mêmes prestations aux personnes âgées, où qu'elles habitent. L'équité de traitement sur le territoire doit être appréhendable sur le plan humain. Il convient donc de développer des réseaux, avec des expériences en fonction des territoires partant d'un centre hospitalier, nécessaire pour personnes âgées plus ou moins dépendantes. Nous allons

faire l'expérience avec St Luc - St Joseph et le tissu associatif qui entoure l'hôpital pour voir si c'est viable. Il faut organiser les services à domicile à partir des établissements d'accueil avec une approche sociale et individuelle des personnes, c'est un pari et une vraie révolution.

Nous devons jouer le jeu des articulations entre hôpitaux et associations, entre communes et conseil général. La proximité des Maisons du Rhône leur donne la possibilité d'être les sièges des coordinations et réseaux.



*Madame Catherine GUCHER  
Sociologue, Maître de Conférences  
Université P. Mendès France Grenoble*



*Monsieur Pierre JAMET  
Directeur de Cabinet  
Conseil Général du Rhône*

# LE SYNDROME DE FRAGILITÉ DU SUJET ÂGÉ ET SES COMPOSANTES : UNE NÉCESSAIRE PRISE EN CHARGE

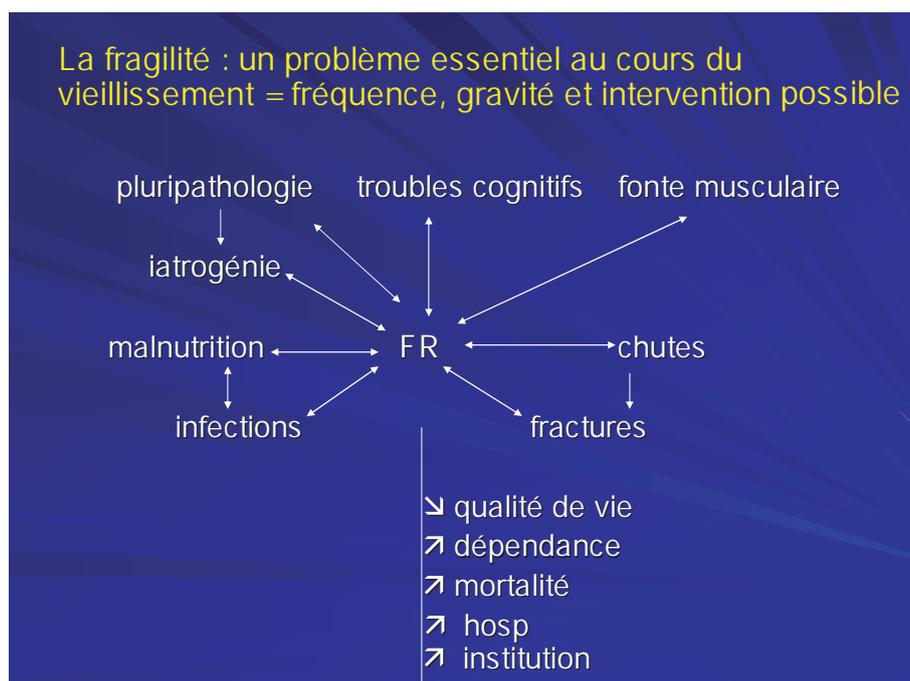
**Professeur Marc BONNEFOY**  
**Centre Hospitalier de Lyon Sud – Service de Gériatrie**

Le syndrome de fragilité du sujet âgé est au cœur des débats : un équilibre perpétuellement instable.

L'adaptation de notre système de santé est une nécessité pour répondre aux besoins d'une population dont les tranches d'âge les plus élevées sont en constante augmentation. Ainsi de nombreuses actions ont été développées dans ce sens depuis quelques années visant en particulier à améliorer la prise en charge des personnes âgées dépendantes en institution, à favoriser le maintien à domicile, ou à la prise en charge de la maladie d'Alzheimer (plans Alzheimer).

D'autres priorités apparaissent aussi clairement, elles nécessitent une implication majeure des médecins traitants généralistes : le bien vieillir, le dépistage du syndrome de fragilité du sujet âgé et la prévention des états de dépendance.

Le syndrome de fragilité réalise un équilibre perpétuellement instable, il est lié à l'épuisement des capacités de réserve de la personne âgée. Il est le fait de multiples déterminants dont les grands syndromes gériatriques. Les conséquences du syndrome de fragilité sont redoutables pour la personne elle-même, mais aussi pour le système de santé (moindre qualité de vie, survenue de dépendance, recours aux hospitalisations ou aux institutions...).



La présence de marqueurs cliniques de la fragilité doit alerter le médecin traitant et conduire à un dépistage par l'intermédiaire d'une démarche évaluative multi-dimensionnelle et standardisée qui met en œuvre des compétences spécifiques dans un processus dynamique, avec des objectifs de prise en charge et un indispensable partenariat.

Les problèmes médicaux sont analysés en termes :

- de pathologies aiguës, pathologies chroniques (nombre / sévérité), médicaments, malnutrition (arguments cliniques / arguments biologiques), troubles de la marche (équilibre),
- de cognition (MMS, horloge, test des 5 mots et recours à la consultation mémoire),
- de dépression (GDS),
- de dépendance fonctionnelle : (ADL, IADL)

L'environnement social, la sédentarité (activité physique), les arguments biologiques (albumine < 35 g/l, cholestérol < 1,6 g/l, CRP en augmentation), et les arguments complémentaires (capacité de réserve pas (encore) en routine, composition corporelle et fonction musculaire, aptitude cardio-circulatoire à la marche) sont essentiels en terme de diagnostic.

Cette évaluation doit déboucher sur des objectifs de prise en charge et de suivi nécessitant un véritable partenariat à structurer entre les différents acteurs.

En cas de décompensation aiguë, si l'on souhaite éviter la dépendance et des situations irréversibles, ces liens sont aussi indispensables pour favoriser un accès rapide à la filière gériatrique allant de l'unité mobile d'évaluation gériatrique au court séjour et aux soins de suite et de réadaptation,

**Le bien vieillir** constitue aussi en amont de la situation de fragilité et de dépendance un enjeu majeur qui nécessitera le développement et l'organisation d'une politique spécifique de prévention avec une implication forte des médecins généralistes.

**L'objectif** est d'améliorer la qualité de vie, le statut nutritionnel, et de diminuer la dépendance, les événements indésirables, les accidents iatrogènes, la mortalité, les situations de crise. Il convient de souligner l'importance de la prévention notamment des chutes pour le maintien de la masse musculaire.

La fréquence des chutes est de 35% chez les plus 65 ans, de 50% chez les plus de 80 ans, avec 10% d'hospitalisation. On constate une physiopathologie complexe et des facteurs de risque multiples, intrinsèques et extrinsèques. Une approche spécifique comme le « get up and go test » permet cette prévention.

## **EN CONCLUSION**

---

Il faut structurer des liens pour dépister et évaluer la fragilité, ses composantes, mais aussi ses déterminants (condition physique), pour améliorer sa prise en charge et prévenir la dépendance.



*Professeur Marc BONNEFOY  
CH Lyon Sud – Service de Gériatrie*

# POLITIQUES DE LA VIEILLESSE ET PRISE EN CHARGE DES MALADES AGES DEPENDANTS

**Professeur Alain FRANCO - CHU Grenoble**  
**Département de médecine gériatrique et communautaire**

Le Professeur Franco fait un rappel des textes légaux importants pour l'organisation de la gériatrie.

Il cite le Rapport Palach, excellent rapport qui rappelle des notions de base, à savoir :

- organiser un dispositif d'alerte et d'urgence (c'est l'effet canicule)
- donner la possibilité aux français de bien vieillir à domicile
- améliorer la prise en charge des personnes âgées par les services et les Etablissements sanitaires et sociaux
- adapter le nombre de formations, doter notre pays de moyens d'anticiper, clarifier le rôle des différents acteurs

Tout cela se rejoint peu à peu et l'on a une vraie politique de la personne âgée, et la prise en charge du vieillissement depuis le rapport Laroque :

- accélération de la réglementation
- augmentation de la Sécurité Sociale, mais pas assez
- augmentation forte de la contribution départementale à l'aide aux personnes âgées : c'est un problème

Le débat autour du 5<sup>ème</sup> risque n'est pas clos.

Le médecin traitant généraliste est impliqué à tous les niveaux, dans l'esprit et dans les textes, paradoxalement et objectivement il a peu participé à la mise en place de ces dispositifs.

**En conclusion**, l'arsenal législatif et réglementaire est un gros travail de ces dernières années (beaucoup d'acteurs s'y sont impliqués) qui répond aux besoins de la population, qui gagne en cohérence médicale, qui bute encore sur la dichotomie santé/social et la multiplicité des décideurs et financeurs,...

*"On va jusqu'à culpabiliser les acteurs de ne pas vouloir travailler ensemble. On dit : les assistantes sociales ne veulent pas parler aux docteurs. Les médecins eux, ne connaissent même pas le numéro de téléphone de celles-ci : c'est très facile de dire cela. Il ne faut pas culpabiliser à l'excès.*

*Il ne faut quand même pas oublier qu'en 1981, il y a eu un choix purement politique et pas du tout rationnel : la santé reste centralisée, le social ira dans les départements.*

*Conclusion, on est dans une filière très inédite dans le monde, il faut convaincre les politiques de sortir de cette dichotomie. De plus, si vous êtes dans un réseau et si l'on veut que le réseau*

*fonctionne il faut rémunérer tous les intervenants tant médicaux que sociaux et vous verrez que cela ira beaucoup mieux dans ces conditions. »*

**Le Docteur Bernard Rougier** cite une déclaration du 26 février 1946, quelques mois après les publications des ordonnances qui créaient la Sécurité Sociale en France, « *c'est plus qu'une déclaration c'est une circulaire Ministérielle du Ministère des Affaires Sociales de l'époque, de Monsieur Ambroise Croizat (il y a une avenue à St Martin d'Hères), communiste, c'était le Ministre des Affaires Sociales du Général De Gaulle, lorsqu'on a créé la Sécurité sociale* » et sa circulaire disait :

*« Il est nécessaire qu'une franche collaboration entre le corps médical et les caisses d'assurance maladie permette de restreindre les dépenses qui ne sont pas strictement nécessaires au rétablissement de la santé des assurés. C'est en effet du corps médical lui-même que relève la répartition judicieuse des frais importants que la législation nouvelle va faire supporter aux caisses. Il dépend notamment de lui de restreindre les dépenses inutiles occasionnées par les prescriptions injustifiées de repos ou de médicaments. C'était, il y a 55 ans. »*



*Docteur Bernard ROUGIER  
Secrétaire Général URML RA*

## **DÉBATS**

---

### **Docteur Françoise Faure-Dressy, responsable réseau AMADIS – Saint Etienne**

Merci de nous soutenir, s'il vous plaît, pas de claques pour les CLIC !

### **Monsieur Pierre Jamet – Directeur des Services - Conseil Général du Rhône**

J'ai été provocateur. Je ne vois d'intérêt que pour les CLIC de niveau 3, à développer pour coordonner l'information. L'argent public doit être investi sur des résultats, pas sur des structures. C'est le drame du système français. Il faut mailler le territoire et ça ne se fait pas avec des circulaires. Il faudrait revoir la pérennité des financements au lieu de multiplier le saupoudrage.

### **Docteur Bernard Rougier- Secrétaire Général URML RA**

Comment réagissent les médecins généralistes à ce que l'on vient d'entendre ?

### **Docteur Georges Carasco – médecin généraliste - Ardèche**

Les médecins généralistes sont conscients de l'importance de la coordination, mais ils se heurtent à un problème de temps et de formation, pour eux et pour tous les intervenants. En Ardèche méridionale, la coordination existe à travers le DMP (Dossier médical partagé). La réforme est intéressante grâce à ce nouvel outil informatique qui permet de confronter les pratiques. Le Problème de coordination de la gériatrie passe par le DMP, on pourra communiquer et évaluer les pratiques professionnelles, c'est très important pour nous, médecins généralistes

### **Docteur Paul Barbedienne, médecin généraliste de zone rurale à Thorens-Glières – Haute Savoie**

« Ce qui m'a beaucoup intéressé depuis le début de ce colloque : la notion de fragilité et la prévention. Les généralistes de notre génération, dans notre cursus, n'avons pas eu cette culture là ; nous informerons donc nos collègues des outils que l'on peut avoir à disposition et d'axer ainsi une partie de notre formation sur la notion de grande dépendance des personnes âgées, autour de la prévention des chutes, des troubles de la mémoire, etc. »

### **Docteur Emile Olaya, co-promoteur d'un réseau de coordination dans le Haut Vivarais (MADO) - Ardèche**

« La coordination, telle qu'elle est trop souvent proposée fait parfois faire des bonds ! On a tous un discours convenu : il faut faire de la coordination ; mais elle peut conduire à élaborer une usine à gaz qui décourage les bonnes volontés. L'APA, chez moi, c'est simplement échanger un certificat médical où je ne me sens engagé à rien et sur lequel on ne me demande pas mon avis. Loin d'alléger les procédures, elle les complexifie. En ce moment sur le Nord Ardèche je suis responsable d'un Projet de réseau et je constate que vous avez monté des usines à gaz destinées uniquement à décourager les promoteurs. »

### **Une intervenante (secteur gériatrie)**

« Les réseaux sont ingérables sauf si les médecins libéraux connaissent la gériatrie en institutions.

En médecine générale il nous manque des outils, il faudrait avoir des personnes qui travaillent en réseau et faire un lien entre médecine de ville et institutions (exemple médecin coordonnateur) ».

### **Responsable France Alzheimer – Rhône Représentant d’usagers**

Je ne souhaite pas la guerre entre CLIC et Conseil Général. Les CLIC donnaient l’espoir aux familles d’obtenir toutes les informations nécessaires en un seul point. Le niveau 1 met en route ce procédé (avec plus de moyens si possible). Le CLIC de Villeurbanne est d’un bon niveau mais sa pérennité est menacée. Les CLIC ont l’avantage de coordonner sur une grande proximité.

### **Monsieur Pierre Jamet – Directeur des Services - Conseil Général du Rhône**

Depuis le 1er janvier 2005, le Conseil Général doit financer les CLIC, c’est caractéristique de notre système français deux structures pour le même objectif: il existe 54 Maisons du Rhône sur tout le territoire. Il y en a 9 à Villeurbanne : il serait choquant de ne pas y inclure les CLIC. L’argent public toutefois doit être préservé, au lieu de construire de nouveaux bâtiments il conviendrait de financer des moyens et d’éviter des doublons.

### **Docteur Bernard Rougier – Secrétaire Général URML RA**

Qu’est-ce qui relève pour cela, du financement par l’Impôt ou par l’Assurance Maladie ? Il est compliqué pour un médecin d’avoir une connaissance législative sur tout ça.

### **Un médecin spécialiste**

Le temps c’est de l’argent Les médecins ne vont pas aux réunions, faute de temps. Il serait bien qu’ils aient les moyens financiers pour participer à des actions communautaires santé et social, et des projets ciblés de prévention. Il faut donner des moyens financiers aux médecins généralistes pour leur permettre de participer et compenser ainsi le temps passé : ce serait un réel progrès.

### **Docteur Paul Barbedienne, médecin généraliste de zone rurale à Thorens-Glières – Haute Savoie**

« L’intervention du médecin généraliste dans la coordination est importante. Le syndicalisme médical a demandé la reconnaissance d’un temps médico-social qui équivaldrait à ce nouvel acte qui consisterait à rencontrer au lit du malade le kiné, l’infirmière. On a essayé de développer cela, ne l’oublions pas ».

### **Docteur Bernard Rougier - Secrétaire Général URML RA**

La réforme réintroduit timidement la notion de médecin traitant avec les ALD (avec 40 € par an et par patient, au titre de la coordination). On devrait évoluer vers des modes de rémunération mixtes, paiement à l’acte pour le suivi quotidien et des formes autres de rémunération à inventer pour ce temps médico-social.

### **Docteur Georges Carasco – médecin généraliste - Ardèche**

L’information que nous donnons autour du patient en tenant son dossier (DMP) nous donne un rôle pivot qui doit également être rémunéré.

**Docteur Alain Lion - Président de l'URML d'Alsace**

« Je suis réellement convaincu de l'intérêt des réseaux gérontologiques, mais ils imposent un parcours du combattant. Le téléchargement des cahiers des charges inhérents sur le site de l'ARH est déjà une entreprise énorme ! Ceci dit, il faut savoir qu'il y a une assistance aux montages de projets par les URML. Le FAQSV accepte de financer le consultant en Alsace ».

**Docteur Emile Olaya – Président du Collège des Généralistes – URML RA**

C'est la même chose en Ardèche. On met 4 à 6 ans pour démarrer un réseau gérontologique. Pour télécharger les informations et le cahier des charges sur le site de l'ARH, il faut vraiment avoir l'ADSL tant il est lourd et complexe ! Grâce aux Unions Régionales, le soutien moral pour de telles initiatives est essentiel...

**Docteur Bernard Rougier – Secrétaire Général – URML RA**

Le Politique doit convaincre l'Administratif d'être clair et simple. Le mal français est dans la complexité. Les médecins généralistes ne peuvent pas remplir plus de papiers !

**Docteur Pascale Gayrard**

Par rapport aux CLIC, les Conseils Généraux se posent tous la question de leur financement.

**Monsieur Pierre Jamet – Directeur des Services - Conseil Général du Rhône**

Ils seront contraints à évoluer dans les deux ans qui viennent, conformément à la politique de territorialisation de tous les départements.

**Docteur Emile Olaya – Président du Collège des Généralistes – URML RA**

Monsieur Jamet dit très justement que l'organisateur du système de protection sociale doit être un pilote et pas un commandant de bord. En effet, on nous demande trop souvent de nous asseoir dans l'avion sans nous dire comment et où on va nous emmener. La coopération et le co-pilotage sont des voies de réflexion. Nous avons des chartes de coopération à établir.



*Professeur Alain FRANCO*

*CHU Grenoble – Département de Médecine Gériatrique et Communautaire*

## LA POLITIQUE GERONTOLOGIQUE EXPERIENCES ETRANGERES



*Professeur Howard BERGMAN – Université McGill Montréal (Canada)*

*Professeur Jan de LEPELEIRE – Université de Leuven (Belgique)*

*Docteur Pilar REGATO PAJARES – Coordinatrice du Groupe de Travail d'Aide aux Personnes  
Agées semFYC (Espagne)*

# SOINS INTÉGRÉS POUR PERSONNES ÂGÉES EN PERTE D'AUTONOMIE : « SIPA »

**Professeur Howard BERGMAN**  
**Université McGill Montréal (Canada)**

*Modérateurs : Docteur Paul BARBEDIENNE et Docteur Emile OLAYA - URML Rhône-Alpes*



## Caractéristiques des Personnes Âgées Vulnérables

- ◆ âge avancé
- ◆ incapacités fonctionnelles
- ◆ problèmes médicaux: aigus et chroniques
- ◆ problèmes sociaux: aigus et chroniques
- ◆ importance du réseau social
- ◆ transitions fréquentes
- ◆ besoin d'une combinaison complexe de services médicaux et sociaux:
  - ◆ aigus
  - ◆ longue durée

L'allongement de la durée de vie fait que nous devons traiter de la dépendance sous toutes ses formes : le médecin ne peut donc plus répondre seul aux problèmes complexes liés à la dépendance et pour lesquels il n'a pas été formé.

La médecine de première ligne doit être et rester le fondement de notre système de santé, avec en appui des réseaux.

Le constat :

**Les soins pour personnes âgées en perte d'autonomie** sont fragmentés, ne répondent pas exactement aux besoins et font une utilisation inadéquate des ressources.

Comment assurer l'ensemble des interventions dans un système cohérent de santé ?

Comment éviter des nouvelles formes de fragmentation ?

Les caractéristiques des personnes âgées vulnérables sont leur âge avancé, leurs incapacités fonctionnelles, leurs problèmes médicaux et sociaux aigus et chroniques. D'où l'importance du

réseau social et le besoin d'une combinaison complexe de services médicaux et sociaux lors de problèmes aigus ou de longue durée.

Le projet SIPA s'appuie sur un essai clinique randomisé avec 1230 personnes âgées fragiles allouées au hasard au système de prise en charge SIPA ou aux services habituels, dans 2 sites à Montréal :

**Les résultats** portent sur la satisfaction et la perception de la qualité des proches, sans augmentation du fardeau ou des coûts privés. En terme de santé, on ne note pas de différence, en terme de mortalité non plus : la qualité est égale ou améliorée.

### **Les Défis**

Pour la médecine de première ligne, il s'agit de répondre aux besoins complexes des personnes âgées. La complexité de la médecine et du système fait qu'on ne peut plus travailler de façon isolée. Les thèmes suivants sont cruciaux pour faire évoluer la prise en charge des personnes âgées :

- Rémunération, organisation, infrastructure
- Responsabilité clinique pour l'ensemble des trajectoires de soins
- Rapports entre la gériatrie spécialisée et la première ligne

Le projet SIPA a montré que l'on prend les rênes au lieu de subir le changement ; il a eu des ententes contractualisées avec les services à domicile, il y a une responsabilité de chacun, pour laquelle on est payé.

Ces résultats soulignent l'importance de soins médicaux de première ligne solides et associés à des interventions communautaires ainsi qu'à la médecine gériatrique spécialisée. Lorsque l'organisation et l'infrastructure des soins médicaux de première ligne sont inadéquates ou que leurs mécanismes de paiement et de financement sont inappropriés, la capacité d'offrir des soins aux personnes âgées fragiles en est ainsi réduite. Ce problème est soulevé dans les propositions de réforme des soins de santé de nombreux pays qui considèrent les soins médicaux de première ligne comme la fondation de leur système de soins de santé.

Il y a une peur du changement au Québec.

Le 8ème congrès de gérontologie gériatrie traitera du Vieillissement, Santé Société : Acquis, défis, perspectives

Pour tout renseignement : [www.solidage.ca](http://www.solidage.ca)

# LES SOINS À DOMICILE EN FLANDRE ET EN WALLONIE

**Professeur Jan de LEPELEIRE**  
**Université de Leuven (Belgique)**

La difficulté en Belgique est déjà qu'il y a 6 gouvernements pour une population de 10 millions d'habitants.

En Belgique, l'organisation des soins, particulièrement de ceux délivrés au domicile, est fort différente dans les 3 régions du pays : la Flandre, la Wallonie et Bruxelles. En effet, l'état fédéral et les gouvernements régionaux s'y partagent les compétences législatives, financières et de contrôle. La coordination des soins est également compliquée parce qu'il y a trop d'acteurs-coordonateurs : 14 structures différentes

Le financement des soins aux personnes âgées est surtout basé sur le degré de dépendance. Celui-ci est évalué par l'échelle de Katz (qui est un instrument similaire à la grille AGGIR), bien connue en France.

L'inadaptation de l'échelle de Katz constitue un des problèmes urgents, qui fait actuellement l'objet de nombreux débats. Cet instrument se fonde sur le modèle déficitaire des incapacités. Il ne prend pas suffisamment en compte la dépendance et les besoins en soins des patients déments.

Les recherches scientifiques Qualidem et Interface ont pour objectif de proposer d'autres méthodes ou instruments d'évaluation des besoins en soins. Les propositions s'appuieront sur le modèle de compétence (au lieu du déficit) en accord avec la récente classification de l'OMS. Elles essaieront d'éviter les points obscurs dans la programmation des soins en proposant des instruments qui permettent de repérer systématiquement tous les problèmes et les situations à risque. Dans cette perspective, il est essentiel que les différentes disciplines impliquées dans les divers contextes de soins parlent un langage commun et utilisent les mêmes instruments.

Les innovations consistent dans des actes intellectuels gériatriques :

## L'évaluation gériatrique pluridisciplinaire :

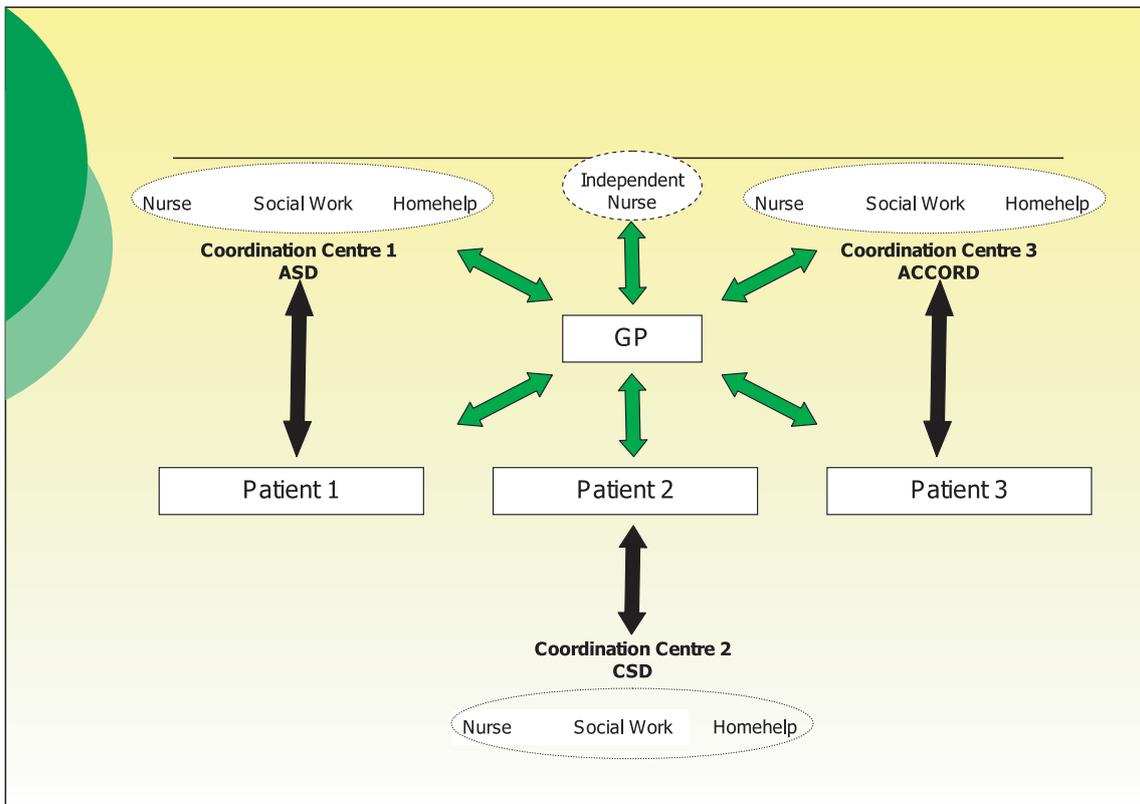
Cette évaluation doit être prescrite par le médecin généraliste traitant ; elle est exécutée par le médecin spécialiste en "médecine interne-gériatrie", dans la section polyclinique du service de gériatrie (G) d'un hôpital agréé avec la participation de l'équipe en personnel infirmier gériatrique et/ou paramédicale gériatrique et comprend une évaluation fonctionnelle physique, psychique et sociale du patient âgé de plus de 75 ans, à l'aide de tests fonctionnels validés.

La gériatrie de sortie :

Des honoraires sont prévus pour l'examen par le médecin spécialiste en "médecine interne-gériatrie", effectué chez un bénéficiaire âgé de plus de 75 ans, admis dans un autre service que de Gériatrie, sur prescription du médecin spécialiste non gériatre, qui exerce la surveillance

L'examen gériatrique de sortie

Des Honoraires sont perçus pour l'examen gériatrique de sortie par le médecin spécialiste en "médecine interne- gériatrie", chez le bénéficiaire âgé de 75 ans hospitalisé dans un service de gériatrie G.



# L'EXPÉRIENCE ITALIENNE

**Docteur Guy BRIERE**  
**Médecin Généraliste (Italie)**

« Depuis mon arrivée à Florence, je participe à l'amicale des Français de Toscane, dans le secteur médico-social et spécifiquement auprès des personnes du troisième âge. J'exerce depuis 20 ans à Florence, et je pense être le seul médecin libéral en Italie

Le troisième âge représente 18% de la population totale en Italie. Il représente aussi 37% des hospitalisations et 49% de l'occupation des lits et donc du coût total des frais de santé pour les hôpitaux. Le recours au Day-Hospital (hospitalisation journalière), par rapport aux hospitalisations classiques, est beaucoup moins développé chez les personnes du troisième âge car la symptomatologie clinique justifiant l'acte médical est principalement de nature dégénérative et chronique (par ordre de fréquence, l'hospitalisation est due aux pathologies suivantes : cataracte, athérosclérose coronarienne, insuffisance cardiaque et maladies bronco-pulmonaires chroniques...). A noter que l'occupation des lits par les personnes du troisième âge étant plus longue dans le temps, il en résulte une difficulté majeure, estimée à 20% (Ministère de la Santé), pour l'obtention d'un lit hospitalier.

La géographie sanitaire italienne, divisée en régions autonomes, cause des disparités de présence de structures d'accueil et d'assistance médicale à domicile.

En général, le Ministère de la Santé juge ces structures bien en-dessous des besoins réels. Il est donc prévu, selon les accords Etat-Régions, de faciliter les hospitalisations des chroniques et parallèlement, de développer des modalités d'assistance alternatives.

Derrière ces données du Ministère de la Santé et ces accords Etat-Régions, la réalité de tous les jours est une source d'angoisse. Je tenterai de vous expliquer le plus clairement possible le rôle d'un médecin généraliste installé en libéral dans un pays où la médecine est étatisée.

L'Etat distribue 21 enveloppes aux 21 régions, qui gèrent indépendamment leurs propres systèmes de santé, hôpitaux et médecins compris. Ils ne sont pas payés à l'acte mais au dossier (ils reçoivent une somme fixe par « dossier patient » et par an). Le maximum pour un médecin est de 1500 malades. Les médecins consultent de 9h à 11h et font plus de visites à domicile, les dessous de table sont fréquents. »

Il n'existe aucun système pour le troisième âge. Le bénévolat de la famille existe jusque dans l'hôpital : ce sont les parents qui y font les soins de base. Il n'y a pas de structures, pas de maisons de retraite médicalisées. Ce sont des financiers qui se chargent d'aller voir le Maire de la commune, qui autorise les constructions d'établissement en se réservant 10 lits...

Le montant moyen des retraites est de 500 € par mois. Il n'y a pas de social, juste la famille qui fait vivre toutes les générations sous le même toit. Il y en a souvent 4. Le salaire moyen des Italiens est de 900 € par mois.

Les auxiliaires qui sont parfois appelées pour s'occuper des personnes âgées viennent d'Ukraine, de Roumanie, d'Albanie, mais elles sont sans véritable formation. Nous sommes vraiment dans un contexte de catastrophe politique et économique.

L'Etat social n'existe pas. La cellule familiale a une place prépondérante mais jusqu'à quand, du fait de l'évolution de nos sociétés.



*Docteur Guy BRIERE  
Médecin Généraliste Florence (Italie)*

# SOINS DE SANTÉ DES PERSONNES ÂGÉES EN ESPAGNE DES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

**Docteur Pilar REGATO PAJARES –  
Coordinatrice du Groupe de Travail d’Aide aux  
Personnes Agées semFYC (Espagne)**

L’Espagne est une Monarchie parlementaire gouvernée actuellement par le parti socialiste. C’est un Etat fédéré avec 17 Communautés autonomes et quatre langues officielles.

## **SYSTÈME DE SANTÉ**

Notre politique sanitaire est établie par la Loi Générale des Soins de Santé de 1986, le modèle de notre pays est celui du Système National de Santé comme en Italie et au Royaume-Uni, il est financé dans sa totalité à travers les impôts sur le revenu.

Le décret royal 137/1984 du 11 janvier 1984 (BOE du 1er février 1984) sur les structures des soins de base fixait les bases des Soins de Santé Primaires en Espagne.

En 2002, cesse le processus de transfert de la gestion de système de santé à toutes les Communautés autonomes.

## **L’ACCÈS AUX SOINS**

L’accès au Système de Soins est universel, équitable et gratuit, et sa porte d’entrée sont les Soins de Santé primaires.

## **LES PERSONNES ÂGÉES**

En 2000, 16,9 % de la population avait plus de 65 ans et les prévisions estiment qu’en 2020 ce pourcentage sera de 19,9 % et en 2050 de 31,1 %, l’Espagne sera le plus vieux pays du monde.

Dans notre pays la majorité des personnes âgées habitent en communauté et seulement 3% en logement autonome. Elles utilisent habituellement les services sanitaires du secteur public.

Le motif d’utilisation du centre de Santé publique (consultation ou hospitalisation) est la confiance en la qualité offerte, la disponibilité de l’équipement et l’accès facile. Le degré de satisfaction (des utilisateurs) est grand.

Dans notre milieu, une part importante des personnes d’âge avancé affirme ressentir un degré de satisfaction vital, et la majorité pense que la vie est meilleure que ce qu’ils avaient prévu.

Ainsi, selon les informations provisoires de l’Enquête Nationale de Santé en Espagne 2003 (ENS 2003), la perception de bon état de santé ou très bon entre 65 et 74 ans est de 39,2% et de 31,4% pour les plus de 74 ans.

Par ailleurs des données de l'enquête nationale de santé de 2001 nous confirme que les plus de 65 ans, avec un chiffre de 37,8%, sont ceux qui ont réalisé le plus de consultations médicales (33% les hommes et 41,4% les femmes).

57,2% des consultations se sont faites dans un centre de Santé.

### **LES PERSONNES AGÉES**

Les visites à domicile représentent plus de 40% des visites réalisées par les médecins d'attention primaire en santé. La durée de ces visites en moyenne est de 15,1 minutes pour les adultes et de 21 minutes pour les personnes âgées. Selon la ENS 2001 1,1 % des personnes de plus de 65 ans ont eu besoin de soins à domicile fournis par les dispositifs sanitaires dans les 15 derniers jours.

### **PROGRAMME D'ACTIVITÉS DE PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ (PAPPS)**

Le PAPPS fondé en 1988 par la Société Espagnole de Médecine Familiale et Communautaire (SEMFC) se caractérise par ses recommandations en prévention et sa promotion de la santé en donnant priorité aux cas selon des bases solides d'évidence scientifique.

Actuellement il est jugé préférable pour les personnes dépendantes de rester dans leurs foyers avec les membres de la famille proche et c'est pour cela que ce programme a l'intention d'améliorer la qualité de l'attention aux personnes âgées.

L'objectif général du programme est de promouvoir l'autonomie physique, psychique et sociale des personnes de plus de 65 ans.

### **PROGRAMMES DE SOINS PRIMAIRES EN RELATION AVEC LES PERSONNES AGÉES**

Il y a l'aide à domicile aux patients immobilisés et l'aide aux patients en phase terminale.

Les personnes qui relèvent de ce programme sont celles qui souffrent de maladies chroniques, qui ne peuvent se déplacer, celles ayant un problème de santé nécessitant des soins fréquents, et dont les conditions socio-familiales les empêchent de se présenter de façon régulière au centre de Santé.

Les personnes âgées considérées à haut risque déterminé par leur âge (de plus de 80 ans), par leur situation d'isolement social, sans soutien familial et enfin ceux qui sont en phase terminale.

Il y a également les Équipes de support de Soins à Domicile (ESAD y PADE) et Unités Soins palliatifs (ESAD), (PADES) de Catalogne et les Equipes de soins palliatifs de l'Association semFC.

### **QUI S'OCCUPE DES PERSONNES AGÉES ?**

Le modèle habituel de réponse à ces situations de dépendance en Espagne est l'aide informelle, c'est à dire celle des femmes de la famille dans neuf cas sur dix.

Le profil de cette aide-familiale bénévole dans notre pays peut se résumer dans la formule "*genre féminin, nombre singulier*".

C'est une femme adulte (40-64 ans), d'un âge moyen de 52 ans, elle est le plus souvent la fille du patient (38%), beaucoup plus rarement le fils (12,9%) ; dans 59% des cas, elles vivent avec la personne dont elles s'occupent.

66% ont un niveau d'instruction très bas, 75% d'entre elles n'ont aucune activité professionnelle, 18% seulement exercent un emploi rémunéré. Elles consacrent 35 heures hebdomadaires à ces soins. 61% ne reçoivent d'aide de personne pour la réalisation de ce travail.

**La Prise en charge de la dépendance** est débattue actuellement au plan national : il est question que la Sécurité Sociale (ou l'impôt) finance et ainsi garantisse la protection des situations mentionnées comme un droit.

## **EN RÉSUMÉ**

---

Notre médecine de famille est communautaire (fonctionnement par « provinces ») et se pratique dans les centres de santé, en équipe. C'est simple, gratuit, équitable. Le médecin de famille est la porte d'entrée du CSM, il gère des portefeuilles de santé (environ 2000 patients par médecin de famille, selon la population). Au niveau financier, le pouvoir est dans les mains des communautés autonomes. Pour les personnes âgées, il n'existe pas de structures d'accueil, elles sont maintenues dans les familles, ce sont les enfants, et surtout les filles, qui s'en occupent. Il n'y a pas de loi nationale sur les services sociaux, seulement des mesures régionales.

## RATIOS DE COBERTURA EN RESIDENCIAS Y SAD EN ALGUNOS PAISES DE EUROPA

PAISES	PLAZAS INSTITUCIONALES	SERVICIOS DOMICILIARIOS
FRANCIA	7,9	11
HOLANDA	12,2	21
GRAN BRETAÑA	11	9
DINAMARCA	13	31
ESPAÑA	3,2	2,05

fuente: Elaboracion propia sobre varios textos procedentes de U.E. y OCEDE. Datos 1995-200 según países

## PROVISIÓN DE CUIDADOS Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES EN EUROPA

	ESPAÑA	DINAMARCA	FRANCIA	R. UNIDO
PAREJA	29.1	18.7	26.9	34.6
HIJAS/OS	48.1	24.6	20.1	28.7
OTRA FAMILIA	17.5	9.3	10.4	16.7
AMIG@S	4.5	6.1	4.4	7.7
VECIN@S	7.0	5.7	1.8	3.9
SERVICIOS PRIVADOS	6.2	15.0	28.3	20.8
SERVICIOS PÚBLICOS	8.4	66.7	17.2	26.2

## **DÉBATS**

---

### **Docteur Emile Olaya – Président du Collège des Généralistes URML RA**

Nous venons de sortir de notre débat franco-français en faisant un tour d’horizon de quelques pays ; ce qui est très rafraîchissant, et ce qui nous permet d’avoir d’autres ouvertures.

Tout à l’heure, dans la salle, vous avez dit que tous ces systèmes ne sont pas exportables ; C’est par contre très intéressant de voir au travers de vos expériences étrangères, quels types de réponses, tous, vous avez tenté ou n’avez pu apporter dans les différents pays confrontés aux mêmes situations ou qui vont l’être puisqu’il va falloir suppléer l’apport de la famille, du fait de l’évolution de la condition féminine : on ne pourra plus compter uniquement sur les femmes pour assurer ces services à la personne

### **Docteur Bernard Rougier – Secrétaire Général URML RA**

Au Québec, il existe des solutions différentes de celles évoquées, qui se rapprochent du service de santé anglais, et est-ce que ce sont les mêmes situations dans les autres provinces du Canada ?

### **Professeur Howard Bergman – Université McGill Montréal - CANADA**

Nos solutions se rapprochent mais ne sont pas tout à fait comme en Angleterre, un pays qui a aujourd’hui des idées intéressantes. Je vous invite à aller voir sur Google le travail de Chris HAM, Professeur de l’université de Birmingham qui a dirigé un groupe stratégique du Ministère de la Santé.

Il a fait une comparaison en février 2002 entre l’Angleterre et la Californie en termes d’accessibilité, qualité et coût.

Que peut-on apprendre d’un système différent du nôtre comme aux Etats Unis ?

On en revient à la primauté de la médecine de première ligne.

Il ressort également la place du leadership médical qui a fait le succès de ce système.

Sur la deuxième question posée sur l’ensemble des provinces canadiennes, je répondrai qu’il y a quelques différences entre les provinces mais toutes prennent la même direction.

### **Docteur Emile OLAYA – Président du Collège des Généralistes – URML RA**

Les collègues étrangers pourront toujours participer à la suite des débats et répondre à vos questions lorsque nous traiterons de la prise en charge à domicile des patients atteints de la Maladie d’Alzheimer

**Il est donné à présent la parole à Monsieur Verheye de l’Institut National de Prévention et d’Education de la Santé qui va nous présenter un nouvel outil mis à disposition des médecins.**

# PRÉSENTATION DE LA MALETTE DIAGNOSTIC DE LA MALADIE D'ALZHEIMER MISE AU POINT PAR L'INPES

**Jean-Charles Verheye – INPES**

Cet intervenant présente un nouvel outil Alzheimer destiné aux médecins, dont l'objectif est de « mettre la personne au centre de sa prise en charge ».

La conception et la réalisation de cet outil utilisable dans le cadre des « consultations mémoire » par les médecins des secteurs public et privé sont issues d'un groupe de travail composé de soignants, d'acteurs associatifs et d'experts en éducation du patient.

Cette mallette d'outils pédagogiques a donc pour objectifs :

- faciliter la démarche éducative mise en place par le médecin
- aider le patient à avoir un rôle plus actif dans la relation de soin
- explorer les représentations et les croyances du patient
- annoncer le diagnostic en ayant exploré au préalable le souhait et la capacité du patient à l'entendre
- négocier un projet de soin et un projet de vie avec le patient en tenant compte des besoins de ce dernier, des besoins de son entourage et des objectifs médicaux
- aider le patient à exprimer ses émotions, ses souffrances, ses difficultés,
- permettre au patient d'exprimer ses besoins et ses choix en terme de projet de soin et de projet de vie
- permettre au patient de mieux anticiper et gérer les troubles et les difficultés liés à sa maladie
- aider le patient à mieux communiquer sur la maladie avec son entourage.

Afin de le soutenir dans sa pratique, le médecin trouvera dans cet outil :

- une affiche à apposer dans la salle d'attente ou le cabinet pour encourager le patient à s'exprimer durant la consultation,
- une série de livrets destinés au patient
- un guide d'utilisation pour le médecin.

Dans cette démarche, il y a des étapes : on interroge le patient pour mettre en place les outils.

## Une mallette pour une pratique quotidienne...

Afin de le soutenir dans sa pratique, le médecin trouvera dans cet outil :

- Une **affiche** à apposer dans la salle d'attente pour encourager le patient à s'exprimer durant la consultation,
- Une série de **livrets** destinés au patient... « pour faire le point »
- un **guide d'utilisation** destiné au médecin.



INPES / DICOP / Jean-Charles VERHEYE



# LES URML ACTRICES DE LA POLITIQUE GERONTOLOGIQUE



# MALADIE D'ALZHEIMER / PRISE EN CHARGE A DOMICILE PAR LE MEDECIN GENERALISTE DES PATIENTS ATTEINTS DE LA MALADIE D'ALZHEIMER

**PRÉSENTATION DE L'ENQUÊTE** réalisée par  
**le Professeur Antoine FLAHAULT - INSERM**  
**et Madame Inge CANTEGREIL-KALLEN - Hôpital Broca - Paris**

*Modérateurs : Docteur Nicole PUECH et Docteur Georges GRANET –  
URML Rhône-Alpes*

## PRESENTATION DE L'ENQUETE ALZHEIMER

---

*(cette étude fera l'objet d'une publication spécifique ultérieurement)*

L'étude présentée sur la prise en charge à domicile par le médecin généraliste des patients atteints de la maladie d'Alzheimer s'appuie sur le réseau Sentinelles (1200 généralistes installés sur toute la France qui établissent une plateforme épidémiologique).

**Le Professeur Antoine Flahault** remercie le Docteur Emile Olaya de lui avoir permis de faire cette étude et précise que celui-ci est un des pionniers du Réseau sentinelles (présent depuis 20 ans)

Le concept des activités de l'Inserm a été un système d'informations assez novateur, les échanges se faisaient par minitel, précurseur de l'Internet.

C'est un système reconnu dans le monde entier et qui fonctionne grâce aux médecins généralistes.

Il voit son intérêt du fait qu'il rapporte en temps réel des informations extrêmement rapides ; c'est très important pour les maladies transmissibles.

Le réseau est une plateforme épidémiologique qui permet d'essayer de tester les hypothèses, de regarder les pratiques, c'est dans ce cadre là que le Docteur Olaya nous a demandé d'intervenir.

### **Docteur Thierry Blanchon (Réseau Sentinelles INSERM Paris)**

Parmi les 1200 médecins généralistes du réseau Sentinelles, 120 sont en Rhône-Alpes.

Le réseau sentinelles a 2 missions : une surveillance continue de 14 maladies pour la plupart, infectieuses dont les médecins déclarent les incidences chaque semaine.

Il réalise des enquêtes ponctuelles sur le réseau.

C'est le cas aujourd'hui pour cette étude en Rhône-Alpes.

## **ETUDE ALZHEIMER 2003**

---

**Docteur Clément Turbelin (Réseau Sentinelles INSERM Paris) et Madame Inge Cantegreil-Kallen (Neuropsychologue, Hôpital Broca Paris)**

Le Docteur Clément Turbelin en introduction rappelle l'étude effectuée en 2003 ayant pour thème : La détection de la maladie d'Alzheimer en Médecine Générale. 3 points importants sont ressortis :

La Maladie d'Alzheimer est sous-diagnostiquée en médecine générale à cause de l'attitude des patients et de leurs familles, du manque d'outils diagnostiques, du manque de connaissances des critères.

Le médecin généraliste est très impliqué dans le suivi de ses patients puisqu'il les revoit, après passage chez le spécialiste dans 90% des cas.

46% étaient à un stade démentiel avancé (DSM-IV).

## **ETUDE ALZHEIMER 2005**

---

Les objectifs de l'étude présentée aujourd'hui traite de la prise en charge médico-sociale hors institution par les médecins généralistes des patients atteints par la maladie d'Alzheimer (Etude URML RA, INSERM, FAQSV 2004) en explorant 2 thèmes : l'annonce du diagnostic et la prise en charge non médicamenteuse à domicile.

La méthode a été une enquête postale auprès de 2 groupes de médecins devant inclure le premier patient vu en consultation après réception du cahier d'étude, suivi pour une maladie d'Alzheimer.

Le questionnaire comprenait plusieurs chapitres, traitant de l'évaluation des pratiques cliniques, les obstacles pour les mettre en place, et les opinions des médecins vis-à-vis de ces pratiques.

Les 2 groupes de médecins étaient les médecins rhonalpains et les médecins « sentinelles »

Sur les 524 médecins qui avaient répondu positivement, il y a eu en retour 273 questionnaires exploitables (52%) ; pour le réseau « sentinelles » le taux est de 48,23%.

Les médecins répondants sont :

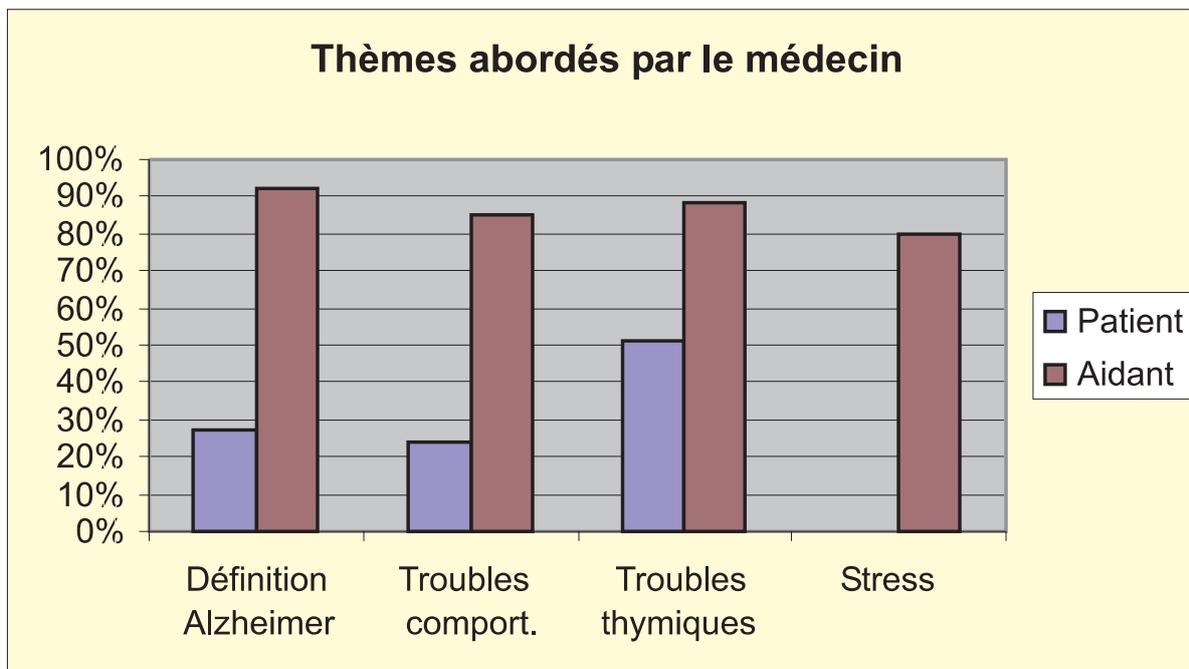
- Un peu plus âgés que le référentiel Rhône- Alpes (49,9%)
- Un peu plus masculins et d'un exercice un peu plus rural et une population un peu plus âgée
- Avec une moyenne de 7 patients Alzheimer suivis par médecin.

Madame Inge Cantegreil-Kallen développe les différents points de l'étude qui fera l'objet d'une publication par ailleurs.

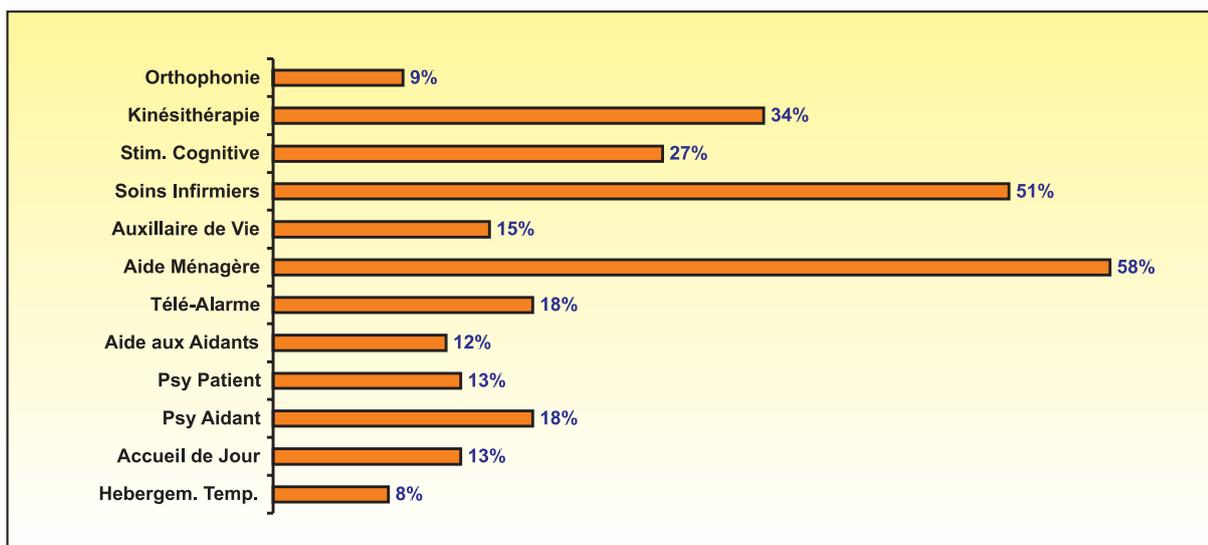
## ANNONCE DU DIAGNOSTIC

Dans le cas de l'annonce au patient, on constate un écart entre les pratiques cliniques et les opinions des médecins généralistes : l'annonce est faite (28%) devrait être faite (86%).

Les raisons pour lesquelles certains sujets ne sont pas abordés diffèrent : en effet, pour le patient, on invoque des raisons psychologiques. Pour l'aidant : si le sujet n'est pas abordé par lui, le médecin généraliste n'en parle pas



## PRISES EN CHARGE MÉDICO-SOCIALES



Les moins prescrites sont le soutien aux aidants et les propositions de répit.  
Pourtant, les médecins généralistes les trouvent efficaces et les familles les réclament.  
Selon les médecins, il n'y a pas assez d'information et l'offre est insuffisante. Un médecin généraliste sur deux est en faveur d'un « coordinateur ».

> **Les résultats complets de cette étude seront consultables sur le site de l'URML :**  
**[www.urmlra.org](http://www.urmlra.org)**



*Madame Inge CANTEGREIL-KALLEN, Hôpital Broca – Paris  
Docteur Clément TURBELIN, INSERM Paris  
Professeur Antoine FLAHAULT, INSERM Paris  
Docteur Thierry BLANCHON, INSERM PARIS*

**Le Docteur Georges Granet et le Docteur Nicole Puech** adressent leurs remerciements à l'Inserm pour cette très belle étude mais souhaitent associer également les médecins généralistes qui ont accepté d'y participer : c'était un questionnaire dense, long à remplir.  
Comment l'ensemble du public réagit-il à ces résultats ?

## **DÉBATS**

---

### **Docteur Alain Lion – Président URML Alsace**

Le diagnostic d'Alzheimer est effectué dans 42% par des spécialistes. Qui sont-ils ?

### **Madame Inge Cantegreil-Kallen – Neuropsychologue Hôpital Broca Paris**

Ce sont des psychiatres neurologues ou des gériatres en ville.

**Docteur Bernard Rougier - Secrétaire Général URML RA**

Un mot est absent de vos propos : celui d'aide-soignante. Des soins sont-ils donnés par les SSIAD ou infirmières libérales ?

**Madame Inge Cantegreil-Kallen – Neuropsychologue Hôpital Broca Paris**

Il n'y a pas de différences spécifiées : les soins sont donnés soit par les SSIAD et soit par les infirmières libérales.

**Professeur Alain Franco – CH Grenoble**

Ce fut très intéressant d'avoir ce retour et ce miroir avec un chiffre intéressant, celui du nombre élevé de médecins généralistes qui prennent en charge ces patients atteints d'Alzheimer.

En Rhône-Alpes, 40 à 50 000 personnes sont atteintes de cette maladie (source PAQUID). On avait dans l'idée qu'un généraliste suivait en moyenne 3 malades, cela a l'air d'augmenter. Je ferai une petite remarque sur l'infirmière placée en numéro 2 des aides sanitaires. Dans la région on demande à l'infirmière (en Isère, cela se pratique ainsi) de passer pour donner des médicaments. Elle pourra alors détecter les problèmes d'hygiène lorsque la maladie évoluera et aborder ce délicat problème avec le patient.

**Docteur Jacques Caton – Président URML RA**

Quelles indications sont données en kinésithérapie ? Est-ce une kinésithérapie prescrite dans les suites d'une opération chirurgicale pour retrouver une autonomie de la marche, est ce que c'est une kinésithérapie d'entretien pour éviter une grabatisation ou est-ce autre chose ?

**Docteur Nicole Puech – médecin généraliste URML RA**

La kinésithérapie a un rôle essentiel pour maintenir une autonomie de la marche et la motricité des bras. C'est essentiel et ce n'est pas seulement de la kinésithérapie réparatrice.

**Docteur Emile Olaya – Président du Collège des Généralistes**

La kinésithérapie est la seule méthode de stimulation motrice et sensorielle à laquelle nous avons accès sur le terrain. On pourrait d'ailleurs rapprocher cette réponse de celle posée par le Professeur Franco au sujet des infirmières, ce n'est pas seulement un problème de soins mais également un moyen de sécurisation.

**Docteur Jacques Caton – Président URML RA**

Quelle est la séquence souhaitable en kinésithérapie, quel serait l'optimum ?

**Docteur Nicole Puech – médecin généraliste URML RA**

En terme de fréquence, deux passages par semaine c'est bien, mais l'optimum serait quotidien, même si nous savons que ce n'est pas possible.

### **Docteur Philippe Neuschwander - neurologue – Lyon 6ème**

Je serais d'accord parce que la kinésithérapie participe à la stimulation cognitive. Mon souci est qu'on parle souvent de l'annonce du diagnostic précoce, mais alors on n'est plus dans la maladie d'Alzheimer mais dans la plainte mnésique et je voulais savoir quel était le MMS moyen de ces patients inclus dans cette étude ?

### **Madame Inge Cantegreil-Kallen neuropsychologue – Hôpital Broca Paris**

Non, nous ne le connaissons pas.

### **Docteur Faure-Dressy, responsable d'un accueil de jour**

En ce qui concerne les accueils de jour, les personnes ne veulent pas y aller, mais quand elles y sont allées elles sont contentes. Le problème avec cette maladie, c'est que les gens ne veulent rien faire et qu'il faut les stimuler sans arrêt ; ce n'est pas ressorti dans cette étude.

### **Madame Inge Cantegreil-Kallen neuropsychologue – Hôpital Broca Paris**

Je travaille comme psychologue à l'Hôpital Broca à Paris, qui est un grand centre de mémoire ; nous pouvons donc faire de nombreuses propositions et nous constatons que malgré tout les patients n'acceptent pas immédiatement, il faut les contacter plusieurs fois ; ils pensent que ce n'est pas pour eux. Il faut donc convaincre les patients et les familles. C'est lié au sentiment d'impuissance que l'on a quand il y a cette maladie dans une famille ; cette maladie isole.

### **Professeur Jan de Lepeleire – Université de Leuven - Belgique**

Ce qui est intéressant dans les chiffres énoncés, c'est que dans un tiers des cas le médecin généraliste utilise une panoplie de tests : c'est essentiel de pouvoir utiliser ces outils à différents moments.

La combinaison n'est pas possible en Belgique. La démence n'est pas incluse dans les cas possibles de prescription de la kinésithérapie.

L'annonce du diagnostic est un point très intéressant : une enquête a été effectuée en Belgique (Flandre), avec 1000 médecins généralistes, au cours de laquelle des questions d'ordre qualitatif étaient posées. Comment annoncer vous le diagnostic ? et si vous ne l'annoncez pas, précisez en les raisons. Le doute des médecins est ressorti sur la sûreté du diagnostic, et les effets induits de l'annonce sur le patient et la famille.

### **Madame Inge Cantegreil-Kallen neuropsychologue – Hôpital Broca Paris**

On pense que l'annonce de la maladie d'Alzheimer fait plus de mal que de bien. Or ce que ressent le patient, c'est l'angoisse de ne pas être pris au sérieux au début de sa maladie. L'inquiétude des familles, c'est : comment va se passer la suite ? Les gens croient en général qu'il s'agit de psychiatrie et pas d'un problème neuro-dégénératif. C'est compliqué de faire la différence sur ce qu'il faut dire et à quel moment, il faut agir par étapes. La littérature a montré qu'il n'y a pas de conséquences dommageables à long terme. Il devrait y avoir beaucoup plus de liens entre médecins spécialistes, généralistes et centres mémoire, car outre les données médicales, dans les comptes-rendus de bilans il devrait y avoir un résumé précisant comment le patient et sa famille ont réagi à l'annonce du diagnostic.

**Docteur Georges Granet – médecin généraliste – URML RA**

C'est le même problème que l'on a eu il y a 10 ans avec le cancer, on se demande qui sait quoi, qui a dit quoi ?

**Docteur André Chapuis – Réseau Visage, Vienne - Isère**

Le problème est d'autant plus complexe que chez les personnes âgées, les pathologies sont souvent associées.

**Professeur Antoine Flahault - INSERM**

Un seul élément a distingué les deux enquêtes (nationale et régionale sur la prise en charge Alzheimer). En Rhône-Alpes, on a demandé aux médecins tout d'abord s'ils acceptaient de répondre. Cela a pu effectivement créer un biais ; mais à la lumière de l'enquête nationale on se rend compte que les pratiques sont très proches dans toute la France.

Le FAQSV a financé l'enquête, des analyses précises peuvent être réalisées. On peut faire toutes les analyses. Le fichier des contacts médecins est à votre disposition.

Il y a eu une collaboration très sérieuse et sur des critères scientifiques entre l'URML et l'Hôpital Broca.

**Le Docteur Nicole Puech** remercie à son tour toute l'équipe de l'INSERM

# MEDECINE GENERALE ET GERONTOLOGIE : DEVELOPPER LA COORDINATION

## EXPÉRIENCES RÉGIONALES

**Docteur Pierre LEVY - Secrétaire Général URML Ile de France**

**Docteur Valérie OLAGNIER - DRASS Rhône-Alpes**

*Modérateur : Docteur Jean-François BRULET - URML Rhône-Alpes*

### **FORMATION des AIDES à DOMICILE**

En 2001, le constat d'un manque de coordination entre les différents acteurs autour de la personne âgée pousse l'URML Ile De France dans la voie de la coordination des acteurs en mettant en place un module au sein du diplôme d'État d'Auxiliaire de Vie Sociale ou de l'AFPA ; cette formation est effectuée avec le concours de médecins libéraux habilités.

#### **Les Objectifs de l'Action**

Mieux faire comprendre le rôle du médecin ; dédramatiser la relation entre les acteurs de soins ; présenter le rôle de la coordination ; définir des critères simples de suivi ; améliorer la circulation de l'information entre les aides à domicile et les médecins : élaborer une collaboration DRASS/CRAM .

Un budget de 23 000 € sert à indemniser les médecins formateurs, à créer des supports pédagogiques, assurer le suivi de l'action.

Le Programme comprend 3 modules optionnels de 3h30 :

- Connaissance des acteurs impliqués dans la prise en charge de la personne âgée ;
- Le Rôle de l'Auxiliaire de Vie Sociale (AVS);
- L'Auxiliaire de Vie Sociale partenaire du médecin dans la prise en charge de la personne âgée.

Cinq associations se sont engagées : AFPAM, CPCV, EPSS, FMP La Source, Haltes et ELLES ; avec 5 médecins formateurs, 10 formations d'aides à domicile. Depuis 2003, 150 Auxiliaires de Vie Sociale ont été formées.

L'évaluation du côté des formateurs montre que ceux-ci sont satisfaits du déroulement de la formation. Ils n'ont pas rencontré de difficultés, excepté pour le langage employé qui nécessite un temps d'explication ; les Auxiliaires de Vie Sociale montrent un réel intérêt. Tous sont prêts à renouveler cette expérience.

Du côté des Auxiliaires de Vie Sociale celles-ci trouvent les temps de formation trop courts ; la formation répond aux questions qu'elles se posent et elles sont prêtes à compléter leur formation avec un médecin libéral.

Quant aux Associations de formation, elles sont satisfaites des thèmes et du médecin formateur et se disent prêtes à poursuivre ce partenariat.

### **Perspectives :**

Les résultats poussent à la pérennisation de l'action, au renouvellement des conventions avec les associations partenaires et de nouvelles associations. Cette perspective suppose une recherche de nouveaux financements pour assurer la continuité de l'action (Conseil Régional IDF, etc.)

## **DÉBATS**

---

### **Docteur Pilar Regato Pajares - Espagne**

Je suis surprise par le fait que ce sont les médecins libéraux qui font la formation des auxiliaires de vie.

### **Docteur Pierre Lévy – Secrétaire Général URML Ile de France**

Nous n'étions pas dans un contexte rural pour cette étude. Les médecins libéraux franciliens manquaient d'auxiliaires de vie.

### **Docteur Valérie Olnagier – DRASS Rhône Alpes**

Le contexte n'est pas le même en France et en Espagne. Les auxiliaires de vie sont demandées pour des toilettes non complexes. Les infirmières libérales n'ont pas pour mission de coordonner les services. L'URML voulait créer un lien plus fort avec les Auxiliaires de Vie Sociale, elles jouent le rôle de sentinelles parce qu'elles voient les chutes, les malaises, et elles en informent les médecins généralistes.

### **Professeur Alain Franco – CH Grenoble**

Je vous félicite pour votre site qui est à faire vivre. Je suis moi aussi surpris par cette formation des Auxiliaires de Vie Sociale qui n'est pas conforme à ce qu'on croit de la sociologie française. C'est un modèle nouveau qui peut prouver que le médecin de première ligne tend une main vers le social. Cette collaboration entre les médecins de proximité et les auxiliaires de vie est très sociale. Est-ce que des médecins de terrain sont prêts à coordonner ? Notamment pour les patients Alzheimer ? Les médecins ont-ils un carnet d'adresses pour intervenir en urgence ?

### **Docteur Pierre Lévy – Secrétaire Général URML Ile de France**

Non, pas encore !

### **Docteur Jacques Caton – Président URML RA**

Nous avons ouvert le site PIEROS qui recense le sanitaire et bientôt le social. C'est un portail à double entrée. J'avais proposé une telle formation et j'espère qu'avec Valérie Olnagier on trouvera les fonds pour concrétiser cette action. Avez-vous fait une évaluation de la formation ?

**Docteur Pierre Lévy – Secrétaire Général URML Ile de France**

Oui, par questionnaires dans les centres de formation. Les auxiliaires de vie disent être très intéressés par rapport à la spécificité de l'apport du médecin libéral. Il existe un projet plus ambitieux avec le Conseil régional pour des campagnes de prévention.



*Docteur Pierre LEVY  
Secrétaire Général URML Ile de France*

# HARMONISER LES POLITIQUES GÉRONTOLOGIQUES LOCALES PLACE DES URML ET RÔLE DES INSTITUTIONS

Docteur Alain LION - Président URML Alsace

Docteur Odile BLANCHARD - Médecin Conseil, CNAMTS Strasbourg

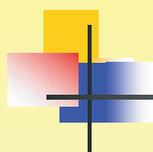
Monsieur Philippe JAMET - Directeur Général Adjoint des Services,  
Conseil Général du Haut Rhin

## HARMONISER LES POLITIQUES GERONTOLOGIQUES LOCALES

---

Vocation des URML

Les URML ont été mises en place en 1994 dans le but de permettre aux médecins libéraux d'intervenir directement à l'échelon régional dans la gestion et dans la régulation de leur profession.



## Missions des URML

---

### Loi n° 93 - 8 du 4 janvier 1993

**Art. 8** . - Les unions contribuent à l'amélioration de la gestion du système de santé et à la promotion de la qualité des soins.

Elles participent notamment aux actions suivantes :

- analyse et étude relatives au fonctionnement du système de santé, à l'exercice libéral de la médecine, à l'épidémiologie ainsi qu'à l'évaluation des besoins médicaux
- évaluation des comportements et des pratiques professionnelles en vue de la qualité des soins
- organisation et régulation du système de santé
- prévention et actions de santé publique
- coordination avec les autres professionnels de santé
- information et formation des médecins et des usagers

Les Partenaires sont nombreux tant à l'échelon Régional (URCAM, ARH : Volet Personnes Agées du SROS III, DRASS, CRAM, Régime Local d'assurance maladie, CRAV, Conseil Régional, ORS, CRO) qu'à l'échelon Départemental (CDO, Syndicats de Médecins, Autres professionnels de Santé, DDASS, Conseil Général (Schéma Gérontologique).

**Il y a entre autre les mandats Institutionnels** (Conférence Régionale de Santé, Politiques Régionales de Santé, Comité Régional de Gestion et Bureau du FAQSV, Comité Régional des Réseaux, Conférence Nationale des présidents, Coordination Gérontologique Nationale, ORS, ANAES)

et la participation aux missions de santé publique régionale et nationale (Droit des malades) Collège information, relation avec les usagers et qualité de la prise en charge.

Dispositif de conciliation et d'indemnisation des accidents et des affections iatrogènes et des infections nosocomiales, Éducation à la santé, CRES, SREPS Programme national « Bien Vieillir » Plan Vermeil « Vieillissement et Solidarités »

**L'Urml Alsace est impliquée également dans l'Organisation des Soins et la Coordination des Professionnels de Santé par le biais de :**

- l'Information et Formation dans le domaine médico-social
- la Communication
- la Mutualisation inter-régionale des connaissances et des moyens
- la mise en place d'un Dossier unique d'inscription en EHPAD
- des Guides de Bonnes Pratiques En EHPAD, lors d'hospitalisations
- et avec les Médecins Coordonnateurs structurés en association

**L'URML Alsace** a réalisé de nombreuses actions en partenariat avec de nombreux acteurs comme :

- Identifier les besoins de formation en gériatrie
- travailler sur le diagnostic précoce et la sensibilisation à la maladie d'Alzheimer
- la mise en place d'une veille sanitaire-réseau Alerte
- une Consultation Annuelle Approfondie (cf ALD)
- l'élaboration d'une Charte du Médecin Coordonnateur
- des colloques
- une demande commune d'admission dans les établissements
- un Guide des Bonnes Pratiques
- une formation concernant la prise en charge de la douleur chronique des personnes âgées à domicile
- une réflexion sur la polypathologie, la iatrogénie et l'auto-médication
- la perception de la médecine générale vis à vis des hôpitaux de jour
- la place du médecin libéral dans les EHPAD
- le réseau Ville-Hôpital
- la diffusion de la grille AGGIR et son mode d'utilisation
- la formation sur l'annonce du diagnostic dans le cadre de la maladie d'Alzheimer ....

## **EN CONCLUSION**

---

Lorsque l'on déroule le bilan des actions et de la participation des URML au sein de la politique de santé régionale, force est de constater qu'elles investissent de manière large le champ sanitaire et médico-social, et ceci dans un réel souci de partenariat interdisciplinaire et interinstitutionnel.

### **Comme Structures d'expertise libérale, les 26 Unions...**

Disposent d'un mode de fonctionnement totalement indépendant et profondément décentralisé. Sont une force de représentation et d'action unique - La dimension régionale garantit leur excellente représentativité.

Constituent un espace professionnel privilégié de réflexion, de rencontres, d'échanges et de propositions sur la pratique médicale des médecins libéraux et sur le développement d'une médecine de qualité.

Assurent une dynamique et sont un atout. Elles sont ancrées dans la réalité de la pratique médicale libérale régionale.



*Docteur Alain LION, Président URML Alsace*

# LE ROLE DU CONSEIL GENERAL

**Monsieur Philippe Jamet, Directeur Général Adjoint des Services du  
Conseil Général du Haut-Rhin**

Notre venue ensemble à Lyon, le Docteur Odile Blanchard, le Docteur Alain Lion et moi-même, respectivement représentants de l'Assurance Maladie de l'URML Alsace, et du Conseil Général, veut témoigner de la capacité des acteurs alsaciens et, plus particulièrement haut-rhinois, à développer une approche étroitement concertée en matière gériatrique.

**22 pôles gériatriques** ont permis, à un niveau infra départemental, de réunir les acteurs locaux autour d'une dynamique d'observation des besoins, de l'élaboration des projets, avec un service social spécialisé composé de 45 travailleurs sociaux.

Ces pôles ont surtout et d'abord permis de faire se rencontrer toutes sortes d'acteurs qui se côtoyaient sans bien se connaître ni réellement collaborer : élus, secrétaires de mairie, médecins libéraux, pharmaciens, kinésithérapeutes, infirmières, aides à domicile, directeurs de maisons de retraite, animateurs de clubs du troisième âge... etc.

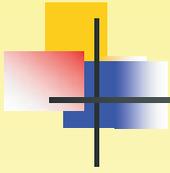
(Exemples de réalisations : création d'un dossier de liaison, d'un guide pratique « Alzheimer »).

**Le Conseil Général** a voulu jouer pleinement le rôle qu'il lui semblait naturel de jouer, celui de fédérateur des acteurs, de leurs expériences et de leurs expertises, leur permettant ainsi de sortir de leur isolement, de se reconnaître et de se valoriser mutuellement, de devenir les uns pour les autres des ressources, de construire entre eux de meilleures articulations et d'être plus efficaces.

En relation avec les travaux du SROS et les réflexions de l'URML A, diverses initiatives ont ainsi pu être prises qui ont permis, par exemple en 2003, en amont du lancement des travaux du 2ème schéma gériatrique, de réunir en séminaire un panel d'acteurs, parmi lesquels des médecins libéraux et des praticiens hospitaliers, pour une réflexion prospective sur la prévention, la prévoyance et la diffusion des bonnes pratiques et des expériences. Ce séminaire donna lieu à une publication largement diffusée.

Ce que je veux illustrer c'est l'extrême importance de réunir toutes les compétences qui comptent pour nourrir une réflexion et déterminer des réponses efficaces. Le Conseil Général a, à mes yeux, le devoir de se situer dans une telle perspective.

En conclusion de mon propos, le rôle que je crois être celui du Conseil Général comme collectivité chef de file, est un rôle de fédérateur et de générateur de partenariats, les plus larges possibles. Dans une problématique aussi forte que celle du vieillissement et de la dépendance, on a besoin de tous les concours dans la réflexion et dans l'action.

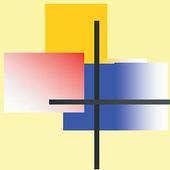


## **Un fédérateur et un générateur de partenariats**

LOCALEMENT :

- l'impulsion d'une coordination de proximité
- La recherche d'une offre coordonnée de prestations et de services

... les 22 PÔLES GÉRONTOLOGIQUES HAUT-RHINOIS



## **Un fédérateur et un générateur de partenariats**

AU NIVEAU DEPARTEMENTAL :

- l'observation sociale et la planification des réponses  
... L'OBSERVATOIRE HAUT -RHINOIS DE L'ACTION SOCIALE  
... LE SECOND SCHÉMA GÉRONTOLOGIQUE

# RÔLE DE L'ASSURANCE MALADIE ET DE L'ARH

**Docteur Odile Blanchard – Médecin Conseil CNAMTS Strasbourg**

L'Agence Régionale de l'Hospitalisation est l'autorité régionale unique qui gère l'ensemble de l'hospitalisation publique et privée. Un groupement d'Intérêt Public (GIP) est dirigé par un directeur nommé en Conseil des Ministres et administré par une commission exécutive paritaire.

Il définit et met en œuvre la politique régionale de l'offre de soins hospitaliers (schéma régional d'organisation sanitaire), analyse et coordonne l'activité des établissements, fixe et répartit les ressources entre eux.

L'Assurance Maladie conduit le SROS volet gériatrie en Alsace :

Dès le SROS II (1999 - 2005), un Médecin-conseil (Assurance Maladie) est chef de projet, avec le président de la commission de gérontologie de l'URML associé.

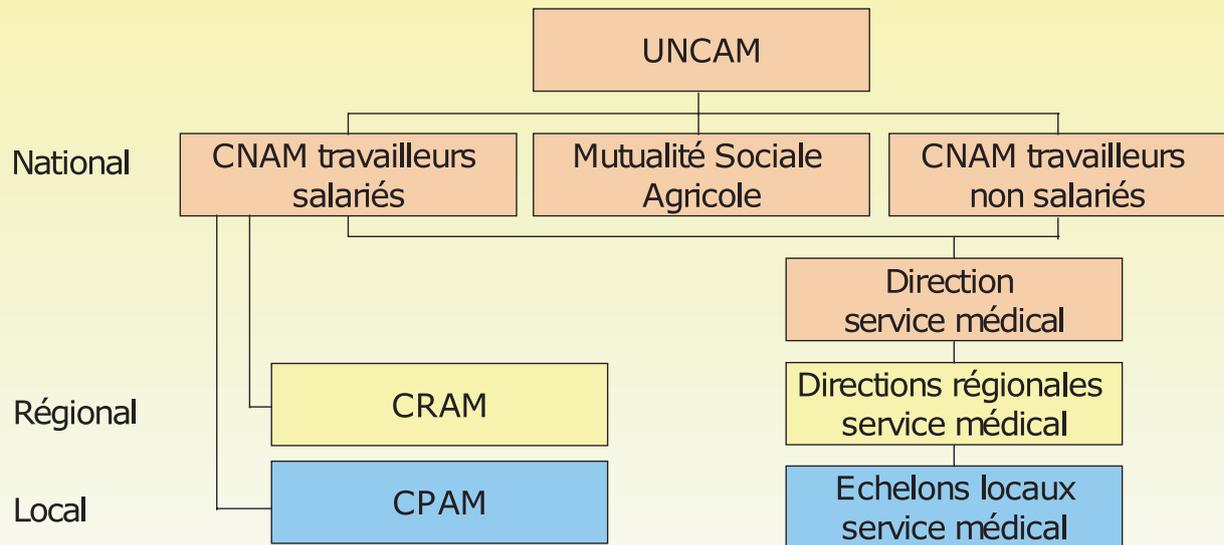
Le SROS III associe un Médecin-conseil (Assurance Maladie), chef de projet, le Président de l'URML, les Services techniques des deux Conseils Généraux.

Au-delà du SROS volet gériatrie, un dossier unique d'inscription en EHPAD et en Service de Soins Longue Durée a été mis en place ainsi qu'un guide de bonnes pratiques lors d'hospitalisation. On note la présence d'un médecin-conseil à la commission de gérontologie de l'URML.

## **Les Partenariats, hier, aujourd'hui et demain...**

Une publication commune Assurance Maladie / URML a été diffusée dès 1999 sur la prise en charge de la douleur chronique du sujet âgé à domicile. L'Assurance Maladie participe à des colloques URML (2001 et aujourd'hui). La collaboration efficace entre l'Assurance Maladie et l'URML est basée sur une relation de confiance et un professionnalisme partagé.

# Assurance Maladie



2 avril 2005

19

## DÉBATS

### **Docteur Alain Lion – Président URML Alsace**

Les spécificités alsaciennes sont la mutuelle obligatoire, les subventions de prévention vieillesse. Les liens entre les SROS et les schémas gérontologiques : des personnes du Conseil général travaillent dans les deux groupes.

### **Professeur Alain Franco – CH Grenoble**

Pour un Service de longue durée, une famille peut remplir 17 formulaires ! On est en retard sur vous pour la constitution des dossiers d'entrée en institution. Existe-t-il une coordination des listes d'attente chez vous ?

### **Docteur Alain Lion – Président URML Alsace**

A Strasbourg, une plateforme gérontologique se met en place avec une liste d'attente de patients consultable par tous les établissements.

**Docteur Odile Blanchard – Médecin Conseil CNAMTS Strasbourg**

L'idée essentielle est l'informatisation. On se pose la question pour des raisons d'acceptabilité. Le Bas Rhin a déjà pensé à un dossier unique.

Un intervenant évoque à propos du dossier unique un « début de logiciel place.net pour les entrées dans les EHPAD ».



*Docteur Alain LION, Président URML Alsace*

*Docteur Odile BLANCHARD, Médecin Conseil CNAMTS Strasbourg*

*Monsieur Pierre JAMET, Directeur Général Adjoint des Services Conseil Général Haut Rhin*

# **SYNTHESE ET CLOTURE**

# SYNTHÈSE DU COLLOQUE

**Docteur Marc Brémond - URML Rhône-Alpes**

**Merci à nos amis d'Espagne et d'Italie** qui nous ont incidemment rappelé que la question de l'intervention de l'Etat Social dans le domaine des personnes âgées est la conséquence de la fragilisation de la famille en tant que communauté.

Cette intervention s'appuie sur une division du travail entre différents intervenants, ce qui suppose une division du travail et une professionnalisation, mais ce qui suppose également de pouvoir coordonner ces différentes interventions en vue d'une intégration.

**Merci à nos amis Canadiens et Belges** d'avoir souligné que l'implication de la médecine de première ligne, aux côtés des autres acteurs de la prise en charge des personnes âgées, dépend en grande partie des modes d'organisation et des mécanismes de financement. Cette implication suppose du temps qui doit être valorisé. Cette implication repose sur un approvisionnement réciproque des différents acteurs tant horizontalement (entre les acteurs professionnels) que verticalement entre les acteurs de terrain et ceux qui ont en charge la régulation des politiques sanitaires et sociales.

**Merci à nos amis des URML d'Ile de France et d'Alsace** de nous avoir montré, comment au travers de programmes de formation concernant les auxiliaires de vie et au travers de collaborations étroites avec l'Assurance Maladie, cet approvisionnement réciproque était possible. Les réseaux ont cette vocation également.

La science progresse en Gérontologie, des outils et méthodes diagnostiques sont développés, des outils d'évaluation sont conçus.

**Merci à nos amis gériatres universitaires** de nous avoir fait comprendre qu'il était important de développer des espaces d'apprentissage conjoints avec la médecine de ville pour travailler à la diffusion de ces outils.

On ne fait rien de bien dans l'urgence, pour repenser le projet de vie. Il faut donc développer une culture de la prévention, de la veille. Une culture sentinelle en quelque sorte. Ce qui signifie une vigilance accrue de tous les acteurs sur les signes qui peuvent signifier une évolution défavorable (merci aux intervenants de la salle qui ont rappelé qu'une aide ménagère peut parfois percevoir des signes plus tôt que n'importe quel autre intervenant).

Suivant la position qu'on occupe dans le système, le paysage est fort différent. Le dialogue entre Monsieur Jamet et Madame Gucher a révélé qu'il ne fallait pas opposer les territoires de vie, lieux essentiels de coordination des interventions, et le département, lieu essentiel de réglage des politiques sociales.

Mais ce qui apparaît frappant, c'est la multiplication des structures qui ont comme rôle d'intervenir et /ou de coordonner. Cette multiplication nuit à la compréhension simple et robuste des fonctionnements. Il manque un interlocuteur unique entre sanitaire et social pour les personnes âgées fragiles.

Les personnes âgées ne relèvent pas toutes d'un accompagnement. Plus de 60 % des personnes de plus de 75 ans n'ont pas besoin d'aides.

Les initiatives expérimentales doivent être évaluées. Une Evidence Base Policy doit être à l'origine des changements, ce qui suppose une culture expérimentale en matière d'évolution des structures.

Enfin il faut savoir anticiper les besoins des personnes âgées parfois ; il faut savoir repérer la non demande, il faut savoir annoncer un diagnostic.

Au total on peut poser quelques axes de travail pour l'avenir.

**En terme de micro changement**, il faut soutenir l'appropriation réciproque des acteurs sur le terrain. La formule des réseaux est au coeur de cette dynamique.

**En terme de méso changement**, il faut faciliter la compréhension des liens entre politique publique et transformation organisationnelle. C'est là un rôle pour les URML.

**En terme de macro changement**, il faut pouvoir repenser les mécanismes de financement de la médecine de première ligne dans son rapport aux personnes âgées fragiles.

**Sans ce travail au niveau macro, le changement au niveau micro est rendu complexe. On ne peut demander aux acteurs de terrain de se mettre ensemble pour travailler si les conditions institutionnelles ne peuvent être réunies au niveau macro. Le volontariat a ses limites.**



*Docteur Marc BREMOND, URML Rhône-Alpes*

## CLÔTURE DU COLLOQUE

**Le Docteur Emile OLAYA**, Président du Collège des Généralistes de l'URML Rhône-Alpes et  
**le Docteur Jacques CATON**, Président de l'URML RA  
remercient l'assistance et les intervenants du séminaire.



# **PRIX DE THESE**

## PRIX DE THÈSE

Au cours de la soirée terminant ce séminaire « Médecine générale et gérontologie », trois prix de 2000 € ont été attribués à trois médecins ayant soutenu une thèse en Médecine générale en 2004, parmi les 678 internes de la promotion.

Cette première remise de prix de l'URML RA a pour objectif de valoriser la recherche en Médecine Générale.

Le jury était composé de 13 élus de l'URML RA, 3 médecins généralistes enseignants des CHU de Grenoble, Lyon et Saint-Etienne, et de 3 médecins généralistes libéraux, dépendant des secteurs de la Région Rhône-Alpes.

### THÈSES PRIMÉES

---

#### **PHILIPPON Claire**

#### **Syndrome d'épuisement professionnel (burn'out) : étude descriptive et recherche de facteurs associés chez 189 médecins généralistes rhônalpins**

**Université Claude Bernard Lyon 1. Faculté de Médecine Lyon Nord,**

Thèse de Docteur en Médecine 28/09/2004 : 116 p.

Une étude descriptive et analytique du syndrome d'épuisement professionnel (burn-out) auprès de médecins généralistes rhônalpins a été réalisée en juin 2003 à l'aide du Maslach Brun-out Inventory.

Parmi les médecins répondants, un quart présente un épuisement émotionnel élevé, presque un quart entretient des attitudes négatives envers leurs patients et un tiers présente une baisse d'accomplissement personnel importante. Il n'y a pas de différence entre les médecins maîtres de stage et ceux qui ne le sont pas.

Seule l'analyse permet de retrouver des variables significativement associées. Il s'agit de facteurs d'ordre démographique et organisationnel. Ainsi, il semble que s'il est possible de diminuer cet épuisement en améliorant l'organisation et la quantité de la charge de travail, c'est l'amélioration du contenu qualitatif de celle-ci qui doit être privilégiée (augmentation des échanges constructifs confraternels, groupes de pairs, amélioration de la relation médecin patients, groupes Balint, formations).

#### **Résumé d'auteur**



**GOCKO Xavier**

**Evaluation quantitative et qualitative du réseau ville-hôpital Oïkia à partir de la première année d'activité 2002**

**Université de St Etienne. Faculté de Médecine Jacques Lisfranc,**

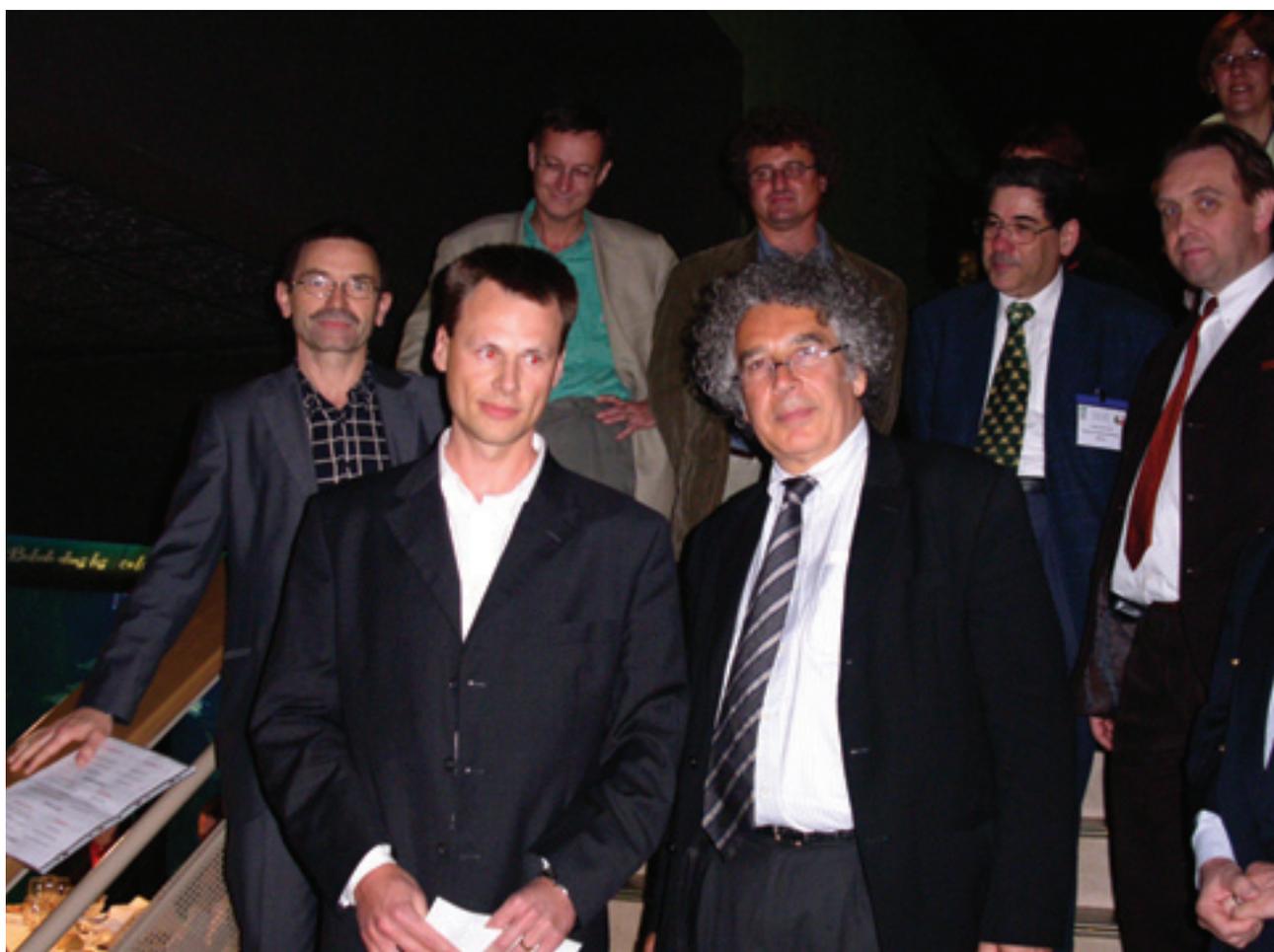
Thèse de Docteur en Médecine 2004 : 40 p.

L'année 2002 est la première année d'activité du réseau ville-hôpital de soins palliatifs Oïkia à St Etienne. L'évaluation est un outil de développement du réseau et un critère d'accréditation de l'ANAES.

Cette étude est une évaluation quantitative et qualitative de la première année d'activité du réseau Oïkia. Pour cela ont été utilisés des critères objectifs qui sont l'étude de la population des patients et de leur pathologie, et des critères subjectifs qui sont l'appréciation de la perception de l'apport et la représentation de la fonction de la cellule de coordination du réseau par les professionnels de santé mais aussi par les patients et leur entourage.

Les résultats montrent une efficacité, une pertinence, et une bonne acceptabilité du réseau. Le bénéfice des soins palliatifs à domicile est quasiment unanimement ressenti par les patients ou leur entourage. L'apport global du réseau est jugé très positivement. Ces résultats très encourageants devront être confirmés par d'autres évaluations crédibles.

Résumé d'auteur



**MORDILLAT Laure**

**Du codage des états morbides : intérêt pour le développement de la recherche en Médecine Générale**

**Faculté de Médecine de Grenoble. Université Joseph Fourier,**

Thèse de Docteur en Médecine 01/04/2004 : 114 p.

La médecine générale doit être « décrite », « comprise » et « évaluée », ce qui implique la réalisation de nombreux travaux de recherche en soins primaires. Pour en favoriser le développement, l'ordonnancement d'un langage commun propre à la médecine générale valide, reproductible et facilement utilisable au cours de la consultation serait souhaitable afin de recueillir des données exploitables pour des études descriptives prospectives.

Est dressé un état des lieux de la recherche en médecine générale en France, puis sont décrites les trois méthodes de codage choisies pour cette thèse : le «Dictionnaire des Résultats de Consultations», la CISP-2 et la CIM-10.



## LISTE DES PARTICIPANTS

<b>AMIEL</b> Michel	ASTRHA - Président – 69006 LYON
<b>ARNAUD ULLIET</b> Véronique	Médecin Généraliste – 01100 Oyonnax
<b>BARBEDIENNE</b> Paul	URML RA - Médecin Généraliste – 74570 Thorens Glières
<b>BARD</b> Patrice	URML RA - Médecin Généraliste – 07300 Tournon
<b>BATARD</b> Géraldine	URML RA
<b>BETEND</b> Bernadette	CONSEIL GENERAL DE LA DROME - Médecin référent personnes âgées personnes handicapées – 26011 VALENCE CEDEX
<b>BERGMAN</b> Howard	Université McGill / CANADA - Directeur de la Division de Gériatrie MONTREAL
<b>BLANC</b> Gilles	Médecin Généraliste – 73800 Les Marches
<b>BLANCHARD</b> Odile	DIRECTION REGIONALE DU SERVICE MEDICAL / Strasbourg - Médecin Conseil – 67300 SCHILTIGHEIM
<b>BLANCHON</b> Thierry	INSERM - Médecin Animateur Réseau Sentinelles – 75571 PARIS CEDEX 12
<b>BONNEFOY</b> Marc	CH LYON SUD Service Gériatrie – 69495 PIERRE BENITE CEDEX
<b>BREAS</b> Henri	Médecin Généraliste – 07190 St Sauveur de Montagut
<b>BREMOND</b> Marc	URML RA Chargé de Missions
<b>BRIERE</b> Guy	Médecin Généraliste - Italie – 500126 FLORENCE Italie
<b>BRULET</b> Jean François	URML RA - Médecin Généraliste – 42110 St Martin Lestra
<b>BUISSIERE MONT BRUN</b> Dominique	Médecin Généraliste – 38000 GRENOBLE
<b>CANTEGREIL KALLEN</b> Inge	HOPITAL BROCA - Neuropsychologue – 75013 PARIS
<b>CARRASCO</b> Georges	Médecin Généraliste – 07260 Joyeuse
<b>CATON</b> Jacques	URML RA - Président
<b>CHALOCHET</b>	Hospices Civils de Lyon - Directeur
<b>CHAPUIS</b> André	Médecin Généraliste – 38200 VIENNE
<b>CHASSIGNOL</b> Marie Noelle	CCAS de Grenoble – 38029 GRENOBLE
<b>CONTE</b> Fred	MCI
<b>COULATY</b> Annie	Médecin Généraliste – 69009 LYON
<b>CROZIER</b> Etienne	URML RA - Médecin Généraliste – 69008 LYON
<b>DALLIERE BARROIS</b> Olivia	Médecin Généraliste – 42000 SAINT ETIENNE
<b>DAUVERGNE</b> Jean Marc	Médecin Généraliste – 01190 Pont de Vaux
<b>de LEPELEIRE</b> Jan	Université de Leuven - Président de l'Association Flamande des Généralistes – LEUVEN Belgique
<b>de GANTHO</b> Alix	
<b>DEDEU</b> Toni	Espagne - Représentant International de la semFYC – Espagne
<b>DELHAYE</b> Jean Paul	AMADIS - Président – 42000 SAINT-ETIENNE

<b>DUPIRE</b> Martine	Infirmière – 07100 ANNONAY
<b>DUPIRE</b> Stéphane	EUROPOLE - Cardiologue – 07101 ANNONAY
<b>EGLINGER</b> Eric	URML RA - Médecin Généraliste – 42510 Balbigny
<b>ESSERTEL RONCARI</b> Annie	CENTRE HOSPITALIER D'ANNONAY - Unité d'évaluation et d'orientation gériatrique – 07100 ANNONAY
<b>FAURE-DRESSY</b> Françoise	AMADIS - Médecin Directeur – 42000 SAINT-ETIENNE
<b>FIALAIRE</b> Bernard	CONSEIL GENERAL DU RHONE - Vice Président – LYON
<b>FINAND</b> Sylvie	MCI
<b>FLAHAULT</b> Antoine	INSERM - Réseau Sentinelles – 75571 PARIS CEDEX 12
<b>FOY</b> Huguette	Médecin Généraliste – 69001 Lyon
<b>FRANCO</b> Alain	CHU DE GRENOBLE - Département de Médecine Gériatrique et Communautaire – 38043 GRENOBLE CEDEX 09
<b>GAYRARD</b> Pascale	PASCALE GAYRARD STRATEGIES – 69530 BRIGNAIS
<b>GIMENEZ</b> Sandra	URML RA
<b>GIRARD DA SILVA</b> Evelyne	Médecin Généraliste – 01990 BANEINS
<b>GIRARD</b> Emmanuelle	Médecin Généraliste – 74000 ANNECY
<b>GOCKO</b> Xavier	Médecin Généraliste – 42000 SAINT ETIENNE
<b>GOIRAND</b> Alain	Médecin Généraliste – 69800 St Priest
<b>GONTHIER</b> Régis	CHU ST ETIENNE - Gérontologie Clinique – 42055 SAINT ETIENNE CEDEX 2
<b>GRANET</b> Georges	URML RA - Médecin Généraliste – 69110 Ste Foy les Lyon
<b>GUCHER</b> Catherine	IUT 2 Département Carrières Sociales / Grenoble Sociologue 38000 GRENOBLE
<b>HARZO</b> Christian	OBSERVATOIRE SOCIAL DE LYON – 69002 LYON
<b>HELLY</b> Claire	ASSOCIATION ALZHEIMER RHONE – 69002 LYON
<b>JAMET</b> Philippe	CONSEIL GENERAL DU HAUT RHIN - Directeur Général Adjoint des Services – 68006 COLMAR CEDEX
<b>JAMET</b> Pierre	CONSEIL GENERAL DU RHONE - Directeur de Cabinet 69003 LYON
<b>JANODY</b> Géraldine	DRASS Rhone-Alpes - Médecin Inspecteur Régional Adjoint 69418 LYON CEDEX 03
<b>KANEKO</b> Yves	Médecin Généraliste – 26790 Tulette
<b>LAMERANT</b> Pierre	Médecin Généraliste – 69170 Les Sauvages
<b>LANGLET GARILHE</b> Catherine	URML RA
<b>LANZI</b> Jane	URML RA
<b>LAPIE</b> Alain	Médecin Généraliste – 69100 Villeurbanne
<b>LEVY</b> Pierre	URML ILE DE France - Secrétaire Général – 75682 PARIS cedex 14
<b>LIBOUREL</b> Vincent	Médecin Généraliste – 69130 Ecully
<b>LION</b> Alain	URML ALSACE - Président – 67300 SCHILTIGHEIM
<b>MAHNANE</b> Lila	URML RA
<b>MARMOL</b> Benoit	42000 SAINT ETIENNE

<b>MARQUIS</b> Régis	URML RA - Médecin Généraliste – 26790 Suze la Rousse
<b>MARTIN</b> Stéphanie	Médecin Généraliste – 69007 LYON
<b>MAZET</b> Eliane	URML RA - Chargée de Missions
<b>MILLON</b> André	URML RA - Médecin Généraliste – 42152 L'Horme
<b>MOKOSSIAN</b>	LABORATOIRE NOVARTIS
<b>MOLIER</b> Annie	CENTRE PLURIDISCIPLINAIRE GERONTOLOGIQUE 38000 GRENOBLE
<b>MOOS</b> Pierre	NOVARTIS
<b>MORDILLAT</b> Laurence	Médecin Généraliste – 74370 METS TESSY
<b>MORET</b> François	Médecin Généraliste – 07100 St Marcel les Annonay
<b>MOUTAL</b> Bernard	Médecin Généraliste – 69230 St Genis Laval
<b>NEUSCHWANDER</b> Philippe	Neurologue – 69006 LYON
<b>OLAGNIER</b> Valérie	DRASS Rhone-Alpes - Médecin Inspecteur – 69418 LYON Cedex 03
<b>OLAYA</b> Emile	URML RA - Président du Collège des Généralistes – 07100 Annonay
<b>OLAYA</b> Françoise	
<b>PHILIPPON</b> Claire	Médecin Généraliste – 69005 LYON
<b>PSALTOPOULOS</b> Jacqueline	Mairie de Lyon - Adjointe au Maire du 8 <sup>ème</sup> Arrondissement 69008 LYON
<b>PUECH</b> Nicole	URML RA - Médecin Généraliste – 01500 Château Gaillard
<b>QUIRIN</b> Sylvie	Médecin Généraliste – 07300 Tournon
<b>RASPHONE</b> Soulilouangkham	Médecin Généraliste – 69400 Villefranche/Saône
<b>RAVAULT</b>	DRASS Rhone-Alpes
<b>REGATO PAJARES</b> Pilar	semFYC / Espagne - Coordinatrice du Groupe de Travail d'Aide aux Personnes Agées – ESPAGNE
<b>REQUILLART</b> Denis	MUTUALITE RHONE ALPES – 38026 GRENOBLE Cedex 01
<b>RIMAUD</b> Pierre	Médecin Généraliste – 07430 Davezieux
<b>ROCHE</b> Jean	Centre Hospitalier Roanne – 42300 ROANNE
<b>ROUGIER</b> Bernard	URML RA - Secrétaire Général – 38210 Tullins
<b>SAMSON</b> Pierre	Laboratoires PFIZER – 38920 CROLLES
<b>SELVA</b> Philippe	Médecin Généraliste – 69230 St Genis Laval
<b>TAVERNET</b> Stéphane	
<b>THUS</b> Bruno	Médecin Généraliste – 74100 Annemasse
<b>TOLEDANO</b> Albert	Médecin Généraliste – 38115 Veyrins Thuellin
<b>TURBELIN</b> Clément	INSERM - 75571 PARIS CEDEX 12
<b>VERHEYE</b> Jean Claude	INPES - Chargé de Missions – 93203 ST DENIS CEDEX
<b>VOCANSON</b> Claude	Médecin Généraliste – 69800 St Priest
<b>VOCANSON</b> Maryse	CONSEIL GENERAL DU RHONE - Directeur Coordination Médico- Sociale Pole PA-PH – 69003 LYON
<b>WEILL</b> Bernard	CONSEIL GENERAL DE LA LOIRE - Médecin territorial de Gier Ondaine Pilat – 42400 SAINT CHAMOND



**► N° Vert 0 800 880 607**

URML RA - 20, rue Barrier 69006 Lyon  
Tél : 04 72 74 02 75 - Fax : 04 72 74 00 23 - Mail : [urmlra@urmlra.org](mailto:urmlra@urmlra.org) - [www.urmlra.org](http://www.urmlra.org)

---