

La place du médecin généraliste picard dans l'entrée en institution de la personne âgée dépendante

Sophie Lahaye

▶ **To cite this version:**

Sophie Lahaye. La place du médecin généraliste picard dans l'entrée en institution de la personne âgée dépendante. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01244067

HAL Id: dumas-01244067

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01244067

Submitted on 4 Jan 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE
UFR DE MEDECINE D'AMIENS

ANNEE 2015 N° : 2015-14

LA PLACE DU MEDECIN GENERALISTE PICARD DANS L'ENTREE EN INSTITUTION DE LA PERSONNE AGEE DEPENDANTE

THESE

Pour l'obtention du DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Spécialité : Médecine Générale

Présentée et soutenue publiquement

Le 20 février 2015

Par Sophie LAHAYE

PRESIDENT DU JURY : Monsieur le Professeur Pierre KRYSTOWIAK

JUGES : Monsieur le Professeur Patrice FARDELLONE
Madame le Professeur Cécile MAZIERE
Monsieur le Docteur Jean SCHMIDT
Madame le Docteur Isabelle DEFOUILLOY

DIRECTEUR DE THESE : Monsieur le Docteur Patrice NOUGEIN

UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE
UFR DE MEDECINE D'AMIENS

ANNEE 2015 N° : 2015-14

LA PLACE DU MEDECIN GENERALISTE PICARD DANS L'ENTREE EN INSTITUTION DE LA PERSONNE AGEE DEPENDANTE

THESE

Pour l'obtention du DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Spécialité : Médecine Générale

Présentée et soutenue publiquement

Le 20 février 2015

Par Sophie LAHAYE

PRESIDENT DU JURY : Monsieur le Professeur Pierre KRYSTOWIAK

JUGES : Monsieur le Professeur Patrice FARDELLONE
Madame le Professeur Cécile MAZIERE
Monsieur le Docteur Jean SCHMIDT
Madame le Docteur Isabelle DEFOUILLOY

DIRECTEUR DE THESE : Monsieur le Docteur Patrice NOUGEIN

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Pierre KRYSTOWIAK

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier (Neurologie)

Assesseur du 2ème cycle

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse.

Soyez assuré de ma reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Patrice FARDELLONE

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier (Rhumatologie)

Responsable du service de Rhumatologie

Pôle "Autonomie"

Merci de me faire l'honneur de juger ce travail.

Recevez ici l'expression de ma plus grande estime.

A Madame le Professeur Cécile MAZIERE

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier (Biochimie et biologie moléculaire)

Pôle « Biologie, pharmacie et santé des populations »

Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à ce travail en acceptant de le juger.

Veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Jean SCHMIDT

Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier (Médecine interne)

Vous avez accepté d'estimer ce travail.

Veuillez recevoir l'expression de ma haute considération.

A Madame le Docteur Isabelle DEFOUILLOY

Praticien Hospitalier (SSR gériatrique)

Avec gentillesse vous avez accepté de juger ce travail.

Veuillez accepter l'expression de ma respectueuse gratitude.

A Monsieur le Docteur Patrice NOUGEIN

Médecin Généraliste

Vous vous êtes spontanément proposé pour diriger ce travail.

Veuillez recevoir mes sincères remerciements et ma plus grande reconnaissance.

A Alexis. Que de bonheur à tes côtés. Merci pour ce soutien inconditionnel depuis le début de mes études, tu as toujours été là, dans les bons et les mauvais moments. Nous avons une belle complicité, même si deux capricornes ensemble ça fait des étincelles ! Je t'aime fort.

A mes parents. A ma mère pour son soutien tout le long de ces études. Je sais que tu es fière de moi. A mon père, merci de m'avoir donné le goût des études scientifiques, toujours viser haut et faire ce qu'on aime. Je pense que j'ai bien suivi tes conseils.

A mes grands-parents. A papi qui aurait aimé assister à cette soutenance.

A ma sœur, Hélène. Nous avons choisi la même voie tout en se destinant à des spécialités bien différentes. Je te souhaite une belle réussite professionnelle et d'être heureuse dans la vie.

A toute ma famille, mes oncles et tantes, cousins cousines.

A mes beaux-parents pour leur générosité et leur accueil. A mon beau-frère, Guillaume, que de fous rires partagés ! A ma belle-famille, c'est toujours un plaisir de partager des moments avec vous (et des bons repas !).

A tous mes amis, de médecine et d'ailleurs. Juju et notre passion des animaux en commun ! Les Clément, des sacrés numéros. Nolwenn, le trio tarama-thé-coca, une valeur sûre. A Alexandre et ses soirées au Mans inoubliables, la prochaine fois je viens en jet privé ! A ma gongon, grâce à toi j'ai passé une très bonne D4. A Justine, merci de m'avoir convertie au sport ! A Simon, notre mannequin. A Mickaël, le futur gagnant de l'Amiénoise revenu exprès du Canada. A Claire, quelle patience ! A ma Didine, j'aime tes compliments, continue comme ça. A Christophe et sa radiologue-attitude. A ma Nonore, ma cadette de 3 jours, ma co-vacancière préférée. A Thibaut qui sait « un peu » jouer de la guitare et du piano. A Morgane, vive la Flandre ! A tous ceux qui sont partis à Angers : Capu, Julien, Cristina, Poulpy, Flore…. et à Caen : Marine (4/6, j'admire) et Thibault. A May, Delphine, Alex, Marion, Jessica, Adrien, Marie, Pascaline, Vincent, Frédérique. Je vous adore.

Au service de médecine interne du CH d'Abbeville. Merci pour votre accueil, votre gentillesse et votre bonne humeur au quotidien. Venir travailler à vos côtés est un plaisir.

A tous ceux que j'ai rencontrés pendant ces trois années d'internat. Aux patients que j'ai croisés et à ceux qui ont inspiré ce travail. Aux différents médecins qui ont participé à ma formation.

Aux Docteurs Nougein, Boulnois et Bouderlique. Ce fut un véritable plaisir que de découvrir la médecine générale libérale à vos côtés.

Aux médecins qui ont pris de leur temps pour répondre au questionnaire sans lesquels ce travail n'aurait pu aboutir.

A l'URPS. Merci pour votre aide précieuse.

A Fanie, merci pour tous tes conseils depuis le début de ce travail. Bonne installation.

Au Tennis Club de Querrieu, avec spéciale dédicace à la famille Foulon et son soutien infaillible lors des matchs.

SOMMAIRE

ABREVIATIONS…… 11

I) INTRODUCTION……..….. 13

1) Problématique…….....13

2) Prérequis…….14

a) La personne âgée dépendante…….…… 14

b) L'EHPAD…….……..15

II) MATERIEL ET METHODES…… 18

1) Type d'étude……..... 18

2) Constitution de l'échantillon…….....18

3) Présentation du questionnaire…….……18

4) Le recueil des données……...… 20

5) Le traitement des données…….. 20

III) RESULTATS……...… 22

1) Caractéristiques de l'échantillon……...……...…….... 22

a) Le sexe……..…….22

b) L'âge…….…… 22

c) Le secteur d'activité……...… 23

d) Le territoire d'exercice……...…23

2) Implication du MG dans la démarche d'institutionnalisation…… 25

3) Difficulté et qualification de la démarche d'institutionnalisation……..… 25

4) Vision du patient et de la famille……26

5) Les freins à la démarche d'institutionnalisation et les conséquences…….……27

6) Le MG et l'EHPAD……30

7) Remarques éventuelles de la question n°16……... 33

IV) DISCUSSION……...…35

1) Forces et limites du travail……..35

a) Forces du travail……35

b) Limites du travail…….…… 35

2) Réponses aux objectifs……... 36

a) La place du MG dans l'entrée en institution de la PAD……36

* Un rôle codifié, une place complexe……36

* Les difficultés rencontrées…… 37

- Un patient réticent…….... 37

- L'attachement au domicile d'abord, un problème financier ensuite…….. 37

- La famille……..... 38

* Les conséquences……..…39

b) Analyse de la démarche et vision de l'EHPAD…… 41

V) CONCLUSION……..…43

VI) BIBLIOGRAPHIE……..… 44

VII) ANNEXES……...…49

Annexe 1 : Grille AGGIR……...…49

Annexe 2 : Groupes iso-ressources……..…50

Annexe 3 : Questionnaire……51

Annexe 4 : Courrier accompagnant le questionnaire……..…54

ABREVIATIONS

AGGIR : Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources

ANESM : Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des Etablissements et Services sociaux et Médicaux-sociaux

APA : Aide Personnalisée à l'Autonomie

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

GIR : Groupes Iso-Ressources

HAS : Haute Autorité de Santé

MG : Médecin Généraliste

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PA : Personne Agée

PAD : Personne Agée Dépendante

URPS-ML : Union Régionale des Professionnels de Santé-Médecins Libéraux

I) INTRODUCTION

1) Problématique

Dans ses recommandations concernant la prise en charge des patients dépendants, plus particulièrement atteints de maladie d'Alzheimer, la Haute Autorité de Santé (HAS) place le médecin généraliste (MG) au cœur de la démarche d'institutionnalisation [1] [2]. Pourtant, la réalité sur le terrain, tant pour les MG que pour les personnes âgées (PA) concernées par le projet d'entrée en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), semble bien différente. Plusieurs travaux se sont attachés à établir un état des lieux de l'entrée en institution.

Dans sa thèse intitulée « L'entrée en institution des personnes âgées : étude rétrospective de 107 cas et implication du médecin généraliste », E.SOULAS relate que seulement 8,4% des demandes d'admission étaient émises par le MG. Ainsi, 86,5% des dossiers étaient remplis par des médecins hospitaliers. Cependant, 100% des médecins généralistes interrogés pensaient qu'il était de leur rôle d'aborder avec leur patient le projet d'institutionnalisation mais tous déclaraient être mal à l'aise avec la démarche. 78% affirmaient que les démarches préventives étaient à privilégier mais que ce n'était pas toujours réalisable [3]. En effet, la prise en charge des PA dépendantes (PAD) en ambulatoire nécessite souvent le déplacement du MG sur le lieu de vie actuel du patient avec des temps de consultation longs [4].

Parallèlement, la thèse de N.EL MOUADAN sur les « Motifs et modes d'entrée en maison de retraite » montre que seuls 40% des MG avaient participé au projet d'entrée en EHPAD de leur patient. 64% reconnaissaient avoir utilisé l'hôpital pour placer leur patientèle âgée dépendante [5].

Outre une démarche chronophage et difficile, le MG va se heurter la plupart du temps à la réticence de ses patients. L'entrée en institution est souvent une étape douloureuse pour le futur résident et son entourage familial [6].

Ainsi, les difficultés d'admission dans les EHPAD sont une réalité, des difficultés formulées à la fois par les intéressés eux-mêmes et leur entourage, mais aussi par les professionnels de santé et les services sociaux [7] [8].

Fort de ces constats, nous nous somme interrogés quant à la place du MG dans l'institutionnalisation de la PAD sur le territoire picard. Par conséquent, l'étude avait pour objectif principal d'identifier la place du MG dans l'institutionnalisation d'une PAD. Les objectifs secondaires étaient de connaître son analyse de la démarche et sa vision de l'EHPAD ainsi que les obstacles auxquels il est confrontés.

2) Prérequis

a) La personne âgée dépendante

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la PA comme une personne avec un âge supérieur ou égal à 65 ans. En pratique, les services destinés aux PA accueillent des personnes qui ont au moins 75 ans [9]. C'est ce seuil que nous retiendrons pour désigner la PA.

La dépendance est un état où une personne est dans l'impossibilité de satisfaire un ou plusieurs des actes de la vie courante, sans avoir recours à une aide technique ou humaine. Elle est la conséquence d'une ou plusieurs incapacités, suite à des déficiences, des maladies conduisant à des limitations d'activité ou à des restrictions de participation [10]. Cette évaluation du niveau de dépendance est indispensable afin de trouver une solution adaptée qui, dans notre cas, va aller d'une simple aide au domicile jusqu'à la nécessité d'une institutionnalisation. Actuellement, la démence est la première cause de dépendance lourde du sujet âgé [11].

Plusieurs échelles existent afin de mesurer le degré de dépendance de la PA. La grille Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources (AGGIR) [annexe 1] est actuellement l'outil légal en France pour la mesure de l'autonomie de la PA [12] [13]. Elle évalue ainsi les

capacités de la PA à accomplir certaines activités et détermine le niveau de dépendance de la PA. Celle-ci est alors classée dans l'un des six « groupes iso-ressources » appelé GIR [annexe 2]. A chaque GIR correspond un niveau de besoins d'aides pour accomplir les activités de la vie quotidienne [14]. C'est ainsi que la grille AGGIR fait office de référence dans le cadre de l'attribution de l'Aide Personnalisée à l'Autonomie (APA) [10]. Pour être bénéficiaire de l'APA, il faut être âgé d'au moins 60 ans et appartenir à un GIR allant de 1 à 4 [15].

La tarification des prestations en EHPAD se décompose en trois catégories : le tarif hébergement, le tarif soin, le tarif dépendance [16]. C'est sur le tarif dépendance que l'APA intervient, l'APA étant destinée à aider le bénéficiaire à acquitter le tarif dépendance de l'établissement d'accueil. Le calcul du montant de l'APA repose sur la combinaison de trois éléments qui sont le GIR du résident, le tarif dépendance de l'établissement selon le GIR, les ressources du bénéficiaire qui vont déterminer le niveau de sa participation c'est-à-dire la part du tarif dépendance laissée à sa charge [17]. Dans chaque établissement, il existe trois tarifs dépendance établi selon le GIR (GIR 5/6, GIR 3/4, GIR 1/2).

b) L'EHPAD

Un EHPAD, anciennement dénommé « maison de retraite », est une structure médicalisée ayant vocation à accueillir des personnes âgées. Pour être accueilli en EHPAD, il faut être âgé de plus de 60 ans et être dépendant [16]. Il existe plusieurs types d'EHPAD : l'établissement privé lucratif, l'établissement non lucratif et l'établissement public [18].

L'Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des Etablissements et Services sociaux et Médicaux-sociaux (ANESM) a établi sur deux ans (2011-2012) un ensemble de quatre recommandations portant sur la qualité de vie en EHPAD.

Le premier volet de ces recommandations concerne directement ce travail puisqu'il s'intitule « de l'accueil de la personne à son accompagnement » [19]. Il y est rappelé que la décision d'une entrée en EHPAD doit être anticipée autant que possible. Cela permet d'améliorer l'image souvent négative de ce type d'établissement. Ce temps de réflexion et de préparation psychologique est indispensable pour une adaptation adéquate du résident à son

futur lieu de vie [20]. De même, il est conseillé d'organiser une première visite de l'établissement conjointement avec la famille du résident. Lors de ce premier contact, on expliquera aux visiteurs les aspects administratifs, financiers et organisationnels de l'admission en EHPAD. On veillera à les informer sur les possibilités d'aller et venir en EHPAD (droit de sortir, droit d'alterner séjours à domicile et en EHPAD, droit de changer d'EHPAD….), de visiter d'autres établissements. L'inscription dite de sécurité doit être proposée c'est-à-dire que la personne est sur liste d'attente mais qu'elle peut passer son tour quand une place se libère. Elle a également possibilité de renoncer à tout moment à son institutionnalisation (principe du libre choix).

Lors de l'admission, le consentement éclairé doit être recueilli [21]. Quand l'état cognitif de la personne ne le permet pas, on s'enquiert de l'avis de la personne et de son représentant légal sur cette démarche, sur les points positifs comme les points négatifs, afin de cerner ces attentes et de pouvoir y répondre au mieux selon les possibilités de l'établissement [22]. Un contrat de séjour est alors établi entre le résident et l'établissement (accompagné d'un livret d'accueil et du règlement intérieur) , et est remis au plus tard à l'intéressé quinze jours après son entrée en EHPAD. Le contrat doit être signé dans le mois suivant son admission [23] [24] [25].

Une fois la PA institutionnalisée, elle peut continuer à se faire suivre par son médecin traitant antérieur, l'EHPAD devant respecter la liberté du résident de choisir son médecin [26] [27]. Le MG, pour continuer de suivre ses patients au sein de l'établissement, doit signer un contrat établi entre lui-même et l'EHPAD pour un ou plusieurs résidents (contrat type portant sur les conditions d'intervention des médecins libéraux en EHPAD selon l'arrêté du 30 décembre 2010) [28]. Le MG s'engage alors à s'investir dans plusieurs missions citées par cet arrêté dont celle de participer à au moins une réunion de commission gériatrique par an organisée et présidée par le médecin coordonnateur de l'EHPAD [29]. De plus, le MG voit son exercice libéral encadré dans ses visites et ses prescriptions. Il devra dorénavant respecter le fonctionnement de l'EHPAD, éviter les heures de repas pour voir ses malades, signaler sa présence à l'arrivée, utiliser préférentiellement la liste des médicaments utilisée par l'EHPAD, prendre en compte dans ses prescriptions les spécificités de fonctionnement de l'établissement [28]. Cette mesure a créé une polémique puisque le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) a déposé en janvier 2011 un recours au nom du libre choix du patient de choisir son médecin traitant et la liberté de ce dernier dans son exercice quotidien libéral [30]. Pourtant, le

Conseil d'Etat a choisi d'entériner le principe d'une contractualisation obligatoire entre l'EHPAD et le MG libéral par l'Arrêt du 20 mars 2013 [31].

II) MATERIEL ET METHODES

1) Type d'étude

Nous avons mené une enquête quantitative de type épidémiologique, déclarative, observationnelle, descriptive et transversale.

2) Constitution de l'échantillon

Nous avons sollicité l'Union Régionale des Professionnels de Santé-Médecins Libéraux (URPS-ML) de Picardie pour le recrutement de notre échantillon. Les critères d'inclusion étaient d'être détendeur d'un doctorat en Médecine Générale, d'être inscrit à l'Ordre des Médecins, d'être installé et d'exercer une activité libérale en Picardie. Les remplaçants et les médecins généralistes hospitaliers exclusifs étaient ainsi exclus.

La population mère était constituée de 1504 MG inscrits au répertoire des MG de l'URPS-ML de Picardie. 600 MG ont ainsi été sélectionnés par randomisation. Il y a eu une stratification sur les critères de l'âge, du sexe et du département d'exercice par souci de représentativité. Chaque MG se voyait attribuer un numéro par ordre alphabétique dans le but de prévoir une relance si le taux de réponse était inférieur à 20%.

3) Présentation du questionnaire

Le questionnaire [annexe 3] conçu en recto-verso sur une seule page, comportait seize questions. Treize étaient de nature fermée, deux de nature ouverte et la dernière était semi-ouverte (emplacement dédié au recueil des commentaires éventuels de la part des participants).

Une dernière partie située en fin de questionnaire s'intitulant « votre profil » recueillait les données démographiques des MG interrogés.

Tableau I : Types de questions présentes dans le questionnaire et variables étudiées

Numéro de la question	Type de question	Variable étudiée
1	Fermée multichotomique à réponse unique	Implication du MG
2	Echelle numérique	Difficulté de la démarche
3	Ouverte texte	Qualification de la démarche
4	Fermée multichotomique à réponse unique	Vision du patient
5	Fermée multichotomique à réponse unique	Vision de la famille
6	Fermée multichotomique à réponse unique	Information du patient
7	-Fermée dichotomique à réponse unique -Fermée multichotomique à réponse unique	Collaboration ville hôpital
8	Fermée multichotomique à réponses multiples	Freins à l'entrée en institution
9	-Fermée dichotomique à réponse unique -Ordonnée	Anticipation de la démarche et les freins
10	Fermée multichotomique à réponse unique	Information du MG
11	Fermée dichotomique à réponse unique	La position du MG face au vieillissement de la population

Numéro de la question	Type de question	Variable étudiée
(17)*	Fermée dichotomique à réponse unique	Sexe
(18)*	Ouverte numérique	Age
(19)*	Fermée dichotomique à réponse unique	Secteur d'activité
(20)*	Fermée multichotomique à réponse unique	Département d'exercice

* Ces questions n'apparaissaient pas numérotées dans le questionnaire

4) Le recueil des données

Chaque médecin sélectionné recevait un courrier [annexe 4] présentant l'étude menée accompagné du questionnaire et d'une enveloppe timbrée et pré-adressée. L'ensemble de ces documents a été envoyé la semaine du 22 septembre 2014. Les médecins avaient huit semaines pour retourner le questionnaire soit une réponse demandée avant le 14 novembre 2014. La réception des questionnaires se faisait au siège de l'URPS – ML de Picardie. Les réponses étaient anonymes. Le questionnaire n'a pas été modifié suite au recueil des premières données.

5) Le traitement des données

Les réponses aux questionnaires étaient vérifiées manuellement et insérées dans le logiciel Sphinx Plus². L'analyse des résultats a été effectuée avec le même logiciel que pour la saisie des données c'est-à-dire Sphinx Plus². Ce dernier est un logiciel spécifique pour le dépouillement d'enquête descriptive. L'analyse statistique se basait sur des tris à plat. Les non-réponses étaient ignorées. L'analyse a donc été effectuée à partir du nombre de réponses effectives (n). Les résultats étaient exprimés en pourcentage arrondis au dixième ou en

nombre décimal arrondi au dixième. Les différents graphiques et tableaux étaient réalisés à l'aide des outils Excel, Word, certains étant directement issus du logiciel Sphinx Plus². Les réponses des questions de type « ouvertes texte » ont été recodées puis quantifiées.

III) RESULTATS

Sur les 600 questionnaires envoyés, 130 nous ont été retournés, soit un taux de retour de 21,7%. Les 130 questionnaires ont été exploités dans leur intégralité. Dépassant d'emblée un taux de réponse de 20% que nous nous étions arbitrairement fixé, nous n'avons pas effectué de relance.

1) Caractéristiques de l'échantillon

a) Le sexe (Question n°17 ; n=129)

L'échantillon était constitué de 83 hommes (soit **64,3 %**) et 46 femmes (**35,7%**), soit un sexe ratio hommes/femmes à **1,8**.

b) L'âge (Question n° 18 ; n=129)

L'âge moyen était de **51,4 ans**, la médiane à **55 ans** avec un écart type de **10,3 ans**. Le plus jeune MG répondeur était âgé de 28 ans, le plus âgé avait 69 ans (Figure n°1).

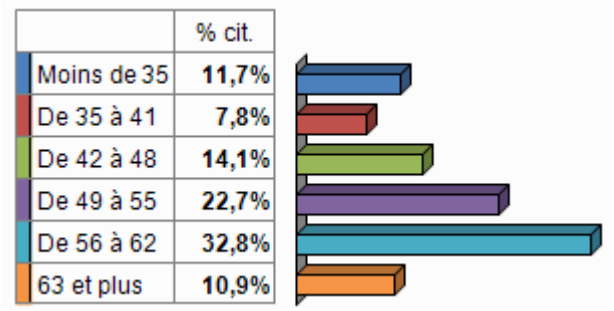


Figure n°1 : Répartition des MG répondeurs par tranche d'âge de sept ans

Ainsi, on constate que **43,7%** de notre échantillon de MG étaient âgés de 56 ans et plus, soit un peu plus de deux médecins sur cinq.

c) Le secteur d'activité (Question n°19 ; n=125)

81 des médecins répondeurs exerçaient en secteur rural (soit **64,8%**) contre 44 en secteur urbain (soit **35,2%**).

d) Le territoire d'exercice (Question n°20 ; n=129)

27,9% des médecins interrogés étaient installés dans le département de l'Aisne, **38%** dans l'Oise et **34,1%** dans la Somme.

MG LIBERAUX DE PICARDIE : POPULATION MERE

Nombre total : 1504

Homme : 69,9% Femme : 30 ,1%

Age moyen : 54 ans

Somme : 36,3% Aisne : 26,4% Oise : 37,2%

↓

MG TIRES AU SORT : POPULATION ETUDIEE

Nombre: 600

Homme : 68,7% Femme : 31 ,3%

Age moyen : 53,2 ans

Somme : 37,7% Aisne : 25,8% Oise : 36,5%

↓

MG AYANT REPONDU AU QUESTIONNAIRE : ECHANTILLON

Nombre total: 130

Homme : 64,3% Femme : 35 ,7%

Age moyen : 51,4 ans

Somme : 34,1% Aisne : 27,9% Oise : 38%

Figure n°2 : Diagramme de flux

2) Implication du MG dans la démarche d'institutionnalisation

(Question n°1 ; n=130)

La quasi-totalité des MG interrogés se sentait concernée par la démarche d'institutionnalisation de leur patientèle âgée puisque **98,5%** déclaraient que c'était de leur ressort d'aborder le problème de l'entrée en maison de retraite, avec une nuance où **95,4%** pensaient que d'autres personnes pouvaient également s'en occuper. **1,5%** de notre échantillon ne se sentait pas concerné par cette problématique (Figure n°3).

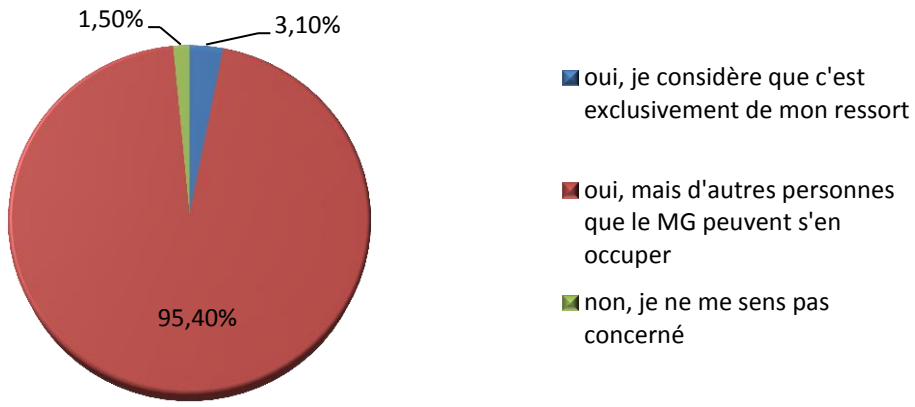


Figure n°3 : Implication du MG dans la démarche d'institutionnalisation

3) Difficulté et qualification de la démarche d'institutionnalisation (Question n°2 ; n=128. Question n°3 ; n=110)

Concernant la difficulté de la démarche, cette dernière recevait une note moyenne de **6,2/10**. La médiane était de **6**, l'écart type de **1,9**. La note la plus fréquemment obtenue était de 5/10 pour 20,8% des MG répondeurs.

Nous proposions à la question n°3 de qualifier cette démarche en un mot ou un adjectif. Sur les 130 questionnaires recueillis, 110 réponses ont pu être recodées (6 non-

réponses, 14 dont le recodage était impossible). Le mot qui était le plus fréquemment cité était *« longue »* (**14 fois**). Ensuite, on retrouvait le mot *« compliquée »* (**9 fois**), les mots *« administrative »* et *« chronophage »* étaient retrouvés **8 fois** chacun. En classant les termes recueillis en trois groupes selon les connotations (connotation négative, positive, neutre ou inclassable), **80%** des réponses étaient à connotation négative, **5,5%** étaient à connotation positive.

4) Vision du patient et de la famille (Question n°4 ; n=129. Question n°5 ; n=129)

93% des patients étaient *« peu favorable »* ou *« très peu favorable »* devant une proposition de placement. Au contraire, les réponses des familles étaient différentes puisque **61,8%** étaient *« très favorable »* ou *« plutôt favorable »* (Figure n°4).

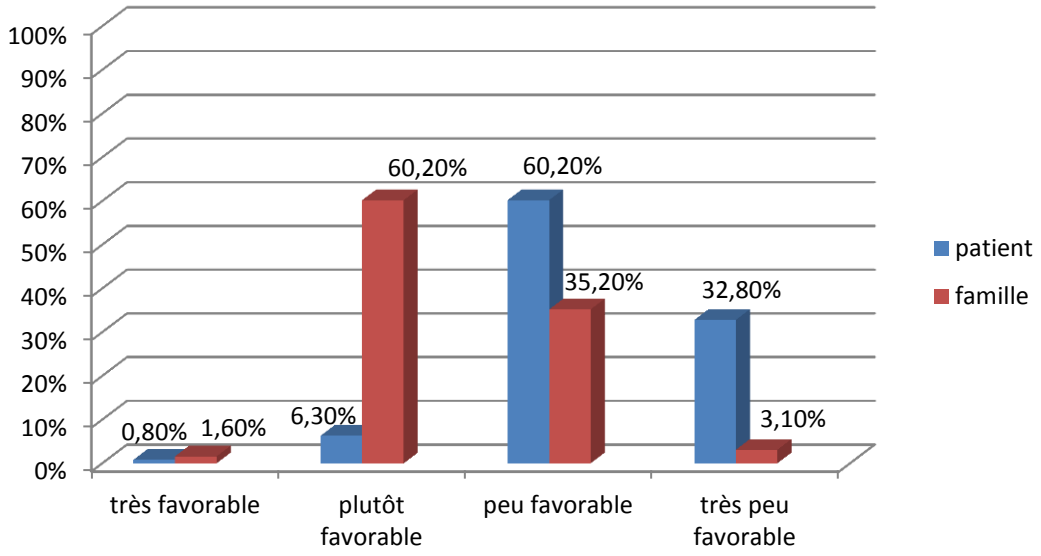


Figure n°4 : Avis du patient et de la famille face à une proposition de placement

5) Les freins à la démarche d'institutionnalisation et les conséquences (Question n°6 ; n=129. Question n°7 ; n=130. Question n°8 ; n=124. Question n°9 ; n=128. Question n°12 ; n=129)

Parmi les arguments qu'avançaient les patients pour refuser une entrée en EHPAD, l'attachement au domicile était l'élément de réponse le plus coché par les MG répondeurs qui devaient choisir trois propositions parmi une liste de huit. En effet, *« l'attachement à son domicile »* était coché dans **87,7%** des cas, venait ensuite *« l'absence de moyens financiers »* qui était retrouvé dans **73,8%** des combinaisons puis *« la représentation négative de l'EHPAD »* dans **46,2%**. La réponse la moins citée était *« la peur de côtoyer des résidents d'autres milieux sociaux »* qui n'était retrouvée que dans **2,3%** des cas (Tableau II).

Tableau II : Pourcentage cumulé des arguments avancés par les patients selon leur MG pour justifier le refus d'une entrée en institution

	% obs.
l'attachement à son domicile	87,7%
l'absence de moyens financiers	73,8%
la représentation négative de l'EHPAD	46,2%
le sentiment d'emprisonnement	30,8%
la perte d'autonomie une fois institutionnalisé	23,8%
la possibilité de renforcer les aides au domicile	14,6%
la crainte de vous perdre en tant que médecin traitant	3,8%
la peur de côtoyer des résidents d'autres milieux sociaux	2,3%

65,6% des MG avaient le sentiment de n'avoir pas assez anticipé l'institutionnalisation de leur patientèle âgée et dépendante. Ces derniers (n=79) étaient invités à classer par ordre d'importance les six raisons pour lesquelles ils n'avaient pas pu anticiper la situation. La raison qui arrivait en tête était *le refus du patient*, cette réponse était citée dans **79,2%** des cas en numéro un.

65,4% des MG affirmaient avoir déjà adressé un patient aux urgences afin de pouvoir lui trouver une place en EHPAD plus rapidement. Parmi ces MG (n=84), **96,4%** estimaient la fréquence de recours aux urgences *entre une et cinq fois par an*. **3,6%** répondaient *« 5 à 10 fois par an »* et aucun *« supérieur à 10 fois par an »* (Figure n°5).

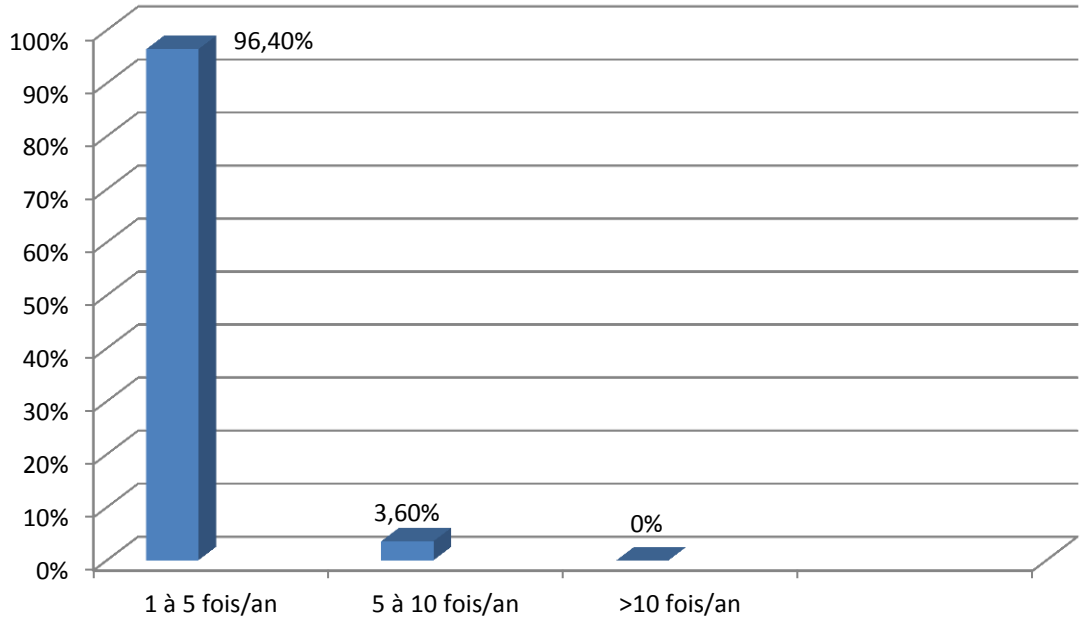


Figure n°5 : Estimation par les MG de la fréquence de recours aux urgences dans le but d'une entrée en institution

La majorité des MG interrogés se voyait dans l'obligation de remplir des dossiers de demande d'admission en EHPAD sans l'accord du patient. **18,6%** des MG n'avaient jamais eu recours à ce procédé (Figure n°6).

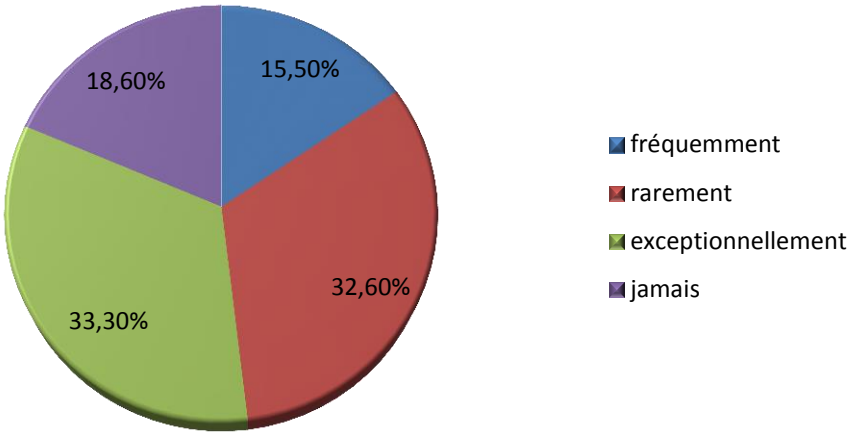


Figure n°6 : Fréquence des demandes sans l'accord du patient pour une entrée en EHPAD

Concernant le suivi des patients une fois institutionnalisés, ils étaient fréquemment suivis par le même MG qu'à domicile et cela dans **62,2%** des cas (Figure n°7).

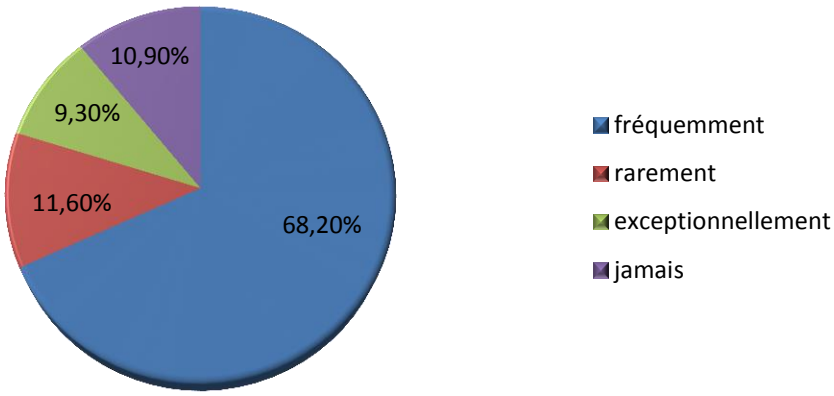


Figure n°7 : Fréquence du suivi par le même MG qu'au domicile une fois le patient institutionnalisé

6) Le MG et l'EHPAD (Question n°10 ; n=129. Question n°11 ; n=123. Question n°13 ; n=129. Question n° 14 ; n=111. Question n°15 a) n=127 ; b) n=126. Question n°16 ; n=128)

.

Nous nous sommes intéressés à la question n°10 aux institutionnalisations sans information préalable du MG. Il en ressortait que dans **20,2%** des cas, le MG était toujours prévenu (Figure n°8).

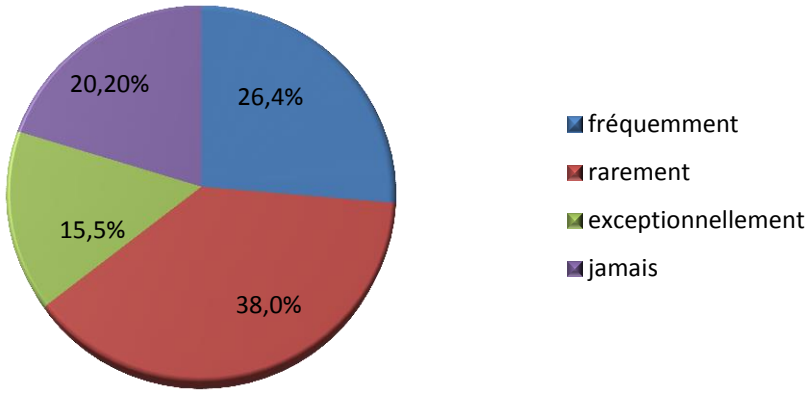


Figure n°8 : Fréquence des institutionnalisations sans information préalable du MG

Nous avons tenté également de déterminer quelle vision de l'EHPAD avaient les MG. Les réponses à la question n°13 étaient disparates, puisque quasiment **un tiers** des MG ne se prononçait pas sur l'image qu'ils ont d'un EHPAD en raison de la grande disparité entre les établissements (Figure n°9). A la question n°14, les MG devaient donner un mot représentatif de l'image qu'ils avaient d'un EHPAD. 111 réponses ont pu être recodées (12 non-réponses, 7 dont le recodage était impossible). La connotation qui était la plus fréquemment citée était *« fin »* (**10 fois**). Les termes exacts étaient « fin », « dernier recours », « dernier chemin », « dernière étape ». Ensuite, on retrouvait le mot *« sécurité »* (**9 fois**), puis le mot *«indispensable »* (**7 fois)**. Les mots *« triste »* et *« nécessaire »* étaient comptés **5 fois** chacun. En classant les termes recueillis en trois groupes selon les connotations (connotation négative, positive, neutre ou inclassable), **42,3%** des réponses étaient à connotation négative, **35,1%** étaient à connotation positive.

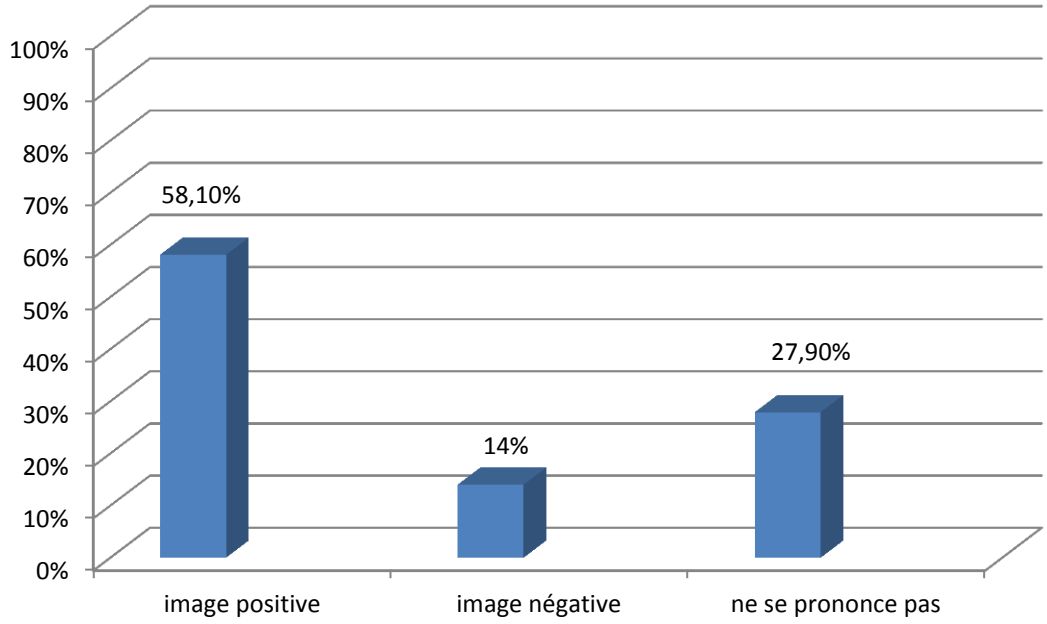


Figure n°9 : Image de l'EHPAD selon les MG

74% des MG considéraient le placement en institution comme une issue logique de la vie, incontournable avec le vieillissement de la population contre **26%** qui exprimaient le souhait d'avoir plus de temps à consacrer aux PA afin de retarder au maximum l'arrivée en maison de retraite.

La majorité déclarait n'avoir pas signé le contrat tel qu'il est prévu dans l'arrêté du 30 décembre 2010, relatif à l'intervention à titre libéral des MG. D'ailleurs, un peu moins d'un quart des répondeurs reconnaissait participer à une commission de coordination gériatrique par an organisée par le médecin coordonnateur de l'EHPAD avec lequel il travaille (Figure n°10).

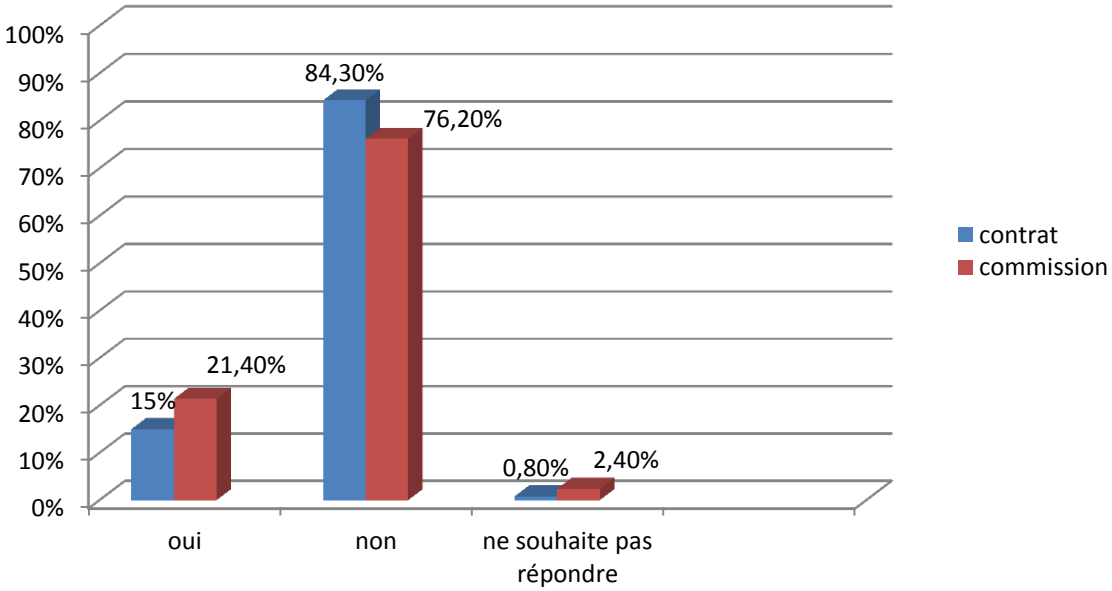


Figure n°10 : Fréquence des signatures du contrat MG-EHPAD et de la participation à la commission annuelle de coordination gériatrique

Nous avons voulu également connaître si les MG eux-mêmes avaient déjà été confrontés à la problématique du placement d'un de leur proche. C'était le cas pour **30,5%** d'entre eux (n=37). **62,2%** qualifiaient l'expérience de *« positive »* voir de *« très positive »*.

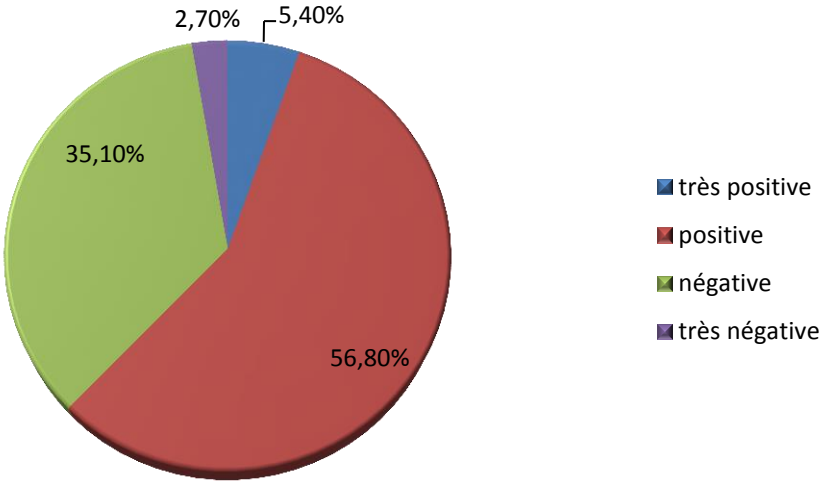


Figure n°11 : Qualification de l'expérience de placement d'un proche du MG

7) Remarques éventuelles de la question n°16

« EHPAD triste. Personnel débordé et insuffisant. Médecin coordonnateur insuffisamment investi. Locaux inadaptés. Insuffisance des activités physiques et intellectuelles proposées »

« Proche placé pour démence d'Alzheimer avec impossibilité de rester à domicile, c'est douloureux pour la famille, le conjoint et les enfants mais on ne pouvait pas faire autrement »

« Ma mère a été placée en EHPAD de 2008 à 2011 pour une maladie d'Alzheimer qui a évolué rapidement. Elle est maintenant décédée. C'est une expérience douloureuse mais inéluctable compte-tenu de sa dégradation. Mon père a été un aidant extraordinaire jusqu'à ses 88 ans, mais à la fin, il ne pouvait plus gérer. Il a aujourd'hui 94 ans, il a toute sa tête et vit chez lui juste avec une femme de ménage et des repas apportés ! »

« J'ai organisé le placement de ma grand-mère avec son consentement »

« Je ne participe pas à la réunion annuelle mais je rencontre régulièrement le médecin coordonnateur »

« Les démarches sont trop compliquées et trop longues »

« J'ai refusé de signer le contrat avec l'EHPAD »

« Refus de signer le contrat. Nous sommes dans une région à placements tardifs dans une situation de fin de vie. Les EHPAD sont des mouroirs à l'ambiance détestable »

« Expérience positive mais douloureuse car déplacement des racines initiales »

« Dieu merci, je n'ai jamais eu à placer un de mes proches »

« J’ai eu la possibilité de faire construire une maison attenante à la mienne dans le contexte d’une entente familiale positive avec aide-ménagère pour mes parents »

« Ce n’est pas à moi de faire les démarches, je propose, je conseille, et la famille et le patient agissent »

« Je ne vais pas aux commissions car ils ont souvent lieu en pleine consultation ! Le choix de l’EHPAD est collégial, patient-famille-médecins »

« Nous devons souvent remplir plusieurs dossiers différents pour chaque EHPAD, un dossier unique pour toutes les institutions nous ferait gagner du temps et de l’énergie »

« On parle d’un placement pour mes parents en ce moment »

« L’expérience du placement de mon père a été négative »

IV) DISCUSSION

1) Forces et limites du travail

a) Forces du travail

Le thème de l'étude était un sujet d'actualité qui allait de pair avec le vieillissement de la population et l'essor de la gériatrie. L'étude portait sur une problématique à laquelle chaque MG est confronté quotidiennement.

Concernant le questionnaire, il était court, aéré et avait l'avantage de tenir sur une feuille recto-verso. Les questions fermées étaient nettement privilégiées afin de pouvoir tirer des statistiques plus précises.

Le biais de sélection était limité grâce à l'envoi des questionnaires par voie postale sur l'ensemble des trois départements picards, après randomisation. Nous n'avions pas choisi d'adresser le questionnaire par mail car tous les médecins n'utilisent pas leur messagerie électronique. Cela aurait favorisé les réponses des médecins les plus jeunes au risque de n'être pas représentatif sur le paramètre de l'âge.

Concernant le taux de participation, celui-ci dépassait d'emblée les 20% ce qui est plutôt satisfaisant.

b) Limites du travail

Il existait tout d'abord un probable biais d'information puisque l'étude était de type déclarative. Les propositions aux questions n°8 et n°9 étaient redondantes, ce qui entrainait un traitement difficile des données. La question n°10 aurait pu être intitulée « avez-vous déjà été confronté au placement d'un de vos patients, sans avoir été *consulté* préalablement ? ». Cette

modification aurait apporté plus de données quant à la collaboration ville-hôpital. A la question n°13, le fait d'avoir proposé la réponse « ne se prononce pas » ne permettait pas de conclure clairement sur le thème abordé mais la question qui suivait nous a permis tout de même d'éclaircir ce point. Les questions ouvertes, au nombre total de trois, étaient parfois difficiles à relire et donc à recoder par la suite. Certaines questions n'étaient pas honorées, ce qui est le risque d'une enquête envoyée par voie postale.

2) Réponses aux objectifs

a) La place du MG dans l'entrée en institution de la PAD

** Un rôle codifié, une place complexe*

Il convient de distinguer le terme de « rôle » et le terme de « place » dans la problématique que nous exposons. Autant le rôle du MG dans la démarche d'institutionnalisation est bien défini et codifié, autant sa place réelle dans le processus que nous tentons d'analyser est plus complexe. Ainsi, le rôle est la fonction remplie par quelqu'un, ce que l'on doit faire ou dire [32]. Dans l'étude, on constate que les MG sont en phase avec le rôle qu'on leur prête puisqu'ils sont une très grande majorité à penser que c'est à eux d'aborder le problème de l'entrée en institution des PAD. On note donc une réelle implication du MG qui se sent concerné par le devenir de ses patients qu'il suit depuis de longues années. Cependant, il doit faire face à une démarche difficile entravant les possibilités d'anticipation qu'il a conscience de sacrifier au profit d'une entrée plus rapide en maison de retraite quitte à devoir utiliser le réseau hospitalier voir le service des urgences, comme le montre ce travail.

Au final, a-t-il vraiment les moyens de jouer ce rôle ? Quelles difficultés rencontre-t-il ? Quelles en sont les conséquences ?

* *Les difficultés rencontrées*

- Un patient réticent

Paradoxalement, la principale difficulté rencontrée par le MG est le patient lui-même. Dans neuf cas sur dix, le patient est contre la proposition d'entrée en EHPAD. Que faire face à un patient qui refuse alors que médicalement et socialement parlant, il requiert un EHPAD? Le devoir d'assistance s'oppose ainsi au respect de la volonté du patient, la nécessité médicale d'une institutionnalisation se heurtant au respect du consentement éclairé de la personne, pierre angulaire des nouvelles relations médecin-malade. Cette opposition s'inscrit dans le passage récent d'une médecine de tradition paternaliste vers une modernité thérapeutique de type participatif, où le patient est, pour le médecin, un partenaire avec lequel il doit travailler. Ce concept limite la relation médecin-malade au seul respect de l'autonomie, autonomie dans les choix à effectuer, en excluant toute bienveillance et tout souci de l'autre. Les modèles occidentaux tendent vers une société constituée d'individus autonomes et libres, en excluant le problème de la vulnérabilité. Dans le cas qui nous intéresse, la seule présence de l'accord du patient pour le maintien à domicile légitime-t-elle le MG dans l'exercice de ses fonctions ? [33] [34] [35]. Cette réticence du patient âgé explique partiellement la difficulté pour le MG de mettre en place un projet personnalisé, anticipé et progressif car il se retrouve fréquemment face à un refus de son patient. Le MG n'a alors pas d'autres choix que de temporiser, au risque de prendre un jour des mesures d'urgence et de précipiter l'entrée en institution quand les solutions au domicile sont épuisées.

- L'attachement au domicile d'abord, un problème financier ensuite

L'attachement au domicile est l'argument le plus fréquemment avancé par les patients aux yeux de leurs MG lorsqu'ils refusent une institutionnalisation. Celui-ci est cité dans 87,7% des cas et cela corrobore ce que nous avions énoncé ci-dessus (cf. partie « problématique »). En effet, le domicile de la PA est le lieu de ses repères mentaux et physiques nécessaires à son « bien vieillir ». Vivre au domicile, c'est aussi affirmer que l'on vit « comme tout le monde », on échappe à la stigmatisation qu'implique une position de receveur d'aide, d'individu malade ou fragile. L'avancée en âge va de pair avec une fragilisation physiologique mais aussi sociale, culturelle et identitaire, même si à travers le temps, l'Homme se perçoit comme un être identique. Le domicile est un élément qui contribue à préserver la continuité de l'identité. La maison est le symbole de ce que la

personne a été, elle devient alors le garant de ce que l'individu était au moment de sa pleine activité. Elle revêt pour la PA quelque chose de l'ordre du pérenne, de l'immuable. Elle lui permet de faire le lien avec le passé, de se remémorer les bons moments. Le domicile est le lieu où l'on est maître chez soi [36]. D'un point de vue plus rationnel, le domicile est également un repère spatial, un espace familier intimement approprié dont l'usage se trouve ancré dans les habitudes corporelles. Les habitudes acquises au sein du logement sont des points de repères indispensables pour des PA souvent déficientes sur le plan sensoriel. La perspective de perte de ces repères peut s'avérer particulièrement angoissante [37].

Après l'attachement au domicile venait le problème financier, deuxième réponse la plus citée à la question n°8. Comme nous l'avons vu précédemment, un EHPAD représente un coût non négligeable. Une enquête de 2008 a montré que 80% des personnes hébergées en institution disposaient d'un revenu inférieur au coût de leur séjour [38]. Rester au domicile le plus longtemps possible permet ainsi de ne pas solliciter de soutien financier aux descendants [39]. La thématique de l'autofinancement de la dépendance des PA s'est développée progressivement. Le patrimoine est considéré alors comme une ressource nouvelle de financement des besoins des PA et non plus comme un bien que l'on dispose à sa guise [40]. En revendant son logement, la PA obtient un capital qui lui servira à financer sa place dans un EHPAD, elle épargne ainsi les enfants, appelés aussi « les obligés alimentaires » [41]. L'obstination déraisonnable des PAD à vouloir rester au domicile s'explique entre autre par le fait que pour payer leur séjour, la seule solution est de vendre la maison, ce qui va à l'encontre de la transmission du patrimoine aux descendants. Or, la personne vieillissante a un besoin d'établir une sorte d'inventaire de ce qu'elle peut laisser sur terre, reflet de ce qu'elle a réussi à construire au cours de son existence, qui sera confié à ceux qu'elle a le plus aimés, généralement les enfants [42].

- <u>La famille</u>

A la question n°5, nous demandions aux MG la réaction de la famille quant à une proposition d'entrée en institution d'un de leurs proches. Les réponses étaient très différentes que pour la même question posée concernant les patients puisqu'ici, 61,8% des proches approuvaient une institutionnalisation (ensemble des réponses « favorable » et « très favorable »). On note également que 35,2% semblaient être « peu favorable » à la suggestion d'une maison de retraite pour un proche. Comment expliquer ces résultats ?

La notion d'aidant naturel peut être abordée ici. Selon la HAS, un aidant naturel est une personne non professionnelle qui vient en aide à titre principal, pour partie ou totalement, à une personne dépendante de son entourage pour les activités de la vie quotidienne [43]. Tenir le rôle d'aidant auprès d'une PAD implique toute une série de lourdes conséquences. Certains auteurs distinguent alors « le fardeau objectif » et le « fardeau subjectif ». Le premier concerne l'ensemble des tâches que l'aidant doit mener, comme les soins de nursing mais aussi les répercussions administratives et juridiques dans le cas de l'installation de troubles cognitifs, en plus des activités journalières classiques auxquelles tout le monde est confronté (ménage, courses…). Le « fardeau subjectif » s'installe de manière plus progressive et concerne les réactions émotionnelles de la personne aidante par rapport à sa situation et à la perception de son rôle [44]. Ce genre de situation aboutit souvent à l'épuisement de l'aidant naturel qui s'explique par le temps souvent très long d'accompagnement qui mobilise l'aidant pendant de nombreuses années, avec un temps de présence quotidien qui ne fait que croître au fur et à mesure. Il s'installe une ambivalence des sentiments entre compassion et colère vis-à-vis de ce proche aimé mais qui s'éloigne progressivement au fil de l'évolution de la maladie. Pourtant, il survient souvent une culpabilité à l'idée de se séparer de la personne qu'on a accompagnée depuis si longtemps. Cette situation est vécue comme un abandon car la morale collective pense qu'il est normal de s'occuper de ses proches, sans valorisation sociale à attendre [45].

* *Les conséquences*

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé rappelle qu'aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne [46]. Or, notre étude montre que seuls 17,8% des MG interrogés n'ont jamais rempli des dossiers de demande d'admission en EHPAD sans l'accord de leur patient. Ce résultat, probablement surestimé au vu de la nature de la question, est surprenant étant donné le cadre légal qui régit la pratique. Dans le code de déontologie médicale, il est prévu que le médecin a un devoir d'information envers le malade mais il ne doit pas se substituer à sa décision. La seule exception reste l'urgence vitale [47]. Nous ne sommes pas dans ce cadre puisqu'on parle ici d'un projet à moyen ou long terme, préparé et anticipé. Cependant, il est bien évident que devant tous ces obstacles, le MG, faute de mieux, se voit contraint de remplir des dossiers d'admission en EHPAD sans l'accord du patient ce

qui pose un réel problème déontologique. La réalité sur le terrain contraste avec les recommandations de bonne pratique, comme il est souvent le cas en médecine, mais plus particulièrement en médecine générale.

L'étude montre également que les MG interrogés sont contraints d'adresser leurs patients aux urgences dans le but d'accélérer les démarches d'institutionnalisation. En effet, cette pratique est mise en évidence chez 65,4% de nos médecins répondeurs, la très grande majorité y a recours moins de cinq fois par an. On peut aussi s'interroger sur le fait que seuls 20,2% des MG soient au courant systématiquement du placement d'un de leur patient. C'est le concept de collaboration ville-hôpital qui fait défaut dans notre situation. Pourtant, cette dernière est devenue un enjeu incontournable avec le vieillissement de la population, les 75 ans et plus devraient représenter 10% de la population française en 2020. L'idéal serait d'avoir une filière de soins gériatriques structurée s'appuyant sur un réseau regroupant l'ensemble des intervenants médicaux et sociaux (Figure n°12). Cependant, faute de réponses adaptées et face à l'opposition du sujet âgé, le MG attend souvent la dernière limite pour décider d'une institutionnalisation. Devant un patient précaire, l'hôpital souvent surchargé n'acceptera pas toujours une hospitalisation dont le motif est classiquement « maintien à domicile difficile » ou « répit familial ». Le MG n'a pas d'autres choix que de l'adresser aux urgences faute de mieux. Pourtant, des formules seraient à développer pour mieux répondre aux attentes des MG et des familles comme les consultations d'évaluation gériatrique, l'hôpital de jour, l'intervention d'une équipe mobile extra-hospitalière. Une bonne liaison avec la filière de soins hospitalière permettrait de favoriser l'accès à des hospitalisations programmées mais on peut aussi imaginer des entrées directes en soins de suite par exemple [48].

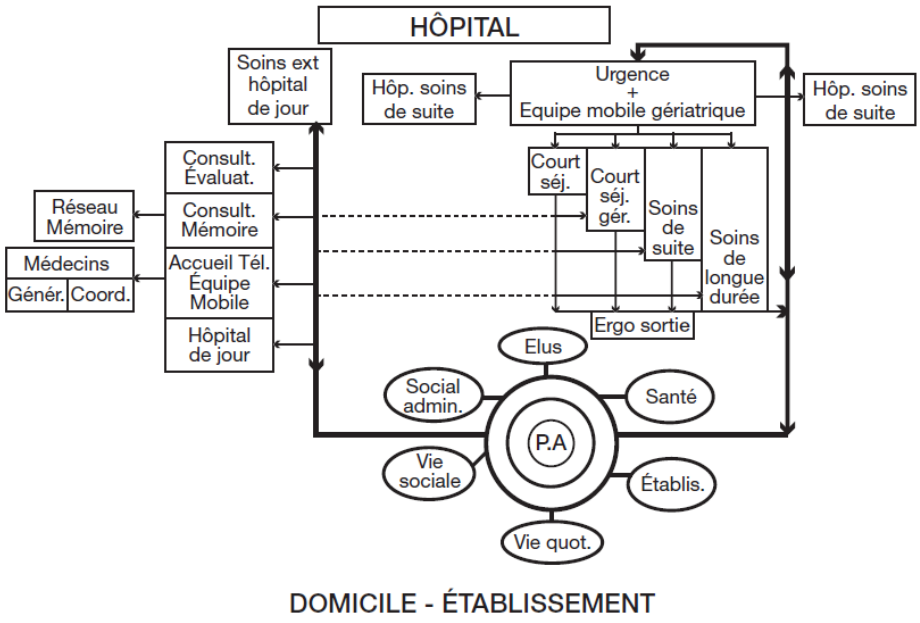


Figure n°12 : Organisation de la filière gériatrique [48]

b) Analyse de la démarche et vision de l'EHPAD

Nous avons vu dans l'introduction que les EHPAD souffraient d'une mauvaise image aux yeux des patients. Nous n'avons pas retrouvé d'étude qui s'intéressait à l'image que les médecins avaient d'un EHPAD. La nôtre met en évidence que les EHPAD entretiennent également une mauvaise image auprès des MG. De plus, nous constatons que l'âge moyen de notre échantillon est de 51,4 ans avec 43,7% des MG âgés de 56 ans et plus. C'est donc dans la plupart des cas, un MG « vieillissant », lui-même confronté à une patientèle âgée souvent de l'âge de ses propres parents, qui va proposer une entrée en institution. D'ailleurs, presque un tiers des médecins interrogés avait déjà été confronté au placement d'un de leur proche. Parmi eux, 37,8% qualifiaient la démarche de « négative » ou « très négative ».

Au vu de ces éléments, il est légitime de se demander la part de subjectivité et d'affectif qui intervient dans les tentatives de placement des patients âgés. Le MG quinquagénaire ou sexagénaire, lui-même ayant peut-être des parents en attente de placement ou déjà institutionnalisés, avec une expérience personnelle négative et une vision peu valorisante de l'institution, doit entreprendre des démarches pour une PAD qu'il suit sans

doute depuis de longues années. Comment reprocher alors aux MG de retarder au maximum l'entrée en institution de ces patients, au risque que l'équilibre fragile qui les maintient au domicile s'écroule un jour brutalement ? Comment essayer de convaincre de quitter le domicile alors qu'on ne le voudrait pas pour ses propres parents ?

V) CONCLUSION

Notre étude montre que la place du MG dans la démarche d'institutionnalisation de la PAD est capitale avec un MG au cœur de ce projet. Il a bien conscience que son rôle est indispensable et primordial. Cependant, le MG doit faire face à de nombreux obstacles et doit prendre en compte le patient lui-même et sa représentation de l'EHPAD mais aussi tout ce qui l'entoure comme sa famille, son domicile, ses moyens financiers.

Outre la complexité de la relation médecin-malade dans cette situation délicate, le MG va se heurter également à la fragilité de la collaboration ville-hôpital et l'inexistence, parfois, du réseau gériatrique. Le MG est pris alors dans l'engrenage d'une démarche laborieuse, longue et chronophage avec au final un destin que ni le patient ni le MG ne semblent souhaiter. Cependant, on peut citer l'enquête de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) de 2007 où 86% des résidents déclaraient vivre plutôt bien ou très bien dans leur établissement [49]. Dédramatiser l'image des EHPAD vis-à-vis des patients pourrait permettre un meilleur accompagnement de la PAD dans son projet. Le très faible taux de participation des MG à la commission gériatrique peut faire écho à la mauvaise connaissance du fonctionnement et de l'organisation des EHPAD auxquels ils sont amenés à adresser leurs patients. Mieux connaître les établissements avec lesquels travaillent les MG et renforcer le lien MG-médecin coordonnateur permettrait sans doute de remettre en cause des idées reçues et des clichés véhiculés par les EHPAD. Ainsi, on peut imaginer un travail complémentaire à celui-ci pour étudier plus spécifiquement la relation MG-EHPAD en s'intéressant aux liens qu'entretiennent les MG avec les médecins coordonnateurs, mais également en tentant de savoir si les MG connaissent suffisamment les EHPAD qui accueillent leurs patients, et leurs spécificités propres (activités proposées, type d'hébergement, personnel paramédical employé…).

VI) BIBLIOGRAPHIE

[1] HAS - Haute Autorité de Santé. Guide médecin-affection de longue durée : Maladie d'Alzheimer et autres démences. [en ligne]. Saint-Denis. [consulté le 02 octobre 2014]. Mis à jour en mai 2009. Disponible sur http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-07/gm_alzheimer_finale_web_juin2009.pdf

[2] HAS - Haute Autorité de Santé. Maladie d'Alzheimer : dispositif d'annonce du diagnostic et d'accompagnement. [en ligne]. Saint-Denis. [consulté le 04 octobre 2014]. Mis à jour en avril 2012. Disponible sur http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/s8_dispositif_annonce_du_diagnostic_et_accompagnement_revgg27042012.pdf

[3] Soulas E. L'entrée en institution des personnes âgées : étude rétrospective de 107 cas et implication du médecin généraliste. Thèse Med Grenoble, 2010

[4] Buyck J.-F., Lelièvre F., Bournot M.-C., Tallec A., Hérault T., Tuffreau F. La prise en charge des personnes âgées dépendantes par les médecins généralistes des Pays de la Loire. Revue d'épidémiologie et de santé publique. Volume 62, Supplément 5. Septembre 2014. p.S240

[5] El Mouadan N. Motifs et modes d'entrée en maison de retraite. Thèse Med Paris Nord, 2003

[6] Darnaud T. L'entrée en maison de retraite. Collection « Art de la Psychologie ». ESF Editeur. 2008. p.192

[7] Lang P.-O., Fernandez D., Heitz D., Berthel M., Kuntzmann F. Description des conditions de vie de la population âgée de 75 ans ou plus vivant à domicile en Alsace : Quelles sont les évolutions en trois ans ? Rev Geriatr 2006 ;31 :773-83

[8] Coppin A., Fablet A., Gonsse M., Chassagne Ph., Bercoff E., Doucet J. Quels critères de décision pour le projet de sortie d'un service de court séjour gériatrique ? Rev Geriatr 2001 ; 26 :463-8

[9] Collège national des enseignants de gériatrie. Faculté de médecine Pierre et Marie Curie. [en ligne]. Janvier 2000. [consulté le 25 septembre 2014]. Disponible sur http://www.chups.jussieu.fr/polys/geriatrie/tome1/01_vieillissement.pdf

[10] Benaim C., Froger J., Compan B., Pélissier J. Evaluation de l'autonomie de la personne âgée. Annales de réadaptation et de médecine physique. Volume 48. Juillet 2005. p.336-340

[11] Dartigues J.-F. L'impact de la démence et des traitements sur la dépendance du sujet âgé. Le pharmacien hospitalier. Volume 44, supplément 1. Septembre 2009. p.S10-S12

[12] Syndicat National de Gérontologie Clinique. A.G.G.I.R. Guide pratique pour la codification des variables. Principaux profils des groupes iso-ressources. La Revue de Geriatrie. Avril 1994 ; 19 :249-59.

[13] République Française. Décret n°97-427 du 28 avril 1997 portant application de certaines dispositions de la loi 97-60 du 24 janvier 1997, tendant dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance. [en ligne]. Paris : République Française. [consulté le 26 septembre 2014]. Disponible sur http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=FC45C498267E4430F07FADF8EE901221.tpdjo12v_1?cidTexte=JORFTEXT000000199307&dateTexte=19970430

[14] Service Public. Allocation personnalisée d'autonomie (APA) : grille AGGIR. [en ligne]. Paris. [consulté le 26 septembre 2014]. Mis à jour le 28 mai 2013. Disponible sur http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F1229.xhtml

[15] Service Public. Personne âgée vivant à domicile : demande d'APA. [en ligne]. Paris. [consulté le 26 septembre 2014]. Mis à jour le 27 juin 2013. Disponible sur http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F10009.xhtml#N100A9

[16] Service public. Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. [en ligne]. Paris. [consulté le 28 septembre 2014]. Mis à jour le 19 mars 2014. Disponible sur http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F763.xhtml

[17] Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. [en ligne]. Paris. [consulté le 28 septembre 2014]. Mis à jour le 3 octobre 2011. Disponible sur http://www.social-sante.gouv.fr/espaces,770/personnes-agees-autonomie,776/dossiers,758/prestations-sociales,759/allocation-personnalisee-d,1724/l-apa-en-etablissement,5652.html

[18] Hervy M.-P. Des recommandations de l'ANESM sur la qualité de vie en EHPAD : pourquoi ce thème ? Empan, 2013/4 n° 92, p. 126-132

[19] ANESM. Qualité de vie en EHPAD (volet 1). De l'accueil de la personne à son accompagnement. [en ligne]. Saint Denis. [consulté le 30 septembre 2014]. Mis à jour en février 2011. Disponible sur http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_qualite_de_vie_ehpad_v1_anesm-2.pdf

[20] Donnio I. L'entrée en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Gérontologie et société, mars 2005, n°112, p.73-92

[21] République Française. Code de l'action sociale et des familles-Article L311-3. [en ligne]. Paris : République Française. [consulté le 02 octobre 2014]. Disponible sur http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006074069&idArticle=LEGIARTI000006797370&dateTexte=&categorieLien=cid

[22] ANESM. L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social. [en ligne]. Saint Denis. [consulté le 30 septembre 2014]. Mis à jour en février 2009. Disponible sur http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_accompagnement_maladie_alzheimer_etablissement_medico_social.pdf

[23] Service Public. Etablissements médicaux-sociaux pour personnes âgées : contrat de séjour. [en ligne]. Paris. [consulté le 02 octobre 2014]. Mis à jour le 19 mars 2014. Disponible sur http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F261.xhtml#N10080

[24] République Française. Code de l'action sociale et des familles-Article L311-4. [en ligne]. Paris : République Française. [consulté le 02 octobre 2014]. Disponible sur http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000021940982&cidTexte=LEGITEXT000006074069

[25] République Française. Code de l'action sociale et des familles-Article D311. [en ligne]. Paris : République Française. [consulté le 02 octobre 2014]. Disponible sur http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000023397869&cidTexte=LEGITEXT000006074069

[26] République Française. Code de la santé publique - Article L1110-8. [en ligne]. Paris : République Française. [consulté le 04 octobre 2014]. Disponible sur http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006685751

[27] République Française. Code de la santé publique – Article L162-2. [en ligne]. Paris : République Française. [consulté le 04 octobre 2014]. Disponible sur http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006741332&cidTexte=LEGITEXT000006073189

[28] République Française. Arrêté du 30 décembre 2010 fixant les modèles de contrats types devant être signés par les professionnels de santé exerçant à titre libéral et intervenant au même titre dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. [en ligne]. Paris : République Française. [consulté le 04 octobre 2014]. Disponible sur http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000023334544

[29] République Française. Code de l'action sociale et des familles – Article D312-158. [en ligne]. Paris : République Française. [consulté le 04 octobre 2014]. Disponible sur http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006074069&idArticle=LEGIARTI000006906538&dateTexte=&categorieLien=cid

[30] Conseil National de l'Ordre des Médecins. Recours du CNOM devant le Conseil d'Etat contre le décret sur l'intervention des professionnels de santé libéraux dans les EHPAD. [en ligne]. Paris. Janvier 2011. [consulté le 04 octobre 2014]. Disponible sur http://www.conseil-national.medecin.fr/article/recours-du-cnom-devant-le-conseil-d%E2%80%99etat-contre-le-decret-sur-l%E2%80%99intervention-des-professionnels-de-s-1047

[31] Sa S. Les conditions d'intervention des libéraux en EHPAD. Travail Social Actualités. Volume 43. Juin 2013. p.36-41

[32] Dictionnaire Hachette. Ed Hachette ; 2006. p. 1410

[33] Barbot J. Entre volonté du patient et nécessité médicale. Les médecins face au refus de transfusion. Journal de gestion et d'économie médicale. Mars 2009, Volume 27, p. 123-133

[34] Billault P., Colard J.-C. Le consentement éclairé après la loi du 4 mars 2002. M.S.T. Gestion des organisations sanitaires et sociales. Paris : Université Paris 09. 2003. p.85

[35] Durand G. Un monde sans vulnérabilité ? Le consentement et ses limites. La revue hospitalière de France. n°543, 2011/11-12. p. 63-67

[36] Ennuyer B. Quelles marges de choix au quotidien quand on a choisi de rester dans son domicile ? Gérontologie et société. n° 131, 2009/12, p. 63-79

[37] Balard F., Somme D. Faire que l'habitat reste ordinaire. Le maintien de l'autonomie des personnes âgées en situation complexe à domicile. Gérontologie et société, n° 136, 2011/03, p. 105-118

[38] Sénat. Construire le cinquième risque : le rapport d'étape. [en ligne]. Paris. 8 juillet 2008. [consulté le 19 janvier 2015]. Disponible sur http://www.senat.fr/rap/r07-447-1/r07-447-1-syn.pdf

[39] Manent M., Protat V., Colvez A. Les facteurs déclenchants l'entrée en EHPAD : état de la connaissance bibliographique et situation en Languedoc Roussillon. Février 2011, p.67

[40] Sayn I. Mobiliser le patrimoine des personnes âgées. Gérontologie et société, 2006/2 n°117, p.217-228

[41] Billaud S. Financer le vieillissement en institution par le patrimoine en milieu modeste. Retraite et société, 2012/02, n°62, p.107-125

[42] Vercauteren R. Le chaos de la transmission, le concept de « mort annoncée », in Michel Personne, Les chaos du vieillissement. ERES « Pratiques gérontologiques », 2003, p.159-172

[43] HAS - Haute Autorité de Santé. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : suivi médical des aidants naturels. [en ligne]. Saint-Denis. [consulté le 22 novembre 2014]. Mis à jour en février 2010. Disponible sur http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-03/maladie_dalzheimer_-_suivi_medical_des_aidants_naturels_-_argumentaire_2010-03-31_15-38-54_749.pdf

[44] Lakaye A. Chapitre 20. Maintenir la relation avec une personne atteinte de maladie d'Alzheimer, un défi pour les familles et le personnel soignant, in Jean-Émile Vanderheyden et Bernard Kennes, La prise en charge des
démences. De Boeck Supérieur « Questions de personne ». 2009. p. 237-248

[45] Secall A., Thomas Ivane C. L'accompagnement de l'aidant de la personne âgée atteinte de démence. Recherche en soins infirmiers, 2005/3, N° 82, p. 50-61

[46] République Française. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. [en ligne]. Paris : République Française. [consulté le 08 novembre 2014]. Disponible sur http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015&categorieLien=id

[47] Tacnet Auzzino D. La place du consentement de la personne âgée lors de l'entrée en EHPAD. Gérontologie et société, 2009/4. n° 131, p. 99

[48] Fournier P. La collaboration ville-hôpital, de la filière au réseau gérontologique : éviter une hospitalisation non justifiée ou réussir une sortie difficile. Gérontologie et société, 2002/1 n° 100, p. 131-147

[49] DREES. La vie en établissement d'hébergement pour personnes âgées du point de vue des résidents et de leurs proches. [en ligne]. Paris, 2011. [consulté le 16 octobre 2014]. Disponible sur http://technosens.fr/files/2011--01-Dossier-Solidarite-et-Sante-n18.pdf

VII) ANNEXES

Annexe 1 : Grille AGGIR

GRILLE NATIONALE AGGIR

Cerfa N° 11510*01

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE EXAMINÉE

Nom : _____ Prénom : _____

Numéro d'immatriculation : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Adresse : _____

Code Postal : |_|_|_|_|_| Commune : _____

SITUATION AU REGARD DES ACTES ESSENTIELS ET ORDINAIRES DE LA VIE

VARIABLES DISCRIMINANTES - AUTONOMIE PHYSIQUE ET PSYCHIQUE		
COHÉRENCE : converser et / ou se comporter de façon sensée		
ORIENTATION : se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux		
TOILETTE : concerne l'hygiène corporelle	Haut	
	Bas	
HABILLAGE : s'habiller, se déshabiller, se présenter	Haut	
	Moyen	
	Bas	
ALIMENTATION : manger les aliments préparés	Se servir	
	Manger	
ÉLIMINATION : assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale	Urinaire	
	Fécale	
TRANSFERT : se lever, se coucher, s'asseoir		
DÉPLACEMENT À L'INTÉRIEUR : avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant...		
DÉPLACEMENT À L'EXTÉRIEUR : à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport		
COMMUNICATION À DISTANCE : utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme ...		
VARIABLES ILLUSTRATIVES - AUTONOMIE DOMESTIQUE ET SOCIALE		
GESTION : gérer ses propres affaires, son budget, ses biens		
CUISINE : préparer ses repas et les conditionner pour être servis		
MÉNAGE : effectuer l'ensemble des travaux ménagers		
TRANSPORT : prendre et / ou commander un moyen de transport		
ACHATS : acquisition directe ou par correspondance		
SUIVI DU TRAITEMENT : se conformer à l'ordonnance du médecin		
ACTIVITÉS DE TEMPS LIBRE : activités sportives, culturelles, sociales, de loisirs ou de passe-temps		

A : fait seul, totalement, habituellement, correctement
B : fait partiellement, non habituellement, non correctement
C : ne fait pas.

A ....., le .....

Signature et cachet du praticien

ATTENTION

Ce document doit être joint, sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la caisse primaire d'assurance maladie, à l'attestation d'incapacité à accomplir les actes ordinaires de la vie

Modèle S 2402

Annexe 2 : Groupes iso-ressources

Gir	Degrés de dépendance
Gir 1	• Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessite une présence indispensable et continue d'intervenants • Ou personne en fin de vie
Gir 2	• Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante • Ou personne dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui est capable de se déplacer et qui nécessite une surveillance permanente
Gir 3	Personne ayant conservé son autonomie mentale, partiellement son autonomie locomotrice, mais qui a besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'une aide pour les soins corporels
Gir 4	• Personne n'assumant pas seule ses transferts mais qui, une fois levée, peut se déplacer à l'intérieur de son logement, et qui a besoin d'aides pour la toilette et l'habillage • Ou personne n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais qui doit être aidée pour les soins corporels et les repas
Gir 5	Personne ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage
Gir 6	Personne encore autonome pour les actes essentiels de la vie courante

Code :

Annexe 3 : Questionnaire

1. Pensez-vous que c'est votre rôle d'aborder le problème de l'entrée en institution des patients âgés ?

☐ Oui, je considère que c'est exclusivement de mon ressort
☐ Oui, mais d'autres personnes que le médecin généraliste peuvent s'en occuper également
☐ Non, je ne me sens pas concerné(e)

2. Pouvez-vous évaluer, en tant que médecin généraliste libéral, la difficulté à effectuer des démarches pour institutionnaliser une personne âgée ? (Entourez un nombre entre 1 et 10, sachant que 1 signifie « démarche très facile » et 10 « démarche très difficile ».)

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

3. Si vous deviez qualifier en <u>UN MOT</u> (nom commun ou adjectif) cette démarche, lequel serait-il ? .....

4. Quand vous évoquez, pour la première fois, la nécessité d'une institutionnalisation à votre patient, en règle générale, ce dernier est :

☐ Très favorable ☐ Plutôt favorable ☐ Peu favorable ☐ Très peu favorable

5. Quand vous évoquez, pour la première fois, la nécessité d'une institutionnalisation à la famille de votre patient, en règle générale, cette dernière est :

☐ Très favorable ☐ Plutôt favorable ☐ Peu favorable ☐ Très peu favorable

6. Vous arrive-t-il de remplir des dossiers de demande d'admission en EHPAD à la demande de la famille en sachant que votre patient n'y est pas favorable ?

☐ Oui, fréquemment
☐ Oui, rarement
☐ Oui, exceptionnellement
☐ Non, jamais

7. Quand le délai d'entrée en institution est trop long par rapport aux besoins de votre patient, vous est-il déjà arrivé de l'adresser aux urgences dans le but d'une hospitalisation afin d'accélérer les démarches ?

☐Oui ☐ Non

↳ **<u>Si oui,</u>** diriez-vous que cette situation se présente :

☐ 0 à 5 fois/an ☐ 5 à 10 fois/an ☐ > 10 fois/an

8. Quels sont les arguments que vous avancent les patients qui peuvent représenter des freins à votre démarche d'institutionnalisation ? ***(Cocher 3 cases*** *parmi les propositions suivantes qui représentent les 3 arguments les plus fréquents auxquels vous êtes confronté dans votre pratique)*

☐ la représentation négative de l'EHPAD
☐ la perte d'autonomie une fois institutionnalisé
☐ le sentiment d'emprisonnement
☐ la peur de côtoyer des résidents d'autres milieux sociaux
☐ la possibilité de renforcer les aides au domicile
☐ la crainte de vous perdre en tant que médecin traitant
☐ l'attachement à son domicile
☐ l'absence de moyens financiers

9. Avez-vous déjà eu le sentiment de n'avoir pas assez anticipé l'institutionnalisation d'une personne âgée qui le nécessitait ***(institutionnalisation à la suite d'une hospitalisation avec retour à domicile impossible au vu de la dépendance par exemple)*** **?**

☐ Oui ☐ Non

↳ **Si oui,** pour quelles raisons n'aviez-vous pas effectué les démarches initialement? ***(Classer ces différents éléments par ordre d'importance de 1 à 6,*** *1 étant l'élément le plus fréquemment retrouvé dans cette situation et 6 étant l'élément le moins fréquemment retrouvé dans cette situation)*

__ Refus du patient
__ Refus de la famille
__ Mauvaise réputation de l'EHPAD
__ Manque de temps
__ Sentiment de culpabilité/ attachement au patient
__ Espoir que la situation se maintienne

…/…

10. Avez-vous déjà été confronté au placement d'un de vos patients sans en avoir été informé préalablement ?

☐ Oui, fréquemment
☐ Oui, rarement
☐ Oui, exceptionnellement
☐ Non, jamais

11. Vivez-vous le placement de vos patients âgés comme un échec ?

☐ Oui, j'aimerais avoir plus de temps à leur consacrer et qu'ils bénéficient d'un meilleur réseau d'aide au domicile
☐ Non, face au vieillissement de la population c'est une issue logique

12. Continuez-vous à suivre vos patients une fois institutionnalisés dans une EHPAD située dans votre territoire d'exercice ?

☐ Oui, fréquemment
☐ Oui, rarement
☐ Oui, exceptionnellement
☐ Non, jamais

13. D'une manière générale, avez-vous une image positive des EHPAD de votre secteur ?

☐ Oui
☐ Non
☐ Ne se prononce pas, trop de disparités entre les établissements

14. Si vous deviez attribuer UN MOT (nom commun ou adjectif) à l'image que vous avez d'une EHPAD, lequel serait-il ? .....

15. Il existe une obligation légale et réglementaire pour les médecins déclarés comme médecin traitant d'un ou de plusieurs résidents de <u>conclure à un contrat</u> lorsqu'ils interviennent à titre libéral dans les EHPAD (*Arrêté du 30 décembre 2010)*. Le médecin traitant s'engage alors à participer à au moins <u>une commission de coordination gériatrique par an organisée par le médecin coordonnateur</u> (*article D.312-158 du code de l'action sociale et des familles relative à l'organisation des soins en EHPAD).*

a) Avez-vous signé ce contrat avec votre EHPAD de secteur ?
☐ Oui ☐ Non ☐ Ne souhaite pas répondre

b) Participez-vous au moins à une réunion par an ?
☐ Oui ☐ Non ☐ Ne souhaite pas répondre

16. Avez-vous déjà été amené à placer un de vos proches ?

☐ Oui ☐ Non
↳ **<u>Si oui,</u>** vous en gardez une expérience :
☐ Très positive ☐ Positive ☐ Négative ☐ Très négative

- Souhaitez-vous préciser ?

.....
.....
.....

Votre profil :

- *Sexe :* ☐ Homme ☐ Femme
- *Votre âge :* .....
- *Secteur d'activité :* ☐ Rural ☐ Urbain
- *Votre département d'exercice :* ☐ Aisne ☐ Oise ☐ Somme

Annexe 4 : Courrier accompagnant le questionnaire

Amiens, le 17 septembre 2014

Madame le Docteur, Monsieur le Docteur,

Actuellement interne en Médecine Générale à Amiens, je prépare ma thèse sous la direction du Dr NOUGEIN, sur **la place du médecin généraliste dans l'institutionnalisation de la personne âgée dépendante**.

En effet, on constate que l'institutionnalisation d'une personne âgée s'effectue souvent au décours d'une hospitalisation. Pourtant, l'institutionnalisation d'une personne âgée est un projet personnalisé qui doit, selon la HAS, être préparé et anticipé, avec un médecin généraliste au cœur de la démarche.

Ainsi, le but de cette étude est d'identifier si le médecin généraliste a réellement une place dans la démarche d'institutionnalisation, quelle analyse il fait de cette démarche et de déterminer sa vision de l'EHPAD.

Votre contribution est donc indispensable à la réalisation de ma thèse pour le doctorat de Médecine Générale, mon étude du sujet reposant sur des données déclaratives à l'aide d'un questionnaire qui vous est joint. Celui-ci vous a été adressé par le biais de l'Union Régionale des Professionnels de Santé Médecins Libéraux de Picardie suite à une randomisation sur l'ensemble des médecins généralistes picards.

Je vous remercie par avance du temps que vous allez consacrer à cette enquête.

Vous pourrez consulter le résultat de cette étude une fois celle-ci terminée sur le site de l'Union Régionale des Professionnels de Santé Médecins Libéraux de Picardie.

Veuillez agréer, Madame le Docteur, Monsieur le Docteur, l'expression de mes salutations distinguées.

Sophie LAHAYE

RESUME :

TITRE : La place du médecin généraliste picard dans l'entrée en institution de la personne âgée dépendante.

INTRODUCTION : Dans le système de soins actuel, le médecin généraliste (MG) est au cœur de la démarche d'institutionnalisation de la personne âgée dépendante (PAD). L'étude avait pour objectif principal d'identifier la place du MG dans l'entrée en institution d'une PAD. Les objectifs secondaires étaient de connaître son analyse de la démarche et sa vision de l'EHPAD ainsi que les obstacles auxquels il est confrontés.

METHODE : Il s'agissait d'une enquête de type épidémiologique, déclarative, observationnelle, à l'aide d'un questionnaire envoyé en septembre 2014 à 600 MG picards tirés au sort.

RESULTATS : Le taux de participation était de 21,7%. 98,5% déclaraient que c'était de leur ressort d'aborder le problème de l'entrée en maison de retraite. La difficulté de la démarche était évaluée à 6,2/10 (10/10 correspondant à une difficulté maximale). Les mots qui étaient les plus fréquemment cités pour la qualifier étaient « longue », « compliquée », « administrative ». 93% des patients étaient « peu favorable » ou « très peu favorable ». Parmi les freins, l'attachement au domicile et l'absence de moyens financiers étaient les plus fréquemment retrouvés. 58,1% des MG avaient une image positive de l'EHPAD.

DISCUSSION : Même si le rôle du MG est bien codifié dans la littérature, sa place dans la démarche d'institutionnalisation reste complexe. Il doit faire face à un patient réticent et doit prendre en compte son environnement familial et financier ainsi que sa vision de l'EHPAD.

CONCLUSION : La place du MG dans la démarche d'institutionnalisation est capitale, il reste au cœur du projet mais doit faire face à de nombreux obstacles entravant les possibilités d'anticipation.

MOTS CLES : médecine générale, personne âgée, institutionnalisation, ehpad, difficultés, projet

ABSTRACT:

TITLE: The General Practitioners role in Picardy in taking dependant senior citizens into care.

INTRODUCTION: In the current health care system, the General Practitioner (GP) is at the middle of the process for taking dependent senior into care. The study sets the objective to identify the GP's position when placing a DS in an institution. The secondary goals were acknowledging his analysis of the approach and outlook of the retiring house along with the obstacles he may have to overcome.

METHOD: It was an epidemiological survey, declarative, observational with the help of a questionnaire sent last September 2014 to 600 random GP in Picardy.

RESULTS: The participation rate was 21,7%. 98,5% of them stated that it was their responsibility to discuss the issue of entering a retirement home. The complexity of the process was reckoned at 6,2/10 (10/10 being the maximal difficulty). The most frequently words used were 'long', 'complicated' and 'administrative'. 93% of the patients were 'not favourable' or 'not very favourable'. Among the obstacles, the emotional attachment to their home and the lack of financial resources were the most frequently listed. 58,1% of the GP have a positive image of the retiring house.

DISCUSSION: Even though the part of the GP is codified, his role in the taking care process remains complex. He has to face a reluctant patient and must take into account his family and financial conditions so as the idea he might have about retiring houses.

CONCLUSION: The GP's work in the taking into care approach is essential and his job is at the heart of the project but still has to encounter difficulties which may hinder any anticipation.

KEYWORDS: General medicine, senior, taking into care, retiring house, difficulties, project