



**UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE**

**FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS**

**ANNEE : 2016**

**N° : 2016 - 189**

---

**Les personnes âgées au domicile : un maintien difficile ?**

**Enquête qualitative auprès des internes de Médecine Générale de Picardie**

**THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT**

**DE DOCTEUR EN MEDECINE**

**par Philippine FOULON**

**Née le 27 mai 1987 à Amiens (80)**

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS Lundi 12 décembre 2016

DEVANT LE JURY COMPOSE DE :

Président de jury : Monsieur le Professeur Gabriel CHOUKROUN

Membres du jury : Monsieur le Professeur Louis-Michel COLLET

Monsieur le Professeur Louis DOUTRELLOT

Monsieur le Docteur Maxime GIGNON

Monsieur le Docteur Philippe BONELLE, directeur de thèse

Madame le Docteur Lisa MEBARKI, co-directrice de thèse

## **AVERTISSEMENT**

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

## REMERCIEMENTS

A mon président du jury :

**Monsieur le Professeur Gabriel CHOUKROUN**

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Néphrologie)

Doyen, Directeur de l'Unité de Formation et de Recherche de Médecine d'AMIENS

Chef du service de Néphrologie, médecine interne, dialyse, transplantation et réanimation médicale

Chef du Pôle "Médico-chirurgical digestif, rénal, infectieux, médecine interne et endocrinologie" (D.R.I.M.E)

Vous me faites l'honneur d'accepter la Présidence de cette thèse,  
Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon plus profond respect.

A mon jury :

**Monsieur le Professeur Louis-Michel COLLET**

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

Responsable du CA de Chirurgie orthopédique et traumatologie pédiatrique

Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Vous m'avez fait l'honneur de siéger parmi les membres du jury,  
Soyez assuré de toute ma considération.

A mon jury :

**Monsieur le Professeur Pierre-Louis DOUTRELLOT**

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Médecine physique et de Réadaptation)

Responsable du Centre d'activité MPR Orthopédique

Pôle "Autonomie"

Vous avez accepté d'être membre du jury de cette thèse.

Soyez assuré de mon profond respect et de ma reconnaissance.

A mon jury :

**Monsieur le Docteur Maxime GIGNON**

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier  
Epidémiologie, économie de la santé et prévention

Vous avez accepté d'être membre de mon jury,  
Veuillez accepter l'expression de ma gratitude.

A mon directeur de thèse :

**Monsieur le Docteur Philippe BONELLE**

Praticien Hospitalier,

Président de la CME

Chef de service des Urgences de DOULLENS

Je vous remercie d'avoir accepté d'être mon directeur de thèse.

Merci également pour votre rigueur dans la supervision de ma thèse.

Je tiens à vous exprimer toute ma gratitude pour les conseils  
avisés et les nombreuses heures passées à me relire.

A ma co-directrice de thèse :

**Madame le Docteur Lisa MEBARKI**

Docteur en médecine

Médecin du sport

Médecin échographiste

Que dire... Merci pour les nombreuses relectures, les heures passées à reformuler mes pensées... Ce travail n'aura pas été celui-ci si tu n'avais pas été présente avec ta rigueur, ton enthousiasme, ta patience, ta grande disponibilité, ton obstination.

Je n'aurais pas assez d'une page pour t'exprimer toute ma gratitude.



Aux internes ayant répondu aux entretiens :

Merci d'avoir répondu présent et d'avoir consacré de votre temps pour m'aider. Ce travail n'aurait pas pu voir le jour sans votre participation et votre grande disponibilité.

A ma famille :

Merci pour votre soutien et votre amour. Merci à ceux qui m'ont hébergé au cours de ces années d'internat, ceux qui ont supporté mes sautes d'humeur.

A mes parents :

Merci pour votre soutien et vos encouragements au cours de ces longues études. Merci pour votre écoute, votre confiance et votre disponibilité de tous les instants.

A mon frère et ma sœur :

Merci pour tous les bons moments passés ensemble, pour les fous-rire, les excursions dans la ferme, les jeux inventés dans la salle de jeu, les visages recouverts de nourriture...

A Thomas :

Merci pour ton amour et tes encouragements. Merci pour cette nouvelle vie que nous nous construisons à deux.

A mes amis:

Merci pour votre amitié, pour nos soirées, pour avoir toujours été à mes côtés.

A mes co-internes:

Aux cotés desquels j'ai apprécié travailler et surtout à ceux aux cotés desquels j'ai apprécié me détendre.

## ABREVIATIONS

- APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie
- PA : Personne âgée
- EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
- MG : Médecin généraliste
- IMG : Interne de Médecine Générale
- AGGIR : Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressources
- GIR : Groupe Iso-Ressources
- SSIAD : services de soins infirmiers à domicile
- HAD : Hospitalisation A Domicile
- MARPA : Maison d'Accueil Rural pour Personne Agée
- CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- CNAV : Caisse Nationale d'Assurance Retraite
- AS : Assistante Sociale
- CCAS : Centre Communal d'Action Social
- MDSI : Maison Départementale de la Solidarité et de l'Insertion
- CLIC : Centre Local D'information

# Sommaire

INTRODUCTION .....	13
A. Qu'est ce qu'une personne âgée ? .....	13
1. Définition médicale du vieillissement : .....	13
2. Définition sociale de la personne âgée (PA).....	14
3. Définition économique.....	15
B. Une nouvelle approche de la notion de vieillissement .....	15
1. Vieillir n'est pas synonyme de dépendance .....	16
2. L'investissement à long terme des soins apportés à la PA.....	16
3. Se tourner vers l'avenir .....	17
4. MG : acteur central de la prise en charge .....	18
MATERIEL ET METHODES .....	20
A. Contextualisation .....	20
B. Description de la méthode choisie .....	20
1. Population cible : interne de médecine générale de Picardie .....	21
2. Choix des entretiens semi-dirigés .....	22
3. Elaboration des entretiens .....	22
4. Choix des participants .....	23
C. Elaboration de la grille d'entretien .....	23
1. Représentation de la notion de maintien à domicile .....	24
2. Réflexion autour d'un cas et détails de la prise en charge.....	24
3. Elargissement du sujet autour de la formation en médecine générale.....	24
D. Objectifs de la thèse .....	25
RESULTATS.....	26
A. Représentation de maintien à domicile .....	26
1. Définition récente .....	26
2. Prise en charge complexe.....	27
3. Définition vaste .....	28
B. Prise en charge de la PA .....	29
1. Evaluation.....	29
2. Critères d'hospitalisation.....	30
3. Critères de non hospitalisation .....	32
4. Aides .....	34
C. Formation .....	36

1. Formation insuffisante .....	36
2. Formation inégale .....	37
3. Formation interdisciplinaire .....	37
4. Formation pratique .....	38
5. Désir de formation .....	39
D. Rôle du médecin traitant.....	39
1. Coordinateur de soins .....	39
2. Aidant principal .....	40
3. Substitut familial .....	40
DISCUSSION .....	42
A. Forces et Limites.....	42
1. Forces de notre étude .....	42
2. Limites .....	42
B. Discussion des résultats .....	44
1. Vision floue du maintien à domicile.....	44
2. Prise en charge des PA .....	45
3. Formation et Rôle du MG.....	50
4. L'anticipation pour un vieillissement en bonne santé .....	50
C. Implications pratiques.....	51
CONCLUSION .....	52
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....	53
ANNEXES.....	57

# INTRODUCTION

« Les graines d'un vieillissement en bonne santé se sèment tôt ». Cet extrait du discours prononcé par Kofi Annan à l'Assemblée mondiale sur le vieillissement le 27 septembre 2001 illustre l'objectif que doit relever la médecine face au vieillissement de la population. Cependant malgré les prouesses technologiques et les incroyables avancées en matière de santé, le vieillissement de la population est inéluctable.

En 2050, 22,3 millions de personnes seront âgées de 60 ans contre 12,6 millions en 2005, soit une hausse de 80 % en 45 ans (1). L'accroissement a débuté en 2006, avec l'arrivée des générations issues du *baby-boom*, nées entre 1946 et 1975.

## A. Qu'est ce qu'une personne âgée ?

### 1. Définition médicale du vieillissement :

Le vieillissement est considéré comme un processus irréversible (2) et très complexe.

Plusieurs niveaux d'atteinte sont répertoriés : le vieillissement chimique se traduisant par une *altération de la structure des cristaux ou de l'agrégation macromoléculaire* (2), le vieillissement extracellulaire qui se traduit par l'atteinte progressive du tissu conjonctif avec perte d'élasticité des fibres de collagène ou dépôts amyloïdes et le vieillissement cellulaire.

Au niveau cellulaire, deux principales théories existent pour expliquer le vieillissement : la première soutient que le vieillissement est conditionné par l'accumulation au hasard dans l'ADN de lésions causées par les mutations ou les erreurs. L'autre, qu'un processus actif impliquant des changements est programmé dans l'expression des gènes.

La mitose est un processus de division cellulaire qui permet d'obtenir deux cellules filles à partir d'une cellule mère. Initialement les chromosomes de la cellule mère, porteurs de l'information génétiques, se dédoublent. Les extrémités chromosomiques sont stabilisées par les télomères formés par des répétitions de motifs TTAGGG et de protéines spécifiques.

Les cellules somatiques ont une capacité de division limitée : c'est ce qu'on appelle la sénescence répllicative. Cela se traduit par un arrêt permanent du cycle cellulaire.

Au cours de la division cellulaire des fragments de la séquence TTAGGG sont perdus en raison de l'incapacité de la cellule somatique à répliquer les extrémités linéaires des chromosomes.

Ce phénomène peut être compensé par une transcriptase inverse, la télomérase, qui assure la synthèse des fragments TTAGGG perdus, maintenant ainsi la longueur des télomères.

Les cellules somatiques, contrairement aux cellules germinales et immortelles, n'ont pas assez de télomérase. Cela entraîne un raccourcissement des télomères à chaque réplication chromosomique ; le raccourcissement au dessous d'une taille minimale est une source d'instabilité génétique et à la base de la sénescence répliative.(3)

Au niveau métabolique, le vieillissement s'accompagne d'une modification corporelle. La masse grasse augmente au cours de la vie surtout au niveau du tissu profond (péri-viscéral)(4) et diminue en sous-cutané. La masse maigre diminue avec en particulier une fonte progressive de la masse musculaire, appelée sarcopénie. Les causes en sont multiples, associant la sédentarité, des apports alimentaires insuffisants en protéines, des altérations du métabolisme protéique, une diminution de la production et de l'action des hormones anabolisantes.

## **2. Définition sociale de la personne âgée (PA)**

Une personne est considérée comme âgée à partir de l'âge légal de départ de la retraite, soit 62 ans (5). Avec l'augmentation de l'espérance de vie, cette limitation devient aberrante et une grande hétérogénéité apparaît. Dès lors, pouvons-nous réellement mettre dans la même catégorie une personne née en 1920 et une autre en 1940? (6)

Dans un premier temps les différentes classes sociales amènent une diversité puisqu'il n'est pas possible de comparer la santé d'un ouvrier à celle d'un cadre. Dans un second temps le sexe est une disparité puisque les femmes vivent globalement plus longtemps que les hommes. Chez la femme, les œstrogènes peuvent influencer les cellules souches en procurant un environnement plus favorable à l'auto-renouvellement de ces cellules. Contrairement à la Testostérone, les œstrogènes activent le gène « FOXO3 », gène de la longévité (7).

En résumé, nous ne pouvons pas regrouper toute une partie de la population sous le terme de « personne âgée » sur le seul critère de l'âge : trop de disparités apparaissent au sein même de ce groupe. Trois sous-groupes ont ainsi émergé (8) : les seniors (60-75ans), les PA autonomes (75-85ans), et les PA dépendantes du quatrième âge (plus de 85 ans).

### **3. Définition économique**

Les enjeux économiques d'une société vieillissante sont au cœur des problèmes de santé publique. L'augmentation forte du nombre de personnes concernées et le coût de la prise en charge de la dépendance soulèvent de nombreuses inquiétudes, notamment en ce qui concerne l'équilibre des finances publiques à long terme. Même si l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie) est réformée en profondeur, il restera un complément de financement à la charge de la personne dépendante. Le montant moyen de l'APA s'élève à 409 euros, il représente moins du tiers du coût moyen d'une prise en charge à domicile.

De même, une société qui allonge son espérance de vie sans augmenter l'âge de départ à la retraite génère un problème économique important. Le principe économique d'offre et de demande de travail permet d'expliquer cette contradiction (9). Au niveau de l'offre, de nombreux facteurs entrent en jeu: certains points sont purement financiers tels que le rendement et l'efficacité près de l'âge légal de départ à la retraite ; d'autres sont culturels, tels que l'attitude face au travail, les valeurs familiales. Enfin d'autres sont liés à l'état de santé. Si nous analysons de plus près la demande, notre système économique a évolué en même temps que la technologie. Les entreprises recherchent de plus en plus des personnes qualifiées ayant un ou plusieurs diplômes, ce qui n'est pas forcément le cas d'une personne ayant plus de 50 ans.

Ces trois définitions donnent une vision réductrice, péjorative et fautive de la PA. La définition médicale donne une vision scientifique, réduit à un processus cellulaire ; la vision sociale évoque la disparité entre les sexes et les classes sociales tandis que le concept économique du vieillissement s'attarde sur le principe de l'offre et la demande avec tous les contraintes que cela engendre.

#### **B. Une nouvelle approche de la notion de vieillissement**

La notion de personnes dites « âgées » dans notre société est assez négative. Elle est souvent synonyme de contraintes.

Mais une toute nouvelle vision est en train d'émerger. Des rapports affluent (5,8,10) abordant de nouvelles pistes de réflexion sur la prise en charge, dans l'avenir, des personnes âgées.

Un rapport en particulier (10) réfute les idées préconçues sur le vieillissement, puis décline les différentes stratégies que nous pouvons mettre en place.

## **1. Vieillir n'est pas synonyme de dépendance**

Notre conception du vieillissement reste étreiquée, nous associons souvent le terme de PA à celui de dépendance. De ce fait, l'Etat et le législateur votent des lois, partant du principe que la prise en charge des personnes âgées engendrera des dépenses et constituera une lourde charge sur l'économie.

Or cette idée ne prend pas en compte l'apport économique que peuvent représenter les PA. Une recherche menée au Royaume-Uni en 2011 (11) a estimé qu'après avoir imputé le coût des retraites, de l'aide sociale et des soins de santé aux contributions apportées par la fiscalité, les dépenses en matière de consommation et d'autres activités économiquement productives, les PA ont apporté une contribution nette à la société de près de 40 milliards de Livres.

D'autres exemples, spécialement dans le domaine sportif, viennent renforcer l'idée qu'une personne âgée n'est pas nécessairement dépendante. En 2012, une alpiniste de 73 ans, Tamae Watanabe, a atteint le sommet le plus haut du monde, l'Everest (12). Harriette Thompson (13), une femme de 92 ans, a fini le marathon de San Diego en 2015 en 7h24 minutes.

## **2. L'investissement à long terme des soins apportés à la PA**

Le coût des soins liés à la PA sera moindre puisque les dépenses représenteront un investissement. Pour appuyer cette affirmation, nous allons nous intéresser au concept de « vieillissement réussi » (8) . Il s'agit de demeurer actif dans tous les aspects de la vie : que ce soit dans le travail, en partant plus tard à la retraite ; dans le domaine associatif, en faisant du bénévolat, ou sportif en pratiquant des activités adaptées à l'âge. Cette notion a été développée en premier lieu par les anglais dans le plan d'action pour vieillir en bonne santé en Europe (14). Il souligne l'importance de l'entretien de la santé, autant physique que mentale, pour les personnes entre 50 et 75 ans. C'est dans cette tranche d'âge que tout se joue : le maintien des performances en conservant un haut niveau d'activité général est primordial.



Depuis 2015 la prescription d'activités physiques adaptées peut être proposée par un médecin généraliste sur ordonnance.(15)

### **3. Se tourner vers l'avenir**

Les flux migratoires et la mondialisation ont amené deux types de situations. La première développe la migration des jeunes dans les grandes villes, engendrant un vieillissement de la population dans les villages et des difficultés pour venir en aide à cette tranche d'âge. Mais pour les personnes de plus de 50 ans ayant les compétences particulières et une flexibilité financière, ces changements créent de nouvelles opportunités de reconversion. L'expérience acquise ainsi que l'épargne créée peut aider à démarrer une nouvelle carrière. De plus en plus de personnes de cet âge sont séduites par la création d'entreprise.(16)

Ces bouleversements entrent également en jeu dans la construction du modèle familial. Pour les générations précédentes, les femmes étaient le pilier principal de la famille, elles ne travaillaient pas, avaient peu voire pas de qualifications. Cela avait pour conséquence un mauvais accès au système social, un plus grand risque de pauvreté lorsqu'elles se retrouvaient seules. Notre société a permis à de plus en plus de femmes d'obtenir des diplômes, de travailler, d'acquies une indépendance financière permettant d'assurer leur avenir. Les femmes assurent de plus en plus d'autres rôles, ce qui leur procure une plus grande sécurité à un âge avancé.

Les avancées en matière de technologies ont permis aux PA d'obtenir de l'autonomie. Internet est un formidable outil permettant de lutter contre l'isolement puisque les familles peuvent continuer à communiquer entre elles malgré la distance.

Le concept d'*e-santé* émerge depuis plusieurs années. En France, la loi « Hôpital Patient Santé et Territoire » (HPST) a défini une place prépondérante pour le développement des technologies au service de la personne, tel que la télémédecine en insistant sur leurs dimensions de prévention, de suivi post-thérapeutique et de surveillance à distance de l'état des patients. (15)

L'émergence de ce type d'aide en Europe est assurée par le programme d'assistance à l'autonomie à domicile (ambient assisted living joint programme).(17) Il finance de nombreux projets tels que le projet « Mylife » qui souhaite encourager l'indépendance de personnes atteintes de troubles cognitifs. Pour cela il facilite l'accès à des services simples sur Internet

(aides à la communication, à des jeux..). Ces aides sont proposées sur des écrans tactiles et peuvent être adaptées aux besoins et souhaits du malade. Ces améliorations sont toutes regroupées dans le terme de gérontotechnologie. Le seul bémol à tout ceci est que les rapports changent puisqu'une technologie, aussi poussée soit-elle, n'apportera jamais la même relation qu'entretient deux humains ensemble.

#### 4. MG : acteur central de la prise en charge

Le département de médecine générale de l'Unité de Formation et de Recherche de Saint Etienne a mené une étude relative au retour au domicile versus l'institutionnalisation. Celle-ci montrait qu'un tiers des PA dépendantes vivait en institution. L'entrée en établissement d'hébergement pour PA dépendantes (EHPAD) est un événement souvent traumatique et non choisie par la PA. Le médecin généraliste (MG) a un rôle central dans la prise de décision et l'accompagnement de la PA. D'après leur étude quantitative, après le retour à domicile, 16 MG ont été interrogés. Les aidants leur semblaient essentiels au maintien à domicile, mais leur épuisement favorisait l'entrée en EHPAD. Enfin cette étude mettait en perspective que l'**anticipation** avait été jugée importante mais complexe, face à de multiples freins, dont la vision négative de l'EHPAD par les MG. Une amélioration des structures et de la qualité des soins en EHPAD étaient souhaitées. (14).

Un autre travail de recherche mené en 2013 par le DMG de Versailles nous apprenait que 38 à 94% des patients en fin de vie ont exprimé une préférence pour le domicile (ou un lieu assimilable) comme lieu de décès contre 5 à 61% avec une préférence pour l'hôpital (ou un lieu assimilable). Les préférences des patients vis-à-vis du lieu de décès variaient de façon importante d'une étude à l'autre. Outre les systèmes de soins et contextes socio-économiques sensiblement différents selon les pays, le temps, et notamment l'approche du décès, était un facteur influençant les préférences des patients. En pratique clinique les interroger régulièrement pour connaître leurs préférences concernant le lieu de prise en charge et de décès est un rôle essentiel en partie effectué par le MG.

Alors si le vieillissement de la population est majoritairement vécu par les médecins généralistes ou les aidants comme une contrainte, nous avons souhaité apporter une nouvelle contribution au travers de ce travail de recherche et ainsi de renforcer la vision optimiste du vieillissement et de faciliter le maintien au domicile.

Le but de cette thèse n'était pas de faire un état des lieux sur les difficultés à maintenir une personne âgée au domicile, puisque cet aspect a déjà été développé dans d'autres thèses (16,17).

L'objectif de notre étude reposait sur l'hypothèse qu'en nous appuyant sur les connaissances et le vécu des internes de médecine générale prenant en charge des sujets âgés au domicile, nous parviendrions à renforcer l'accompagnement du sujet âgé et l'implication des protagonistes dans le respect des capacités et des limites de chacun.

L'objectif secondaire est d'élaborer un livret récapitulatif des différents moyens et solutions dont nous disposons pour une prise en charge optimale du sujet âgé à domicile.

## **MATERIEL ET METHODES**

### **A. Contextualisation**

Ce projet a trouvé son origine devant le nombre important de personnes âgées qui étaient hospitalisées sans motif valable et le peu de connaissances que nous avons sur les démarches à entreprendre pour pallier à ce problème de santé publique. Les PA n'avaient pratiquement pas d'aides à domicile, et étaient, pour la plupart, en difficulté depuis plusieurs mois.

L'aidant principal cachait souvent l'état de la personne hospitalisée. A l'hôpital, nous avons donc une vision réduite de ce qu'il se passait au domicile. Nous faisons appel aux assistantes sociales qui prenaient la personne hospitalisée et l'aidant principal en entretien afin de mettre en place des aides.

Aux urgences, beaucoup de PA étaient adressées par la famille ou par le médecin traitant pour « altération de l'état général ». L'examen clinique fini, nous réalisons que le motif réel était maintien à domicile difficile évoluant depuis plusieurs mois. Il en résultait une hospitalisation, dans l'unité d'hospitalisation de courte durée ou le service de médecine classique. Ces hospitalisations abusives conduisaient la personne à se dégrader progressivement sur le plan psychomoteur (18).

Les stages chez le médecin généraliste, ainsi que les remplacements, ont permis de voir le problème de l'autre côté. Les praticiens étaient appelés tardivement, la personne n'ayant déjà plus beaucoup d'autonomie. Il était rare de voir quelqu'un en consultation ou en visite à domicile qui demandait spontanément la mise en place de solutions permettant de faciliter le quotidien. Les familles n'effectuaient pas non plus les démarches. Il y avait d'une part la pression de la famille pour faire hospitaliser la personne en difficulté et d'autre part le manque de connaissance des aides possibles en ville face à ce genre de situation aiguë.

L'idée était de constituer un livret regroupant toutes les aides mise à disposition en ville afin d'éviter ces situations.

### **B. Description de la méthode choisie**

Pour réaliser cette thèse, nous avons donc choisi une méthode de recherche qualitative prospective (19,20) par entretiens semi-dirigés auprès des internes de médecine générale de Picardie.

La recherche qualitative (21) permettait une approche plus globale d'un sujet en favorisant les questions ouvertes. La personne interrogée répondait aux questions *sans avoir à choisir parmi différentes réponses préétablies* (18). Il n'y avait pas de notion de représentativité comme c'est le cas dans les études quantitatives.

Ce type de question était difficile à coder mais donnait accès à une réflexion complexe et propre à chaque participant, rendant les entretiens intéressants.

L'utilisation de données prospectives semblait un meilleur choix puisque le travail de recherche n'a pas abouti à un travail similaire où des internes de médecine étaient interrogés sur le maintien à domicile.

## **1. Population cible : interne de médecine générale de Picardie**

### ***a) Interne de médecine générale***

Le sujet devait reposer sur l'élaboration de trois questionnaires permettant d'interroger des médecins généralistes, des urgentistes et des gériatres.

Le choix de l'étude qualitative nous semblait approprié, ayant constaté que nous attendions des réponses détaillées. Mais interroger ces trois spécialités aurait entraîné des biais de sélection et de confusion.

D'après la littérature, il existe un nombre non négligeable de thèse reposant sur l'avis des médecins généralistes qui met en évidence le rôle central du médecin traitant (19–21) et la complexité de mise en place d'aides. Nous nous sommes aperçus que peu d'études relataient l'opinion des internes de médecine générale.

Nous avons décidé d'interroger les internes de médecine générale de deuxième et troisième année d'internat, permettant ainsi d'inclure tous les internes ayant fait un stage chez le médecin généraliste. Ces internes ont pu être confrontés à un cas de maintien à domicile et ont été capable, pour la plupart, de répondre aux questions concernant la prise en charge. Cela nous a également permis de constater les connaissances sur les différents moyens d'évaluation

des personnes âgées et de connaître leur avis sur la formation dispensée à la faculté de médecine sur les problèmes sociaux inhérent à la gériatrie de ville.

### ***b) La Picardie***

La faculté de médecine d'Amiens étaient à la fois proche des lieux de stages pendant la rédaction du travail de thèse et regroupaient tous les internes de médecine générale de Picardie, permettant le choix de la région.

## **2. Choix des entretiens semi-dirigés**

Ayant débuté le travail d'écriture par l'élaboration de questionnaires, nous avons vite constaté que les idées les plus intéressantes nécessitaient d'avoir le point de vue de la personne interrogée. Un questionnaire permettait d'effectuer des statistiques, ce qui ne correspondait pas à notre objectif.

L'entretien semi-dirigé ou entretien semi-directif permettait de guider la discussion selon des axes définis à l'avance, constituant le guide d'entretien (22), tout en laissant la parole à la personne interrogée qui peut ainsi s'exprimer plus librement que lors d'une enquête par questionnaire.

## **3. Elaboration des entretiens**

La grille d'entretien à destination des internes reposait sur un travail de recherche bibliographique mais également sur deux entretiens appelés « entretiens tests ». Ceux-ci ont permis de retravailler les questions, d'affiner certaines parties du raisonnement. Ces deux entretiens ont été retranscrits puisque les idées émises correspondaient à nos attentes.

Le recueil des entretiens s'est déroulé par téléphone après un premier contact par mail. Les intervenants ont tous été prévenu de l'enregistrement de la conversation ainsi que son anonymat. Nous souhaitions initialement effectuer un lien direct avec l'interlocuteur.

Nous avons rencontré deux problèmes :

-Les entretiens ont été débutés lors de la période des vacances d'été 2016

-Les terrains de stage de nos interlocuteurs étaient assez éloignés de notre emplacement.

Certains internes préféraient d'ailleurs ce mode de recueil, nécessitant peu d'organisation. La durée moyenne était de 10 minutes. Les entretiens ont été retranscrits sur Microsoft Word puis analysés avec le logiciel N'Vivo.

#### **4. Choix des participants**

Les internes interrogés devaient remplir certaines conditions :

- être interne en médecine générale
- être inscrit à la faculté de médecine d'Amiens
- être passé en stage aux urgences
- avoir effectué un stage chez le médecin généraliste

Cette méthode supposait de poursuivre les entretiens jusqu'à saturation des données recueillies. De manière générale, la saturation est obtenue entre 10 et 15 entretiens. Nous en avons réalisé 14 entretiens sur la période de juin à septembre 2016.

### **C. Elaboration de la grille d'entretien**

Elle est divisée en trois parties :

- 1- Représentation de la notion de maintien à domicile
- 2- Réflexion autour d'un cas et détails de la prise en charge
- 3- Elargissement du sujet autour de la formation en médecine générale

## **1. Représentation de la notion de maintien à domicile**

L'objectif de cette partie était d'amener l'étudiant à s'interroger sur sa vision du maintien à domicile chez la personne âgée et détailler la signification de ces termes.

Cela permettait également d'initier l'entretien à partir de notions générales et conduire aux éléments principaux :

Un interne de médecine générale peut-il faire face à une situation identique ? Connait-il les démarches et les éléments permettant de gérer ce genre de cas ?

## **2. Réflexion autour d'un cas et détails de la prise en charge**

Nous voulions évaluer les connaissances des internes de médecine générale sur l'aspect socio-économique de ce type de situation en faisant ressortir à la fois les notions apprises au cours des études, mais également lors des stages.

C'était pour cette raison que nous avons sélectionnés tous les internes de médecine générale, pas uniquement ceux ayant effectué un stage en gériatrie.

Nous voulions déterminer si les internes ayant effectués un stage en gériatrie avaient plus de connaissances sur les différentes échelles utilisées (pour évaluer des troubles cognitifs ou l'autonomie), sur les aides... que les autres. Nous voulions voir si ces terrains de stages apportaient de nouvelles notions.

## **3. Elargissement du sujet autour de la formation en médecine générale**

Les deux dernières questions parlaient de la façon dont les internes percevaient la formation reçue au cours des dernières années.

Il ne s'agit pas de critiquer l'enseignement reçu lors du cursus de médecine, mais de permettre aux internes d'émettre une opinion sur la manière dont nous pourrions appréhender les notions sociales spécifiques à la gériatrie. Nous souhaitons entrainer l'étudiant à s'interroger :



Serais-je prêt à affronter ce genre de situation ? Aurais-je à ma disposition tous les outils qui vont me permettre une prise en charge optimale ?

## **D. Objectifs de la thèse**

L'objectif principal était de faire un état des lieux des connaissances des internes de Médecine Générale de Picardie sur les aides à domicile.

L'objectif secondaire était de réaliser un livret regroupant les différentes aides connues sur le territoire Picard.

# RESULTATS

## A. Représentation de maintien à domicile

### 1. Définition récente

#### a) *Une consultation majeure*

Les internes considéraient la prise en charge des PA comme un sujet important surtout pour l'avenir. Ils ont évoqué une place grandissante de cette population dans les consultations pour les années à venir.

*"Je pense que cela fait partie de notre prise en charge, c'est quelque chose qui va être de plus en plus fréquent avec le vieillissement de la population. [...] C'est un sujet important et on va être beaucoup confronté à ça dans les années à venir" IMG4*

*"C'est quelque chose de bien pour le patient et on devrait pouvoir l'optimiser de plus en plus." IMG10*

*"Je pense qu'on en parle très peu pour une population de patients qui est grandissante et qui prend une grande place dans nos consultations. [...] C'est un sujet très important en médecine générale" IMG13*

#### b) *Une consultation à anticiper*

Les internes se sont sentis concernés par ce type de consultation et ont majoritairement répondu qu'il faut aborder le problème dès le début.

La représentation du maintien à domicile était essentiellement une question d'anticipation :

*"Je pense surtout qu'il faut bien anticiper car le maintien à domicile [...] il faut surtout anticiper et ne pas s'y prendre à la dernière minute. [...] en parler avec la famille et les personnes pour démarrer les aides quand c'est encore possible. Donc pour moi c'est ça, essayé d'anticiper un peu." IMG11*

*"Je pense que le maintien à domicile doit être anticipé [...] discuter en amont avec les patients et les aidants quand on sent que les personnes âgées ont de plus en plus de mal à*

*vivre seules et sans aides. [...] Je pense toujours que c'est quelque chose qu'il faut anticiper. [...] j'ai l'impression qu'on n'anticipe pas assez le maintien à domicile."IMG 13*

## **2. Prise en charge complexe**

### **a) Vision compliquée**

Les stages hospitaliers nous ont donné un bref aperçu de ce qu'était le maintien à domicile, il suffisait de faire appel à l'assistante sociale pour que tout soit réglé. Puis nous avons fait face à la réalité de la prise en charge en ville où le médecin généraliste était souvent seul tout gérer, ce qui lui prenait un temps considérable.

*"Cela devient compliqué [...] cela devient ingérable au domicile. Pour moi c'est l'étape avant le placement, [...] cela est compliqué, il y a un isolement familial et social qui est important." IMG1*

*"C'est quelque chose de compliqué à gérer parce qu'on est souvent tout seul à vouloir essayer de mettre en place des aides et c'est compliqué, cela prend du temps, et si la famille n'est pas là, c'est vraiment compliqué. [...]. Souvent on s'en rend compte un peu tard que c'est compliqué le maintien à domicile. " IMG10*

*"Parce que ce que je vois à l'hôpital ça ne pourra pas durer éternellement, mettre tout le monde à l'hôpital ça ne marchera pas je pense." IMG 12*

*"Pour moi c'est surtout des formalités administratives et des complications à gérer avec la famille." IMG14*

*"En tant que médecin généraliste tu as le rôle central dans tout ceci, c'est en cela que c'est complexe. Il y a aussi la complexité avec les aidants" IMG6*

*"Elle est compliquée cette question!" IMG7*

### **b) Ressenti des connaissances**

Nous avons demandé aux internes d'évaluer eux même, sur une échelle de 1 à 9, l'aisance qu'ils éprouvaient face à ces consultations. La moyenne était de 4.5/9. 8 internes sur 14 ont mis une note comprise entre 3 et 4. Globalement les internes ne se sentaient pas à l'aise lors de ces prises en charge. Ils ont exprimé le besoin de se justifier en expliquant ne pas avoir assez de connaissances sur le sujet.

*"Je saurais me débrouiller quand même, mais je ne suis pas du tout à l'aise, je me mettrais 3." IMG11*

*"Je ne pense pas connaître tous les organismes possibles mais quand même un minimum, on va dire 6." IMG8*

### **3. Définition vaste**

Cette question était la première de l'entretien. La plupart des réponses regroupait une liste d'aides à mettre en place, d'organismes à contacter. Elle n'était pas précise, plutôt une énumération de mots clés.

*"Moi je dirais, patient au-delà de 75 ans en perte d'autonomie avec nécessité d'aide à domicile probablement, enfin souvent, poly pathologique, généralement seul à domicile voilà"*  
IMG3

*"C'est savoir s'il y a des aides ou s'il y en a besoin, son autonomie, s'il n'y a pas de trouble cognitif majeur. Pour moi ça regroupe tout ça." IMG9*

*"C'est avoir une certaine autonomie, avec des moyens financiers" IMG7*

*"C'est de garder la personne âgée au maximum chez elle, [...] il faut réadapter à chaque fois pour les auxiliaires de vie, pour la toilette, pour les kinés, pour la marche. Il faut aussi adapter le domicile... J'ai l'impression de m'égarer du coup !" IMG11*

*"Pour moi le maintien domicile est le fait de garder le patient âgé à la maison euh.. Après je ne vois pas pour moi c'est ce qui a été dit" IMG2*

*" Il faut que tu évalues ses capacités cognitives et physiques, il faut voir s'il peut rester au domicile tout seul, s'il ne se met pas en danger, s'il arrive à maintenir son niveau de vie, s'il arrive à ne manquer de rien" IMG5*

## **B. Prise en charge de la PA**

### **1. Evaluation**

#### **a) Echelles**

Les échelles d'évaluation d'autonomie sont connues et accessibles facilement via les outils professionnels. De ce fait, peu d'interlocuteurs connaissaient leurs noms. La classification GIR, avec la grille AGGIR, a été citée par plus de la moitié des intervenants.

*"La grille AGGIR" IMG11*

*" Et puis aussi faire une grille GIR, faire une grille. Je connais les grilles GIR surtout." IMG12*

*"Il y a le score de GIR déjà, qui est plutôt connu par les soignants, et puis en évaluant les besoins en consultation de médecine générale je pense que c'est faisable." IMG13*

*" Ah oui il y a des échelles, je connais c'est AGGIR, la grille d'AGGIR." IMG2*

Quatre internes ont parlé des scores ADL/IADL ; ils n'étaient pas dans la même promotion, et n'avaient pas effectué les mêmes stages.

Le MMS score est cité dans plusieurs entretiens, mais les internes interrogés restaient vague sur cet aspect, préférant parler de "troubles ou tests cognitifs"

*"Déjà en fonction de sa capacité intellectuelle, s'il y a des troubles cognitifs ou pas" IMG12*

*"Qui commence à avoir des troubles cognitifs important" IMG4*

*" Puis évaluer l'état cognitif " IMG6*

#### **b) Utilisation des échelles**

Beaucoup d'entre eux ont simplement détaillé les items figurants dans les échelles sans jamais les nommer. Ils n'ont pas précisé s'ils utilisaient les échelles apprises au cours de la formation médicale initiale ou s'ils faisaient une simple évaluation brève.

*"On voit s'il sait s'habiller, manger seul, utiliser le téléphone, la voiture. On regarde aussi s'il sait marcher, s'il n'y a pas de chute récente" IMG1*

*"On évalue d'abord la marche, [...], s'il sait préparer sa cuisine, s'il sait s'habiller tout seul, s'il sait encore faire ses courses, si quelqu'un peut conduire son véhicule" IMG2*

*"On voit s'il cuisine encore, s'il fait son ménage, s'il prend sa voiture, s'il fait ses comptes, s'il répond au téléphone, s'il s'habille tout seul, s'il fait sa toilette" IMG 3*

Seule une interne (IMG 6) a clairement évoqué la non utilisation de ces échelles par manque de temps.

*"Evaluer un peu qui vient voir la personne, [...] évaluer l'état cognitif et locomoteur de la personne mais après je ne fais pas de test en particulier [...] parce que cela prend trop de temps ! Je devrais mais je ne le fais pas. Pareil je ne fais pas les tests avec les risques de chutes ou de marche."*

## **2. Critères d'hospitalisation**

### **a) Hospitalisation sociale**

Le motif social des hospitalisations pour ce motif était très présent. Les jeunes médecins expliquaient être démunis, ne pas réellement savoir quoi faire lors d'une consultation de ce type.

*"Après c'est toujours compliqué d'adresser quelqu'un aux urgences pour maintien à domicile difficile mais parfois on n'a pas le choix." IMG10*

*"La famille nous a expliqué qu'ils ne pouvaient plus rien faire, [...] on était coincé parce qu'on savait très bien que l'hospitaliser n'était pas une solution à long terme. [...] quand on n'a pas le temps de mettre en place des aides et qu'on ne peut pas la laisser seule à la maison." IMG14*

*"Malheureusement parfois ça ne dépend pas de la santé, parfois l'hospitalisation sur des critères uniquement sociaux peut être nécessaire." IMG8*

*"Peut-être aussi une hospitalisation pour permettre de mettre en place les aides à la maison." IMG4*

L'absence de famille et l'isolement social étaient des motifs d'hospitalisation très fréquents chez les personnes âgées pour les jeunes médecins.

*"C'est surtout par rapport à ses conditions de vie : avec qui il vit, s'il est seul ou non, s'il y a des personnes capables de le surveiller, s'il y a des aides en place." IMG12*

*"Mais il vit seule et la famille vit loin" IMG6*

La protection de la PA était un critère pour seulement deux internes (numéro 4 et 5).

*"C'est surtout ça si le fait de rester au domicile devient plus dangereux pour lui qu'autre chose." IMG5*

*"Je dirais dès qu'il se met en danger lui et les autres. Par exemple un accident avec la gazinière où le gaz est resté ouvert c'est un peu dangereux." IMG4*

### **b) Accessibilité aux soins**

Un autre élément déterminant dans le choix de l'hospitalisation était l'accessibilité rapide aux soins. Que ce soit pour la réalisation d'examens paracliniques ou pour l'accès facilité aux assistantes sociales, tous ont reconnu la supériorité de l'hôpital.

L'interne numéro 5 a bien résumé cela lorsqu'il évoque le cas de la patiente qu'il a vu en hospitalisation : *Tout est géré en hospitalisation, les gens passent trois semaines là-bas voir plus.*

Les jeunes médecins se tourneront plus facilement vers l'hôpital car ils étaient convaincus que les aides seraient plus vite mises en place que s'ils s'en occupaient eux-mêmes.

*" Si cela doit mettre des mois avant d'avoir les aides en place en tant que médecin généraliste c'est difficile à gérer [...] la mise en place des aides prend trop de temps" IMG1*

*"S'il n'y a pas d'aides possibles à mettre en place très rapidement et que la personne ne peut vraiment pas rester à son domicile." IMG3*

*"Un accès plus simple aux assistantes sociales je pense pour qu'on puisse plus vite mettre en place des aides à domicile" IMG5*

### **c) Affection aiguë**

Bien que le côté social dépasse tous les autres critères, certains ont évoqué une hospitalisation pour un motif classique comme une affection respiratoire ou une déshydratation.

*"Après l'état de santé du patient quand même [...] une pathologie qui est quand même très invalidante." IMG1*

*" S'il a un problème médical forcément en plus qui nécessite une hospitalisation. [...]Je pense que c'est plutôt l'état nutritionnel et l'altération de l'état général qui pourrait le plus motiver une hospitalisation." IMG 10*

*"Bien sur s'il y a un aspect médical compliqué, s'il y a une pathologie aiguë nécessitant une hospitalisation." IMG7*

*"Dès qu'il se passe un événement aigu, qui va faire décompenser l'état basal." IMG6*

## **3. Critères de non hospitalisation**

### **a) Hospitalisation délétère**

Une étude descriptive rétrospective sur les patients hospitalisés en court séjour gériatrique au CHU de Grenoble(23) a montré que le déclin fonctionnel récent à l'admission était le facteur prédictif principal du déclin fonctionnel du sujet âgé après une hospitalisation. Les internes interrogés sont restés sur le versant du déclin de l'autonomie.

*"avec parfois une hospitalisation qui peut être délétère dans certaines situations [...] Ou encore quand elle a des troubles cognitifs, cela va majorer la confusion de sortir la personne âgée de son milieu habituel." IMG6*



*" Lorsque'on hospitalise une PA, [...] cela les chamboule un peu donc il faut bien peser le pour et le contre de l'hospitalisation. Il y aussi la triade de Bouchon, le fait qu'il y ait un petit truc qui arrive et que ce soit la dégringolade en hospitalisation." IMG4*

*"lors d'une hospitalisation, il y a certaines personnes âgées qui en sortant sont encore plus mauvais état, on a l'impression qu'il y a une perte d'autonomie." IMG2*

*"En hospitalisation, ils perdent une partie ou totalement leur autonomie et ils ne sont pas capable de la retrouver quand ils rentrent chez eux [...] Je pense que l'hospitalisation peut être délétère notamment dans certains services de gériatrie comme dans les long séjours. "*  
*IMG1*

### **b) Délai de prise en charge**

L'un des principaux freins à l'hospitalisation évoqué par les internes était le délai de prise en charge et plus précisément le temps d'attente aux urgences.

*" Le temps d'attente aux urgences."IMG1*

*"Savoir que le patient va stagner 6 heures aux urgences et qu'on va avoir du mal à trouver une place dans un service" IMG10*

*"Un autre frein est le temps d'attente aux urgences car c'est compliqué" IMG3*

*" Le passage par les urgences avec un temps d'attente long" IMG6*

### **c) Désir du patient et/ou de la famille**

La mise en place d'une hospitalisation chez une PA était difficile, surtout si la famille refusait toute prise en charge. Cette notion était au premier plan pour la question des freins à l'hospitalisation.

*" Le désir de la famille aussi, de l'entourage." IMG11*

*"La famille ou le patient refusent l'hospitalisation" IMG13*

*"La demande de la famille également." IMG14*

*"Après ça va être la famille, il y a des familles qui refusent catégoriquement que les patients aillent à l'hôpital après tu peux comprendre s'ils sont présents ça pose problème" IMG5*

*"Le patient n'est pas forcément d'accord et c'est toujours dommage d'hospitaliser quelqu'un juste parce qu'on n'a pas mis en place les aides à la maison" IMG10*

*"Refus du patient, [...] un peu ce que la famille me dit également et puis le souhait du patient." IMG3*

#### **4. Aides**

Les organismes tels que le SSIAD (services de soins infirmiers à domicile), la MARPA (Maison d'Accueil Rural pour Personne Agée) figuraient parmi les organismes les plus connus. Les IMG ne connaissaient pas réellement leurs fonctions ou la façon de les contacter. Ces organismes seront très utiles pour une prise en charge des PA optimale.

##### **a) Moyens humains**

Pour ce qui est des aides humaines, les internes ont surtout évoqué les infirmières, les aides ménagères et les aides à la toilette. Ils n'ont pas cité d'organismes en particulier et n'ont pas expliqué comment on pouvait y avoir accès. Etre en relation avec une assistante sociale était pour eux un point très important qui permettait de faciliter la vie.

*"Il y a aussi les aides ménagères etcetera, les aides humaines en fait comme infirmier, aide soignant, éventuellement ergothérapeute" IMG7*

*"L'ergothérapeute qui évalue le domicile, [...]une aide à la toilette, une infirmière qui prépare un pilulier [...], une aide ménagère,..." IMG8*

*"Je connais les kinés, les IDE, aides soignants, aide ménagère."IMG6*

## **b) Moyens financiers**

La Prestation de Compensation du Handicap attribuée aux personnes reconnues handicapées par la MDPH n'est pas connue des IMG et aucun d'entre eux n'a parlé des prestations que la CPAM ou les mutuelles pouvaient apporter.

L'APA n'a été cité que 3 fois et peu d'internes ont abordé l'aspect financier de la thèse.

*"J'ai demandé qu'ils mettent en place par le biais de la famille des aides sociales, financières pour dans un premier temps voir comment cela se passe [...] L'APA, éventuellement s'ils sont handicapés, la MDPH, les aides au logement." IMG7*

*" Sur le plan financier si la personne à une carte d'invalidité, s'ils avaient prévu une réduction d'impôts pour elle, ou s'ils avaient entrepris d'avoir un salarié à la maison, s'ils sont passés par l'intermédiaire d'associations d'aides à domicile. Ca c'est tout l'aspect financier" IMG12*

## **c) Moyens matériels**

Beaucoup d'IMG savaient lister le matériel nécessaire à l'adaptation du domicile, mais peu d'entre eux savaient comment les demander, vers quels organismes se référer.

*"Le portage de repas et la téléalarme." IMG13*

*"Mettre en place un lit médicalisé ; adapter un peu les toilettes avec un rehausseur de toilette ou une barre d'aide tout cela, réadapter un peu la salle de bain" IMG2*

*"Pour mettre en place le portage des repas [...] le portage des repas mais en fonction de l'endroit où tu es, il y en a ou pas et ce n'est pas forcément les mêmes associations" IMG5*

*"Je mettrais en place au domicile le portage des repas, la téléalarme, lit médicalisé, chaise percée" IMG6*

*"Alors déjà le service de téléalarme, [...] et puis tout ce qui est matériel : lit médicalisé, chaise garde robe, déambulateur, canne, fauteuil roulant..." IMG8*

Le portage des repas et la téléalarme étaient les éléments les plus cités. L'IMG10 par exemple, a expliqué ne pas connaître beaucoup d'aides à domicile, ayant effectué la plupart de ses stages à l'hôpital et faisant beaucoup appel à l'assistante sociale.

*"Un portage des repas [...]. Après le problème c'est qu'à part ça il n'y a pas grand-chose d'autre que je connais." IMG10*

#### **d) Aménagement du domicile**

Evoquer un cas concret permettait aux internes de se souvenir de la façon dont ils avaient évalué le patient. Seuls trois internes ont abordé la notion de chute. L'aménagement du domicile était une notion bien acquise des IMG avec la mise en place de lit médicalisé, et l'aide d'un ergothérapeute.

*"Pour faciliter l'autonomie, un ergothérapeute à la maison pour adapter le domicile" IMG3*

*" A oui et pour éviter les chutes, il faut adapter l'environnement local comme enlever les tapis, bien ranger les éléments." IMG7*

*" Par exemple s'il y a un risque de chute enlever les tapis, [...] on peut proposer un lit médicalisé ou un déménagement de la chambre au rez-de-chaussée" IMG8*

*"Aménager également le domicile avec le fauteuil roulant pour éviter les marches, en gros faire de l'ergothérapie." IMG4*

## **C. Formation**

### **1. Formation insuffisante**

Bien que nous ayons eu un cours sur la prise en charge de la PA à domicile,(24) tous s'accordaient à dire que notre formation n'était pas suffisante avec surtout un manque de détails pratiques.

*" Je pense que notre formation n'est pas suffisante" IMG1*

*" Les cours en soi ne m'ont pas apportés plus d'informations [...] les cours étaient bien mais ce sont des informations standards qu'on trouve partout." IMG12*

*"Elle est insuffisante parce que la population est vieillissante, qu'il y a de plus en plus de besoins face à toutes les maladies chroniques qui existent." IMG13*

*"Je pense que ce n'est pas assez, je crois qu'on a eu qu'un seul cours sur les trois ans de formation. Ils nous ont donné l'essentiel mais je pense que ce n'est pas suffisant." IMG2*

*"C'est vrai qu'au niveau des aides, tout ce qui est social, on n'a pas été bien formé, j'ai l'impression qu'on a eu qu'un cours, et la personne qui nous l'a fait avait l'air surpris que nous ne connaissions pas le nom des aides, donc je dirais que de ce côté-là, elle est inexistante." IMG9*

Un seul interne (IMG14) a trouvé la formation particulièrement complète.

*" Je sais qu'on a eu un cours assez complet je crois sur le maintien à domicile du sujet âgé avec toute la théorie, on est bien informé de tous les organismes auxquels on peut faire appel."*

## **2. Formation inégale**

*"A l'hôpital, on n'a pas vraiment de formation, en tout cas je n'en ai pas eu, mais après je ne suis pas passée en gériatrie, il y a peut être un biais aussi !" IMG10*

*"J'ai plus appris lors de mon stage en gériatrie aiguë quand j'étais à Senlis." IMG12*

*"Après au niveau des stages cela dépend où on passe, puisqu'on passe forcément dans un stage de polyméd, nous sommes nombreux à passer en gériatrie et je pense que cela nous aide mais ceux qui ne sont jamais passé en gériatrie c'est un peu plus compliqué car c'est assez particulier." IMG5*

*"On apprend quasiment tout en stage, quand tu passes en gériatrie" IMG7*

Les internes interrogés n'ont donc pas le même niveau de connaissances concernant le maintien à domicile. Ceci est vraisemblablement dû à une formation différente selon les stages effectués et l'année d'internat.

## **3. Formation interdisciplinaire**

Une formation multidisciplinaire avec plusieurs intervenants serait très utile selon plusieurs internes.

*"Après les améliorations au niveau des cours, à l'hôpital on pourrait avoir des cours et être sensibilisé par les équipes de gériatrie qui viendraient nous dire un peu tout ce qu'on peut mettre en place pour les personnes âgées." IMG10*

*"En tant que médecin, des FMC feraient l'affaire avec des gériatres comme intervenants ou des médecins généralistes qui sont habitués à prendre en charge des personnes âgées" IMG6*

*" Il faudrait des cas concrets avec des explications. En fait il faudrait une formation concrète avec des médecins gériatres surtout avec des explications et même parfois des contacts."*

#### **4. Formation pratique**

##### **a) Formation poussée**

*"Surtout une brochure ou un cours récapitulatif de tous les organismes qu'on peut contacter, qui on doit contacter, je pense que cela serait très bien." IMG11*

*"Par contre ce qui manque ce sont de vraies formations [...] sur des problèmes d'encadrement, les problèmes sociaux [...] Et ça c'est vraiment des choses pratiques." IMG12*

*"Par exemple j'aimerais bien avoir un cours concret, qui nous donnerait le nom des organismes ou les numéros à contacter." IMG2*

Le mot clef "formation pratique" était celui qui le plus utilisé par les IMG pour qualifier leurs souhaits.

##### **b) Formation Précise**

Les internes souhaitaient avoir le nom des organismes à contacter, avoir des numéros de téléphone.

*"Soit une FMC gériatrique avec comme thème la dépendance soit d'avoir une petite plaquette à distribuer au médecin généraliste." IMG4*

*"Donc bien faire le point sur chaque organisme ou intervenant qui est proposé pour nous aider à prendre en charge la personne âgée à son domicile le plus longtemps possible." IMG8*

## **5. Désir de formation**

*"Il faudrait avoir plus de cours pratique comme par exemple celui sur la contraception pour qu'on ait vraiment des conduites à tenir pratique" IMG10*

*"Nous former, bien que la formation est déjà très large et que ce n'est pas évident forcément de tout faire." IMG13*

*" Leur expliquer qu'on veut des cours pratique. C'est plus direct, plus simple." IMG2*

*"J'aimerais qu'on ait des cours, qu'au cours de l'année une assistante sociale vienne deux heures nous voir " IMG3*

*"Ce serait bien qu'on est des cours pour nous expliquer le fonctionnement" IMG9*

La quasi totalité des IMG aimerait être formé et trouve le sujet intéressant.

## **D. Rôle du médecin traitant**

### **1. Coordinateur de soins**

Les IMG appréhendaient beaucoup le rôle de coordinateur de soins endossé par le médecin généraliste. Ils se sentaient isolés pour la prise en charge de ces cas de figures et ne savaient pas très bien comment gérer la situation.

*"Je contacterais la famille pour leur dire qu'il faut être proche du patient, s'il a de la famille ou des voisins ou je ne sais qui." IMG10*

*"On a essayé de motiver la famille à demander plus d'aides et a effectué les démarches pour une maison de retraite." IMG14*

*"J'avais tout de suite contacté la famille pour organiser le plus rapidement possible le passage d'un personnel soignant" IMG7*

L'interne numéro 3 a évoqué d'emblée les difficultés qu'il ressentait à faire ces démarches puisqu'il avait un rôle important dans tout ceci.

*"Tu es le seul moyen pour mettre ces aides en place et finalement, je ne saurais pas faire." IMG3*

## **2. Aidant principal**

La difficulté de mettre en place les aides et l'aspect chronophage des consultations étaient les points les plus abordés lors des entretiens.

*"Pour moi la mise en place des aides prend trop de temps [...] de ce fait on est un peu seul et on est obligé de les hospitaliser pour avoir un répit " IMG1*

*"Quand on va faire les visites à domicile parfois les conditions sont un peu catastrophique et là on est vraiment seul avec le patient et on se dit on ne peut pas repartir comme ça" IMG8*

*"Mais je dois également être certain que les mesures que je veux mettre en place soient faisables à la maison." IMG12*

Ils se sentaient seuls pour effectuer ce type de prise en charge et souhaitaient des consultations plus simples. La notion d'interlocuteur unique a été régulièrement citée.

*"Ce serait plus facile car organiser tout cela ça prend beaucoup de temps." IMG6*

*"On ne sait pas vers qui se référer dans ces cas là" IMG1*

*"Si on avait un interlocuteur fixe comme par exemple l'assistante sociale [...] Je pense vraiment qu'il faudrait un interlocuteur privilégié " IMG5*

## **3. Substitut familial**



Le médecin généraliste était considéré comme interlocuteur unique en ville entre la famille et l'hôpital. Les IMG ne souhaitaient pas avoir ce rôle de substitut et estimaient que ce devait être à la famille de s'occuper de tout ceci.

*"En tant que médecin généraliste c'est difficile à gérer, je ne peux pas remplacer la famille et y être tous les jours." IMG1*

*"Donc c'est un peu compliqué, c'est souvent de la paperasse mais est-ce que c'est le rôle du médecin généraliste ? Est-ce que ce n'est pas plutôt le rôle de la famille je ne sais pas." IMG7*

# DISCUSSION

## A. Forces et Limites

### 1. Forces de notre étude

Pour ce type d'étude, les médecins généralistes étaient souvent sollicités.(21) (19) L'originalité ici, consistait à se focaliser sur les futurs médecins généralistes. Notre objectif principal a été d'évaluer les connaissances des internes sur le sujet. Comment utilisaient-ils leurs connaissances et que pensaient-ils de notre formation ?

Pour la plupart, la formation sur la prise en charge pratique d'une PA restait insuffisante. L'idée d'élaborer un livret récapitulatif des différentes aides nous est venue au fur et à mesure des entretiens et des recherches. Certains internes ont spontanément évoqué la création d'une fiche récapitulative lors des entretiens (IMG 11 et IMG 13) confortant notre choix.

Les entretiens semi-dirigés nous ont apporté de multiples informations. Leur contenu était riche et diversifié. Il n'y avait pas beaucoup de questions de relance, permettant aux interlocuteurs de s'exprimer librement sur le sujet. Les entretiens contenaient 10 questions, ne saturant pas les intervenants d'informations. Ils ont également permis de mettre en évidence trois objectifs importants dans ce type d'étude : obtenir le mode de pensée des enquêtés, la description des pratiques sociales et le mode de pensées des enquêtés avec la description des pratiques. (25)

L'enquête a été interrompue par le phénomène de « saturation théorique des données » observé par l'enquêteur. En effet, à partir du treizième interne interrogé, aucun nouveau thème ou sous-thème n'a été abordé. Le quatorzième entretien a permis de confirmer cette saturation. Ce critère méthodologique explique le nombre d'entretiens.

### 2. Limites

- *Biais liés au choix de la méthode*

En recherche qualitative, le recueil de données se fait idéalement par l'entretien libre. Ce choix aurait permis aux intervenants de s'exprimer plus librement, de ne pas être dirigé par les différentes questions. Mais pour choisir ce procédé, il fallait une expérience que nous n'avions pas. La réalisation des entretiens semi-dirigés nous semblait être le procédé le plus en accord avec notre objectif principal.

- *Biais liés au recrutement de la population*

Le recrutement de notre échantillon de population s'est effectué en Picardie. Le contenu de la formation et des stages n'étant pas les mêmes que dans les autres villes, cette étude n'était pas représentative des connaissances de l'ensemble des internes de médecine générale de France.

Nous avons principalement interrogés des internes de sixième semestre (12 sur 14). Les deux autres internes, en quatrième semestre, n'avaient pas assez d'expérience en stage ambulatoire pour répondre correctement à nos questions. Les entretiens se sont déroulés par téléphone après un premier contact par mail. Sur les 14 IMG, seul deux ne connaissaient pas l'auteur.

- *Biais d'interprétation*

L'analyse des résultats a été effectuée par l'enquêteur uniquement. La méthode de triangulation (26) était difficile à mettre en place, pour des raisons de faisabilité. Cet aspect a diminué la validité interne de nos résultats. (27)

Celle-ci aurait permis de diminuer la part de subjectivité des résultats et d'apporter un sens différent à certaines parties du codage.

- *Biais liés aux conditions d'entretien*

Les entretiens se sont déroulés par téléphone uniquement. Les conditions n'étaient pas toujours idéales, certaines interviews ont été réalisées difficilement : problème de réseau, de batteries, coupure de la conversation.

Les réponses étaient également influencées par l'heure du déroulement des entretiens. La plupart se sont passés en fin d'après-midi ou le soir, moment où les capacités d'attention n'étaient plus optimales.

- *Biais liés à l'enquêteur*

Le ton de l'enquêteur a été le plus neutre possible et les questions étaient ouvertes. Cependant certains internes ont cherché à reformuler les questions afin de dépister les mots clés recherchés et terminaient leurs réponses par « c'est bien ça ? » cherchant notre approbation.

- *Biais liés à la personne interrogée*

La plupart du temps, les internes interrogés se justifiaient du manque d'acquis. Lorsque nous abordions les questions sur les différentes aides ou l'évaluation de l'autonomie, certains étaient sur la défensive, avaient peur d'être jugé («*Des passages journaliers pour l'aider dans les activités quotidiennes, [...], la téléalarme, une infirmière pour l'administration des médicaments après je ne sais plus ce qu'il y a d'autre, je n'ai beaucoup été en ville et je n'ai fait qu'un stage chez le prat*»). IMG9).

Le recrutement s'est initialement fait par e-mail. Seuls les internes connaissant l'enquêteur ont bien voulu participer à l'élaboration de l'étude. Ceux passés en gériatrie et/ou qui ont débuté les remplacements, avaient plus de connaissances sur les questions des aides et de l'évaluation d'une PA

## **B. Discussion des résultats**

### **1. Vision floue du maintien à domicile**

Le MAD était difficile à définir pour les IMG, d'où la difficulté à trouver un champ lexical correct. Ils ont donné une liste de mots clés se rapportant à ce terme. Selon les IMG, le MAD permettrait d'éviter de nombreuses hospitalisations aux urgences inutiles.

La définition du MAD est associée le plus souvent à la notion de besoin. Dans le travail réalisé, les besoins sont définis comme «un écart entre une situation souhaitée, désirée, idéale

et une situation actuelle, observée ». (28) Un lien est établi entre deux notions fondamentales : le maintien à domicile et la dépendance.

Dans la littérature, la notion de dépendance est utilisée pour estimer l'autonomie, avec des grilles d'évaluation comme AGGIR. (29) Celle-ci est composée de 10 activités que peut ou non effectuer seule une personne âgée : se laver, s'habiller, se déplacer, etc. (30)

L'autonomie est un concept ambigu. Considérée au plan purement fonctionnel, l'autonomie est assimilée à la faculté d'accomplir seul les actes de la vie quotidienne nécessaires à la sécurité et à la satisfaction des besoins. Au plan psychologique, l'autonomie désigne la capacité à prendre des décisions et à en assurer la responsabilité. (31)

## **2. Prise en charge des PA**

La prise en charge des PA était pour les IMG importante. Ils considéraient que les PA avaient une place de plus en plus importante au sein de la société. Pour ce qui était des aides, peu d'IMG savaient expliquer la prise en charge financière. Ils ont reconnu que les consultations ne devaient pas être chronophages.

### ***a) Aides financières***

- Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)

Cette allocation est destinée aux PA de 60 ans ou plus, résidant en France à son domicile ou chez une personne de sa famille, dont le degré de dépendance a été reconnu comme important. Elle est obtenue en calculant le degré de dépendance GIR via la grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressources). (32) Seuls les médecins sont habilités à effectuer la grille AGGIR. Le dossier est disponible dans de multiples structures : au niveau du Conseil Général, de la mairie, du CCAS, du CLIC. Avant 2002, elle s'appelait Prestation Spécifique de Dépendance. (33)

L'APA est versée par le département sur dossier. Elle est comprise entre 28,29 € et 1 282,09 € mensuel sous conditions de ressources (soit environ 800 € par mois pour une personne seule et 1 242 € par mois pour un couple). Ce montant est calculé en fonction de l'évaluation de la dépendance selon la grille AGGIR.

Cette allocation est destinée à prendre en charge :

- Les interventions à domicile: heures d'aide-ménagère ou de garde à domicile (de jour comme de nuit), service de portage de repas, service de transport, dépannage et petits travaux divers...
- Les aides techniques : fauteuils roulants, cannes, déambulateurs, lits médicalisés, lève malades.
- L'adaptation du logement: travaux d'aménagement et de sécurisation du domicile, installation de système de télé- assistance...

Une étude (34) a montré que les médecins généralistes sont fréquemment sollicités pour renseigner un certificat médical dans le cadre d'une demande d'APA. Près de neuf praticiens sur dix déclarent en avoir rédigé un au cours du dernier trimestre.

- PCH (Prestation de compensation Handicap)

Cette prestation est attribuée aux personnes reconnues handicapées par la Maison Départementale des Personnes Handicapées. (35)

La prise en charge des aides techniques, matérielles ou humaines (pour aider dans les actes de la vie quotidienne) est possible grâce à cette aide financière. Les personnes ayant des bénéfices liées aux valeurs mobilières et immobilières sont soumises à une participation financière. L'ancien nom de la PCH était l'Allocation Compensatrice Tiers Personne.

- Caisse de retraite

Les aides de la caisse de retraite sont attribuées aux PA autonomes mais dont les conditions de vie, les ressources, l'âge ou l'état de santé les ont rendu fragiles, et nécessitant le recours à une aide pour le maintien à domicile. Elles sont utilisées par les PA ne pouvant pas bénéficier de l'APA (faisant partie des groupes GIR5 et 6).

Le montant des aides est déterminé à partir d'un barème national défini par la caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) ainsi que les ressources de la PA ou de celle de son(a) conjoint(e). La CNAV est affiliée à la CPAM (Caisse Primaire d'Assurance Maladie).(32)

Le fonctionnement des autres caisses de retraite (MSA, RSI) ainsi que les complémentaire est basé sur le même principe.

- ASPA (Allocation de Solidarité aux Personnes Agées)

L'ASPA est versée aux PA de plus de 65 ans en cas d'inaptitude au travail, n'ayant pas suffisamment cotisé aux régimes de retraite et vivant en France pendant plus de 180 jours par an. Les personnes seules ont pu bénéficier de 801 € par mois, contre 1 243 € par mois pour un couple.(37)

- Mutuelles

Certaines mutuelles ont créé un contrat dépendance favorisant le maintien au domicile. D'autres ont intégré dans leurs contrats de complémentaire santé un service d'aide aux aidants.(36)

### *b) Aides humaines*

- Assistante sociale (AS)

Lors d'une hospitalisation d'une PA, les IMG ont indiqué faire souvent appel aux assistantes sociales. Ils ont admis ne pas connaître réellement leurs fonctions.

La prise en charge sociale à l'hôpital est effectuée par les AS. Elles sont amenées à aider les patients et les familles dans la mise en place des aides à domicile, la création du dossier de demande d'APA etc...

En ville, la prise en charge est effectuée soit directement par une AS attaché à la mairie du secteur, soit dans une MDSI (Maison Départementale de la Solidarité et de l'Insertion) ou à la caisse d'assurance maladie de la personne âgée. (38)

- SSIAD (Service de Soins Infirmier à Domicile)

Les SSIAD sont composés principalement d'aides-soignants. Le plus souvent, ils se déplaçaient au domicile du patient.

La fonction de coordination médicale est assurée par les infirmiers qui sont également chargées de dispenser les soins techniques. Selon leurs spécialités, les SSIAD ont collaboré avec des psychologues, des psychomotriciens, des aides médico-psychologiques, des kinésithérapeutes, des ergothérapeutes etc...

La prestation du SSIAD est prise en charge par la sécurité sociale sur prescription médicale. Les aides sont obtenues en fonction du GIR et sont réglées en fonction de l'APA.

Lors d'une prescription d'infirmière à domicile pour la délivrance et la surveillance des prises médicamenteuses, il est utile de préciser sur l'ordonnance la condition du patient : perte d'autonomie. Cela a permis la prise en charge de ce soin par la caisse d'assurance maladie de la PA.(39)

- Aide ménagère

Les travaux d'entretien tel que le ménage, la vaisselle, le linge sont effectués par l'aide ménagère. Pour le financement, les conditions d'âge et de ressource sont délivrées à la PA par sa caisse de retraite. La notion d'aide ménagère était connue chez les IMG qui l'ont évoqué assez facilement.

- Auxiliaire de vie

Leur travail a consisté à effectuer l'accompagnement dans les actes de la vie quotidienne (toilette-habillage-repas), les aides dans les activités relationnelles ou celles de la vie ordinaire (achats alimentaire...). Le financement de cette aide est géré par l'APA.(24)

Les IMG connaissaient également très bien cette aide mais ne savait qui contacter pour la mettre en place.

- Aide soignante

Sur prescription médicale obligatoire puisque prise en charge par l'assurance maladie. Les tâches paramédicales telles que la toilette, soins de nursing, gestion de l'incontinence etc... sont effectués par les aides soignantes (24)

- Centre Local d'Information et de Coordination : CLIC



Il est utilisé pour les interventions professionnelles en fonction des besoins. Les structures d'aides à la personne sont mises en place par cet organisme. Il est utilisé de façon gratuite.(40)

- Les structures d'aides à domicile

Elles sont financées par l'état (par exemple AAD senior service, O2, Agaf80...) ou de manière associative. Leurs tarifs à l'heure sont conventionnés.(40) Les IMG ont utilisé également les sites internet dédiés aux PA.

### *c) Aides matériel*

- Aides techniques

Le fauteuil roulant, le lit médicalisé, le soulève malade... sont regroupés sous le terme d'aides techniques. Les IMG connaissent tous ces termes, mais aucun n'a pu détailler la démarche pour l'obtention d'un de ces outils. La caisse d'assurance maladie est chargée de prendre en charge financièrement les verticalisateurs, lits médicalisés, déambulateurs, fauteuils roulants, chaises percées. La PCH (sous réserve d'être éligible à cette prestation) est chargée de compenser pour les aides non prises en charges par la caisse d'assurance maladie. La caisse d'assurance maladie n'est pas sollicitée pour les aides à la toilette comme les changes, les tabourets etc... Elles sont donc réglées par la PA.

Toutes ces aides sont utilisées pour l'aménagement du domicile.

- Portage des repas

Le portage des repas est géré par les services d'aides à domicile. Il est financé par la personne âgée et certaines mutuelles selon les contrats. Pour la ville d'Amiens, le portage des repas est géré par le service du CCAS au sein de la mairie (tarifs : 7,5 euros pour un repas et 10,75 euros pour le repas du midi et celui du soir en moyenne)

- Téléassistance

Elle est gérée par les services d'aides à domicile. Elle est prise en charge par l'APA ou la PCH. Pour la ville d'Amiens, la téléassistance est gérée par le service du CCAS au sein de la mairie (tarifs : entre 0 et 26 euros par mois)

### **3. Formation et Rôle du MG**

La législation française a considéré le médecin généraliste au centre de la prise en charge des PA vivant à domicile, en lui confiant notamment la responsabilité de « s'assurer de la coordination des soins nécessaires à ses patients ».(41) Dans près de deux tiers des cas, le MG était à l'origine d'une mise en place d'aide : soit il a contacté directement le service d'aide à ce sujet (16 %), soit il a conseillé à l'entourage de le faire (50 %). (34)

Ce rôle a bien été décrit dans notre étude par un peu plus de la moitié des IMG.

Certains médecins interrogés dans une étude(34) ont déclaré que 15% de leurs visites à domicile concernaient un problème de perte d'autonomie. Cela a créé des temps de consultations plus longs (en moyenne une consultation de ce type était de 25 minutes en moyenne contre 18 minutes pour une consultation normale au cabinet). Ces consultations s'effectuaient dans 15% des cas avec l'aidant principal ou un membre de la famille. Un tiers de ces médecins affirmait ne jamais utiliser d'échelles ou d'outils d'évaluation de l'autonomie. Ceux qui le faisaient étaient généralement ceux qui possédaient une formation sur le sujet, que ce soit une FMC ou un diplôme de gériatrie. Dans cette même étude, les médecins protestaient contre l'augmentation de la fréquence des certificats de demande d'APA. Pour cela il est recommandé d'effectuer une grille AGGIR or près de la moitié ont déclaré de ne pas connaître le détail de la grille. Ces deux éléments sont bien connus des IMG puisque deux tiers d'entre eux ont cités l'un des deux.

Concernant la formation, ceux n'en ayant jamais eu trouvaient cela intéressant. Lors des entretiens, nous avons constaté que les IMG évoquaient spontanément un désir de formation sur le sujet, n'étant pas sûr d'être efficace lors d'une mise en situation.

Enfin, les médecins ont déclaré qu'une coordination multidisciplinaire était indispensable pour le bon fonctionnement du maintien à domicile. Nous avons remarqué que les IMG souhaitaient davantage un interlocuteur unique pour éviter des temps de consultations chronophages.

### **4. L'anticipation pour un vieillissement en bonne santé**

Idéalement la prise en charge de la perte d'autonomie de la PA devait être anticipée mais en pratique, celle-ci était souvent réalisée dans l'urgence. Le médecin traitant était la personne la plus à même de l'effectuer cela du fait de sa relation privilégiée avec la PA et son entourage.

L'anticipation passait avant tout pas l'évaluation régulière de l'autonomie de la PA à l'aide d'une grille d'évaluation mais également par la prise en compte des multiples facteurs psychosociaux : traits de personnalité, ressources personnelles, familiales et sociales. Quel était le ressenti de la PA face à cette diminution d'autonomie, son niveau d'acceptation des aides ? Quel était la relation avec l'aidant principal ainsi que la famille ?

La composante physique de la PA n'était pas à négliger : prévention des chutes, aménagement du domicile, proposition d'activités physiques en rapport avec l'état de santé...autant d'éléments essentiels au maintien d'une certaine autonomie.

Il fallait également mettre en place les aides financières, humaines et matériels avec l'aide des différents services médicaux-sociaux.

Il serait essentiel de mettre en place un suivi de l'autonomie de la PA, ce qui éviterait les hospitalisations itératives. Certains internes ont abordé ce thème lors des entretiens.

### **C. Implications pratiques**

Comme précisé plus haut, les IMG ont insisté sur l'importance de connaître les différentes aides. Nous avons établi une liste d'aides susceptibles d'aider les PA pour le maintien à domicile. Elle nous a aidé à mieux cerner toutes les aides et les implications dans la vie quotidienne des PA.

La ville de Genève par exemple, a créé un nouveau service d'urgences dédié aux PA. (42) Ces urgences gériatriques ont été élaborées pour une meilleure orientation et une prise en charge adéquate de la PA permettant de réduire le temps d'hospitalisation. Ce projet n'est pas encore développé en France. Il serait intéressant de voir le fonctionnement de ce service un an après sa mise en place.

Les futurs diplômés ont-ils retenus quelques informations du livret concernant le maintien à domicile ?

## CONCLUSION

Les jeunes médecins ont une vision trop étroite de la notion de PA de manière générale. Leur tranche d'âge est assez éloignée de la leur et ils ne comprennent pas réellement toutes les implications sociale, économique et financière d'une telle prise en charge. Elle doit être pluridisciplinaire puisqu'il est nécessaire d'aborder de nombreuses pathologies chroniques. Pour ce qui est du maintien à domicile, une vision globale est importante pour évoquer de nombreux aspects : prévention des chutes, aménagement du domicile, aides financières, impact psychique sur la PA, etc... Le maintien à domicile est un thème complexe pour les IMG comme pour les MG.

Pour organiser tout ceci, il est essentiel d'avoir la participation du patient et de la famille. Il faut également considérer l'aspect psychologique que cette diminution d'autonomie engendre chez le patient.

Nous sommes formés à la prise en charge globale des PA mais le côté pratique n'est pas abordé en profondeur. Lorsque nous sommes face à ce type de situation en ville, que ce soit en tant qu'interne, médecin remplaçant ou médecin installé, nous nous sentons assez démunis. La plupart de nos confrères estime qu'une formation complémentaire est importante. Il serait intéressant d'avoir une formation avec des professionnels qui sont confrontés quotidiennement à ce genre de situation comme des assistantes sociales, des gériatres ou des urgentistes. Obtenir l'opinion de ces professionnels pourrait faire l'objet d'une prochaine thèse.

La création d'un livret à destination des MG et des IMG permet d'avoir une première liste non exhaustive des différents moyens d'aider ces personnes, tout en évitant les hospitalisations abusives. Il peut être utilisé pour une meilleure collaboration entre les différents acteurs. Enfin, il optimiserait le temps de consultation des médecins, ce qui n'est pas négligeable. Quatre domaines d'action permettront une meilleure prise en charge des PA : harmoniser les systèmes de santé à leurs besoins, développer des systèmes de soins de longue durée, créer des environnements facilitateurs et améliorer la vision de la PA en créant un environnement favorable pour lutter contre la discrimination à l'égard des PA.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Insee - Population - Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050 - La population continue de croître et le vieillissement se poursuit [Internet]. [cited 2016 Jun 30]. Available from: [http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref\\_id=ip1089](http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1089)
2. Le vieillissement normal ; Aspects biologique, fonctionnel et relationnel. Prévention du vieillissement pathologique [Internet]. 2007. Available from: [http://www.medecine.ups-tlse.fr/dcem3/module05/54\\_poly\\_vieillessement\\_1.pdf](http://www.medecine.ups-tlse.fr/dcem3/module05/54_poly_vieillessement_1.pdf)
3. Gire V. La sénescence : une barrière télomérique à l'immortalité ou une réponse cellulaire aux stress physiologiques? 2005 Mai;21(5):491–7.
4. Ferry M, Ritz P. 40 - Obésité de la personne âgée. In: Nutrition De la Personne âgée (4e édition) [Internet]. Paris: Elsevier Masson; 2012 [cited 2016 Nov 12]. p. 272–9. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9782294711251000403>
5. Pinville M. N° 2155 - Rapport de Mme Martine Pinville sur le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement (n°1994) [Internet]. assemblee-nationale.fr. 2014 [cited 2016 Aug 14]. Available from: <http://www.assemblee-nationale.fr/14/rapports/r2155.asp>
6. Ennuyer B. Les « personnes âgées », un sujet très mal traité. Ethics Med Public Health. 2015 Jan;1(1):52–60.
7. Dulken B. , Brunet A. Stem Cell Aging and Sex: Are We Missing Something? Cell Stem Cell. 2016 juin;(16):588–90.
8. Gimbert V., Godot C. Rapport N°28 : vivre ensemble plus longtemps [Internet]. 2010 [cited 2016 Aug 14]. Available from: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000662.pdf>
9. Lorenzi J., Pelletan J., Segretain C. Enjeux économiques du vieillissement démographique : le cas de la dépendance.
10. Organisation Mondiale de la Santé. OMS | Rapport mondial sur le vieillissement et la santé [Internet]. WHO. 2015 [cited 2016 Jun 30]. Available from: <http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/fr/>
11. Cook J. The socio-economic contribution of older people in the UK. Work Older People. 2011 Dec 9;15(4):141–6.
12. Daniel F., Fiévet J-L. Une alpiniste japonaise de 73 ans récidive sur le mont Everest [Internet]. L'Obs. 2012 [cited 2016 Aug 15]. Available from: <http://tempsreel.nouvelobs.com/monde/20120519.REU6655/une-alpiniste-japonaise-de-73-ans-recidive-sur-le-mont-everest.html>
13. Directmatin. Une femme de 92 ans termine un marathon et bat un record | [www.directmatin.fr](http://www.directmatin.fr) [Internet]. 2015 [cited 2016 Aug 15]. Available from:

<http://www.directmatin.fr/exploits/2015-06-01/une-femme-de-92-ans-termine-un-marathon-et-bat-un-record-705140>

14. Stratégie et plan d'action pour vieillir en bonne santé en Europe, 2012-2020 [Internet]. 2012 [cited 2016 Aug 15]. Available from: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0009/175545/RC62wd10Rev1-Fre.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/175545/RC62wd10Rev1-Fre.pdf?ua=1)
15. Safon M-O. Loi de modernisation de notre système de santé (résumé). 2016 Oct;1–74.
16. Reconversion professionnelle à 50 ans : est-ce risqué ? [Internet]. reconversionprofessionnelle.biz. [cited 2016 Nov 13]. Available from: <http://reconversionprofessionnelle.biz/reconversion-professionnelle-50-ans/>
17. Bien vieillir dans la société de l'information: Le programme d'assistance à l'autonomie à domicile (AAD) [Internet]. [cited 2016 Nov 8]. Available from: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/HTML/?uri=URISERV:em0006&from=FR>
18. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative II. 2009;(88):106–12.
19. Pinard S. Le maintien à domicile des patients âgés dépendants en milieu rural est-il difficile à coordonner pour le médecin généraliste en 2006 ? [Thèse d'exercice]. [Le Kremlin-Bicêtre, Val-de-Marne, France]: Université de Paris-Sud. Faculté de médecine; 2007.
20. Hingant B. Les personnes âgées adressées aux urgences par un médecin généraliste pour un maintien à domicile difficile: opinions des médecins généralistes [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rennes 1; 2010.
21. Renard J. Le maintien à domicile difficile des personnes âgées en perte d'autonomie: étude qualitative par entretiens semi-dirigés de médecins généralistes picards [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie; 2014.
22. Letrilliart L., Bourgeois I., Vega A., Cittée J., Lutsman M. . Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. 2009;20(87):74–9.
23. Mazière S., Lanièce I., Hadri N., Bioteau C., Millet C., Couturier P., Gavazzi G. Facteurs prédictifs du déclin fonctionnel de la personne âgée après une hospitalisation en court séjour gériatrique : importance de l'évolution fonctionnelle récente. 2011 Février;40:101–10.
24. Nougain P. Le maintien à domicile de la personne âgée. 2015; Amiens.
25. Démoncy A. La recherche qualitative : introduction à la méthodologie de l'entretien. *Kinésithérapie Rev.* 2016;661:1–6.
26. Association internationale de Management. L'utilisation des méthodes mixtes dans la recherche française en stratégie : constats et pistes d'amélioration.
27. Mays N, Pope C. Rigour and qualitative research. *BMJ.* 1995 Jul 8;311(6997):109–12.

28. Bérard A. Fiche 6 - Les besoins des personnes en perte d'autonomie, au domicile A2 - Aquino, Jean-Pierre. In: Guide Pratique du Vieillessement [Internet]. Paris: Elsevier Masson; 2016 [cited 2016 Nov 8]. p. 20–7. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9782294749049000063>
29. Aguilova L, Sauzéon H, Balland É, Conzel C, N’Kaoua B. Grille AGGIR et aide à la spécification des besoins des personnes âgées en perte d'autonomie. *Rev Neurol (Paris)*. 2014 Mar;170(3):216–21.
30. Bontout O., Colin C., Kerjosse R. Personnes âgées dépendantes et aidants potentiels : une projection à l’horizon 2040. 2002 Février;(160):1–12.
31. Kagan Y. Perte d'autonomie : bilan, prise en charge. *EMC - Médecine*. 2005 Oct;2(5):475–87.
32. Aide aux personnes âgées et à l'autonomie | Pour les personnes âgées [Internet]. Pour les personnes agees.gouv.fr. [cited 2016 Nov 9]. Available from: <http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/beneficiaire-daides/les-aides-des-caisses-de-retraite>
33. Loi n° 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.
34. Buyck J-F., Casteran-Sacreste B., Cavillon M., Lelievre F., Tuffreau F., Mikol F. La prise en charge en médecine générale des personnes âgées dépendantes vivant à domicile. 2014 Février;(869).
35. Prestation de compensation du handicap (PCH) | service-public.fr [Internet]. service-public.fr. [cited 2016 Nov 12]. Available from: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F14202>
36. Service d’aide aux aidants [Internet]. MACSF. [cited 2016 Nov 9]. Available from: <https://www.macsfr.fr/Nos-produits-et-services/Services-MACSF/Service-d-aide-aux-aidants>
37. Allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa) | service-public.fr [Internet]. [cited 2016 Nov 9]. Available from: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F16871>
38. CCAS : Centre Communal d’Action Social [Internet]. amiens.fr. [cited 2016 Nov 9]. Available from: <http://www.amiens.fr/institutions/ccas/ccas.html>
39. Services de soins à domicile pour personnes âgées [Internet]. www.service-public.fr. [cited 2016 Nov 9]. Available from: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F246>
40. Roger A. Etude rétrospective des hospitalisations pour maintien à domicile difficile ou altération de l’état général dans un service de post-urgences au CHU de Reims sur l’année 2014 [Thèse d’exercice]. [France]: Université de Reims Champagne-Ardenne; 2015.
41. Article L.4130-1 du Code de la santé publique, introduit récemment par la loi Hôpital, patients, santé et territoires du 21 juillet 2009. [Internet]. [cited 2016 Oct 25]. Available from: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2009/7/21/2009-879/jo/texte>

42. Genève inaugure des urgences gériatriques uniques [Internet]. 24heures.ch/. 2016 [cited 2016 Nov 10]. Available from: <http://www.24heures.ch/suisse/geneve-accueil-1er-service-urgences-geriatriques/story/12237283>



# ANNEXES

## Entretien

Bonjour, je vous remercie de l'aide que vous m'apporterez pour mon projet de thèse sous la direction du Dr Bonelle. Je m'appelle Philippine Foulon et j'effectue un état des connaissances sur la prise en charge et le maintien à domicile (MAD) du sujet âgé. Cet entretien est anonyme. Puis-je vous enregistrer ?

*Réponse :*

Question numéro 1 : Quelle représentation vous faites-vous du maintien à domicile du sujet âgé en tant que médecin ?

*Réponse :*

Question numéro 2 : Sur une échelle de 1 à 9, 1 signifiant pas du tout et 9 très à l'aise, vous considérez vous à l'aise face à ce genre de situation ?

*Réponse :*

Question numéro 3 : Comment évaluez vous l'autonomie d'une personne âgée ?

*Réponse :*

Question numéro 4 : Pouvez vous me donner un exemple de consultation de maintien à domicile ?

*Réponse :*

Question numéro 5 : Sur quels critères hospitalisez-vous le patient ?

*Réponse :*

Question numéro 6 : Quels sont les freins à l'hospitalisation?

*Réponse :*

Question numéro 7 : Quels sont les moyens et les solutions susceptibles d'améliorer leur prise en charge ? En fait que mettez-vous en place au domicile du patient pour améliorer l'autonomie?

*Réponse :*

Question numéro 8 : Quels organismes ou intervenants connaissez vous?

*Réponse :*

Question numéro 9: Quel est votre avis concernant notre formation sur la prise en charge du sujet âgé?

*Réponse :*

Question numéro 10 : Quelles améliorations proposez-vous ?

*Réponse :*

## Guide pratique à destination des médecins généralistes sur les aides pour les personnes âgées

### A- Les aides financières

#### 1- APA :

- Dossier disponible dans les mairies, les CCAS, le CLIC, les MDSI (Maison Départementales de la Solidarité et de l'Insertion), MDPH etc...
- Obtenu en calculant le degré de dépendance GIR via la grille AGGIR
- Financé par le Conseil Départemental
- Est comprise entre 28,29 € et 1 282,09 € mensuel sous condition de ressources (soit environ 800 € par mois pour une personne seule et 1 242 € par mois pour un couple).
- Prend en charge les interventions d'aides à domicile, les aides techniques, l'adaptation du logement, les changes et la téléassistance et l'accueil temporaire

#### 2- Prestation de compensation Handicap :

- Est attribuée aux personnes reconnues handicapées par la MDPH
- Les personnes éligibles sont celles étant en activité professionnelle ou étant éligible à la PCH avant 60 ans
- Prend en charge des aides humaines techniques, matérielles ou, les charges spécifiques (changes, etc...) ou exceptionnelles
- Le montant de l'aide financière n'est soumis qu'au calcul des bénéfices des valeurs mobilières et immobilières. Pas de participation financière sauf pour ceux ayant des bénéfices liés aux valeurs mobilières

#### 3- Caisse de retraite :

- Personnes ne pouvant pas bénéficier de l'APA (car GIR 5 ou 6)
- Le montant des aides : déterminé à partir des ressources de la personne et du montant autorisé par les différentes caisses ainsi que les complémentaires

#### 4- Allocation de Solidarité aux Personnes Agées :

- Versée aux personnes n'ayant pas suffisamment cotisé aux régimes de retraite

- Le montant est de 801 € par mois pour une personne seule et 1 243 € par mois pour un couple

#### 5- Mutuelles

- Contrat dépendance favorisant le maintien au domicile
- Contrats de complémentaire santé : une partie dédiée au service d'aide aux aidants

### **B- Aides humaines**

#### 1- Assistante sociale

- Prendre rendez-vous auprès de l'assistance sociale de secteur, dans une MDSI, une permanence de mairie ou à la caisse d'assurance maladie dont la personne dépend.
- Chaque centre hospitalier à un service social

#### 2- SSIAD

- Médecin ou Infirmière coordinatrice effectue une évaluation du patient au domicile
- Sur prescription médicale
- Prestation est prise en charge par la sécurité sociale.
- Composé d'IDE, d'aides soignants ; travaille en collaboration avec d'autres professionnels de santé

#### 3- IDE à domicile :

- Sur ordonnance avec la condition du patient permettant la prise en charge par la sécurité sociale

#### 4- Aide ménagère

- Effectue les travaux tels que le ménage, la vaisselle, le linge, préparation de repas
- La personne peut se rapprocher de sa caisse de retraite pour connaître les conditions d'âge et de ressource
- Peut être obtenue par l'aide sociale sous conditions de ressources

#### 5- Auxiliaire de vie

- Travail d'accompagnement dans les actes de la vie quotidienne (toilette-habillage-repas), les aides dans les activités relationnelles ou celles de la vie ordinaire (achats alimentaire...).
- Financement possible l'APA

#### 6- Aide soignante

- Effectue les tâches paramédicales telles que la toilette, soins de nursing, gestion de l'incontinence etc...
- Sur prescription médicale : prise en charge par l'assurance maladie.

#### 7- Centre Local d'Information et de Coordination : CLIC

- Structures d'aides à la personne sont mises en place par cet organisme.
- Utilisé de façon gratuite.
- Dans la Somme, 4 centres d'autonomies sont situés dans les MDSI car pas de CLIC dans ce département

#### 8- Les structures d'aides à domicile

- Financées par l'état ou de manière associative.
- Tarifs horaires conventionnés
- Facilement accessible sur internet avec les mots clés « maintien à domicile » + « personnes âgées »

### **C- Aides matériel**

#### 1- Aides techniques pour l'aménagement du domicile

- Sur ordonnance pour permettre la prise en charge par la caisse d'assurance maladie de la personne
- La caisse d'assurance maladie prend en charge : les verticalisateurs, lits médicalisés, déambulateurs, fauteuils roulants, chaises percées.
- La caisse d'assurance maladie ne prend pas en charge tout ce qui est aide à la toilette (les changes, les tabourets etc...). A la charge de la personne
- La PCH (sous réserve d'être éligible à cette prestation) peut compenser pour les aides non prises en charge par la caisse d'assurance maladie.

## 2- Portage des repas

- Géré par les services d'aide à domicile
- Financé par la personne âgée, certaines mutuelles peuvent participer selon les contrats.
- Par exemple pour la ville d'Amiens, le portage des repas est géré par le service du CCAS au sein de la mairie (tarifs : 7,5 euros pour un repas et 10,75 euros pour le repas du midi et celui du soir en moyenne)

## 3- Téléalassistance

- Géré par les services d'aide à domicile
- Prise en charge par l'APA et la PCH possible
- Par exemple pour la ville d'Amiens, la téléassistance est gérée par le service du CCAS au sein de la mairie (tarifs : entre 0 et 26 euros par mois)

## RESUME

Titre : Les personnes âgées au domicile : un maintien difficile ? Enquête qualitative auprès des internes de Médecine Générale de Picardie

**INTRODUCTION** Le maintien à domicile des personnes âgées est un sujet complexe. Notre vision des personnes âgées est péjorative mais une toute nouvelle approche est en train d'émerger. L'objectif principal de notre étude était d'effectuer un état des lieux des connaissances des internes de médecine générale de Picardie sur le sujet. L'objectif secondaire était d'élaborer un livret récapitulatif des différents moyens et solutions dont nous disposons pour une prise en charge optimale du sujet âgé à domicile. **METHODE** Il s'agissait d'une étude qualitative par entretiens semi-dirigés des internes de médecine générale de Picardie. **RESULTATS** Quatorze internes de médecine générale picards ont participé à l'étude. Les entretiens ont montré qu'une formation interdisciplinaire, un interlocuteur unique et une consultation simple et rapide étaient indispensables à la prise en charge des personnes âgées. Les principales difficultés rencontrées concernaient l'isolement du médecin généraliste dans ce genre de situation, la multiplicité des organismes d'aides ainsi que leur difficulté de mise en œuvre. **DISCUSSION** Les internes sont à même de déterminer l'état de santé du patient, son environnement, ses besoins et d'évaluer les ressources et aides nécessaires à son maintien au domicile. Ils reconnaissent néanmoins ne pas bien connaître les démarches permettant leur mise en place. **CONCLUSION** Le médecin généraliste joue un rôle central dans la prise en charge de la personne âgée au domicile et dans la coordination des différents acteurs. Il serait intéressant d'évaluer les connaissances des jeunes diplômés deux ans après la fin de l'internat.

Mots-clés : Enquête qualitative, Maintien à domicile, Personne âgée

Title: Home care for seniors: a difficult retention? A qualitative study amongst General Medicine interns in Picardy.

**INTRODUCTION** Home support of the elderly is a complex subject. The way we see them is derogatory but a new approach is emerging. The principal objective of our study was to determine the knowledge of interns in general medicine on this subject. The second objective was to assess the different means and solutions we possess in order to optimize home support of elderly patients. **METHOD** We conducted a qualitative study with semi-structured interviews of a sample of interns in general medicine. The interviews were carried out from June to September 2016, transcribed and analyzed thanks to the N'vivo software. **RESULTS** 14 general practitioner (GP) interns in Picardy participated in the study. The interviews showed that an interdisciplinary training, a single point of contact and simple consultations were essential for the health management of the elderly population. The main difficulties concerned the stand-alone position of the GP in this type of situation, the multiplicity of aid agencies and the difficulty in activating them. **DISCUSSION** The interns are able to define the state of health of the patient, their environment and needs and to assess the resources and help needed to support them at home. They recognize, however, that they are not well acquainted with the steps needed to set this up. **CONCLUSION** GPs plays a central role in the management of the elderly population and in the coordination of the various actors. It would be interesting to assess the knowledge of young graduates two years after the end of their internship.

Keywords: Qualitative study, Home support, Elderly