



HAL
open science

Prise en charge de la personne âgée dépendante par les médecins généralistes amiénois : difficultés, pratiques et solutions

Aude Crozat

► To cite this version:

Aude Crozat. Prise en charge de la personne âgée dépendante par les médecins généralistes amiénois : difficultés, pratiques et solutions. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01898984

HAL Id: dumas-01898984

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01898984>

Submitted on 19 Oct 2018

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

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

Année 2017

Numéro 2017- 92

Thèse d'état de Docteur en Médecine
Mention Médecine Générale

Lundi 18 Septembre 2017

Madame Aude Crozat

Prise en charge de la personne âgée dépendante par les médecins
généralistes amiénois : difficultés, pratiques et solutions

Vu : Les Membres de jury

Le Président de Jury : Monsieur le Professeur Olivier JARDE

Les Juges : Monsieur le Professeur Patrice FARDELLONE

Monsieur le Professeur Frédéric BLOCH

Monsieur le Professeur Jean SCHMIDT

Le Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Maxime RUELLE

REMERCIEMENTS:

A Monsieur le Professeur Olivier JARDE

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier des droits de la santé

(Chirurgien orthopédiste)

Membre de l'académie nationale de Chirurgie

Membre de l'académie nationale de Médecine

Chevalier dans l'Ordre de la Légion d'Honneur

Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse. Soyez assuré de ma haute considération.

A Monsieur le Professeur Patrice FARDELLONE

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Rhumatologie)

Chef du service de Rhumatologie

Pôle "Autonomie"

Merci de me faire l'honneur de juger ce travail. Veuillez recevoir mes sincères remerciements et l'expression de ma plus grande estime.

A Monsieur le Professeur Frédéric BLOCH

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

(Gériatrie)

Vous avez accepté de juger ce travail. Veuillez accepter l'expression de ma respectueuse gratitude.

A Monsieur le Docteur Jean SCHMIDT

Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier

(Médecine interne)

Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à ce travail en acceptant de le juger. Veuillez recevoir l'expression de ma profonde reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Maxime RUELLE

Praticien Hospitalier

(Gériatrie)

Tu m'as spontanément proposé de travailler avec toi sur ce sujet, sois assuré de ma profonde gratitude. Tu m'as véritablement fait découvrir ta spécialité et donné le goût pour la gériatrie. Pour ton infinie patience durant ce travail de thèse, pour la confiance que tu avais en moi et en mon travail, pour ton écoute toujours attentive avec humour et gentillesse, reçois ici toute l'estime et la reconnaissance que j'ai pour toi.

A mes parents, pas de grand discours vous n'aimeriez pas ça mais tout de même...

A Maman, pour ton soutien inconditionnel et ta présence en toutes circonstances. Ma réussite en première année de médecine est aussi la tienne. Pour l'éducation que tu nous as donnée avec Papa, pour l'accueil toujours chaleureux et bienveillant que tu nous réserves à Gueux, sois assurée de mon infinie reconnaissance.

A Papa pour le goût du travail et de l'effort. Tu as souvent fait un parallèle entre nos deux professions au service notamment de la famille. « Visez haut il n'y a point d'embouteillage », vaste programme parfois bien difficile mais sache que j'y travaille jour après jour !

A ma sœur Ségolène, sœur Marthe-Ségolène, pour ses prières quotidiennes.

A Alban, Geoffroy et Pierre-Hubert, ainsi qu'à Floriane et Margaux pour votre présence et votre sens incroyable de la famille. Soyez assurés que votre soutien m'est indispensable.

A Alphonse, Eloi, Evrard et Gustave pour votre sourire et votre insouciance tout simplement.

A Caroline, Marion C., Emeline, Anne-Sophie, Marion B., Anne-Pauline, Ludivine et Lauren, pour votre présence, pour certaines depuis 20 ans, pour d'autres plus récente, mais ô combien réconfortante et source de joie. Soyez assurées que sans vous les choses auraient été beaucoup plus difficiles. Merci pour votre écoute infaillible sans jugement, pour le courage et la confiance que vous m'insufflez. Soyez toutes assurées de ma profonde gratitude pour cette amitié sincère et durable.

A Fred et Sophie et à toute l'équipe de médecine interne du centre hospitalier d'Abbeville. Travailler avec vous est un plaisir incroyable. Merci pour tout ce que vous m'avez appris. Soyez assurés de ma grande reconnaissance pour votre soutien depuis 1 an, pour votre bonne humeur et votre humour, véritables rayons de soleil au quotidien. Soyez certains que vous me manquerez.

A tous les patients et leur famille croisés jusqu'ici, qui m'ont inspiré le respect, l'humilité, le courage et la joie de vivre. Vous m'avez fait prendre confiance jour après jour dans l'exercice de ma profession que j'aime chaque jour davantage.

A Monsieur Denis Lejeune pour son aide précieuse dans la réalisation du questionnaire et de la page web et pour l'exploitation des résultats.

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

A tous les autres qui se reconnaîtront sans mal.

SOMMAIRE

<u>ABREVIATIONS</u>	10
----------------------------------	----

<u>GLOSSAIRE</u>	11
-------------------------------	----

<u>A/ INTRODUCTION</u>	15
-------------------------------------	----

1/ <u>Epidémiologie et Démographie</u>	15
1.1 Vieillessement de la population	15
1.2 Part croissante de la dépendance	16
1.3 La population amiénoise et l'organisation sanitaire et médico-sociale locale.	17
2 / <u>La dépendance</u>	18
3/ <u>La notion de filière gériatrique et de parcours de santé</u>	19
3.1 La filière gériatrique	20
3.1.1 Service de gériatrie aiguë	21
3.1.2 Les unités de consultation et d'hospitalisation de jour	21
3.1.3 Les équipes mobiles gériatriques	22
3.1.4 Les soins de suite et de réadaptation gériatriques	22
3.1.5 Les unités de soins de longue durée	22
3.1.6 Les réseaux de santé consacrés à la personne âgée	22
3.2 Le dispositif PAERPA	22
4/ <u>Le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge de la personne âgée</u>	24
4.1 Une prise en charge globale coordonnée	25
4.2 Les visites à domicile	25
4.3 Le rôle d'éducation et prévention	26

B / MATERIEL ET METHODES27

1/ <u>Matériel</u>	27
1.1 Caractéristiques de la population étudiée	27
1.2 Questionnaire	27
2/ <u>Méthodes</u>	28
2.1 Prise de contact auprès des médecins généralistes	28
2.2 Construction du questionnaire	28
2.3 Analyse statistique	28
2.4 Logiciels utilisés	29

C / RESULTATS30

1/ <u>Participation à l'enquête</u>	30
2/ <u>Caractéristiques des répondants</u>	30
3/ <u>Typologie de la patientèle des médecins sondés</u>	31
4/ <u>Les difficultés rencontrées</u>	33
4.1 Difficultés concernant le patient et son environnement	33
4.2 Difficultés liées à la pratique des médecins généralistes	34
4.3 Difficultés concernant l'environnement professionnel des médecins	34
5/ <u>Evaluation de la dépendance</u>	35
5.1 Recherche de difficultés dans l'évaluation	35
5.2 Moyens d'évaluation de la dépendance	36
6/ <u>Les solutions apportées par les médecins généralistes</u>	37
6.1 Recours aux associations spécifiques de la perte d'autonomie	37
6.2 Collaboration avec les services sociaux	37
6.3 La Mobilisation d'intervenants paramédicaux	37
7/ <u>Les autres solutions proposées par les médecins généralistes</u>	39

<u>D/ DISCUSSION</u>	40
1/ <u>Difficultés liées aux patients</u>	42
2/ <u>Difficultés liées au manque de formation et d'informations</u>	44
2.1 Le manque d'outils ou de formation pour évaluer la perte d'autonomie	44
2.2 Le manque de moyens de prise en charge de la dépendance	44
3/ <u>Difficultés liées au manque de coordination</u>	48
<u>E/ LIMITES</u>	50
1/ <u>Limites liées à la méthodologie</u>	50
2/ <u>Limites liées au caractère descriptif de notre travail</u>	50
<u>F/ CONCLUSION</u>	52
<u>G/ BIBLIOGRAPHIE</u>	53
<u>H/ ANNEXES</u>	57
<u>Annexe 1</u> : Echelle ADL	57
<u>Annexe 2</u> : Echelle i-ADL	58
<u>Annexe 3</u> : Grille AGGIR	59
<u>Annexe 4</u> : MMSE	60
<u>Annexe 5</u> : Lettre de contact	61
<u>Annexe 6</u> : Questionnaire envoyé aux médecins généralistes	62

ABREVIATIONS

ADL, i-ADL : Activity Daily Living, instrumental Activity Daily Living

ADMR : Aide à Domicile en Milieu Rural

AGAF 80 : Association de Gérontologie et d'Aides aux Familles dans la somme

AGGIR : Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

ARS : Agence Régionale de Santé

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination

CTA : Coordination Territoriale d'Appui

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

ESA : Equipes Spécialisées Alzheimer

HID : Handicap Incapacités Dépendance

HSM : Handicap Santé Ménages

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

MAIA : Maison pour l'Accueil et l'Intégration des malades d'Alzheimer

MMSE : Mini Mental State Evaluation

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PAERPA : Plan personnalisé de santé des Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie.

SIVOM : Syndicat Intercommunal à Vocations Multiples

SPASAD : Service Polyvalent d'Aide et de Soins A Domicile

SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile

URPS/ URML : Union Régionale des Professionnels de Santé / des Médecins Libéraux

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners , Organisation Mondiale des Médecins Généralistes

GLOSSAIRE

Médecine générale :

La définition de la World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners (WONCA) décrit la médecine générale (1) comme « une discipline universitaire, avec son contenu spécifique de formation, de recherche de pratique clinique, et ses propres fondements scientifiques ».

Ainsi il s'agit d'une spécialité médicale axée sur les soins primaires avec les caractéristiques suivantes :

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

- *Elle répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physiques, psychologiques, sociales, culturelles et existentielles. »*

Médecin généraliste :

C'est un médecin spécialiste de médecine générale.

Il est chargé selon la WONCA, de « dispenser des soins globaux et continus à tous ceux qui le souhaitent indépendamment de leur âge, de leur sexe et de leur maladie. Il soigne les personnes dans le respect de leur autonomie. Il intègre les dimensions physiques, psychologiques, sociales, culturelles et existentielles. »

Son action consiste donc en des actes de promotion de la santé, de prestation de soins à visée diagnostique, thérapeutique et palliative, de prévention et de suivi.

Le médecin généraliste doit assurer sa formation médicale continue afin de développer et d'entretenir ses compétences professionnelles dans le but de garantir l'efficacité et la sécurité des soins (1).

Médecin traitant :

Le statut de médecin traitant (2) a été créé en France par la loi du 13 août 2004.

Cette loi stipule que chaque assuré social ou ayant droit de plus de 16 ans doit désigner un médecin traitant.

La loi lui attribue les missions suivantes(3) : « *Assurer le premier niveau de recours aux soins ; orienter le patient dans le parcours de soins et informer tout médecin correspondant des délais de prise en charge compatibles avec l'état du patient ; assurer les soins de prévention (dépistage, éducation) et contribuer à la promotion de la santé ; contribuer à la protocolisation des soins de longue durée, en concertation avec les autres intervenants ».*

Le rôle et la place du médecin traitant dans le parcours de soins est primordial ; il a un rôle essentiel et reconnu de coordonnateur de ce parcours (3).

A noter que le médecin traitant peut être un médecin généraliste, un médecin spécialiste, un médecin libéral ou un médecin hospitalier (3-4). Les médecins généralistes sont choisis comme médecins traitants dans 92 % des cas (5), et 99% des médecins

généralistes ont été choisis comme médecin traitant par au moins un de leur patient (3). Ainsi dans la suite de ce travail, le terme de médecin traitant sera employé en synonyme de médecin généraliste.

Médecin spécialiste :

Pour simplifier le langage, le terme de spécialiste est employé pour désigner tout médecin n'exerçant pas la médecine générale telle que définie selon la WONCA (1), et ce, même si dorénavant, la médecine générale est considérée comme une spécialité médicale à part entière.

Personne âgée :

Il n'y a pas de consensus pour définir la personne âgée. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) la personne va être considérée comme âgée à partir de 65 ans alors qu'en France l'étude du vieillissement concerne les personnes âgées de 75 ans et plus.

Gériatrie :

Discipline médicale qui prend en charge les personnes âgées de 75 ans et plus, qui sont des personnes malades, souvent atteintes de polyopathologies, dépendantes ou à risque de perte d'autonomie.

Soins primaires :

A Alma-Ata en 1978, l'OMS a défini les soins primaires comme "des soins de santé essentiels universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté par des moyens qui leur sont acceptables, avec leur pleine participation et à un coût abordable pour la communauté du pays. "

Le texte précise que les soins de santé primaires font partie intégrante du système de santé d'un pays et qu'ils ont pour vocation de maîtriser les principaux problèmes de santé de la communauté. Il souligne aussi leur rapport positif coût/efficacité.

Cette notion de soins primaires a été précisée en 1996 par l'American Institute of Medicine : "les soins primaires sont des prestations de santé accessibles et intégrées, assurées par des médecins qui ont la responsabilité de satisfaire une grande majorité des besoins

individuels de santé, d'entretenir une relation prolongée avec leurs patients et d'exercer dans le cadre de la famille et de la communauté." .

Le médecin de soins primaires est donc celui qui peut donner une réponse pour 90 % des patients, dans 90 % des situations ; ce que la WONCA définit par l'apport d'une réponse à une grande majorité de besoins individuels.

Le médecin de santé primaire est donc le premier contact des patients avec le système de santé. C'est aussi le médiateur nécessaire entre le patient et le système de santé quand des soins plus spécialisés sont nécessaires.

A. INTRODUCTION

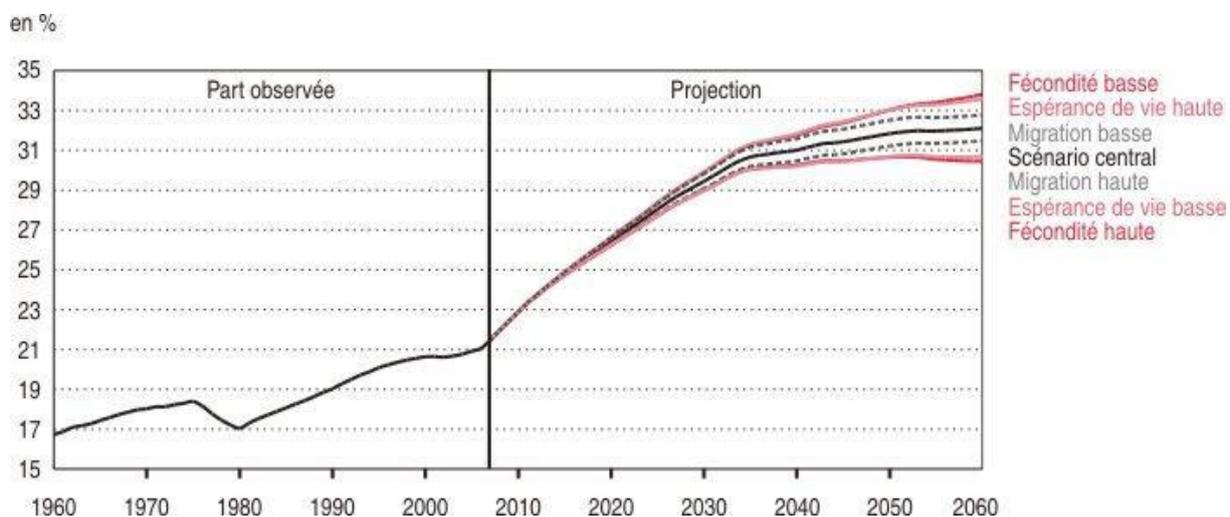
1/ Epidémiologie et démographie

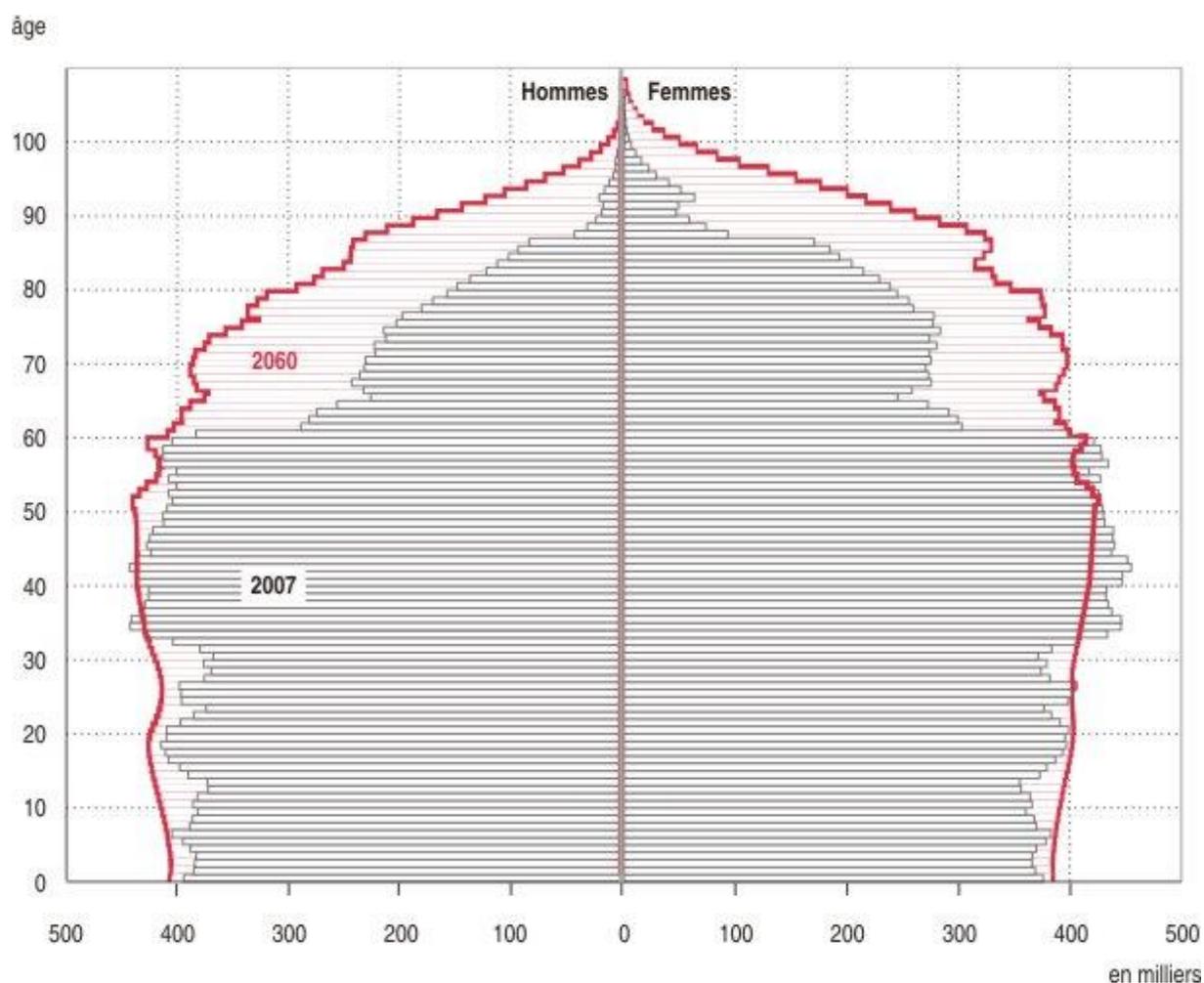
1.1/ Vieillesse de la population

Un changement démographique majeur est actuellement observé en France. L'allongement de l'espérance de vie, la diminution de la mortalité infantile et le vieillissement de la génération du « baby-boom » vont causer un changement profond de la pyramide des âges et un vieillissement majeur de la population (6). Si les tendances démographiques récentes se maintiennent, le nombre de personnes de plus de 60 ans augmentera, à lui seul, de plus de 10 millions. En 2060, une personne sur trois aura ainsi plus de 60 ans (7).

Jusqu'en 2035, la proportion de personnes âgées de 60 ans ou plus, progressera fortement, quelles que soient les hypothèses retenues sur l'évolution de la fécondité, des migrations ou de la mortalité. Cette forte augmentation est transitoire et correspond au passage à ces âges des générations du baby-boom. Après 2035, la part des 60 ans ou plus, devrait continuer à croître, mais à un rythme plus sensible aux différentes hypothèses sur les évolutions démographiques (7).

Si l'on se fie aux prévisions de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) en 2007, la proportion des personnes de plus de 75 ans était de 8.5 %, en 2025 elle atteindra 10.9% et en 2050 16% (7).





Source : INSEE, situation démographique et projection de la population 2007-2060

1.2/ La part croissante de la dépendance

Outre le vieillissement, il existe un second phénomène caractéristique de l'évolution de la santé des français. Ce phénomène n'est pas exclusif de la population âgée. Il est corrélé à l'apparition et au développement des maladies chroniques et à leurs répercussions. Il s'agit de l'augmentation de la dépendance qui va toucher un nombre croissant de la population française.

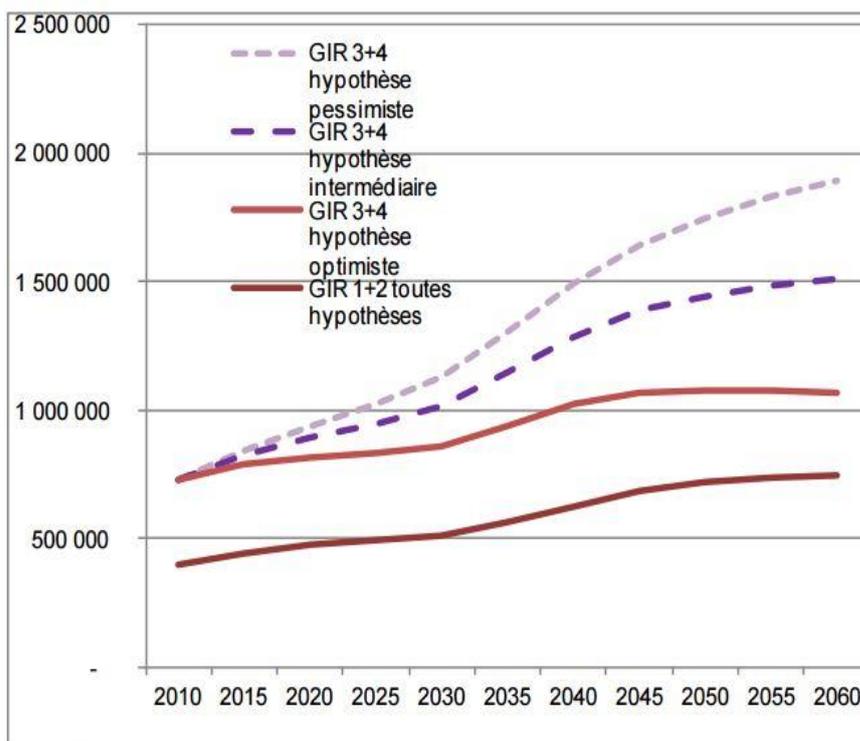
L'enquête Handicap Incapacité Dépendance (HID) réalisée entre 1998 et 2001 (8) et sa suite, l'enquête Handicap Santé Ménages (HSM) réalisée en 2008 (9), ont permis de recenser et de mieux décrire les caractéristiques de la population française en situation de

dépendance. Elles nous démontrent que la dépendance augmente avec l'âge et que les personnes âgées dépendantes veulent vieillir à domicile pour leur grande majorité (9).

Au 1er janvier 2012, en France métropolitaine, 1,17 million de personnes âgées sont dépendantes au sens de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) (10). La proportion de personnes dépendantes au sein des personnes âgées va augmenter constamment et devrait passer de 14 % en 2000 à plus de 30% à l'horizon 2020 (10). À l'horizon 2060, selon le scénario intermédiaire des projections de dépendance, le nombre de personnes âgées dépendantes atteindrait 2,3 millions (10).

GRAPHIQUE 4

Effectifs de personnes âgées dépendantes projetés à l'horizon 2060 selon trois hypothèses de projection, par niveau de dépendance



Champ • France métropolitaine.

Sources • DREES, données individuelles anonymisées des bénéficiaires de l'APA, 2006-2007 ; INSEE, projections de population 2007-2060 ; calculs DREES.

1.3/ La population amiénoise et l'organisation sanitaire et médico-sociale locale

Le territoire géographique d'Amiens Métropole a été choisi car il représente le territoire naturel d'attractivité du service d'accueil des urgences du Centre Hospitalier

Universitaire (CHU) d'Amiens. Ce choix a été guidé par le rôle particulier dévolu au CHU d'étude au sein de la filière gériatrique. En effet, ce CHU est considéré comme l'établissement support de la filière gériatrique.

Ce territoire accueille 175365 habitants dont 12800 ont plus de 75 ans. Ces patients de plus de 75 ans sont répartis de manière homogène entre l'agglomération d'Amiens et sa périphérie. Ils sont en outre, 7500 à souffrir d'une affection de longue durée.

Avant de procéder à l'évaluation du ressenti des médecins généralistes concernant la problématique de la prise en charge de la dépendance des personnes âgées, il nous semble essentiel de présenter les ressources disponibles sur ce territoire pour assurer la prise en charge de cette population (ressources sanitaires, sociales et médico-sociales).

L'interrogation du site de l'Assurance Maladie permet de décrire ainsi l'organisation sanitaire et médico-sociale du territoire de notre enquête.

L'étude se concentre sur la métropole amiénoise qui bénéficie d'une filière gériatrique dont l'établissement support est le CHU d'Amiens. Cette région accueille, selon le site de l'assurance maladie (Ameli) :

- 182 médecins généralistes
- 102 infirmiers libéraux
- 124 kinésithérapeutes
- 45 orthophonistes
- 1 centre de santé polyvalent.

Ce périmètre géographique correspond également au territoire d'intervention d'un réseau gérontologique depuis septembre 2015, d'une Maison pour l'Accueil et l'Intégration des malades Alzheimer (MAIA), de plusieurs accueils de jour et de plusieurs équipes spécialisées Alzheimer ainsi que de plusieurs associations spécifiques de la perte d'autonomie (ADMR, Assimadom, Soins Service, AGAF 80 ...).

2. La dépendance

L'autonomie (11) : c'est la capacité à se gouverner soi-même ; elle présuppose la capacité de jugement, c'est à dire prévoir et choisir, liberté d'agir, d'accepter ou de refuser en fonction du jugement. L'autonomie d'une personne relève ainsi à la fois de la capacité et de la liberté.

Evaluation de l'autonomie (voir en annexes 1 et 2) :

- Echelle ADL (activity daily living) : une échelle d'activité physique issue des travaux de Katz, appréciant la capacité à faire sa toilette, s'alimenter, s'habiller, se mouvoir.

- Echelle i-ADL (instrumental activity daily living) : pour les activités instrumentales : c'est à dire des activités quotidiennes essentiellement gouvernées par des fonctions cognitives, telles que faire des achats, utiliser les moyens de transport, cuisiner, faire son ménage, prendre ses médicaments, gérer son budget, utiliser le téléphone...etc.

La dépendance (11) : La dépendance correspond à l'incapacité partielle ou totale pour effectuer les activités de la vie quotidienne.

Evaluation de la dépendance :

La Grille Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources (AGGIR, voir annexe 3) : Elle teste la cohérence, l'orientation dans le temps et dans l'espace, la capacité à manger et à se servir, la capacité à se laver, à s'habiller, à se chausser et à se boutonner, la capacité à gérer son incontinence ou à être continent, la capacité à appeler en cas de besoin. À domicile, elle évalue la capacité à se déplacer à l'extérieur, à maintenir des relations sociales, à faire ses courses, sa cuisine...

Afin de répondre aussi bien que possible aux besoins spécifiques des personnes âgées dépendantes et de leur donner accès le plus efficacement possible aux plateaux techniques disponibles, des filières gériatriques ont vu le jour.

3. La notion de filière gériatrique et de parcours de santé

Le vieillissement de la population, mais également la nécessité de répondre aux besoins spécifiques de la personne âgée, ont été au cœur de la réflexion des acteurs du système de santé. L'objectif était de structurer la prise en charge de la personne âgée autour de filières gériatriques intégrant les hôpitaux locaux en amont et en aval, des plateaux techniques gériatriques et fortement maillées avec les professionnels intervenant au domicile et les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. (Circulaire n°DHOS/02/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques).

Ce système de filières gériatriques a été enrichi en 2014 par un nouveau dispositif : le parcours de santé des personnes âgées à risque de perte d'autonomie (PAERPA). En partant des besoins de la personne et de ses aidants, cette démarche vise à maintenir la plus grande autonomie le plus longtemps possible en agissant en amont de la perte d'autonomie par un repérage des principaux facteurs d'hospitalisation évitables (dépression, chute, problèmes liés aux médicaments) et en optimisant la coordination des professionnels (sanitaires, sociaux et médico-sociaux) autour de la personne âgée.

3.1/ La filière gériatrique

La filière gériatrique hospitalière est un dispositif de soins formalisés couvrant l'intégralité des parcours possibles de la personne âgée et prenant en compte le caractère évolutif de ses besoins de santé.

Une filière gériatrique labellisée doit être composée des éléments suivants :

- « *un ou plusieurs pôles d'évaluation gériatrique assurant des consultations pour patients ambulatoires*
- un ou plusieurs services hospitaliers de court séjour gériatrique*
- une ou plusieurs équipes mobiles gériatriques hospitalières faisant le lien entre les services de gérontologie et les autres services*
- un ou plusieurs services de soins de suites et de réadaptation (SSR) gérontologique*
- une ou plusieurs unités de soins de longue durée (USLD)*
- un ou plusieurs établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)*
- un ou plusieurs réseaux de santé spécialisés dans la prise en charge de la personne âgée »*

Les missions de la filière gériatrique sont les suivantes :

- Renforcer l'accès aux soins de proximité*
- Favoriser les filières courtes en s'appuyant sur le court séjour gériatrique*
- Améliorer l'aval de l'hospitalisation »*

Elle a donc une mission très hospitalière et doit venir en complément du médecin traitant (coordonnateur) dans la prise en charge des personnes âgées.

3.1.1 / Service de gériatrie aiguë :

Les unités de court séjour gériatrique accueillent préférentiellement des patients âgés de 75 ans ou plus, présentant une ou plusieurs comorbidités, auxquelles peuvent se surajouter des problématiques médico-sociales, et qui sont hospitalisés pour un épisode médical aigu (décompensation d'une comorbidité ou nouvelle affection aiguë).

Ces unités ont pour mission d'assurer la prise en charge médicale à la période aiguë : investigation, équilibrage de traitement mais également mission d'orientation du patient âgé au sein de l'hôpital et d'organisation de sa sortie [collaboration ville-hôpital dans le cadre du retour au domicile par exemple].

Leurs missions peuvent être classées ainsi :

- Proposer des admissions directes non programmées, de préférence sans passer par les urgences
- Proposer des évaluations gériatriques globales et individualisées médico-psycho-sociales
- Etablir les diagnostics non réalisables en ambulatoire
- Envisager avec le patient et son entourage les conditions de vie ultérieures et contribuer à leur organisation.

3.1.2/ Les unités de consultation et d'hospitalisation de jour :

Elles ont pour mission l'évaluation médico-psycho-sociale des patients gériatriques ambulatoires afin de proposer une stratégie de prise en charge adaptée et la réalisation de bilans médicaux non urgents programmés. Elles participent également à la coordination des soins et à la coopération avec les structures locales (MAIA) pour organiser le maintien à domicile, quand nécessaire.

3.1.3/ Les équipes mobiles gériatriques :

Elles interviennent dans l'ensemble des services du groupe hospitalier pour dispenser une évaluation et un avis gériatrique diagnostique ou thérapeutique. Elles contribuent à l'élaboration du projet de soins et de vie, et favorisent la bonne orientation des patients âgés dans le parcours de soins. Elles peuvent intervenir dans tous les services hospitaliers et à domicile.

3.1.4/ Les soins de suite et de réadaptation gériatriques :

Ces unités ont pour mission d'assurer des soins médicaux, la rééducation et la réadaptation, la prévention de la dépendance (maintien ou récupération de l'autonomie). Elles doivent permettre la préparation et l'accompagnement à la réinsertion familiale et sociale.

3.1.5/ Les Unités de Soins de Longue Durée :

Ces unités assurent l'accueil et la prise en charge des personnes présentant une pathologie organique chronique ou une polypathologie à risque de décompensation fréquente justifiant une surveillance médicale rapprochée et s'accompagnant d'une perte d'autonomie.

3.1.6/Les réseaux de santé consacrés à la personne âgée :

Ces réseaux peuvent être poly ou monothématiques. Il s'agit de structures, le plus souvent associatives, au bénéfice des professionnels libéraux. Ils ont pour mission de participer à la coordination des acteurs médicaux, paramédicaux, sociaux et médico-sociaux en participant à l'amélioration de la relation ville-hôpital.

3.2/Le dispositif PAERPA

Le parcours de santé des Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie [PAERPA (12)], est déployé depuis 2014 sur des territoires pilotes. Constatant que la population de personnes âgées en France ne cesse de croître, le ministère des Affaires sociales

et de la Santé a mis en place un dispositif innovant qui s'adresse aux personnes, âgées de 75 ans et plus, dont l'autonomie est susceptible de se dégrader pour des raisons d'ordre médical ou social.

La démarche Paerpa a pour objectif de maintenir la plus grande autonomie, le plus longtemps possible, dans le cadre de vie habituel de la personne. Son rôle est de faire en sorte que chaque Français, âgé de 75 ans et plus, reçoive les bons soins par les bons professionnels, dans les bonnes structures, au bon moment, le tout au meilleur coût.

En partant des besoins de la personne et de ses aidants, cette action est rendue possible en agissant en amont de la perte d'autonomie par un repérage des principaux facteurs d'hospitalisation évitables (dépression, chute, problèmes liés aux médicaments) et en optimisant la coordination des professionnels (sanitaires, sociaux et médico-sociaux) autour de la personne âgée.

Ce dispositif est articulé autour de 5 actions clés :

- **Renforcer le maintien à domicile**

La démarche Paerpa porte une coordination renforcée des professionnels de santé de 1er recours, en lien avec les professionnels sociaux si besoin, au plus près de la personne âgée, dès lors que sa situation médico-sociale le nécessite. Ainsi, le médecin traitant et un ou plusieurs professionnels de santé forment autour de la personne âgée, une coordination clinique de proximité.

- **Améliorer la coordination des intervenants et des interventions**

Un numéro unique accessible aux personnes âgées et à leurs aidants ainsi qu'aux professionnels et plus particulièrement aux professionnels de santé libéraux est mis en place. Cette plate-forme d'information et d'orientation appuie notamment les professionnels pour organiser au mieux les offres de services proposées par les différents dispositifs/structures existants des territoires à destination des personnes âgées (information sur les places en EHPAD, sur les aides sociales, orientation vers une expertise gériatrique, ...) et facilite l'accès aux droits et aux aides pour ces dernières. Cette coordination territoriale d'appui (CTA) est effective sur tous les territoires Paerpa.

- **Sécuriser la sortie d'hôpital**

Pour les personnes âgées qui ont été hospitalisées, la sortie de l'hôpital fait l'objet de dispositifs spécifiques : anticipation et préparation de la sortie, repérage de la perte d'autonomie, transition via un hébergement temporaire, mobilisation d'un SAAD ou d'un SPASAD, transmission des informations au médecin traitant, appui de la CTA si besoin.

- **Éviter les hospitalisations inutiles**

Le repérage, les actions d'éducation thérapeutique, la circulation d'informations entre professionnels, l'accès simplifié à des expertises gériatriques ou à un numéro unique de gériatrie sont des actions qui sont mises en place dans le cadre de Paerpa et qui permettent d'éviter les passages inutiles aux urgences et les hospitalisations mal préparées.

- **Mieux utiliser les médicaments**

La polymédication est fréquente chez les personnes âgées. Elle peut être justifiée, mais elle peut également être inappropriée, comporter des risques et entraîner des effets indésirables liés aux interactions médicamenteuses. Aussi, des actions de révision d'ordonnance sont-elles mises en place notamment en sortie d'hospitalisation en lien avec le médecin traitant et le pharmacien d'officine.

Initialement, neuf territoires pilotes avaient été retenus dans le cadre du dispositif Paerpa.

En 2016, afin de porter la logique de parcours de santé à l'ensemble du territoire français, une extension a minima à un territoire Paerpa par région est programmée. Notre territoire d'étude ne bénéficie pas, à ce jour, de ce dispositif.

4/ Le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge de la personne âgée

Par essence et compte tenu de son rôle central dans la réponse aux besoins primaires (soins de premier recours), le médecin généraliste doit être le pivot de l'organisation mise en place pour la prise en charge de la personne âgée dépendante.

4.1 / Une prise en charge globale coordonnée :

L'augmentation du nombre de maladies chroniques chez le sujet âgé ainsi que la grande fréquence de la polyopathie entraînent la nécessité absolue d'une prise en charge globale, multidisciplinaire et coordonnée (13). La coordination doit prévenir la fragmentation des soins qui accompagne les ruptures éventuelles dans les parcours de soins de ces patients.

Les médecins généralistes sont habitués à la prise en charge globale du patient puisque leur formation est axée dans ce sens. Par ailleurs, le médecin généraliste a une bonne connaissance du patient, de son entourage et des services de soins ambulatoires. Ainsi, la plupart des patients polyopathologiques et atteints de maladies chroniques reçoivent des soins de leur médecin traitant. 58% des consultations médicales pour ces patients concernent les soins primaires (14).

Cette coordination par le médecin traitant est cependant souvent limitée pour de nombreuses raisons : la difficulté d'impliquer efficacement le patient dans sa prise en charge, la difficulté de communication entre médecins généralistes et confrères spécialistes (14), la difficulté de dégager du temps pour cette fonction de coordination et enfin, le manque de reconnaissance et de financement de cette fonction.

4.2/ Visites à domicile :

Le médecin généraliste est le seul médecin à délivrer des soins au domicile du patient. Ces visites à domicile permettent d'évaluer et de prendre en charge les patients dans leur milieu habituel.

Les visites à domicile permettent ainsi une meilleure prise en charge, notamment en prévenant le déclin fonctionnel, favorisant ainsi le maintien à domicile, et par conséquent contribuant à la diminution des dépenses de santé (15-16). Il a également été démontré une réduction de la mortalité chez les moins de 77 ans bénéficiant de ces visites. (15).

4.3/ Le rôle d'éducation et prévention :

Le médecin traitant a également un rôle important dans la prévention de l'apparition et du développement des complications des pathologies chroniques auprès de la personne âgée. Cette prévention active va permettre de maintenir et sécuriser le maintien au domicile du patient âgé.

La prévention de la iatrogénie va également être un rôle primordial du médecin traitant (17) compte tenu de la polymédication et de la iatrogénie prévisible chez le sujet âgé. Rappelons qu'environ 20 % des séjours en médecine des personnes âgées sont concernés par des situations de iatrogénie (18). La population des personnes âgées de 65 ans et plus, hospitalisée pour iatrogénie représentait plus de 115 000 patients en 2011 (17). L'éducation thérapeutique fait partie de ce dispositif de prévention de la iatrogénie grâce à une bonne communication entre le médecin traitant et son patient afin d'optimiser les prescriptions et les observances (19).

La « médecine de ville » va donc être confrontée à deux phénomènes : l'explosion du nombre de personnes âgées et l'augmentation de la dépendance, le tout dans un contexte difficile de démographie médicale.

Etant donné la place centrale du médecin généraliste dans la prise en charge de la personne âgée et à fortiori de la personne âgée dépendante, il nous est apparu important d'étudier le vécu actuel de la prise en charge de la dépendance par ces médecins. Ce travail doit permettre également de recenser les éventuelles difficultés ressenties, les solutions imaginées ou souhaitées par ces professionnels pour répondre à ces problématiques de santé publique. Cette étude devrait permettre de mieux appréhender les enjeux auxquels nous devons collectivement faire face.

B. MATERIEL ET METHODES

1/ MATERIEL

1.1/ Caractéristiques de la population étudiée :

La population interrogée dans ce travail de recherche était celle des médecins généralistes amiénois.

Les critères d'exclusion de l'enquête étaient : l'arrêt de l'activité du médecin, l'absence du médecin dans les pages jaunes. Tous les médecins généralistes amiénois incluables dans ce travail ont été contactés quelque soit leur mode d'activité par un courrier (voir annexe 5). Nous leur avons proposé de participer à une enquête sous forme d'un questionnaire qui était accessible par internet.

1.2/ Le questionnaire :

Il était composé de plusieurs types de questions : des questions à réponses simples et uniques, des questions à réponses multiples ou encore des questions ouvertes. Il est présenté en annexe (annexe 6).

Le questionnaire comportait trois parties distinctes :

- La première partie concernait le profil du médecin répondant : caractéristiques socio-démographiques, mode d'exercice, formation initiale et typologie de la patientèle.
- La deuxième partie concernait de façon plus spécifique les difficultés rencontrées dans la prise en charge de la dépendance de la personne âgée à domicile, notamment les difficultés à évaluer la dépendance du patient, l'impact sur l'environnement professionnel et les modalités pratiques de réponse à la dépendance.
- Enfin, la dernière partie concernait les réponses que les médecins traitants pourraient ou souhaiteraient apporter aux difficultés rencontrées dans la prise en charge de la dépendance des personnes âgées.

2/ METHODES

2.1/Prise de contact auprès des médecins généralistes

Les médecins généralistes ont été contactés à partir de l'annuaire des pages jaunes. Un courrier d'information (annexe 5) a été envoyé en mai 2015 par voie postale. Ce courrier comportait un lien vers une page internet comportant le questionnaire. Un courrier de relance a été envoyé également par voie postale un mois et demi plus tard. Une dernière relance a été effectuée par téléphone.

Les réponses à l'enquête ont été recueillies à partir d'un lien renvoyant à une page internet qui envoyait les résultats directement sur l'adresse mail de l'investigateur permettant ainsi de construire la base de données.

2.2/ Construction du questionnaire

Nous avons élaboré un questionnaire (annexe 6) à partir d'une enquête similaire réalisée sur un territoire d'Ile de France en l'adaptant à la population de médecins amiénois. Ce questionnaire a été testé par un panel de médecins généralistes avant envoi.

Le questionnaire était accessible, via une page Web et les résultats étaient directement renvoyés sous forme de base de données, via l'outil *google forms*.

2.3/ Analyse statistique

Il s'agissait d'une enquête descriptive conduite auprès d'un échantillon de médecins généralistes amiénois.

Pour chaque réponse à une question à choix unique, les résultats ont été donnés en indiquant les proportions ainsi que la variance de la proportion pour les réponses à variable qualitative, ou la moyenne et l'écart-type pour les réponses à variable quantitative.

Les questions à choix multiple ont été traitées en donnant le pourcentage de choix prioritaire, puis les autres choix par ordre décroissant.

Les réponses aux questions ouvertes ont été analysées en regroupant les réponses par thème dominant.

Une analyse comparative entre médecins éprouvant des difficultés et médecins n'en ressentant pas, a été effectuée mais ne montrait aucune différence significative entre les deux échantillons ; les résultats de cette analyse n'ont donc pas été retranscrits.

2.4/ Logiciels utilisés

Les logiciels utilisés ont été Google forms et Excel pour la construction de la base de données, Statistica pour l'analyse comparative. La recherche bibliographique a été menée via Pubmed et Google.

C. RESULTATS

1/ Participation à l'enquête

Les 182 médecins généralistes amiénois ont été contactés une première fois par courrier (ce courrier contenait le lien pour orienter vers le questionnaire qui était hébergé sur une page Web). Un courrier de relance a été envoyé à tous les médecins (la participation étant anonyme) avant une dernière relance téléphonique.

Au total 49 médecins ont répondu au questionnaire, les réponses étaient toutes complètes, soit un taux de réponse de 26,9%.

2/ Caractéristiques des répondants

51 % des médecins répondants étaient des hommes, 49% des femmes.

L'âge moyen des médecins ayant répondu était de 50 ans.

Les classes d'âge majoritairement représentées étaient celles des 40-49 ans et des 50-59 ans avec chacune 44,9 % (22 réponses/49), venait ensuite la classe des 60-65 ans avec 6,1% (3/49) et enfin celles des 30-39 ans avec 4,1% (2/49).

89,8% (44/49) des médecins répondants étaient généralistes libéraux exclusivement, tandis que 10,2% (5/49) exerçaient une autre activité type acupuncture ou ostéopathie.

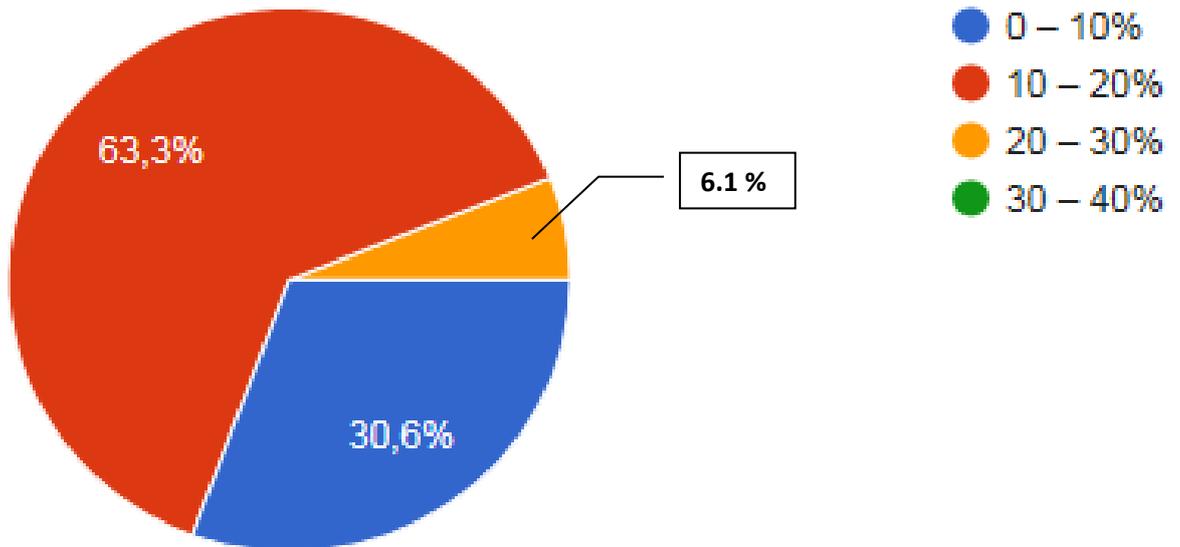
Les médecins ayant répondu à l'enquête étaient installés en moyenne depuis 16.6 ans.

Durant leur cursus 34,9 % (15/49) des médecins répondants ont fait un stage de 6 mois chez un médecin généraliste tandis que 81,4 % (35/49) ont effectué un stage de 6 mois dans un service de gériatrie.

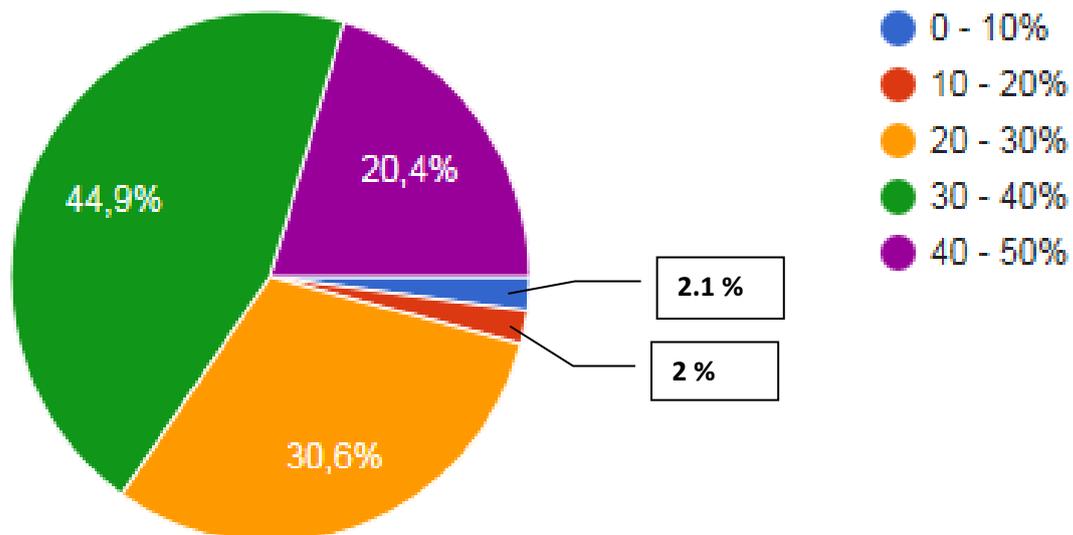
6/49 soit 12,2% étaient titulaires d'une capacité (2 en gériatrie, 2 de médecin coordinateur d'EHPAD, 2 en médecine d'urgence). 12/ 49 soit 24,5% ont fait une formation complémentaire en obtenant un diplôme universitaire (D.U.) (relatif à la douleur, la contraception, l'angiologie ou les démences).

3/ Typologie de la patientèle des médecins sondés :

93,9 % des médecins répondants (46/49) avaient une patientèle de plus de 75 ans qui représentait entre 0 et 20% de leur patientèle totale.

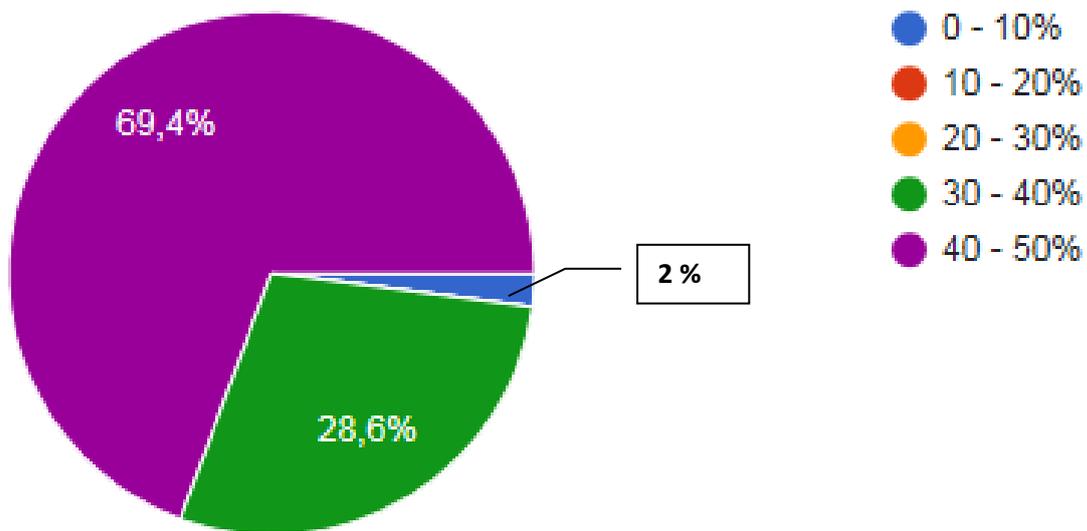


Parmi ces patients âgés de plus de 75 ans : plus de 20% étaient en perte d'autonomie pour 95,9 % des médecins répondants.



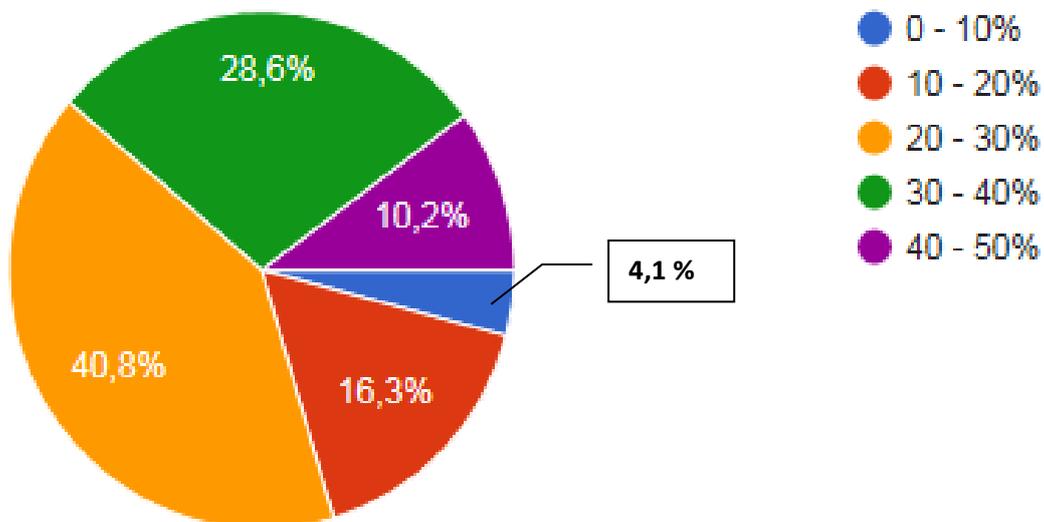
Parmi ces patients de plus de 75 ans en perte d'autonomie :

-Le suivi à domicile était prépondérant : entre 30 et 50 % de cette patientèle étaient suivis à domicile par 98 % des médecins répondants.



-La prise en charge au cabinet concernait :

- 20 à 30% de la patientèle âgée de plus de 75 ans dépendante pour 40,8% (20/49) des médecins répondants



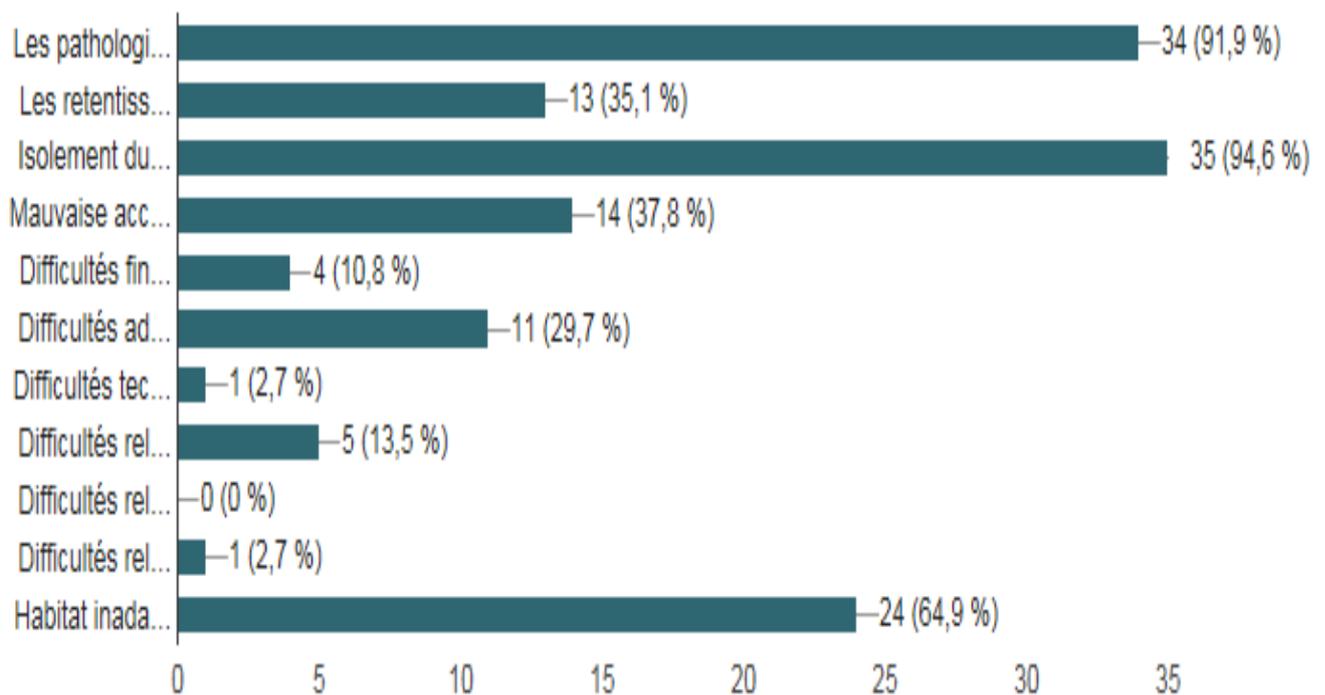
4/ Les difficultés rencontrées

35/49 (72,9 %) médecins ayant répondu au questionnaire déclaraient avoir des difficultés dans la prise en charge de la dépendance du sujet âgé.

4.1/ Difficultés concernant le patient et son environnement :

Un isolement du patient était décrit chez 94,6 % des répondants (35/49).

Dans 91,9% des cas (34/35), les pathologies du patient entraînaient des difficultés pour les médecins répondants. Chez 64,9 % des répondants (24/35), c'est l'habitat inadapté du patient qui posait problème à la prise en charge. 37,8 % des médecins (14/35) évoquaient des problèmes d'observance médicamenteuse ou d'acceptabilité de certaines prescriptions.

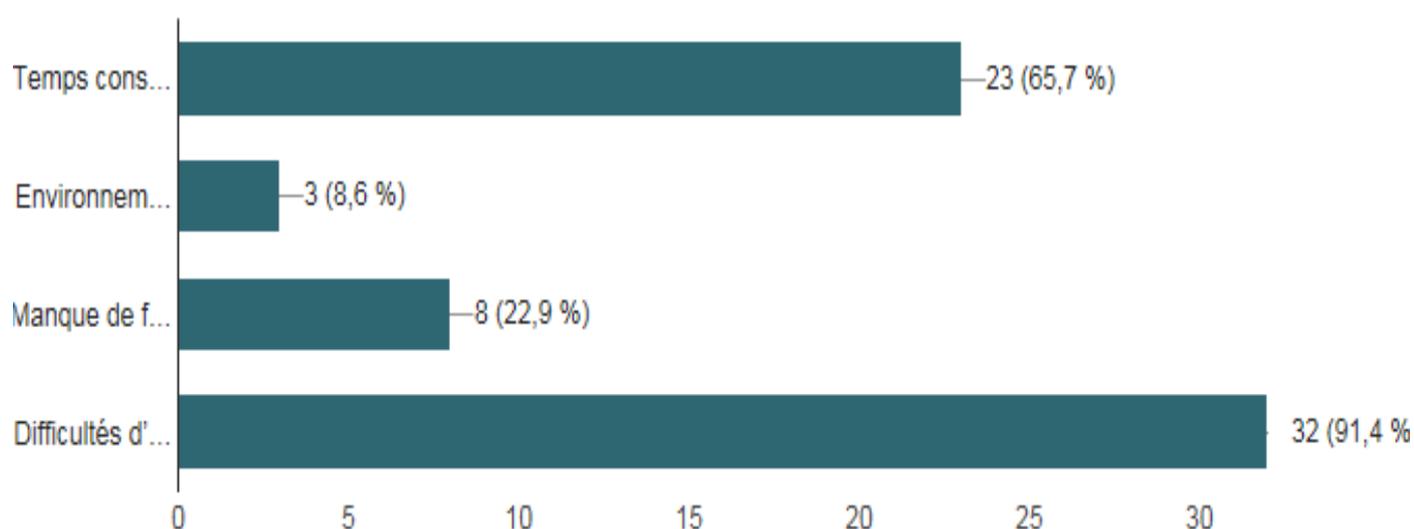


4.2/ Difficultés liées à la pratique des médecins généralistes

91% (32/35) des médecins répondants ont estimé rencontrer des difficultés d'orientation de leurs patients âgés dépendants vers des structures adaptées.

65,7 % (23/35) des répondants ont déclaré que le temps consacré à la coordination était trop important.

22,9% (8/35) ressentaient un manque de formation spécifique à la prise en charge de la dépendance.



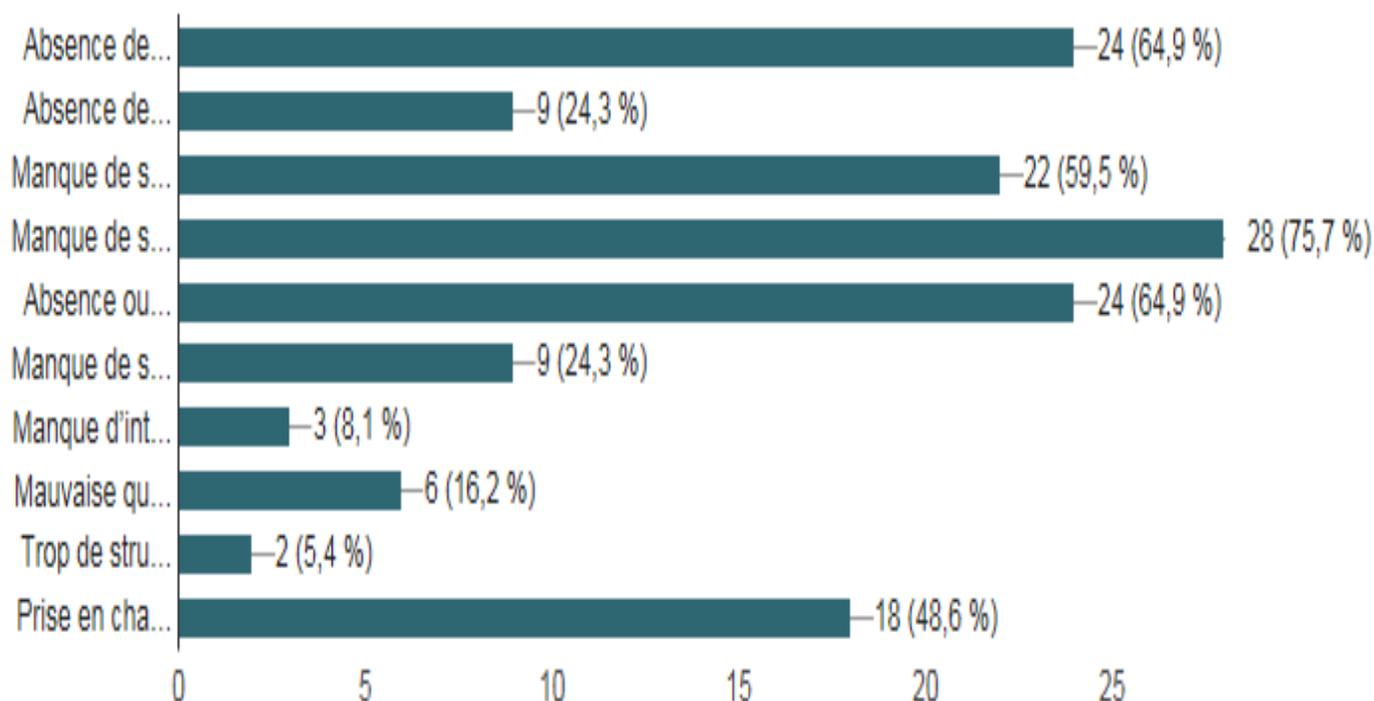
4.3/ Difficultés concernant l'environnement professionnel des médecins

La difficulté rencontrée par la majorité des médecins généralistes répondants était l'impression d'un manque de structures d'hébergement non hospitalières : on la retrouvait dans 75,7 % des réponses (28/37).

Venaient ensuite l'absence de coordination avec les structures hospitalières et l'absence de Centres Locaux d'Information et de Coordination gérontologiques (CLIC) dans 64,9% des réponses (24/37).

Ensuite, était mentionné dans 59,5 % des réponses (22/37), le manque de structures hospitalières adaptées aux sujets âgés.

Une prise en charge sociale et économique défailante était précisée dans 48,6 % des réponses (18/37). Enfin, un manque de services de soins à domicile et un manque de coordination pour un même patient étaient regrettés dans les deux cas dans 24,3% des réponses (9/37).



5/ Evaluation de la dépendance

5.1/ Recherche de difficultés dans l'évaluation

Majoritairement, les médecins interrogés ne rencontraient pas de difficulté à l'évaluation de la perte d'autonomie : 68,8 % (33/48) versus 31,3 % (15/48).

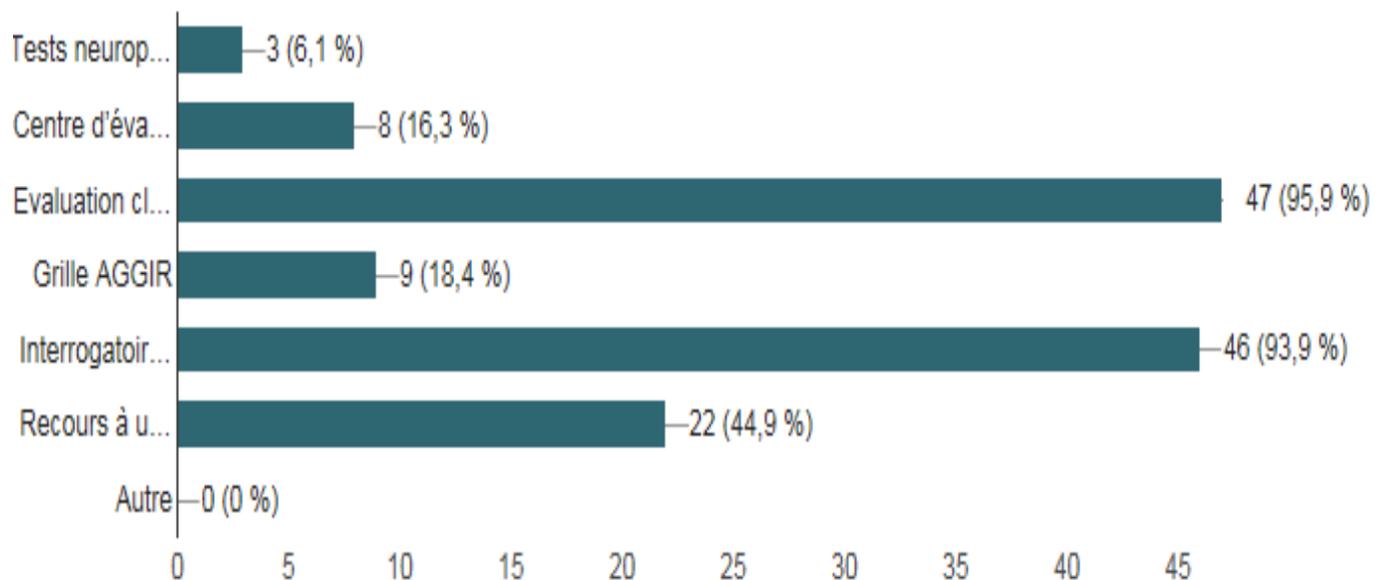
Concernant les 15 médecins éprouvant des difficultés :

- 40% (6/15) mettaient ces difficultés en lien avec le manque d'un outil validé et pratique.
- 33,3 % (5/15) ressentaient un manque de formation spécifique.

5.2/ Moyens d'évaluation de la dépendance

L'évaluation de la dépendance était réalisée par une grande majorité des médecins généralistes soit par :

- L'interrogatoire de l'entourage du patient et /ou par l'examen clinique du patient dans 94% des cas (46/49).
- 24,5% médecins répondants ont précisé utiliser des moyens d'évaluation type grille AGGIR ou Mini Mental State Evaluation (MMSE).
- 44,9% (22/49) des médecins répondants avaient recours à une consultation spécialisée libérale ou hospitalière alors que 16,3% (8/49) faisaient appel à un centre d'évaluation gériatrique.



6/ Les solutions apportées par les Médecins généralistes

6.1/ Le recours aux associations spécifiques de la perte d'autonomie

- 75% (36/48) des médecins répondants utilisaient systématiquement ou fréquemment les associations spécifiques de la perte d'autonomie.
- 12,5% (6/48) ne faisaient jamais appel à leurs services et ce, pour des raisons de délai d'attente trop longs pour 5/6 (83,3%).

Les associations les plus citées étaient :

- Le Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) par 14 médecins
- La Croix Rouge par 12 médecins
- La Communauté de communes par 5 médecins
- Le Syndicat Intercommunal à Vocations Multiples (SIVOM) par 3 médecins
- L'Aide à Domicile en Milieu Rural (ADMR) par 3 médecins

6.2/ Collaboration avec les services sociaux

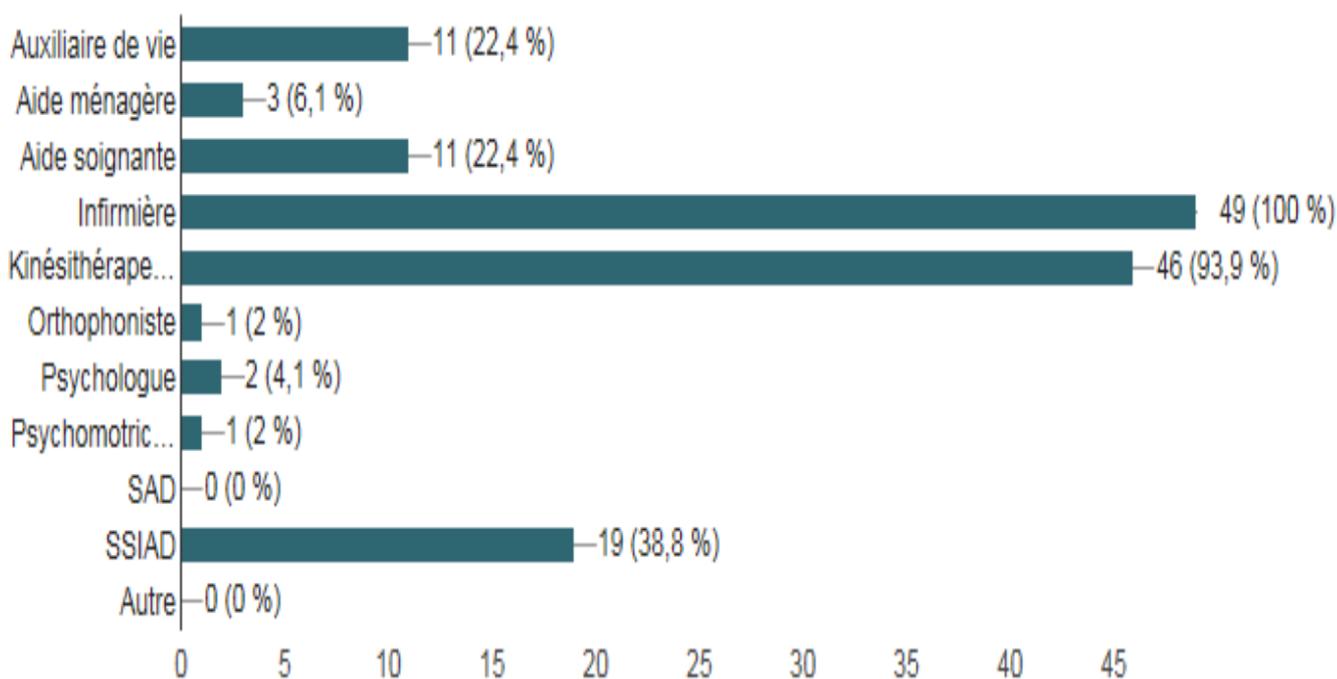
Une très grande majorité des médecins répondants (85,4%, 41/48) étaient en relation avec les services sociaux pour prendre en charge la dépendance de leurs patients âgés.

Pour les 14,6% (7/48) des médecins qui n'étaient pas en contact avec les services sociaux, ils ont évoqué le refus du patient, un temps d'attente trop long ou encore une relation directe avec la famille du patient.

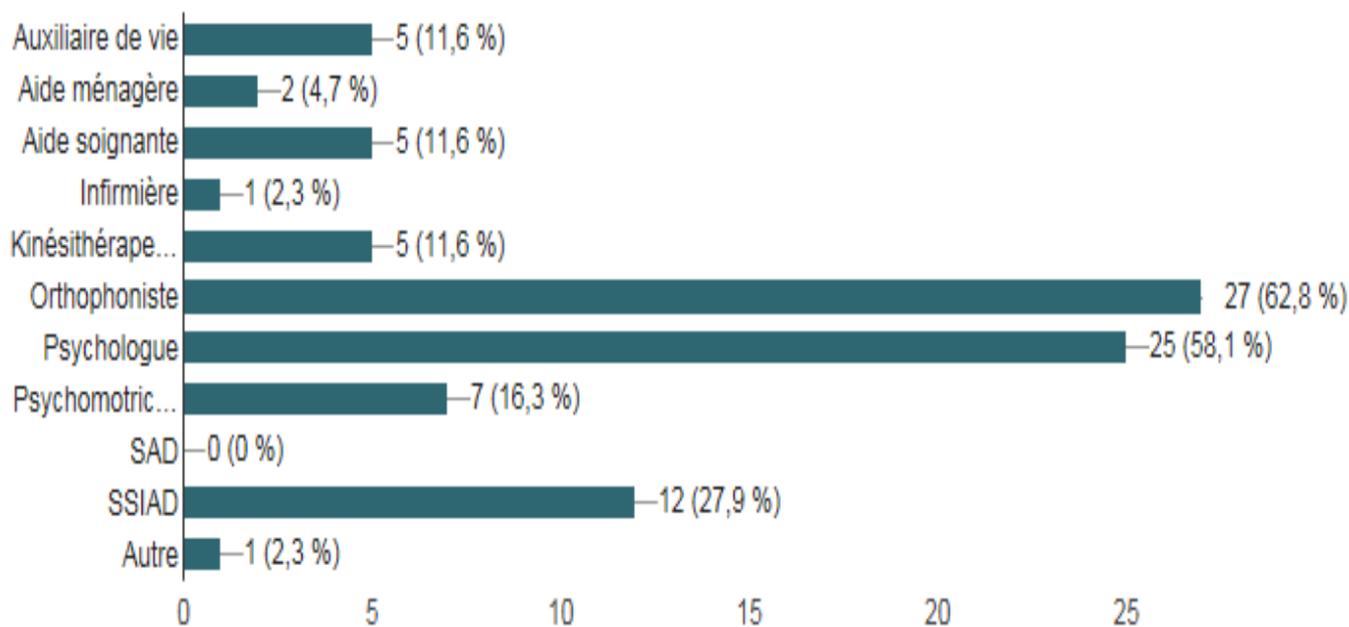
6.3/ La mobilisation d'intervenants paramédicaux

Les intervenants paramédicaux les plus sollicités étaient :

- Les Infirmiers diplômés d'Etat (IDE) (100% des médecins vont les solliciter)
- Puis les kinés par 93,9% des médecins répondants (46/49)
- Puis les SSIAD par 38,8% des médecins (19/49)



Parmi les intervenants que les généralistes trouvaient difficiles à mobiliser on retrouvait en premier les orthophonistes pour 62,8% des médecins, puis les psychologues.



7/ Les autres solutions proposées par les médecins généralistes

Cette question ouverte a été analysée en regroupant les différentes propositions en thèmes principaux.

- L'augmentation des places disponibles dans les courts séjours gériatriques ainsi que dans les moyens séjours et les accueils de jour.
- Possibilité d'avoir des hospitalisations de jour, voire de semaine pour effectuer un bilan de la perte d'autonomie et de son retentissement.
- La prévention de la perte d'autonomie.
- L'amélioration de la communication entre médecins généralistes, structures hospitalières, via notamment des réseaux.
- Permettre la prise en charge à domicile.

D. DISCUSSION

Notre enquête avait pour objectif d'évaluer les difficultés rencontrées par les médecins généralistes amiénois dans la prise en charge de la personne âgée dépendante. Les résultats ont montré que 73% des médecins ayant répondu, rencontraient des difficultés, ce qui concorde avec ce que l'on peut trouver dans la littérature.

L'enquête « Personne âgées et dépendance » (21) réalisée en 2000 en Ile-de-France arrivait au même résultat. Cette étude avait pour objectif de réaliser un « screening » de la prise en charge de la dépendance et de son évaluation en interrogeant un échantillon de 2100 médecins libéraux d'Ile-de-France toutes spécialités confondues (hormis les pédiatres) ; il y a eu un taux de 16,5% de participation [avec une très grande majorité de médecins généralistes 71% (246/348)]. Parmi les participants à l'enquête, 67,5% déclaraient effectivement ressentir des difficultés dans la prise en charge de la dépendance des sujets âgés.

Les autres enseignements de cette enquête étaient principalement la faible appartenance des professionnels à un réseau ; en effet, seulement 3% des médecins répondants appartenaient à un réseau même si 34% des médecins n'appartenant pas à un réseau souhaiteraient en faire partie. Il est intéressant de constater que plus de 70 % des médecins ayant participé à cette enquête, ont déclaré qu'ils utiliseraient des méthodes d'évaluation de la dépendance s'ils disposaient d'informations.

Cette première étude a été complétée en 2004 par l'enquête « Autonomie » (22) réalisée en Ile-de-France auprès de 15000 médecins généralistes et spécialistes. Cette enquête avait pour objectif d'évaluer les difficultés rencontrées par les médecins d'Ile-de-France dans la prise en charge du patient âgé en perte d'autonomie, de connaître les modalités de prise en charge et de coordination et d'initier une réflexion sur la gestion des patients âgés de plus de 75 ans en médecine ambulatoire. Cette seconde étude renforce également nos résultats puisque 90% des médecins répondants déclaraient rencontrer des difficultés dans la prise en charge des patients âgés dépendants. De plus, dans cette enquête « Autonomie », les médecins généralistes étaient plus nombreux à ressentir des difficultés (93,8 % versus 78,9% des spécialistes), en sachant que 1118 praticiens ont répondu à l'enquête adressée initialement à 15000 médecins. Toujours dans cette étude, il apparaissait que plus le médecin était jeune, plus il exprimait de difficultés (94,6% des médecins de moins de 40 ans versus 83,3 % des médecins de plus de 60 ans). Cette situation pourrait apparaître étonnante étant donné le

développement de la formation à la dépendance dans le cursus de médecine et en particulier de médecine générale (avec notamment des modules réservés à la gériatrie, au handicap et à sa prise en charge). Cependant, il peut également être supposé que les médecins généralistes plus âgés ont une plus grande expérience du terrain et des structures existantes pour la prise en charge de la perte d'autonomie et que cette expérience expliquerait la difficulté moindre de ces derniers.

Dans notre étude, nous n'avons pas constaté ce phénomène résultant de l'âge. La population médicale de notre étude présentait une moyenne d'âge de 50 ans et exprimait de manière générale de grandes difficultés dans la prise en charge de la dépendance de la personne âgée.

Dans notre travail, nous avons retrouvé des éléments identiques concernant les freins soulevés par les médecins généralistes ; dans plus de 90% des cas, les médecins exprimaient le sentiment d'un isolement du patient, dans 75%, un manque de structures d'hébergement non hospitalières et dans un quart des cas, un manque d'intervenants paramédicaux et un manque de structures de suivi et une difficulté de collaboration avec les structures médico-sociales du département (CLIC) ; bien que dans notre étude, dans un autre item du questionnaire, une très grande majorité des médecins (85% des répondants) avaient des relations avec les services sociaux pour prendre en charge la dépendance de leurs patients âgés. Il est possible que cette apparente contradiction soit liée au fait que le terme de « services sociaux » pour les médecins puisse recouvrir une grande variété de structures ou de professionnels (services sociaux du département, de l'arrondissement, du secteur, etc.).

Nos résultats montraient que les médecins répondants ne rencontraient majoritairement pas de difficultés à l'évaluation de la perte d'autonomie (68,8% versus 31,3%). Cet élément était également retrouvé dans l'étude « Autonomie » de 2004 (22). En effet, seuls 20% des médecins répondants à cette enquête exprimaient des difficultés pour évaluer la perte d'autonomie de leurs patients. Pour évaluer la perte d'autonomie de leurs patients les médecins répondants utilisaient essentiellement l'interrogatoire de l'entourage (75% des cas) et du patient (74 % des cas) ainsi que l'évaluation clinique (60% des cas). Les principales difficultés mentionnées étaient de plusieurs ordres : manque de connaissance et de formation pour assurer une évaluation correcte de la perte d'autonomie ; le manque de temps en consultation pour effectuer cette évaluation était également mis en avant ainsi que le manque de fiabilité de l'interrogatoire effectué par le médecin.

Les difficultés et par conséquent les pistes de réflexion et d'amélioration des prises en charge s'organisaient autour de trois axes :

- Difficultés liées au patient
- Manque d'information et de formation spécialisée
- Manque de coordination

1/ Difficultés liées aux patients :

Notre étude mentionnait essentiellement l'isolement du patient (94,5% des médecins répondants) ainsi que la polypathologie du patient (92%) et l'habitat inadapté (65% des médecins répondants).

La solitude du patient comme frein à la prise en charge de la dépendance avait déjà été mentionnée en 2004 dans l'enquête « Autonomie ». En effet, l'isolement du patient est lié dans la littérature à une santé précaire, un déclin fonctionnel (difficultés pour les activités basiques et instrumentales de la vie quotidienne, ADL et IADL), des chutes multiples, une mauvaise alimentation et certaines pathologies comme cataracte, glaucome et arthrose (appréciation du risque en termes de santé chez le sujet âgé isolé par Kharida et al en 2007 (22)). La solitude est un facteur prédictif de la fréquence des consultations chez les médecins généralistes au cabinet (après ajustement sur les facteurs sociodémographiques, socioéconomiques et de santé) comme l'a montré en 1999 l'étude de Ellaway et al. portant sur le rôle de la solitude dans la fréquence des consultations des personnes âgées. En revanche, il n'y a pas de lien significatif retrouvé entre le nombre de visites à domicile et cette solitude (23). L'activité sociale et l'environnement social favorables sont liés à une meilleure fonction cognitive globale ; en revanche l'importance du réseau social n'est pas liée à un meilleur fonctionnement cognitif. Ces résultats ont été montrés notamment par Krueger et al. en 2009 dans une étude portant sur l'association entre divers engagements sociaux et le niveau des fonctions cognitives chez 838 personnes sans démence et une moyenne d'âge de 80,2 ans (24, 25, 26, 27). D'autres études ont également montré qu'une activité cognitive fréquente était associée à une réduction de l'incidence de la maladie d'Alzheimer et à un déclin cognitif moins rapide (28).

Dans notre étude, plus d'un tiers des médecins répondants déclaraient des difficultés liées à la mauvaise acceptabilité des prescriptions et à l'inobservance. Ces difficultés peuvent être expliquées par le manque de confiance, le déni du besoin, ou encore la satisfaction de l'aide familiale (29- 30).

30% des médecins répondants évoquaient les difficultés administratives de leurs patients comme un frein à leur prise en charge. Résultat que l'on retrouvait dans l'enquête « Autonomie » de 2004 chez 43% des médecins interrogés. A domicile ou en institution une part du financement de la perte d'autonomie « reste à charge » du patient. En effet l'Aide Personnalisée à l'Autonomie (APA) créée en 2001, et revalorisée en 2015 pour le maintien à domicile, ne concerne qu'une population à partir du niveau 4 de la grille AGGIR, avec un montant maximum mensuel allant de 560 à 1300 euros qui ne couvre pas toujours la totalité des besoins de la personne âgée dépendante. Ainsi, à l'échelle du patient, les facteurs financiers peuvent représenter un obstacle au maintien à domicile alors qu'à l'échelle de la collectivité la prise en charge à domicile reste moins chère que l'institutionnalisation (31).

Enfin, 35% des médecins répondants décrivaient le retentissement de la perte d'autonomie de la personne âgée sur sa personnalité comme une difficulté importante dans la prise en charge de leur dépendance. La littérature confirme ce qui pourrait être logique. Les troubles du comportement et la démence augmentent les difficultés de la prise en charge du patient âgé et peuvent entraîner un retard diagnostique et une prise en charge par conséquent réactive plutôt que proactive et une approche pharmacologique plutôt que psycho-sociale (32-33).

Par ailleurs, très souvent, la personne âgée n'est pas reçue seule mais avec son aidant, ce qui implique une relation triangulaire médecin-personne âgée-aidant. Les difficultés relationnelles entre le patient et sa famille (mises en avant par 13,5 % des médecins répondants comme un frein à la prise en charge) ou encore entre le médecin et le patient (3% des médecins répondants) peuvent troubler le bon déroulement de la prise en charge (34). Cette relation triangulaire peut donc parfois se révéler être un obstacle dans la communication entre une personne âgée et son médecin. La littérature a montré qu'un patient âgé peut être moins communicatif et moins participer aux décisions le concernant en présence d'une tierce personne (35).

2/ Difficultés liées au manque de formation et d'informations

Les difficultés de prise en charge rencontrées par les médecins interrogés liées au manque d'informations et de formation étaient de plusieurs ordres.

2.1/ Le manque d'outils ou de formation pour évaluer la perte d'autonomie

Dans notre étude, 31,3% des médecins répondants déclaraient avoir des difficultés pour évaluer la perte d'autonomie de leurs patients âgés. Dans ces difficultés on retrouve essentiellement le manque d'outils validés et pratiques (40% des médecins rencontrant des difficultés à l'évaluation évoquent ce manque) et le manque de formation (33,3% des médecins en difficultés pour l'évaluation de la perte d'autonomie).

Par ailleurs, l'évaluation de la perte d'autonomie dans notre étude se faisait très majoritairement par l'évaluation clinique (96%) et l'interrogatoire de l'entourage (94%). L'évaluation par des tests neuropsychologiques (type MMSE) ou par l'intermédiaire de la grille AGGIR était réalisée par une minorité de médecins (9 médecins sur 49 utilisent la grille AGGIR et 3 seulement utilisent des tests neuropsychologiques).

Ces résultats sont cohérents avec ceux retrouvés dans les enquêtes précédentes, notamment l'enquête « Autonomie » de 2004 (21). De plus, l'enquête « Personnes âgées et Dépendance » (20) mettait en évidence le fait que les praticiens utiliseraient les informations sur les méthodes d'évaluation de la dépendance, s'ils en disposaient.

2.2/ Le manque de moyens de prise en charge de la dépendance

Notre étude mettait en avant la difficulté rencontrée par les médecins généralistes répondants, quant au manque de structures hospitalières et extrahospitalières, pour prendre le relais dans la prise en charge de la dépendance.

Or, l'enquête HID (8) montrait que seuls 15 % des plus de 75 ans dépendants voulaient aller en institution. Le nombre de places en maison de retraite à Amiens est actuellement de 962, plus 190 lits en USLD (36). Les besoins sont donc couverts.

La difficulté résiderait plus dans l'accès à cette institutionnalisation notamment sur le plan financier. Au 31 décembre 2016, dans la région Hauts-de-France, 115.000 personnes étaient concernées par l'APA. L'APA bénéficie à 9% des plus de 60 ans et à 24% des plus de 75 ans. Les 2/3 (67%) des bénéficiaires de l'APA dans notre région vivent à domicile. La moitié des personnes âgées avait moins de 18.570 euros annuels en 2013 (37) alors que le coût moyen d'une place en EHPAD en 2015 était de 2.200 euros par mois dans la Somme et 2.438 euros par mois en Picardie (38-39).

Dans notre enquête, 59,5% des médecins répondants soulevaient le manque de structures hospitalières adaptées pour patients âgés. Il faut cependant rappeler les missions des unités de Court Séjour Gériatrique et des SSR gériatriques. Ces derniers doivent en effet prendre en compte la perte d'autonomie, ou le risque de perte d'autonomie au décours d'un épisode aigu, pour organiser au mieux la prise en charge médicale mais ils ne doivent pas se substituer aux structures médico-sociales d'hébergement (type foyer logement, EHPAD pour des hébergements temporaires ou de longs séjours, unités de soins de longue durée ou ambulatoires).

Par ailleurs, depuis la première partie du plan Alzheimer (2008-2012), plusieurs structures ont été créées pour répondre à la question de la prise en charge au quotidien des personnes âgées dépendantes.

- Les Maisons pour l'Accueil et l'Intégration des malades d'Alzheimer (MAIA) représentent une organisation transversale des ressources dans le parcours de soins. Il ne s'agit pas d'une structure supplémentaire mais d'un concept d'intégration des services existants sur un territoire concernant la prise en charge des personnes âgées à risque de perte d'autonomie. L'objectif principal est une meilleure coordination entre les acteurs des champs sanitaires et médico-sociaux. Avec la mise en place de ces guichets uniques, le nombre moyen de contacts préalables nécessaires à la prise en charge d'un patient est passé de 3,24 à 1,3 (40). Il existe actuellement sur Amiens une MAIA labellisée par l'Agence Régionale de Santé (ARS).
- Les Equipes Spécialisées Alzheimer (ESA) sont des équipes pluridisciplinaires qui interviennent à domicile. Elles sont composées d'assistants en gérontologie, d'ergothérapeutes, d'infirmières et plus ou moins de psychomotriciens et plus ou

moins de psychologues. Dès le diagnostic, elles ont plusieurs objectifs principaux : soutenir et orienter l'aidant, apprendre de nouvelles stratégies de compréhension, diminuer les troubles du comportement, l'éducation thérapeutique et l'adaptation de l'environnement afin de permettre l'amélioration des potentiels cognitif, moteur, et sensoriel. Il existe 3 ESA dans la Somme trop méconnues des médecins généralistes (Amiens, Péronne et Acheux en Amiénois).

- Les Accueils de Jour permettent à des personnes vivant à domicile d'être accueillies sur une courte période ainsi qu'une prise en charge ambulatoire associant rééducation, stimulation et soutien de l'aidant. Ces structures ont pour mission de participer au maintien de l'autonomie et à la socialisation de la personne âgée en lui proposant des activités sous forme d'ateliers organisés autour d'équipes pluri-professionnelles. Les accueils de jour restent encore à ce jour trop méconnus et trop peu utilisés par les médecins généralistes. En effet, les accueils de jour recrutent essentiellement leurs patients via les services de gériatrie aiguë et les SSR ; le biais de recours via les médecins généralistes restent faible .

Il est également essentiel pour compléter le panorama des intervenants, d'évoquer la place importante des réseaux de santé. Les réseaux de santé gérontologiques regroupent un ensemble d'intervenants autour d'une personne âgée dépendante. Leur objectif est d'apporter une réponse adaptée aux besoins des personnes âgées dépendantes désirant vivre à domicile. Il assure une prise en charge globale (sanitaire et sociale) et coordonnée en permettant le maintien à domicile dans des conditions sanitaires et sociales optimales. Au sein du réseau, on retrouve des professionnels de santé libéraux médicaux et paramédicaux, un hôpital de proximité, un SSIAD et une assistante sociale. Actuellement, il existe 124 réseaux gérontologiques en France métropolitaine.

A Amiens, il existe le réseau PALPI 80 qui intervient en tant que réseau de gérontologie. Initialement réseau de soins palliatifs créé en 2004, il est devenu également réseau de gériatrie en septembre 2015, avec un territoire d'intervention couvrant l'est de la Somme. Il va d'Amiens à Péronne et de Montdidier à Albert. Il est composé de 2 médecins spécialisés en gériatrie, douleur et soins palliatifs, 3 IDE, une psychologue, une assistante sociale et un responsable administratif.

Enfin, il convient de citer (bien qu'absent à Amiens) l'intervention et la place essentielle dans ce dispositif coordonné des Centres Locaux d'Information et de Coordination Gériatrique (CLIC). Lancés en 2000, les CLIC sont des guichets uniques de proximité dont le rôle est de conseiller, informer, orienter les personnes âgées et leur famille ainsi que l'ensemble des professionnels intervenants auprès d'elles (38).

Le CLIC est donc à la fois :

- Un centre d'information et de renseignement sur l'ensemble des services disponibles à proximité du domicile
- Un lieu d'écoute, de solidarité et de communication
- Un espace où les personnes âgées peuvent recevoir de l'aide pour prendre les décisions liées à leur prise en charge.

Le CLIC obéit à une triple logique :

- De proximité
- D'accès facilité aux droits
- De mise en réseau entre les professionnels

Les missions des CLIC dépendent de leur niveau de labellisation. Il existe 3 niveaux de label :

- Niveau 1 : Mission d'accueil, d'information, d'écoute et de soutien
- Niveau 2 : en plus des requis du niveau 1 le CLIC niveau 2 organise des missions d'évaluation des besoins et d'élaboration d'un plan d'aides personnalisé.
- Niveau 3 : Le CLIC labellisé niveau 3 met en œuvre les plans d'aides et le suivi.

A ce jour, plus de 50% des CLIC sont gérés par une association, plus de 25% par une commune ou un Centre Communal d'Action Sociale (CCAS), 10% par un établissement hospitalier et un peu moins de 10% directement par un conseil général.

3/ Difficultés liées au manque de coordination

Notre enquête a montré que 65% des médecins répondants mettaient en avant des difficultés de coordination avec l'hôpital et 24%, des difficultés de coordination entre les différents intervenants autour de la personne âgée. Ces difficultés de coordination étaient aussi mises en avant dans les autres enquêtes et notamment dans l'enquête « Autonomie » de 2004 où 35% des médecins répondants évoquaient respectivement des difficultés de coordination avec les différents intervenants et avec les services sociaux.

Or, d'après la définition de la WONCA, la coordination des soins est l'apanache du médecin traitant. Il lui appartient de centraliser toutes les informations concernant le patient et provenant des différents intervenants et de mettre en place si nécessaire, un système d'aides adapté voire même, d'orienter son patient vers une institutionnalisation. Dans cette mission, le médecin traitant peut bénéficier de l'aide de plusieurs structures si elles existent sur son territoire : réseau de santé gériatrique, CLIC, MAIA, services sociaux et associations dédiées spécifiquement à la perte d'autonomie.

Dans notre échantillon, seulement 22,6% des médecins exprimaient des difficultés ou une absence de relations avec les CLIC ou les réseaux de santé. Une enquête réalisée par M. De Stampa et al. (41) en 2009 se proposait d'évaluer le ressenti des médecins généralistes de leur participation à un travail au sein d'un réseau de santé en fonction de leur participation à ce réseau (totale ou partielle) au travers d'une revue de la littérature d'études menées en Amérique du Nord.

Cette étude montrait que la participation à un réseau de soins permet une amélioration de la qualité des soins et que le mode de participation influe grandement sur la relation médecin-malade, le niveau d'autonomie professionnelle et la satisfaction professionnelle.

En effet, en cas de participation exclusive à un réseau, on notait une amélioration de la relation médicale dans 40% des cas et une augmentation de l'autonomie professionnelle dans 60% des cas et surtout, un sentiment d'amélioration de la qualité des soins dans 100% des cas.

En revanche, en cas de participation partielle au réseau, la relation médecin-malade était ressentie comme dégradée dans 100% des cas, l'autonomie professionnelle diminuée dans 100% des cas, une augmentation de la qualité des soins pour 66% des médecins seulement et une satisfaction professionnelle inchangée chez 2 médecins sur 3, un médecin sur 3 voyant sa satisfaction professionnelle diminuée.

On comprend dès lors, les difficultés des généralistes à vouloir s'intégrer dans un réseau de santé tout en gardant une activité libérale autonome.

Certains auteurs se sont intéressés aux difficultés des médecins généralistes pour faire appel aux structures ambulatoires de type réseau de santé ou hospitalisation à domicile (42, 43). Il apparaissait que ces médecins surestimaient souvent les difficultés d'accès à ces structures par manque d'information. On retrouvait également la notion de peur d'interférences dans une relation médecin-malade souvent de longue date avec une réticence à confier un patient à une structure mal connue dont les missions sont parfois difficiles à identifier pour les médecins généralistes.

Un autre élément explique les difficultés de coordination. Nous avons présenté précédemment l'éventail de structures créées lors du plan Alzheimer 2008-2012. Néanmoins, on comprend la difficulté des médecins à se repérer au sein de ces outils qui ont tous des missions différentes, même si les objectifs de ces nouvelles structures peuvent être interprétés comme communs, voire dans certains cas, identiques. Il faut donc une meilleure circulation de l'information et une meilleure communication autour des moyens possibles de prise en charge de la dépendance et des personnes âgées en général pour pouvoir effectuer une coordination de qualité.

Une solution aux difficultés de coordination et d'information pourrait être une simplification de la diffusion de l'information. En ce sens, un travail a été initié sur la filière gériatrique sous l'égide de l'ARS et confiée à la MAIA à savoir l'élaboration d'un site Web recensant les informations sur les professionnels de santé médicaux et paramédicaux du territoire pour donner une information claire à partir d'une base de données

unique et partagée entre toutes les structures intervenant autour des personnes âgées. Ce dispositif permettrait de centraliser les informations et de faciliter l'accès aux renseignements nécessaires pour le travail autour des soins par le médecin généraliste.

E. LIMITES

Les limites de notre étude sont liées à la méthodologie de notre travail ou encore au caractère descriptif de notre enquête.

1/ Limites liées à la méthodologie

Notre enquête s'effectue à partir d'un questionnaire créé par l'investigateur ; ce questionnaire n'avait pas été testé auparavant. On pourrait dès lors, s'interroger sur la qualité métrologique de l'outil. Plusieurs étapes de validation intrinsèque de l'outil d'enquête ont été réalisées dans le cadre de ce travail de thèse. Nous nous sommes ainsi appliqués à vérifier la bonne compréhension des différentes questions posées.

Les autres étapes de validation de l'outil (validation intrinsèque, extrinsèque, susceptibilité au changement des facteurs influençant les réponses aux questions) relèvent d'une thématique de recherche propre à l'utilisation d'outils de sondage qui dépasse le domaine de notre travail.

2/ Limites liées au caractère descriptif de notre enquête

Toute étude descriptive comme la nôtre pose le problème de la généralisation de ses résultats.

Le résultat principal de l'étude révèle que 73% des médecins ayant répondu à l'enquête éprouvent des difficultés dans la prise en charge de la dépendance du sujet âgé. Ce résultat est conforme à ceux retrouvés par différentes études menées en Ile de France et à Paris « Personne âgée et dépendance » (20), « Autonomie » (21), thèse de médecine générale sur le ressenti des médecins généralistes sur la prise en charge de la personne âgée à Paris intra muros.

Notre enquête avait par ailleurs un taux de réponse de 25%, supérieur à ceux des deux enquêtes réalisées en Ile-de-France. On pourrait cependant penser que les médecins répondant à ce type d'enquête sont probablement les plus sensibilisés et qu'il peut donc y avoir un biais de recrutement.

De plus, notre étude retrouvait des résultats identiques aux deux autres enquêtes réalisées en Ile-de-France, sur des échantillons de taille plus importante, concernant les items secondaires de l'enquête. Cette reproductibilité des résultats tend à plaider pour une certaine qualité de l'enquête menée, voire pour une certaine généralisation de ses résultats.

Enfin, nous avons vu que l'échantillon de médecins interrogés et ayant répondu, était hétérogène que ce soit en terme d'âge ou de typologie de patientèle, cette hétérogénéité retrouvée plaide pour une bonne représentation de notre échantillon en médecine générale.

F. CONCLUSION

Malgré plus de 15 ans entre notre étude et la première réalisée par l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS), le vécu par les médecins généralistes quant à la problématique de la dépendance chez le sujet âgé reste stable. Une très grande majorité des médecins généralistes ayant répondu au questionnaire éprouve des difficultés dans la prise en charge de la dépendance du sujet âgé. Les difficultés éprouvées s'articulent essentiellement autour de 3 points principaux ; des difficultés liées aux patients eux-mêmes (isolement, problèmes d'ordre économique ou administratif), les difficultés liées à un manque d'information et les difficultés liées à manque de coordination

De nombreux outils ont été introduits lors de multiples plans et notamment lors du plan Alzheimer 2008-2012 pour coordonner voire intégrer les acteurs des soins autour de la personne âgée en positionnant le médecin généraliste comme pivot central de la prise en charge.

Il ressort de notre étude que l'objectif n'est pas de proposer de nouvelles structures de coordination. En effet, beaucoup d'acteurs ont déjà ce rôle : médecins traitants, réseaux de santé, CLIC, MAIA, ESA, filières hospitalières gériatriques. L'objectif est de tendre vers une meilleure communication, information et formation autour des structures existantes, de leurs rôles et de leur place dans le système de soins pour la personne âgée. Cet objectif est d'autant plus important à poursuivre que nous allons connaître dans les 20 prochaines années, 2 révolutions démographiques importantes en France et notamment sur le territoire : un vieillissement important de la population avec une forte majoration de la proportion de personnes âgées dépendantes ainsi qu'une crise démographique concernant la population de médecins généralistes dont le nombre va fortement diminuer.

Une initiative est en cours de déploiement sur le territoire français depuis 2014 avec le dispositif PAERPA, intégrant une plate-forme d'information et d'orientation aux structures déjà existantes. Une nouvelle enquête pourrait être proposée à cinq ans sur le même territoire et avec le même outil afin d'évaluer les modifications concernant la prise en charge du sujet âgé dépendant par les médecins généralistes et d'estimer l'efficacité de ce dispositif sur le territoire.

G. BIBLIOGRAPHIE

1. Allen J, Gay B, Heyrman J, Svab I, Ram P, Crebolder H, et al. WONCA Europe [en ligne]. 2002. [Consulté le 15/07/ 2015]. Disponible sur : <http://www.woncaeurope.org>
2. Legifrance [en ligne]. France. [Consulté le 05 février 2016]. Mise à jour le 28 janvier 2016. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr>
3. Sénat [en ligne]. France, 2005. [Consulté le 15 juillet 2015]. Disponible sur : <http://www.senat.fr>
4. Dourgnon P, Guillaume S, Naïditch M, Ordonneau C. Les assurés et le médecin traitant : premier bilan après la réforme. Questions d 'économie de la santé. 2007 ; 124.
5. Société française de médecine générale [en ligne]. France [consulté le 10 octobre 2016]. Disponible sur : www.sfmng.org.
6. Bellamy V, Beaumel C. Insee-Première [en ligne]. France, janvier 2016. [Consulté le 05 septembre 2016]. Disponible sur : <http://www.insee.fr>
7. Blanpain N., Chardon O. Insee-Première [en ligne]. France, octobre 2010. [Consulté le 05 septembre 2016]. Disponible sur : <http://www.insee.fr>
8. Ankri J., Mormiche P. Incapacités et dépendance de la population âgée française : apport de l'enquête « Handicaps – Incapacités – Dépendance » (HID). Santé, société et Solidarité. 2002 ; 1: 25-38.
9. Dos Santos S., Makdessi Y. Une approche de l'autonomie chez les adultes et les personnes âgées : Premiers résultats de l'enquête Handicap-Santé 2008. Etudes et résultats. 2010 ; 718 : 1-8.
10. Lecroart A, Froment O, Marbot C, Roy D. Projection des populations âgées dépendantes- Deux méthodes d'estimation. Dossiers Solidarité et santé. 2013 ; 43 : 1-28.
11. Dr Khelifa A. La gériatrie pratique. France, Khelifa A, 2004 [consulté le 03 octobre 2015]. Mis à jour en 2017. Disponible sur : <http://geriatrie.webs.com>
12. Haute Autorité de Santé [en ligne]. France, mars 2014. [Consulté le 15 juin 2017]. Disponible sur www.has.fr.

13. Mouquet M-C, Oberlin P. Impact du vieillissement sur les structures de soins à l'horizon 2010, 2020, 2030. Etudes et résultats. 2008 ; 654 : 1-8.
14. Stille CJ, Jerant A, Bell D, Meltzer D, Elmore JG. Coordinating care across diseases, settings, and clinicians: a key role for the generalist in practice. *Ann Intern Med.* 2005 ; 142 : 700-8.
15. Stuck AE, Egger M, Hammer A, Minder CE, Beck JC. Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: systematic review and meta-regression analysis. *JAMA.* 2002 ; 287 : 1022-8.
16. Okie S. Home delivery-bringing primary care to the housebound elderly. *The New England Journal of Medicine.* 2008 ; 359 : 2409-2412.
17. Ameli.fr [en ligne]. France, 2016 [consulté le 14 juillet 2017]. Mis à jour le 28 mars 2017. Disponible sur : <http://www.ameli.fr>
18. Gallagher P, Barry P, O'Mahony D. Inappropriate prescribing in the elderly. *J Clin Pharm Ther.* 2007 ; 32 : 113-21.
19. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes : a review. *CMAJ.* 1995 ; 152 : 1423-33.
20. URML IDF. Enquête personnes âgées et dépendance. 2001.
21. URML IDF. Enquête Autonomie. 2004.
22. Kharicha K, Iliffe S, Harari D, Swift C, Gillmann G, Stuck AE. Health risk appraisal in older people: are older people living alone an "at-risk" group? *Br J Gen Pract.* 2007 ; 57 : 271-6.
23. Ellaway A, Wood S, Macintyre S. Someone to talk to? The role of loneliness as a factor in the frequency of GP consultations. *Br J Gen Pract.* 1999 ; 49 : 363-7.
24. Lauerjat F, Pennequin V, Fontaine R. Vieillissement et raisonnement: une approche multifactorielle. *L'année Psychologique.* 2005 ; 2 : 225-47.
25. Galdemar V, Gilles L, Loones A, Petit M. Credoc [en ligne]. France, 2013 [consulté le 23 mai 2017]. Disponible sur www.credoc.fr.
26. Krueger KR, Wilson RS, Kamenetsky JM, Barnes LL, Bienias JL, Bennett DA. Social engagement and cognitive function in old age. *Exp Aging Res.* 2009 ; 35 : 45-60.

27. Yeh SC, Liu YY. Influence of social support on cognitive function in the elderly. *BMC Health Serv Res.* 2003 ; 3 : 9.
28. Wilson RS, Scherr PA, Schneider JA, Tang Y, Bennett DA. Relation of cognitive activity to risk of developing Alzheimer disease. *Neurology.* 2007 ; 69 : 1911-20.
29. Veysset B. Dépendance et vieillissement. Collection “Logiques sociales”. In:L’Harmattan, editor. 1989. p.171.
30. Lubitz J, Cai L, Kramarow E, Lentzner H. Health, life expectancy, and health care spending among the elderly. *N Engl J Med.* 2003 ; 349 : 1048-55.
31. Dupont G. Le Monde [en ligne]. France, 12 juillet 2016 [consulté le 25 avril 2017]. Disponible sur : www.lemonde.fr.
32. Chapman DP, Williams SM, Strine TW, Anda RF, Moore MJ. Dementia and its implications for public health. *Prev Chronic Dis.* 2006 ; 3 : 134.
33. Hinton L, Franz CE, Reddy G, Flores Y, Kravitz RL, Barker JC. Practice constraints, behavioral problems, and dementia care: primary care physicians perspectives. *J Gen Intern Med.* 2007 ; 22 : 1487-92.
34. Berner YN. Elderly patients, physicians and family caregivers. *Isr Med Assoc J.* 2002 ; 4 : 812-3.
35. Williams SL, Haskard KB, DiMatteo MR. The therapeutic effects of the physician-older patient relationship: effective communication with vulnerable older patients. *Clin Interv Aging.* 2007 ; 2 : 453-67.
36. Annuaire des établissements pour personnes âgées. [en ligne]. Amiens [consulté le 05 mai 2017]. Disponible sur : www.lesmaisonsderetraite.fr.
37. Eble S. Insee [en ligne]. Hauts-de-France, décembre 2016 [consulté le 05 mai 2017]. Disponible sur : <https://www.insee.fr>.
38. Retraite plus [en ligne]. France, 2015 [consulté le 14 juillet 2017]. Disponible sur : <https://blog-maisons-de-retraite.retraiteplus.fr>.
39. Cap retraite [en ligne]. France, 2016 [consulté le 05 mai 2017]. Disponible sur : <https://www.capretraite.fr>.
40. Le Douarin B. Ordre national des médecins [en ligne]. France, juillet 2012 [consulté le 05 mai 2017]. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr>.

41. De Stempa M, Vedel I, Bergman H, Novella JI, Lapointe L. Fostering participation of general practitioners in integrated health services networks : incentives, barriers, and guidelines. *BMC Health Services Research* 2009 ; 9 : 48.
42. Leung I, Casalino E, Pateron D, Grateau G, Garandeanu E, de Stempa M. Participation of general practitioners in the management of their « hospital at home » patients. *Santé Publique* 2016 ; 28 : 499-504.
43. Ghadi V, Vedel I, Routelous C, de Stempa M, Ankri J, Cassou B, Lapointe L. Rôle d'interface d'un réseau gérontologique entre les acteurs du sanitaire et du maintien à domicile. *Santé Publique* 2011/4 ; 23 : 317-328.

H. ANNEXES

ANNEXE 1 : Echelle ADL

Activité	Description	Score
Hygiène corporelle	Autonome	0
	Aide partielle pour une partie du corps	1
	Aide pour plusieurs parties du corps ou toilette impossible	2
Habillage	Autonome pour le choix et l'habillage	0
	S'habille mais besoin d'aide pour se chausser	1
	Besoin d'aide pour choisir ses vêtements, pour s'habiller ou reste partiellement ou complètement déshabillé	2
Aller aux toilettes	Autonome	0
	Doit être accompagné, besoin d'aide	1
	Ne va pas aux wc, n'utilise pas le bassin, l'urinoir	2
Locomotion	Autonome	0
	Besoin d'aide	1
	Grabataire	2
Continence	Continent	0
	Incontinence occasionnelle	1
	Incontinence permanente	2
Repas	Autonome	0
	Aide pour couper la viande ou peler les fruits	1
	Aide complète ou alimentation artificielle	2

RESULTATS:

Cette échelle validée nécessite 3 évaluations étalées dans le temps.

Un score > 6 signe une dépendance.

Utile pour juger de l'état d'autonomie fonctionnelle du patient et décider des aides adéquates (repas à domicile, aide-ménagère, auxiliaire de vie, protection juridique)

ANNEXE 2 : Echelle i-ADL

1. Aptitude à utiliser le téléphone

- Se sert normalement du téléphone (téléphone de sa propre initiative, compose les numéros)

2. Moyens de transport

- Utilise les transports publics de façon indépendante ou conduit sa propre voiture

3. Responsabilité à l'égard de son traitement

- S'occupe personnellement de la prise de ses médicaments (doses et rythmes corrects)

4. Aptitude à gérer son budget

- Gère son budget de façon autonome (rédaction de chèques, loyer, factures, opérations à la banque)

Chacun des 4 items est coté (0) = dépendance, ou (1) = indépendance, selon la réponse.

Score/4

(score normal = 4/4)

RESULTATS:

Chaque catégorie obtient 0 ou 1, score total compris donc entre 0 et 4.

Si les 4 items sont perturbés, 37 % sont atteints de démence et 30 % la développeront dans l'année.

Il existe une échelle plus complète à 8 items.

ANNEXE 3 : Grille AGGIR

Nom et prénom
M. Sec. Soc.
Adresse
Né(e) le
Âge

Date de l'évaluation

Fiche récapitulative AGGIR

Activités réalisées par la personne seule	Pour chaque item, cocher les cases quand les conditions ne sont pas remplies (Réponse NON)				S = Spontanément	H = Habituellement	T = Totalem	C = Correctem	Code final	Code	Activités corporelles, mentales, domestiques et sociales.
	S	T	C	H							
1. Cohérence	communication	<input type="checkbox"/>			<p>Codage intermédiaire</p> <p>Pour chaque item cochez les cases quand les conditions ne sont pas remplies (réponse NON).</p> <p>Puis codez secondairement par A, B ou C selon le nombre d'adverbes cochés dans les quatre cases S à H.</p> <ul style="list-style-type: none"> Si aucun adverbe n'est coché codez A. (fait spontanément, totalement, correctement et habituellement) Si tous les adverbes sont cochés codez C (ne fait pas) Si une partie des adverbes seulement est cochée codez B. <p>Code final si sous-variables</p> <ul style="list-style-type: none"> Cohérence : <ul style="list-style-type: none"> AA = A ; CC, CB, BC, CA, AC = C ; AB, BA, BB = B Orientation : <ul style="list-style-type: none"> AA = A ; CC, CB, BC, CA, AC = C ; AB, BA, BB = B Toilette : <ul style="list-style-type: none"> AA = A ; CC = C ; Autres = B Habillage : <ul style="list-style-type: none"> AAA = A ; CCC = C ; Autres = B. Alimentation : <ul style="list-style-type: none"> AA = A ; CC, BC, CB = C ; Autres = B Élimination : <ul style="list-style-type: none"> AA = A ; CC, BC, CB, AC, CA = C ; Autres = B 						
	comportement	<input type="checkbox"/>									
2. Orientation	dans le temps	<input type="checkbox"/>									
	dans l'espace	<input type="checkbox"/>									
3. Toilette	haut	<input type="checkbox"/>									
	bas	<input type="checkbox"/>									
4. Habillage	haut	<input type="checkbox"/>									
	moyen	<input type="checkbox"/>									
	bas	<input type="checkbox"/>									
5. Alimentation	se servir	<input type="checkbox"/>									
	manger	<input type="checkbox"/>									
6. Élimination	urinaire	<input type="checkbox"/>									
	fécale	<input type="checkbox"/>									
7. Transferts		<input type="checkbox"/>									
8. Déplacements à l'intérieur		<input type="checkbox"/>									
9. Déplacements à l'extérieur		<input type="checkbox"/>									
10. Alerter		<input type="checkbox"/>									
11. Gestion		<input type="checkbox"/>									
12. Cuisine		<input type="checkbox"/>									
13. Ménage		<input type="checkbox"/>									
14. Transports		<input type="checkbox"/>									
15. Achats		<input type="checkbox"/>									
16. Suivi du traitement		<input type="checkbox"/>									
17. Activités du temps libre		<input type="checkbox"/>									

Groupe iso-ressources

Défini par le système informatique

ANNEXE 4 : MMSE

Mini Mental State Examination (MMSE) (Version consensuelle du GRECO)

Orientation

/ 10

Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire.
Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez.
Quelle est la date complète d'aujourd'hui ?

Si la réponse est incorrecte ou incomplète, posez les questions restées sans réponse, dans l'ordre suivant :

1. En quelle année sommes-nous ?
2. En quelle saison ?
3. En quel mois ?
4. Quel jour du mois ?
5. Quel jour de la semaine ?

Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous trouvons.

6. Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes ?*
7. Dans quelle ville se trouve-t-il ?
8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ?**
9. Dans quelle province ou région est située ce département ?
10. A quel étage sommes-nous ?

Apprentissage

/ 3

Je vais vous dire trois mots ; je vous voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les redemanderai tout à l'heure.

- | | | | |
|------------|---------------|-----------------|--------------------------|
| 11. Cigare | <i>Citron</i> | <i>Fauteuil</i> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Fleur | <i>Clé</i> | <i>Tulipe</i> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Porte | <i>Ballon</i> | <i>Canard</i> | <input type="checkbox"/> |

Répéter les 3 mots.

Attention et calcul

/ 5

Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ?*

14. 93
15. 86
16. 79
17. 72
18. 65

Pour tous les sujets, même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander :

Voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers ?**

Rappel

/ 3

Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandés de répéter et de retenir tout à l'heure ?

- | | | | |
|------------|---------------|-----------------|--------------------------|
| 11. Cigare | <i>Citron</i> | <i>Fauteuil</i> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Fleur | <i>Clé</i> | <i>Tulipe</i> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Porte | <i>Ballon</i> | <i>Canard</i> | <input type="checkbox"/> |

Langage

/ 8

- Montrer un crayon. 22. Quel est le nom de cet objet ?*
- Montrer votre montre. 23. Quel est le nom de cet objet ?**
24. Ecoutez bien et répétez après moi : « PAS DE MAIS, DE SI, NI DE ET »***

Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : « Ecoutez bien et faites ce que je vais vous dire :

25. Prenez cette feuille de papier avec votre main droite,
26. Pliez-la en deux,
27. Et jetez-la par terre. »****

Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractère : « FERMEZ LES YEUX » et dire au sujet :

28. « Faites ce qui est écrit ».

Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo, en disant :

29. « Voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière. »

Praxies constructives

/ 1

Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander :

30. « Voulez-vous recopier ce dessin ? »

ANNEXE 5 : Lettre de contact des médecins généralistes

Aude Crozat

Interne de médecine générale

Amiens, le 10/03/2015

Objet : Questionnaire de thèse de médecine générale adressé aux médecins généralistes amiénois

Cher confrère, Chère Consoeur,

Etant interne en troisième semestre de médecine générale. Je souhaite dans le cadre de la rédaction de ma thèse (dirigée par le docteur Maxime Ruelle, gériatre au CHU d'Amiens) recenser, grâce à une enquête, les difficultés de la prise en charge des personnes âgées de plus de 75 ans dépendantes, les solutions existantes et celles faisant défaut.

Pour ce faire, je vous sollicite par le biais d'un questionnaire interrogeant votre expérience de la prise en charge des patients âgés dépendants, les problèmes que vous rencontrez et vos méthodes pour y remédier, ainsi que votre ressenti.

Le questionnaire se présente sous la forme d'une page Web avec des questions à choix unique, à choix multiples ou à réponse ouverte (vingt-trois questions au total). Si vous souhaitez y répondre, cela vous prendra entre sept et dix minutes, vos réponses seront bien sûr anonymes. Pour cela, je vous envoie le lien vers la page internet hébergeant le questionnaire : <http://denislejeune.fr/MaximeRuelle/>.

Vous seriez bien entendu remerciés dans le corps de la thèse et pourrez, si vous le souhaitez, recevoir les résultats de la thèse une fois qu'elle sera terminée.

Vous remerciant par avance de votre bienveillance, je vous adresse mes salutations confraternelles.

Aude Crozat

ANNEXE 6 : Questionnaire envoyé aux médecins généralistes

Analyse des difficultés de prise en charge des personnes âgées de plus de 75 ans dépendantes par les médecins généralistes amiénois : les problèmes rencontrés, les solutions apportées, le ressenti des généralistes.

1/ Caractéristiques socio- démographiques des médecins :

- a. Année de naissance :
- b. Sexe
 - Masculin
 - Féminin
- c. Mode d'exercice
 - Généraliste exclusif
 - Autre(s) activité(s) : acupuncture, ostéopathie...

2/ Parcours professionnel :

- a. Année de première installation :
- b. Cours universitaire
 - Stage de 6 mois auprès d'un médecin généraliste
 - Stage dans un service de gériatrie (gériatrie aïgue, SSR)
- c. Formation initiale : Êtes-vous titulaires d'un DESC, d'une Capacité ou d'un DU particuliers ? si oui lequel

3/ Typologie de la patientèle :

- a. Quelle proportion de votre patientèle a plus de 75 ans ?
 - 0 – 10%
 - 10 – 20%
 - 20 – 30%
 - 30 - 40%

- b. Parmi ces patients âgés de plus de 75 ans, quelle proportion est en perte d'autonomie ?
- 0 – 10%
 - 10 – 20%
 - 20 – 30%
 - 30 – 40%
 - 40 – 50%
- c. Parmi ces patients âgés de plus de 75 ans en perte d'autonomie, quelle proportion est prise en charge au cabinet ?
- 0 – 10%
 - 10 – 20%
 - 20 – 30%
 - 30 – 40%
 - 40 – 50%
- d. Parmi ces patients âgés de plus de 75 ans en perte d'autonomie, quelle proportion est prise en charge à domicile ?
- 0 – 10%
 - 10 – 20%
 - 20 – 30%
 - 30 – 40%
 - 40 – 50%
- e. Parmi ces patients âgés de plus de 75 ans en perte d'autonomie, quelle proportion est prise en charge en institution ?
- 0 – 10%
 - 10 – 20%
 - 20 – 30%
 - 30 – 40%
 - 40 – 50%

4 / Difficultés de prise en charge

Rencontrez-vous des difficultés lors de la prise en charge de vos patients âgés de plus de 75 ans en perte d'autonomie ?

- OUI
- NON

SI oui lesquelles ?

5/ Difficultés de prise en charge, concernant le patient et son environnement :

- Les pathologies même du patient
- Les retentissements de la perte d'autonomie de la personne âgée sur sa personnalité
- Isolement du patient
- Mauvaise acceptabilité de certaines prescriptions, inobservance
- Difficultés financières dans l'accès aux soins
- Difficultés administratives dans l'accès aux soins
- Difficultés techniques d'accès au cabinet pour le patient
- Difficultés relationnelles patient- famille
- Difficultés relationnelles médecin-famille
- Difficultés relationnelles médecin -patient
- Habitat inadapté

6/ Difficultés de prise en charge concernant l'environnement professionnel :

- Absence de coordination avec les structures hospitalières
- Absence de coordination entre intervenants sur un même patient
- Manque de structures hospitalières adaptées pour patients âgés
- Manque de structure d'hébergement non hospitalière
- Absence ou difficultés avec les CLIC (Centres locaux d'information et de coordination gérontologique)
- Manque de services de soins à domicile
- Manque d'intervenants paramédicaux au domicile
- Mauvaise qualité ou qualité très variable des services à domicile
- Trop de structures concurrentes dans leur mission ou fonctionnement
- Prise en charge sociale et économique défailante

7/ Difficultés de prise en charge concernant votre pratique

- Temps consacré à la coordination trop important
- Environnement peu favorable à un suivi régulier
- Manque de formation spécifique
- Difficultés d'orientation vers structure adaptée

8/ Rencontrez-vous des difficultés lors de l'évaluation de la perte d'autonomie ?

- Oui
- Non

Si oui, lesquelles ?.....

9/ Quelles méthodes utilisez-vous pour évaluer la perte d'autonomie ?

- Tests neuropsychologiques (MMS, 5 mots de Dubois, BREF)
- Centre d'évaluation gériatrique
- Evaluation clinique
- Grille AGGIR
- Interrogatoire de l'entourage
- Recours à une consultation spécialisée libérale ou hospitalière
- Autres, précisez :

10/ Avez-vous recours à une association spécifique s'occupant de la perte d'autonomie (SSIAD, ADMR, CIVOM) ?

- Tout le temps
- Occasionnellement
- Fréquemment
- Jamais

Si oui, lesquelles ?.....

Si non, pourquoi ?.....

11/ Dans le cadre de la prise en charge de vos patients en perte d'autonomie, êtes-vous en relation avec les services sociaux (assistance sociale par exemple) ?

- Oui
- Non

Si oui, lesquelles ?.....

Si non, pourquoi ?.....

12/ Parmi les intervenants suivants, quels sont ceux à qui vous faites appel le plus souvent ?

- SSIAD
- IDE libérale
- Kinésithérapeute
- Orthophoniste
- Psychologue / centre médico- psychologique
- Autres, précisez :

13/ Quels sont ceux qui vous manquent le plus souvent ?

- SSIAD
- Infirmière
- Kinésithérapeute
- Orthophoniste
- Psychologue
- ergothérapeute
- Psychomotricienne
- .Autres.....

14/ Avez-vous d'autres solutions aux difficultés de prise en charge des sujets âgés de plus de 75 ans en perte d'autonomie ?

15/ Quelles solutions non citées ci-dessus envisagez vous au problème de la dépendance des sujets âgés ?

RESUME

Titre : Prise en charge de la personne âgée dépendante par les médecins généralistes amiénois : difficultés, pratiques et solutions.

INTRODUCTION : Vu le rôle central des médecins généralistes (MG) dans la réponse aux besoins primaires, leur vision de la problématique du vieillissement et de la dépendance semblait primordiale. L'objectif principal de notre étude était de savoir si la prise en charge des personnes âgées (PA) dépendantes apparaissait difficile pour les MG et l'objectif secondaire de recenser les éventuelles difficultés, les solutions imaginées ou souhaitées.

METHODE : Un questionnaire avec questions à choix unique, choix multiples ou réponse ouverte a été créé et envoyé aux MG amiénois.

RESULTATS : 73% des répondants déclaraient avoir des difficultés dans la prise en charge de la dépendance des PA. Les difficultés s'organisaient autour de trois axes : celles liées aux patients, au manque de formation et d'information et au manque de coordination.

DISCUSSION : Il ressortait de notre enquête un manque important de formation, information, communication et coordination autour des nombreuses structures existantes. Les rôles et places dans le système de santé pour la PA des ces structures sont trop méconnus. Il faut insister sur l'accès à ces différentes structures, afin de soutenir les médecins généralistes dont le vécu quant à la problématique de la dépendance du sujet âgé est difficile.

CONCLUSION : L'objectif n'est pas de proposer de nouvelles structures de coordination mais de tendre vers une meilleure communication et information autour des structures existantes.

MOTS CLES : Médecine générale, personne âgée dépendante, prise en charge à domicile, système de soins.

SUMMARY

Title: Patients care for dependent elderly person by general practitioners in Amiens.

INTRODUCTION: General practitioners (GP) have a key role in primary needs answer. Their vision of accelerated aging and medical dependency research problem seems to have a decisive role in order to improve care pathways of elderly people (EP) with loss of autonomy. Main objective was to know if medical management for dependent persons was difficult for doctors.

METHODS: A short questionnaire from simple, multiple-choice, to an open writing question based on 15 questions was created and sent to GP in the city of Amiens.

RESULTS: A very large majority (73%) of respondents consider having difficulties in the medical management of dependent EP; Difficulties comprise three main building blocks: first those related directly patients, secondly linked to the lack of training and information and then, those related to the lack of coordination.

DISCUSSION: Our survey only reflected the common feeling namely a significant lack of training, information, communication and coordination among various existing structures. Nowadays, the health care structures for aged persons with loss of autonomy is relatively unknown by practitioners. A better knowledge by better information about the efficient structures should provide an effective way to improve the practice and the quality of work for practitioners.

CONCLUSION: The objective is not to create new structures of coordination but to improve communication and information about existing structures.

KEY WORDS: General practitioners, dependent elderly person, patients care at home, care system.