Comment les médecins généralistes de la région havraise anticipent l'entrée en EHPAD de leurs patients ?

Périne Dangéli

▶ **To cite this version:**

Périne Dangéli. Comment les médecins généralistes de la région havraise anticipent l'entrée en EHPAD de leurs patients ?. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01905963

HAL Id: dumas-01905963

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01905963

Submitted on 26 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.

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNÉE 2017-2018 **N°**

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Périne DANGÉLI

Née le 3 Juin 1990 À Reims (51)

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 11 Octobre 2018

Comment les médecins généralistes de la Région Havraise anticipent l'entrée en EHPAD de leurs patients ?

PRÉSIDENT DE JURY : Pr Jean DOUCET
MEMBRES DU JURY : Dr Joël LADNER
Dr Yveline SEVRIN

DIRECTEUR DE THÈSE : Dr Elsa FAGOT GRIFFIN

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2017-2018

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2017 - 2018

U.F.R. DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESSEURS : **Professeur Michel GUERBET**

Professeur Benoit VEBER

Professeur Pascal JOLY

Professeur Stéphane MARRET

I - **MÉDECINE**

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS – PRATICIENS HOSPITALIERS

M. Frédéric **ANSELME**	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle **APTER**	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle **AUQUIT AUCKBUR**	HCN	Chirurgie plastique
M. Fabrice **BAUER**	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya **BEKRI**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
M. Ygal **BENHAMOU**	HCN	Médecine interne
M. Jacques **BENICHOU**	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
M. Olivier **BOYER**	UFR	Immunologie
Mme Sophie **CANDON**	HCN	Immunologie
M. François **CARON**	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Philippe **CHASSAGNE** *(détachement)*	HCN	Médecine interne (gériatrie) – Détachement
M. Vincent **COMPERE**	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
M. Jean-Nicolas **CORNU**	HCN	Urologie
M. Antoine **CUVELIER**	HB	Pneumologie
M. Pierre **CZERNICHOW** *(surnombre)*	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean-Nicolas **DACHER**	HCN	Radiologie et imagerie médicale

M. Stéfan **DARMONI**	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
M. Pierre **DECHELOTTE**	HCN	Nutrition
M. Stéphane **DERREY**	HCN	Neurochirurgie
M. Frédéric **DI FIORE**	CB	Cancérologie
M. Fabien **DOGUET**	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
M. Jean **DOUCET**	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
M. Bernard **DUBRAY**	CB	Radiothérapie
M. Philippe **DUCROTTE**	HCN	Hépato-gastro-entérologie
M. Frank **DUJARDIN**	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
M. Fabrice **DUPARC**	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. Eric **DURAND**	HCN	Cardiologie
M. Bertrand **DUREUIL**	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène **ELTCHANINOFF**	HCN	Cardiologie
M. Manuel **ETIENNE**	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Thierry **FREBOURG**	UFR	Génétique
M. Pierre **FREGER**	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
M. Jean François **GEHANNO**	HCN	Médecine et santé au travail
M. Emmanuel **GERARDIN**	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille **GERARDIN**	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume **GOURCEROL**	HCN	Physiologie
M. Dominique **GUERROT**	HCN	Néphrologie
M. Olivier **GUILLIN**	HCN	Psychiatrie Adultes
M. Didier **HANNEQUIN**	HCN	Neurologie
M. Fabrice **JARDIN**	CB	Hématologie
M. Luc-Marie **JOLY**	HCN	Médecine d’urgence
M. Pascal **JOLY**	HCN	Dermato – Vénéréologie
Mme Bouchra **LAMIA**	Havre	Pneumologie
Mme Annie **LAQUERRIERE**	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
M. Vincent **LAUDENBACH**	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
M. Joël **LECHEVALLIER**	HCN	Chirurgie infantile
M. Hervé **LEFEBVRE**	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
M. Thierry **LEQUERRE**	HB	Rhumatologie

Mme Anne-Marie **LEROI**	HCN	Physiologie
M. Hervé **LEVESQUE**	HB	Médecine interne
Mme Agnès **LIARD-ZMUDA**	HCN	Chirurgie Infantile
M. Pierre Yves **LITZLER**	HCN	Chirurgie cardiaque
M. Bertrand **MACE**	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David **MALTETE**	HCN	Neurologie
M. Christophe **MARGUET**	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle **MARIE**	HB	Médecine interne
M. Jean-Paul **MARIE**	HCN	Oto-rhino-laryngologie
M. Loïc **MARPEAU**	HCN	Gynécologie - Obstétrique
M. Stéphane **MARRET**	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique **MERLE**	HCN	Epidémiologie
M. Pierre **MICHEL**	HCN	Hépato-gastro-entérologie
M. Benoit **MISSET**	HCN	Réanimation Médicale
M. Jean-François **MUIR** *(surnombre)*	HB	Pneumologie
M. Marc **MURAINE**	HCN	Ophtalmologie
M. Philippe **MUSETTE**	HCN	Dermatologie - Vénéréologie
M. Christophe **PEILLON**	HCN	Chirurgie générale
M. Christian **PFISTER**	HCN	Urologie
M. Jean-Christophe **PLANTIER**	HCN	Bactériologie - Virologie
M. Didier **PLISSONNIER**	HCN	Chirurgie vasculaire
M. Gaëtan **PREVOST**	HCN	Endocrinologie
M. Jean-Christophe **RICHARD** *(détachement)*	HCN	Réanimation médicale - Médecine d’urgence
M. Vincent **RICHARD**	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie **RIVES**	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
M. Horace **ROMAN**	HCN	Gynécologie - Obstétrique
M. Jean-Christophe **SABOURIN**	HCN	Anatomie - Pathologie
M. Guillaume **SAVOYE**	HCN	Hépato-gastrologie
Mme Céline **SAVOYE–COLLET**	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale **SCHNEIDER**	HCN	Pédiatrie
M. Michel **SCOTTE**	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne **TAMION**	HCN	Thérapeutique
M. Luc **THIBERVILLE**	HCN	Pneumologie
M. Christian **THUILLEZ** *(surnombre)*	HB	Pharmacologie

M. Hervé **TILLY**	CB	Hématologie et transfusion
M. Gilles **TOURNEL**	HCN	Médecine Légale
M. Olivier **TROST**	HCN	Chirurgie Maxillo-Faciale
M. Jean-Jacques **TUECH**	HCN	Chirurgie digestive
M. Jean-Pierre **VANNIER** *(surnombre)*	HCN	Pédiatrie génétique
M. Benoît **VEBER**	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
M. Pierre **VERA**	CB	Biophysique et traitement de l'image
M. Eric **VERIN**	HB	Service Santé Réadaptation
M. Eric **VERSPYCK**	HCN	Gynécologie obstétrique
M. Olivier **VITTECOQ**	HB	Rhumatologie
Mme Marie-Laure **WELTER**	HCN	Physiologie

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle **BARBIER-FREBOURG**	HCN	Bactériologie – Virologie
Mme Carole **BRASSE LAGNEL**	HCN	Biochimie
Mme Valérie **BRIDOUX HUYBRECHTS**	HCN	Chirurgie Vasculaire
M. Gérard **BUCHONNET**	HCN	Hématologie
Mme Mireille **CASTANET**	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie **CHASTAN**	HCN	Neurophysiologie
Mme Sophie **CLAEYSSENS**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
M. Moïse **COEFFIER**	HCN	Nutrition
M. Serge **JACQUOT**	UFR	Immunologie
M. Joël **LADNER**	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean-Baptiste **LATOUCHE**	UFR	Biologie cellulaire
M. Thomas **MOUREZ**	HCN	Virologie
M. Gaël **NICOLAS**	HCN	Génétique
Mme Muriel **QUILLARD**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia **ROLLIN**	HCN	Médecine du Travail
M. Mathieu **SALAUN**	HCN	Pneumologie
Mme Pascale **SAUGIER-VEBER**	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire **TOBENAS-DUJARDIN**	HCN	Anatomie
M. David **WALLON**	HCN	Neurologie

PROFESSEUR AGRÉGÉ OU CERTIFIÉ

M. Thierry **WABLE**	UFR	Communication
Mme Mélanie **AUVRAY-HAMEL**	UFR	Anglais

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

M. Thierry **BESSON**	Chimie Thérapeutique
M. Roland **CAPRON** (PU-PH)	Biophysique
M. Jean **COSTENTIN** (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle **DUBUS**	Biochimie
M. Loïc **FAVENNEC** (PU-PH)	Parasitologie
M. Jean Pierre **GOULLE** (Professeur émérite)	Toxicologie
M. Michel **GUERBET**	Toxicologie
Mme Isabelle **LEROUX - NICOLLET**	Physiologie
Mme Christelle **MONTEIL**	Toxicologie
Mme Martine **PESTEL-CARON** (PU-PH)	Microbiologie
M. Rémi **VARIN** (PU-PH)	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie **VAUGEOIS**	Pharmacologie
M. Philippe **VERITE**	Chimie analytique

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

Mme Cécile **BARBOT**	Chimie Générale et Minérale
M. Jérémy **BELLIEN** (MCU-PH)	Pharmacologie
M. Frédéric **BOUNOURE**	Pharmacie Galénique
M. Abdeslam **CHAGRAOUI**	Physiologie
Mme Camille **CHARBONNIER (LE CLEZIO)**	Statistiques
Mme Elizabeth **CHOSSON**	Botanique
Mme Marie Catherine **CONCE-CHEMTOB**	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile **CORBIERE**	Biochimie
M. Eric **DITTMAR**	Biophysique
Mme Nathalie **DOURMAP**	Pharmacologie
Mme Isabelle **DUBUC**	Pharmacologie
Mme Dominique **DUTERTE- BOUCHER**	Pharmacologie

M. Abdelhakim **ELOMRI**	Pharmacognosie
M. François **ESTOUR**	Chimie Organique
M. Gilles **GARGALA** (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL **GHARBI-HAMZA**	Chimie analytique
Mme Marie-Laure **GROULT**	Botanique
M. Hervé **HUE**	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia **LE GOFF**	Parasitologie – Immunologie
Mme Hong **LU**	Biologie
M. Jérémie **MARTINET** (MCU-PH)	Immunologie
Mme Marine **MALLETER**	Toxicologie
Mme Sabine **MENAGER**	Chimie organique
Mme Tiphaine **ROGEZ-FLORENT**	Chimie analytique
M. Mohamed **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mme Malika **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mme Christine **THARASSE**	Chimie thérapeutique
M. Frédéric **ZIEGLER**	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIÉS

Mme Cécile **GUERARD-DETUNCQ**	Pharmacie officinale
M. Jean-François **HOUIVET**	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIÉ

Mme Mathilde **GUERIN**	Anglais

ATTACHÉS TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme Anne-Sophie **CHAMPY**	Pharmacognosie
M. Jonathan **HEDOUIN**	Chimie Organique
Mme Barbara **LAMY-PELLETER**	Pharmacie Galénique

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile **BARBOT**	Chimie Générale et minérale
M. Thierry **BESSON**	Chimie thérapeutique
M. Roland **CAPRON**	Biophysique
Mme Marie-Catherine **CONCE-CHEMTOB**	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth **CHOSSON**	Botanique
Mme Isabelle **DUBUS**	Biochimie
M. Abdelhakim **ELOMRI**	Pharmacognosie
M. Loïc **FAVENNEC**	Parasitologie
M. Michel **GUERBET**	Toxicologie
M. François **ESTOUR**	Chimie organique
Mme Isabelle **LEROUX-NICOLLET**	Physiologie
Mme Martine **PESTEL-CARON**	Microbiologie
M. Mohamed **SKIBA**	Pharmacie galénique
M. Rémi **VARIN**	Pharmacie clinique
M. Philippe **VERITE**	Chimie analytique

III – MÉDECINE GÉNÉRALE

PROFESSEUR

M. Jean-Loup **HERMIL** (PU-MG)	UFR	Médecine générale

MAÎTRE DE CONFÉRENCE

M. Matthieu **SCHUERS** (MCU-MG)	UFR	Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIÉS A MI-TEMPS – MÉDECINS GÉNÉRALISTE

M. Emmanuel **LEFEBVRE**	UFR	Médecine générale
Mme Elisabeth **MAUVIARD**	UFR	Médecine générale
M. Philippe **NGUYEN THANH**	UFR	Médecine générale
Mme Marie Thérèse **THUEUX**	UFR	Médecine générale

MAÎTRE DE CONFÉRENCES ASSOCIÉ A MI-TEMPS – MÉDECINS GÉNÉRALISTES

M. Pascal **BOULET**	UFR	Médecine générale
M. Emmanuel **HAZARD**	UFR	Médecine générale
Mme Marianne **LAINE**	UFR	Médecine générale
Mme Lucile **PELLERIN**	UFR	Médecine générale
Mme Yveline **SEVRIN**	UFR	Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

M. Serguei **FETISSOV** (med)	Physiologie (ADEN)
M. Paul **MULDER** (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su **RUAN** (med)	Génie Informatique

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

M. Sahil **ADRIOUCH** (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle **BOUGEARD-DENOYELLE** (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079**)**
Mme Carine **CLEREN** (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain **FRAINEAU** (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline **GAILDRAT** (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
M. Nicolas **GUEROUT** (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel **LETELLIER** (med)	Physiologie
Mme Christine **RONDANINO** (med)	Physiologie de la reproduction
M. Antoine **OUVRARD-PASCAUD** (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
M. Frédéric **PASQUET**	Sciences du langage, orthophonie
Mme Isabelle **TOURNIER** (med)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique **DELAFONTAINE**

HCN - Hôpital Charles Nicolle

CB - Centre Henri Becquerel

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

SJ – Saint Julien Rouen

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Sommaire

Serment d'Hippocrate…… 15

Remerciements……...16

Abréviations……...18

I. Introduction…… 20
1. Un défi démographique……..20
2. Faible augmentation de l'espérance de vie en bonne santé……21
3. Le maintien à domicile……..……...22
3.1 Les aides financières…… 22
3.2 Les services d'aide……...23
4. L'institutionnalisation……..……... 25
5. Représentations négatives des EHPAD……..27
6. Rôle central du médecin généraliste…….. 28
7. Les EHPAD sur le territoire de la CODAH……29

II. Matériel et Méthodes……32
1. Type d'étude……...32
2. Objectifs de l'étude…… 32
3. Constitution d'un échantillon……32
4. Recueil des données……...33
5. Analyse des données…….. 33

III. Résultats……...34
1. Caractéristiques de la population étudiée…….. 34
2. Rôle du médecin généraliste dans l'entrée en EHPAD……..35
2.1 Compétences médicales……... 35
2.2 Relation médecin – patient……...36
2.3 Aider l'aidant……... 37
2.4 Coordination des soins……38
3. Aborder un sujet délicat…… 39
3.1 Identifier la population concernée……... 39
3.2 Pourquoi anticiper…… 40
3.3 Les moyens d'anticipation et les mesures mises en place……... 42
4. Les déterminants du choix…… 45
4.1 Du côté médecin…….. 45
4.2 Du côté patient…… 48
4.3 Les critères du choix de l'EHPAD……...50
4.4 Les difficultés rencontrées par le médecin généraliste…… 52
5. Les ressources…… 53
5.1 Les aidants……... 53
5.2 Les assistantes sociales…… 55
5.3 Les avis spécialisés…….. 56
5.4 Le CLIC (centre local d'information et de coordination)…… 57
5.5 ViaTrajectoire……...58

IV. Discussion…… 59
1. Les forces et faiblesses……...59
1.1 Les forces……59
1.2 Les faiblesses……... 59
2. Comparaison des résultats à la littérature…….. 60
2.1 Dépistage de la fragilité……... 60
2.2 Anticiper l'entrée en EHPAD, une étape difficile, mais pas impossible……..61
2.3 Le relation médecin – patient……...62
2.4 La vision des EHPAD par les médecins généralistes……...63
2.5 Le rôle de l'entourage…….. 64
2.6 Le rôle du médecin généraliste vis-à-vis de l'aidant……... 65
2.7 Cadre légal de l'institutionnalisation……... 66
3. Ouverture……... 67

Conclusion……. 68

Bibliographie……. 69

Annexes……. 72
Annexe 1 – Consentement……. 72
Annexe 2 – Guide d'entretien……. 74

Résumé……...76

Serment d’Hippocrate

Au moment d’être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d’être fidèle aux lois de l’honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J’interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l’humanité. J’informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n’exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l’indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l’intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l’intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l’indépendance nécessaire à l’accomplissement de ma mission. Je n’entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J’apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu’à leurs familles dans l’adversité. Que les hommes et mes confrères m’accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j’y manque.

Remerciements

A mon président de jury, Monsieur le Professeur DOUCET,
Merci d’avoir accepté de présider mon jury de thèse. Vous me faites l'honneur de juger mon travail. Veuillez recevoir l'expression de ma respectueuse gratitude.

A ma directrice de thèse, Madame le Docteur FAGOT GRIFFIN,
Merci d’avoir accepté d’être ma directrice de thèse. Tes conseils, ton aide et ta patiente m’ont permis de venir à bout de ce travail. J’ai eu de la chance de t’avoir comme directrice. Merci.

A Monsieur le Docteur LADNER,
Vous avez gentiment accepté de faire partie du jury. Merci de l’attention que vous avez porté à mon travail. Veuillez recevoir le témoignage de ma gratitude et de mon profond respect.

A Madame le Docteur SEVRIN,
Merci d’avoir accepté de faire partie du jury. Je vous remercie de l’intérêt que vous avez porté au sujet. Soyez assurée de ma reconnaissance.

Aux médecins interviewés,
Je vous remercie pour le temps que vous m’avez accordé, pour la sympathie avec laquelle vous avez accepté de répondre à mes questions, et pour la réflexion que vous m’avez permise d’avoir par vos différentes réponses.

Merci aux différentes équipes des stages qui ont jalonné mon parcours. C’est grâce à vous si j’en suis là. Merci à toute l’équipe des urgences d’Évreux, à celle des urgences pédiatriques de Monod, ainsi qu’à celle du service de gynécologie de Lillebonne. Et avant cela, les différents terrains de stage de mon externat à Robert Debré et à l’Hôpital Maison Blanche de Reims.

Merci au Docteur BARREZ et à son équipe pour m’avoir fait découvrir un milieu auquel je n’aurais jamais pensé avoir affaire.

Un grand merci au cabinet Flaubert du Havre, ces 6 mois avec vous m’ont permis de prendre confiance en moi. Merci à Xavier, Matthieu, Pascale pour m’avoir encouragé et aidé dans ma pratique médicale. Merci à Richard et Géraldine pour votre aide, nos discussions, et d’avoir volé à mon secours après mon accident. Je ne vous oublierai pas.

Merci au Dr Guillaume ANQUETIL pour nous avoir permis de passer des ED très sympa, où la discussion a toujours été ouverte. Merci de nous avoir préparés à l’installation, avec des cours pratiques sur les choses à savoir quand on intègre un cabinet, tous ces détails du quotidien qu’on ne nous avait pas enseignés avant.

A mes parents,
Pour m’avoir soutenue tout au long de ces années, je ne serais pas là sans vous. Merci d’être toujours présents.

A Gautier, mon frère,
Merci pour tes blagues, et tes réflexions toujours très caustiques. On ne s’ennuie jamais avec toi.

A Super Mamie,
Pour nos rigolades, les gâteaux apéritifs et les bonbons, tu nous as vraiment gâtés. Avec toi, on était des rois.

A Mamie Ascenseur,
Merci pour les réunions de famille, c’est grâce à toi qu’on est si proche.
A notre colocation à trois étages avec Nathalie, nos apéritifs et dîner toutes les trois.

A ma famille, oncles, tantes, cousins, cousines,
A nos parties enfiévrées de UNO lors des réunions familiales. C’est toujours un plaisir de passer du temps avec vous.

A mes relecteurs, Nathalie et Maxime, merci d’avoir relu ce travail et corrigé (presque) toutes mes fautes.

A mes amis,

A Marion, pour nos week-ends, nos vacances, à tous les bons moments passés ensemble.
A Laure, pour nos parties de séances photos et de rigolades.
A Chloé et Sabine, à nos deux années mémorables à l’ACHE.

A mes anciens co-externes rémois, Julie Marie, Vinciane, Arnaud, Sandra, Irina, et bien d’autres.

A mes co-internes normands, Pauline, Claire, Joy, JP, Thibault, Laura, Manon, et tant d’autres.

A mes deux super colocs, Maxime et Martin. Ces 6 mois ont été un pur plaisir.

Aux apéritifs à la petite rade, à l’abricotier, au fifty’s, à toutes ces soirées havraises avec Adèle, Pauline, les colocs, Rachel, et les autres…

A tous les membres du club Cœlacanthe,
Pour m’avoir fait découvrir la plongée, ça a été un plaisir de passer tous ces mercredis soir ensemble.

A la famille Quivy, pour votre soutient et vos invitations.

Si je me suis sentie chez moi quelque part en Normandie, c’est bien au Havre, et grâce à vous.

Abréviations

AGGIR : autonomie, gérontologie, groupes iso-ressources
APA : allocation personnalisée d'autonomie
CLIC : centre local d'information et de coordination
CODAH : communauté de l'agglomération havraise
EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
GIR : groupes iso-ressources
HAD : hospitalisation à domicile
HAS : haute autorité de santé
INSEE : institut national de la statistique et des études économiques
IDE : infirmière diplômée d'état
MAD : maintien à domicile
MADD : maintien à domicile difficile
OMS : organisation mondiale de la santé
SPASAD : services polyvalents d'aide et de soins à domicile
SSIAD : services de soins infirmiers à domicile
USLD : unité de soins de longue durée

La population française est de plus en plus âgée. Ceci est dû au phénomène de *baby boom* qui a suivi la seconde guerre mondiale, combiné à une augmentation de l'espérance de vie.
Le *baby boom* correspond à pic de natalité après la seconde guerre mondiale, qui en France a duré d'environ 1943 à 1970. Les *baby boomers* ont donc actuellement entre 48 et 75 ans. Le vieillissement de la population dû au *baby boom* ne fait donc que commencer.
L'espérance de vie est en augmentation du fait du dépistage et de la prise en charge de pathologies graves telles que le cancer (première cause de mortalité en France en 2015), ainsi que d'une meilleure prise en charge médicale des pathologies chroniques et leurs complications, telles que l'hypertension et le diabète, menant aux pathologies cardiovasculaires (deuxième cause de mortalité en France en 2015). (1)

Dans ce contexte de vieillissement de la population, le médecin généraliste est amené à voir régulièrement les patients âgés car ils sont souvent porteurs de pathologies chroniques. À ce titre, il peut être consulté pour une éventuelle entrée en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Lors de mes différents stages, j'ai pu constater que l'entrée en EHPAD se faisait parfois en urgence et que cette situation était difficile à gérer pour les patients et leurs familles. Or le nombre de places en EHPAD est limité et le temps d'attente peut être long avant une entrée. Dans un contexte où le maintien à domicile devient compliqué, le temps d'attente d'une place en EHPAD majore les difficultés ressenties par le patient et sa famille.

D'où mon interrogation, pourquoi les personnes âgées n'anticipent pas la dépendance ? Et quelle peut être ma place dans ces démarches, dans l'intérêt de mes patients ? Afin que la transition soit facilitée, et éviter les multiples déménagements facteurs de confusion. L'objectif primordial étant de s'assurer du bien-être du patient.

J'ai donc choisi d'interroger les médecins généralistes sur leur manière d'anticiper l'entrée en EHPAD de leurs patients.

I. INTRODUCTION

1. Un défi démographique

Le défi concerne la prise en charge des personnes dépendantes. Ce sujet concerne principalement les personnes âgées, car avec l'âge, la perte d'autonomie augmente. Les personnes âgées sont donc plus susceptibles à la dépendance que le reste de la population. Ce qui signifie qu'il va falloir développer les aides à la dépendance.

Selon l'OMS, d'ici à 2050, on estime que la population mondiale âgée de 60 ans et plus atteigne 2 milliards de personnes, contre 900 millions en 2015. (2)

En France, en 2010, la population totale était alors d'environ 62,8 millions, les plus de 60 ans étaient 14,3 millions, soit 22.84% de la population totale, et les plus de 75 ans étaient 5,6 millions, soit 8.88% de la population totale. (3) (4) (5)

Au 1er janvier 2060, si les tendances démographiques observées jusqu'ici se prolongent, la France métropolitaine comptera 73,6 millions d'habitants. 23,6 millions de personnes seraient ainsi âgées de 60 ans ou plus, soit 32.1 % de la population totale. L'augmentation est la plus forte pour les plus âgés : le nombre de personnes de 75 ans ou plus passerait à 11,9 millions, soit 16.2 % de la population totale. (6)

En 50 ans, la proportion des 60 ans et plus va passer de 22.84 % à 32.1 %, par contre celle des 75 ans et plus va presque doubler, passant de 8.88 % à 16.2 %.

La population vieillit plus rapidement ces dernières années qu'avant. (2) Nous allons donc devoir réagir et mettre en place des solutions rapidement.

Le défi de la prise en charge de la dépendance n'est pas le même pour tous les pays. Par exemple, alors que la France a eu presque 150 ans pour s'adapter à l'augmentation de la part des 60 ans et plus dans la population (laquelle est passée de 10% à 20% sur cette période), le Brésil, la Chine et l'Inde n'auront qu'un peu plus de 20 ans pour le faire. (2)

La proportion des plus de 60 ans augmente partout dans le monde. Ceci est principalement dû à l'augmentation de l'espérance de vie. Mais qu'en est-il de l'espérance de vie sans incapacité ?

2. Faible augmentation de l’espérance de vie en bonne santé

À la naissance, l'espérance de vie en bonne santé représente le nombre d'années en bonne santé qu'une personne peut s'attendre à vivre. Une bonne santé est définie par l'absence de limitations d'activités dans les gestes de la vie quotidienne et l'absence d'incapacités. (7)

L’INSEE a évalué l’espérance de vie à la naissance et l’espérance de vie en bonne santé à la naissance entre 2004 et 2015 pour les femmes et les hommes français. (8)

	Espérance de vie à la naissance		Espérance de vie en bonne santé à la naissance	
	2004	2015	2004	2015
Femmes	83.8	85.5	64.3	64.6
Hommes	76.7	79.2	61.5	62.6

Tableau 1 – Évolution de l’espérance de vie et de l’espérance de vie en bonne santé à la naissance, chez les femmes et les hommes français, en 2004 et 2015 (8)

On note que l’augmentation de l’espérance de vie est supérieure à celle de l’espérance de vie en bonne santé. La proportion des patients avec limitations d’activités ou incapacités va donc augmenter. Ceci pose un problème de prise en charge des personnes dépendantes, et notamment du lieu de vie de ces personnes.

Actuellement, les lieux de vie possibles pour une personne en perte d’autonomie, sont le domicile personnel, les résidences seniors et les EHPAD. Chaque système ayant ses avantages et ses inconvénients.

3. Le maintien à domicile

Le maintien à domicile est souhaité par la plupart des personnes âgées. (9)

Le maintien à domicile s'est beaucoup développé depuis ces dernières années, ceci est dû au souhait de la personne âgée de rester le plus longtemps possible chez elle et à une politique en faveur du maintien à domicile.

3.1 Les aides financières

La principale aide pour le financement des aides à domicile est l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Elle sert à payer en totalité ou en partie les dépenses nécessaires pour le maintien à domicile, et est versée par les services du Département.
Pour en bénéficier, il faut avoir plus de 60 ans et être dans une situation de perte d'autonomie. Cette perte d'autonomie se mesure selon la grille AGGIR (Autonomie, Gérontologie, Groupes Iso-Ressources) qui classe la perte d'autonomie du GIR (Groupes Iso-Ressources) 1 au GIR 6. Les patients GIR 1 étant les plus dépendants, et les GIR 6 les moins dépendants.
Seul les GIR 1, 2, 3 et 4 perçoivent l'APA. L'APA peut financer des aides physiques (aide à domicile, transport, ou portage des repas) ou des aides matérielles (aides techniques ou adaptation du logement).
En fonction des revenus de la personne, une participation financière pourra être laissée à la charge du bénéficiaire. (10)

Il existe d'autres aides financières :
L'aide-ménagère à domicile, elle finance les interventions d'une aide à domicile pour les personnes ne bénéficiant pas de l'APA. Elle est financée par le Conseil Départemental et attribuée sous conditions de ressources, elle constitue une avance du Conseil Départemental et est récupérable sur succession. (11)
Les aides des caisses de retraite, elles concernent les personnes qui ne bénéficient pas de l'APA, elles peuvent fournir des aides financières et matérielles. (12)
Les aides fiscales pour l'aide à domicile, il s'agit d'un crédit d'impôt accordé aux personnes ayant recours à l'emploi à domicile ou à un service d'aide à domicile. (13)
Les aides des complémentaires santé, celles-ci peuvent aider de façon ponctuelle leurs adhérents, par exemple lors d'un retour à domicile après une hospitalisation. (14)

3.2 Les services d’aide

Les infirmiers libéraux ou les centres de santé infirmier, ils interviennent sur prescription médicale et sont remboursés à hauteur de 60 % par la sécurité sociale, le reste étant à charge de l’assuré ou de sa mutuelle. Ils dispensent des soins variés tels que soins et surveillances de pathologies chroniques, injection, pansement, perfusion, toilette… (15)

Les services d’aide à domicile, ils interviennent pour aider la personne dans les gestes de la vie courante (aider au lever et au coucher, aider à la toilette et l’habillage, faire les courses, préparer les repas, entretenir le logement) et ainsi lui permettre de rester chez elle. Les tarifs varient selon les services d’aide à domicile. Ils peuvent être payés en chèque emploi service universel, et peuvent être pris en charge en totalité ou en partie par les aides citées ci-dessus. (16)

Les SSIAD (services de soins infirmiers à domicile) interviennent à domicile pour dispenser des soins aux personnes âgées et handicapées. Leurs interventions se font sur prescription médicale et sont prises en charge par l’assurance maladie. Ils assurent des soins à la personne, ainsi qu’une coordination des différents intervenants. Ils sont autorisés à intervenir auprès d’un nombre limité de personnes. De ce fait, il peut y avoir de l’attente avant qu’ils puissent intervenir. (17)

Les SPASAD (services polyvalents d’aide et de soins à domicile) assurent à la fois les services d’un SSIAD, mais aussi ceux d’un service d’aide à domicile. Leurs avantages est l’interlocuteur unique et le fait que la personne n’ait plus besoin de coordonner les deux services. La partie SSIAD est prise en charge par la sécurité sociale et la partie service d’aide à domicile par la personne ou les aides financières dont elle dispose. (18)

L’HAD (hospitalisation à domicile) est une forme d’hospitalisation qui permet de réaliser à domicile des soins techniques intenses ou complexes ne pouvant être réalisés par le secteur libéral. Ils interviennent sur prescription médicale avec coordination du médecin traitant et sont pris en charge par l’assurance maladie et les mutuelles au même titre qu’une hospitalisation en établissement. (19)

Le portage des repas, par des traiteurs ou des sociétés spécialisées, permet à la personne d’avoir des repas prêts et équilibrés sans avoir à faire les courses ou cuisiner. Ils sont à charge de la personne.

La kinésithérapie à domicile est utile pour limiter la dégradation de la marche et les chutes, elle nécessite une prescription médicale et est prise en charge par la sécurité sociale et la mutuelle.

Ces services nécessitent la coordination de tous les passages par un aidant, une association ou une entreprise.
A ce titre, le rôle de l’aidant est primordial, surtout si la personne âgée a des troubles cognitifs ou du comportement. Le maintien à domicile est donc tributaire de la présence d’un aidant, qu’il s’agisse d’un membre de la famille, d’un ami ou d’un voisin. (20)

D’autres services peuvent aider au maintien à domicile. Pour lutter contre l’isolement, il existe les dames de compagnies, l’accueil de jour ou les associations de bénévoles. Et pour soulager temporairement les aidants épuisés, on s’appuie sur l’hébergement temporaire, les associations de famille et l’accompagnement aux aidants.

Souvent la maison de la personne âgée n'est plus adaptée. En effet, la perte d'autonomie progressive, rend le domicile de la personne âgée dangereux. La présence d'escaliers ou de tapis, sont autant de facteurs pouvant entraîner une chute. Si la personne veut rester à domicile, il faut alors penser à adapter le logement pour le rendre plus sûr.

Les ergothérapeutes ont leur place dans ce projet d'adaptation du domicile. Cependant les séances d'ergothérapie en libéral ne sont pas prises en charge par la sécurité sociale. Elles peuvent être prises en charge par certaines mutuelles ou caisses de retraite. (21)

Enfin, les nouvelles technologies pour le maintien à domicile se développent de plus en plus, on appelle cela la silver economy. On y retrouve :

- La télé-assistance et la télé-alarme, qui sont apparues en 1970 et se développent de plus en plus. Il existe des boîtiers que l'on porte autour du cou ou comme bracelet et sur lequel on appui en cas de chute. Mais celui-ci n'est actif que dans l'habitat de la personne, et utilisable uniquement si la personne n'a pas de troubles cognitifs. A côté de cela, il existe des téléphones (du plus basique, jusqu'au smartphone, avec un bouton d'alerte et un service de géolocalisation) qui permettent d'alerter en cas de besoin peu importe où l'on se trouve.
- Les piluliers dits intelligents : encore une fois il en existe plusieurs types, ils rappellent à la personne âgée de prendre ses médicaments et lui délivrent le bon médicament au bon moment. Ils permettent donc d'éviter des erreurs de prises.
- La domotique commence à se développer petit à petit, avec des maisons dites intelligentes qui permettent l'éclairage automatique lors du passage de la personne âgée, l'ouverture et la fermeture automatisée des volets, la détection d'un danger (détecteur de fumée, de fuite d'eau), la détection de chute (patch, montre, ceinture, etc.)...
- La robotique, elle aussi se développe, avec notamment des robots qui permettent de faciliter le lien social comme le robot *Buddy* (en français « pote ») qui permet d'appeler soit en visio-conférence, soit de manière classique un proche, de faire une recherche sur internet, le tout sur commande vocale. Il peut aussi rappeler l'heure de prise des médicaments, et a un service de course avec livraison à domicile, etc. Ou alors des robots plus grands, de forme humanoïde, qui peuvent aussi soutenir les personnes dans les gestes de la vie courante (aide au lever…).

Tous ces services peuvent se mettre en place au domicile personnel du patient, mais aussi dans des résidences seniors ou résidence autonomie, anciennement foyer-logements, qui proposent des services complémentaires communs de type hôtellerie.

En l'absence d'aidant, ou en cas de perte d'autonomie majeure empêchant un maintien à domicile dans de bonnes conditions, l'institutionnalisation peut être une alternative.

4. L’institutionnalisation

L’entrée en EHPAD se fait de plus en plus tard chez les personnes âgées, l’âge d’entrée moyen en 2011 était de 84 ans et 5 mois alors qu’il était de 82 ans en 1994. Cela reflète, notamment, le fait que les personnes veulent rester le plus longtemps possible chez elles. (22)

Il existe trois axes primordiaux dans la vie d’une personne (d’une personne âgée en ce qui nous concerne dans le présent travail) : la santé, la sécurité et le lien social. Si l’un de ces axes n’est plus satisfaisant à domicile, la personne peut alors ressentir le besoin d’entrer en EHPAD. Elle pourra alors y retrouver ces trois axes.

Cependant il arrive que la personne âgée n’ait plus le choix. Suite à un événement aigu, une hospitalisation, une chute, une aggravation de son état de santé, la dégradation de ses capacités cognitives ou l’absence d’aidant, la personne âgée peut se retrouver en situation de faiblesse, et si la perte d’autonomie n’a pas été anticipée, elle se retrouve alors totalement démunie à domicile. Dans ces cas l’institutionnalisation paraît être le meilleur choix.

Dans sa thèse sur les représentations sociales des établissements d’hébergement pour personnes âgées dépendantes, Hélène HAUTH interroge des personnes âgées de plus de 65 ans sur la représentation qu’elles ont des EHPAD. Elle note dans les avantages qu’ils trouvent à une entrée en EHPAD, le lien social, la sécurité et la relation d’aide. (9)

Le lien social, avec la présence d’autres personnes âgées et celle du personnel, peut être un argument pour une entrée en EHPAD. En effet, les personnes âgées à domicile sont souvent très isolées, surtout si elles ne sortent plus de leur domicile. Elles ont généralement peu de visite, le nombre d’amis de leur génération diminue, et leurs familles sont souvent très occupées.
Par ailleurs les activités sont limitées si elles sont cloîtrées dans leur domicile. En EHPAD, il y a souvent des activités organisées (jeux, séances de sport, activités artistiques), des animations quasi quotidiennes, ainsi que la possibilité de jouer et converser avec d’autres personnes.
La vie en collectivité peut être bénéfique pour stimuler les personnes âgées, notamment du point de vue cognitif.

D’autre part, pour les personnes ne se sentant plus en sécurité dans leur domicile, par exemple du fait de chutes à répétition, l’EHPAD peut être un lieu sécurisant, où la présence permanente du personnel rassure la personne âgée, mais aussi sa famille. Ils savent qu’en cas de besoin, il y a toujours quelqu’un pour les aider.

C’est sur ces éléments positifs que le médecin peut s’appuyer pour initier une démarche d’entrée en EHPAD.

Les représentations négatives que Mme HAUTH retrouve dans sa thèse sont le prix, le manque de liberté, l’enfermement et le confinement. (9)

Le prix de l’EHPAD est un frein que l’on retrouve assez souvent.

Le prix d'un EHPAD comprend, le forfait hébergement (prestations hôtelières de l'établissement), il varie d'un établissement à l'autre et est à la charge de la personne âgée ou de sa famille ; le forfait dépendance (prestations en rapport à la prise en charge de l'état de dépendance), il peut être pris en charge par l'APA en cas de dépendance élevée ; et le tarif soins, il couvre les prestations médicales et paramédicales, il est réglé par l'assurance maladie directement à l'établissement.
En fonction des EHPAD, le forfait hébergement comprend ou non la blanchisserie.

Au niveau des financements possibles, il existe là encore l'APA, celle-ci couvre en totalité ou en partie le forfait dépendance fixée par l'établissement. Elle est soumise aux mêmes conditions d'âge et de dépendance que l'APA à domicile (personne de plus de 60 ans, avec une dépendance évaluée entre le GIR 4 et le GIR 1), auquel on ajoute des conditions pour l'établissement d'accueil, il faut que celui-ci soit situé en France et héberge au moins 25 personnes âgées dépendantes. Si l'établissement reçoit une dotation globale APA des services du Département, il n'est même pas nécessaire d'en faire la demande. Sinon, il faudra en faire la demande comme pour l'APA à domicile. De même, une participation financière, peut être laissée à la charge de la personne âgée. (10)

Cependant les frais d'hébergement, principal coût, restent à la charge de la personne ou de sa famille. Si la solidarité familiale ne suffit pas, l'aide sociale départementale peut prendre en charge tout ou partie de ces frais. Pour pouvoir en bénéficier, il faut être âgé d'au moins 65 ans, résider en France de façon habituelle, disposer de ressources inférieures au montant de la dépense envisagée, et résider dans un établissement habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale. Les montants d'aide sociale versés sont récupérables du vivant ou au décès du bénéficiaire sur la succession du bénéficiaire, si la situation financière du bénéficiaire s'améliore (en cas d'héritage par exemple) ou sur donation faite par le bénéficiaire dans les 10 ans ayant précédé la demande d'aide sociale ou après celle-ci. (23)

Le temps d'attente est parfois long avant d'obtenir une place en EHPAD. D'autant que lorsque la décision d'entrée en EHPAD est prise, la personne souhaite que cela se fasse rapidement, le moment où elle décide d'aller en EHPAD, coïncidant souvent avec une majoration de la perte d'autonomie et un maintien à domicile qui devient difficile.

Les demandes de précaution d'entrée en EHPAD ont leur place pour éviter une attente trop longue avant l'entrée en EHPAD. Mais pour cela, il faut l'avoir anticipée. À partir de quand fait-on une demande de précaution, et à qui la proposer ? Faut-il en faire de façon systématique, ou plutôt cibler les personnes qui pourraient être à même d'entrer dans les années à venir en EHPAD ?

Malheureusement, les places en EHPAD sont limitées.
En 2014 le nombre de places en EHPAD en France était de 557 648 lits. (24) Le nombre de personnes de 60 ans et plus était de 15 647 709, et les 75 ans et plus était 5 892 998. (5)
Soit environ 1 lit en EHPAD pour 28 personnes de 60 ans et plus, et 1 lit pour 10 personnes de 75 ans et plus.

Il faut donc rechercher à qui proposer en priorité une entrée en EHPAD. Mais sur quels critères sélectionne-t-on les personnes auxquelles la proposer ?

Autre constat : la représentation des EHPAD des soignants et des patients est plutôt négative, et peut limiter la discussion autour de l'EHPAD.

5. Représentations négatives des EHPAD

Les personnes âgées ainsi que les médecins généralistes ont une représentation négative des EHPAD.

Dans l'étude de Sophie LAHAYE, concernant la place du médecin généraliste picard dans l'entrée en institution de la personne âgée dépendante, la vision des EHPAD par les médecins généralistes était plutôt négative, avec 42,30 % des réponses à connotation négatives. Cependant 74 % des médecins généralistes considéraient le placement en institution comme une issue logique, incontournable avec le vieillissement de la population. Enfin, 27,90 % des médecins généralistes ne se prononcent pas étant donné la grande disparité entre les établissements. (25)

La représentation des EHPAD chez les plus de 65 ans est assez stéréotypée. Les principaux éléments retrouvés étaient négatifs avec la vieillesse et ses conséquences négatives (dépendance, maladie, perte d'autonomie et isolement). On notait cependant des éléments positifs avec la relation d'aide, une certaine sécurité, les animations, les bienfaits de la vie en collectivité. (9)

Plus la personne était récemment allée en EHPAD, plus sa représentation était positive. Donc, se familiariser davantage avec ces institutions, les visiter, diminue la peur de l'inconnu et les croyances et craintes que la personne peut avoir, et permet à celle-ci de mieux accepter une possible entrée ultérieure. (9)

Dans son étude, Anne Sophie VILLAIN a interrogé, sur le territoire de Dinan et Saint Malo, des personnes âgées qui étaient récemment entrée en foyer-logement, EHPAD ou USLD (unité de soins de longue durée), ou qui était sur liste d'attente pour un établissement d'hébergement, vis à vis de leur ressenti sur leur entrée en établissement d'hébergement.
Celui-ci était le résultat de plusieurs facteurs, information initiale donnée par le médecin traitant lors de rencontres successives, d'où la nécessité d'anticiper, et d'en parler alors que la personne n'est pas en situation de vulnérabilité ; recherche du consentement de la personne âgée ; recherche d'alternatives possibles à cette perte d'autonomie, notamment les aides à domicile, les familles d'accueil, la cohabitation avec les enfants. (26)

Face à leur propre vieillissement, les personnes âgées sont souvent dans le déni. Accepter qu'on ait besoin d'entrer en EHPAD, c'est donc accepter son propre vieillissement, ainsi que sa dépendance croissante et sa fin de vie. C'est quelque chose de difficile à accepter pour la personne âgée, et qui doit être anticipé. L'acceptation de son propre vieillissement prenant du temps.

Il semble donc que parler plus librement de l'EHPAD afin d'en nuancer les aspects négatifs permettrait un meilleur vécu de l'entrée en institution. Et parler de son vieillissement à la personne âgée, permet à celle-ci de se faire petit à petit à l'idée de sa dépendance future. Cela peut faire partie du rôle du médecin généraliste.

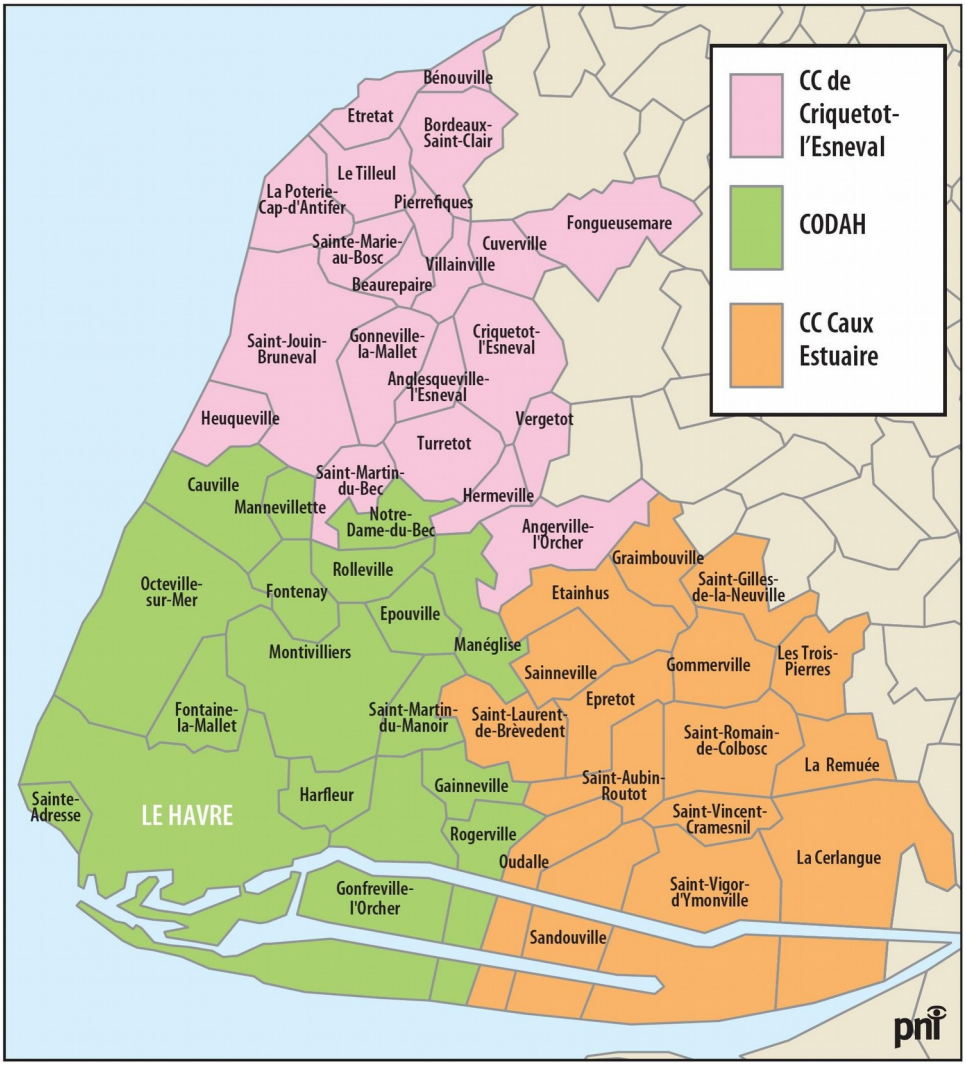
6. Rôle central du médecin généraliste

Le rôle du médecin généraliste dans l'entrée en EHPAD est central.

Les médecins généralistes sont conscients de leur rôle dans la discussion sur l'entrée en EHPAD. Dans sa thèse, Sophie LAHAYE trouve que 98,5% des médecins généralistes déclaraient que c'était de leur ressort d'aborder le problème de l'entrée en maison de retraite. (25)

Lors d'entretiens semi-dirigés avec des personnes âgées récemment entrée en foyer-logement, EHPAD ou USLD, ou sur liste d'attente pour un établissement d'hébergement, Anne-Sophie VILLAIN a mis en évidence que du point de vu de la personne âgée, le médecin généraliste pouvait avoir plusieurs rôles.
Un rôle observationnel, de prévention, suite à un épisode aigu, par exemple une chute, il pouvait aborder le sujet de l'EHPAD, et mettre en garde la personne âgée sur les risques de rester à domicile.
Un rôle de conseiller, en faveur ou en défaveur de l'entrée en EHPAD. Il peut soit conseiller une entrée en EHPAD au patient ou à sa famille, soit la déconseiller, si selon lui ce n'est pas nécessaire.
Un rôle décisionnel, c'est plus lui que la personne qui décide de l'entrée en EHPAD.
Enfin, il a un rôle administratif avec la rédaction du certificat médical d'admission, la rédaction de ce certificat étant le moment pour parler d'EHPAD avec son patient. (26)

7. Les EHPAD sur le territoire de la CODAH



La CODAH (communauté de l'agglomération havraise) est un regroupement de 17 communes.
Ces 17 communes sont : Le Havre, Montivilliers, Gonfreville-l'Orcher, Harfleur, Sainte-Adresse, Octeville-sur-mer, Epouville, Fontaine-la-Mallet, Gainneville, Saint-Martin-du-Manoir, Cauville-sur-mer, Rogerville, Manéglise, Rolleville, Fontenay, Mannevillette, Notre-Dame-du-Bec. (27)
Le territoire de la CODAH regroupait un total de 235 953 habitants en 2013, dont 17.5 % ont 65 ans ou plus (soit 41 292 personnes). (28)

Les EHPAD :

Au Havre, les EHPAD publiques sont au nombre de 6, elles appartiennent au groupe Desaint-Jean.

- EHPAD Guillaume le conquérant (100 lits)	Fermeture prochaine de 6 lits
- EHPAD Hauser (56 lits)	Fermeture prochaine de la structure
- EHPAD Iris (94 lits)	Fermeture prochaine de 38 lits
- EHPAD Pasteur (124 lits)	Fermeture prochaine de 4 lits
- EHPAD Rouelles (170 lits)	Fermeture prochaine de la structure
- EHPAD Sanvic (120 lits)	

Actuellement, le groupe Desaint-Jean est en cours de modification, deux nouvelles EHPAD publiques sont en construction depuis 2017 (Dollemard 152 lits et Caucriauville 122 lits), et deux anciennes structures fermeront lors de l'ouverture des nouvelles EHPAD (Rouelles et Hauser, en plus de quelques lits de Guillaume le conquérant, Pasteur et Iris, soit 274 lits).

Les EHPAD privées du Havre sont au nombre de 7.
- Croix Rouge Française ou Résidence de la Mare au Clerc (112 lits)
- Les petites sœurs des pauvres (64 lits)
- Korian porte océane (123 lits)
- Villa Saint Nicolas (109 lits)
- Les jardins d'Élodie (111 lits)
- EHPAD du bois de Bleville (90 lits)
- EHPAD Saint Just (85 lits)

A Sainte-Adresse, il y a une EHPAD privée de 81 lits : La Roseraie.

A Montivilliers, il y a deux EHPAD privées, de respectivement 80 et 92 lits : l'EHPAD de la Belle Étoile et Les Hauts de l'abbaye.

A Gonfreville-l'Orcher, on trouve une EHPAD publique de 63 lits : Les Charmettes

Enfin, à Rogerville, il y a une EHPAD privée de 95 lits : Maison Saint Joseph.

Soit un total de 1769 lits d'EHPAD sur le territoire de la CODAH.
Soit 1 lit en EHPAD pour 23 personnes de plus de 65 ans.

La question posée dans cette thèse est : comment les médecins généralistes de la Région Havraise anticipent l'entrée en EHPAD de leurs patients ?

C'est un sujet sensible et difficile à traiter. Il n'y a pas qu'une seule méthode. Pour certaines personnes tout se passe de façon idéale. Au contraire d'autres personnes pour lesquelles rien n'a été anticipé, on se retrouve alors dans une situation impossible à gérer au domicile. Et le passage par un service hospitalier est dans ce cas fréquent.

Les facteurs à prendre en compte pour amener un patient à entrer en EHPAD sont multiples. Il convient de tous les prendre en considération lors de discussions sur ce sujet avec une personne âgée.

Nous cherchons dans cette thèse à mettre en évidence la manière dont les médecins généralistes de la Région Havraise anticipent l'entrée en EHPAD de leurs patients, ainsi que les difficultés qu'ils rencontrent.

II. MATÉRIEL ET MÉTHODES

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative sur la pratique des médecins généralistes.

Le choix d'une étude qualitative s'est imposé avec la question posée. Nous ne cherchions pas à montrer combien de médecins anticipent, mais nous souhaitions savoir comment ils font.

Sur le plan éthique et réglementaire, l'étude a obtenu l'autorisation de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (Numéro 2146569 v 0).

2. Objectifs de l'étude

L'objectif principal est de savoir comment les médecins généralistes de la Région Havraise font pour anticiper l'entrée en EHPAD de leurs patients âgés.

On cherche également à savoir qu'elles sont les difficultés auxquelles les médecins généralistes doivent faire face dans l'entrée en EHPAD de leurs patients âgés.

3. Constitution de l'échantillon

Un échantillon raisonné a été réalisé. Il avait pour but de recruter des participants avec des pratiques différentes et donc faire ressortir les divergences qui existent au sein d'une population de médecins généralistes. Pour cela, l'aide du Dr FAGOT GRIFFIN, la directrice de cette thèse, a été précieuse. En effet, celle-ci connaît bien les médecins de la Région Havraise. C'est donc avec elle que s'est fait le choix des médecins à contacter.

Les médecins généralistes ont été recrutés sur le territoire de la CODAH. Ils ont été joints par téléphone via leur secrétariat, ou par mail, afin de savoir s'ils étaient d'accord pour participer à cette étude.

Nous avons également décidé de faire un entretien auprès d'un médecin remplaçant pour diversifier notre échantillon.

Le nombre de médecin à interroger n'a pas été défini à l'avance, il dépend de la récurrence des idées.

4. Recueil des données

Des entretiens individuels, semi-dirigés avec les médecins généralistes ont été faits. Le sujet étant difficile à aborder, il était préférable que les médecins soient interrogés individuellement pour éviter les biais de déclaration et les idées préconçues.

Ces entretiens ont été conduits selon un guide réalisé avant le début des entretiens. Le guide étant là comme support pour l'interviewer, souple dans son contenu et son ordre en fonction des réponses des médecins.

Préalablement à l'entretien, nous avons recueilli des informations sur chaque médecin ; leur âge, leur genre, leur nombre d'années d'exercice, leur mode d'exercice, et l'estimation de la proportion de personnes âgées dans leur patientèle. Nous avons également obtenu leur accord en leur expliquant que toutes les données recueillies seraient anonymisées, et qu'ils pouvaient à n'importe quel moment se retirer de l'étude.

Les entretiens ont été enregistrés, puis anonymisés (un chiffre leur a été donné en fonction de l'ordre chronologique des entretiens, d'entretien 1 à entretien 12). Ils ont ensuite été retranscrits mot pour mot, avant d'être analysé.

5. Analyse des données

L'analyse a été faite selon des *verbatim*. Chaque *verbatim* (groupe de mot évoquant une idée) a été encodé en une ou plusieurs idées. L'analyse a été faite sur le logiciel tableur LibreOffice Calc, équivalent de Microsoft Excel.

Pour le premier entretien, cette analyse a été faite par 2 intervenants (le thésard et sa directrice).
Chaque entretien a été analysé individuellement. Puis l'ensemble des idées identiques de chaque entretien ont été regroupés dans un nouveau fichier, afin d'en faire l'analyse par idée et non par entretien.

La saturation des données a initialement été retrouvée lors des entretiens 9 et 10, où aucune nouvelle idée n'est apparue. Mais une idée nouvelle est apparue lors de l'entretien numéro 11. Nous menant à la réalisation d'un dernier entretien sans nouvelles idées.

III. RÉSULTATS

1. Caractéristiques de la population étudiée

Un total de 12 entretiens a été réalisé entre le 22/02/18 et le 21/06/18.

Les médecins interviewés étaient tous des médecins généralistes thésés.

Un médecin était un remplaçant habitant au Havre, il n'était donc pas installé, et n'avait pas de patientèle.

Le pourcentage de personnes âgées (personnes de plus de 65 ans) de la patientèle de chaque médecin généraliste variait entre 5 et 66 % (sur déclaration du médecin interrogé).

Le reste des caractéristiques est résumé dans le tableau 2.

	Sexe	Âge	Nombre d'années d'installation	Mode d'exercice	Mode d'exercice	Lieu d'exercice	Pourcentage de personnes âgées
E1	M	58	32	Cabinet de groupe	Citadin	Le Havre	30 %
E2	F	33	3	Cabinet de groupe	Citadin	Le Havre	50 %
E3	F	32	4	Cabinet de groupe	Rural	Épouville	30 %
E4	M	49	20	Cabinet de groupe	Citadin	Le Havre	17 %
E5	M	47	17	Seul	Citadin	Le Havre	8 %
E6	M	48	16	Cabinet de groupe	Citadin	Le Havre	11 %
E7	M	46	13	Cabinet de groupe	Citadin	Le Havre	25 %
E8	F	48	18	Cabinet de groupe	Citadin	Le Havre	5 %
E9	M	31	0	Remplaçant	Remplaçant	Remplaçant	Remplaçant
E10	F	34	3	Cabinet de groupe	Citadin	Le Havre	5 %
E11	M	33	1	Cabinet de groupe	Citadin	Le Havre	66 %
E12	F	54	22	Cabinet de groupe	Citadin	Montivilliers	5.5 %

Tableau 2 : Caractéristiques des médecins interviewés

2. Rôle du médecin généraliste dans l’entrée en EHPAD

Le médecin généraliste a un rôle majeur dans l’entrée en EHPAD.

2.1 Compétences médicales

Par ses compétences, le médecin a la capacité de dépister le déclin d’une personne

E3 : *« c’est déjà de détecter et de diagnostiquer les signes et les symptômes qui peuvent en fait … anticiper on va dire … tirer un signal d’alarme chez une personne qui commence à avoir des troubles soit au niveau du comportement, soit au niveau dépendance physique »*

2.2 Relation médecin – patient

Il se crée au fur et à mesure des années une relation de confiance entre le médecin et son patient. Cette relation permet au médecin d'aborder de manière plus calme le sujet de l'entrée en EHPAD.

E1 : *« la confiance qu'ils ont en nous et puis l'expérience qu'on a de leur personnalité nous permet quand même d'aborder ça d'une autre façon, d'une façon plus calme et plus sereine »*

Et par la connaissance du patient, de son domicile et de sa famille, il a une prise en charge globale du patient qui lui permet d'anticiper l'entrée en EHPAD.

E1 : « il a une bonne connaissance de la personne, de son contexte et de son projet de vie »

E7 : « moi je trouve que le rôle du médecin généraliste c'est surtout d'anticiper, on connaît bien la famille, en général on connaît enfin les gens autour quoi »

E10 : « notre rôle je pense c'est d'anticiper surtout, voilà, c'est surtout ça, de dépister un peu quel patient va être sujet à rentrer en EHPAD »

Il peut donc remplir le plus tôt possible les dossiers pour l'entrée en EHPAD.

E12 : *« le rôle ben de d'amorcer déjà ce sujet-là déjà avec le patient et puis aussi avec sa famille euh, de remplir suffisamment tôt les dossiers, les convaincre de la fameuse, se mettre sur liste d'attente ce qui ne les engage à rien »*

De plus, le fait de voir le patient de manière régulière permet au médecin d'en parler assez tôt, de répéter l'information et de pouvoir convaincre au fil du temps son patient de l'intérêt qu'il peut avoir à aller en EHPAD.

E1 : *« commencer à ébaucher cette réflexion chez toute personne, je dirais au-delà de 70 ans ou atteinte de poly-pathologies graves »*

Son rôle est également d'anticiper afin d'éviter de se retrouver dans une situation où le patient ne pourra plus rester à domicile.

E7 : *« de pas se retrouver devant un appel où on va être, où en gros, on va nous dire, il faut, j'en peux plus, il faut hospitaliser la personne pour un MADD, comme ils disent aux urgences, un maintien à domicile difficile, donc je pense que c'est plutôt, enfin ouais je pense que ça c'est important »*

Cependant le sujet de l'EHPAD peut être source de conflit entre le médecin et son patient.

E1 : « c'est quand même source de conflit »

2.3 Aider l’aidant

Le médecin généraliste a également un rôle vis-à-vis de l’aidant de la personne âgée. Son rôle est de soutenir l’aidant dans les différentes démarches, d’être à l’écoute et de répondre aux interrogations de l’aidant.

E7 : *« le soutien, euh, il faut qu’on puisse lui apporter une réponse quand il a des difficultés, il faut qu’on tienne, comment dire, ça peut être une aide, lui expliquer les différentes aides qu’il peut avoir à la maison, etc, et surtout après une aide de soutien, euh pour lui expliquer que, déjà d’aller en EHPAD, il abandonne pas forcément son conjoint et que c’est pour ça, et que voilà, qu’on est là pour répondre à toutes ses interrogations »*

Il doit également dépister un épuisement de l’aidant, qui est souvent très sollicité par la personne âgée, et qui a généralement peur de ne pas en faire assez pour son proche.

E6 : *« essayer de repérer si, si y a pas un épuisement des aidants, hein parce que ils veulent faire euh, ça peut être le conjoint, ça peut être les enfants, et puis des fois c’est aussi au détriment de leur santé, non, non je veux le garder docteur, c’est mon mari, je vais le garder et puis euh, et puis quand on a les deux qui sont dans le lit on est pas mieux hein »*

De ce fait, l’aidant culpabilise souvent lors de l’entrée en EHPAD, il a l’impression d’abandonner son proche. Le rôle du médecin généraliste est donc de déculpabiliser l’aidant.

E4 : *« donc par rapport à l’aidant j’essaye de déculpabiliser déjà euh parce qu’il y a une culpabilité de l’aidant qui a toujours l’impression de pas faire assez et si je le mets en ehpad c’est que je m’en débarrasse euh ce qui est déjà le cas pour les enfants je trouve qu’il y a un sentiment de culpabilité par rapport euh des enfants par rapport aux parents en général, je trouve, on a toujours peur de pas faire assez »*

2.4 Coordination des soins

Pour finir, il a un rôle de coordination, notamment des aides à domicile. Son réseau lui permet de conseiller le patient et sa famille sur les différentes possibilités.

E10 : *« notre rôle c'est de gérer au mieux à domicile, en attendant les places d'EHPAD, les aides, infirmier, aide à la toilette, portage des repas, téléalarme, tout ce qu'on peut mettre en place pour que ça se passe le mieux à la maison »*

Mais ce rôle n'est pas facile, surtout quand on manque de connaissance dans les paramédicaux. Pour le médecin remplaçant, le manque d'un réseau était un frein dans la prise en charge à domicile d'une personne âgée dépendante.

E9 : *« je suis pas très bon non plus, parce que je connais pas beaucoup d'adresses infirmiers ou les choses comme ça, mais je pense que, quand on est installé dans une ville et qu'on a le réseau, je pense que c'est hyper pratique à mon avis, donc euh, je pense que c'est surtout un rôle de coordination, et d'échange, on devrait conseiller, enfin ce genre de chose »*

3. Aborder un sujet délicat

3.1 Identifier la population concernée

Un des médecins interrogés pense que c'est un sujet qui doit être abordé de façon systématique avec toute personne à la retraite depuis quelques années.

E1 : « il est souhaitable que ça soit une question qui soit posée à tout le monde, que ça soit systématique comme approche, … , au même titre que la vaccination par exemple »

E1 : « je ne dirais pas à un jeune retraité mais à un retraité qui a 15 ou 20 ans d'expérience »

Celle-ci pourra alors y réfléchir sans être en situation de faiblesse.

E1 : *« c'est comme tous les sujets, quand c'est pas douloureux, c'est facile d'en parler et comme c'est pas très urgent, ben les gens sont beaucoup plus détendus et sereins par rapport à la réflexion et donc oui c'est beaucoup plus facile d'en parler »*

Cependant, pour un autre médecin, l'âge ne fait pas partie des critères qui rentrent en compte pour une entrée en EHPAD.

E4 : *« par contre l'âge c'est marrant l'âge n'a aucun, c'est vraiment pas l'âge parce que y a des personnes très âgées qui vivent très bien tout seuls euh et je suis épaté de la différence d'une personne par rapport au vieillissement enfin y en a qui vieillissent à 80 ans ils font déjà vieux et puis d'autres à 95 enfin à 90, enfin j'ai en tête 90, c'est incroyable quoi ils sont en pleine forme, bien, on se dit c'est incroyable euh et du coup l'âge enfin vraiment n'a pas de lien je trouve par rapport à l'entrée en EHPAD »*

Pour la majorité des médecins, c'est plutôt la dépendance ou le fait que le patient ait plusieurs pathologies chroniques qui fait que le médecin va parler d'EHPAD à son patient.

E9 : *« quand je considère que c'est compliqué à la maison, donc c'est assez subjectif hein (rire), c'est un ensemble, c'est quand je trouve que ça devient vraiment précaire à la maison, que c'est compliqué, donc euh, ouais c'est quand je considère que le maintien à domicile devient difficile, ou je pense qu'il sera difficile, vu l'évolution en tout cas des, enfin vu l'évolution du patient, de la patiente, vu la vitesse à laquelle il se détériore, et c'est là que je commence à en parler, mais je pense que sinon les personnes, c'est pas juste l'âge par contre, c'est vraiment un tout, c'est l'état général global du patient, et la vitesse à laquelle il s'aggrave quoi »*

E3 : « en cas de dégradation de l'état général, un retour de l'hôpital, d'une hospitalisation qui s'est fait mal, euh troubles cognitifs importants, euh, incident domestique »

3.2 Pourquoi anticiper

Pour le médecin généraliste anticiper l'entrée en EHPAD est important. Cela permet à la personne âgée de réfléchir à sa fin de vie, et à sa dépendance future.

E1 : « faut que les gens puissent, avoir au moins l'opportunité d'y réfléchir, parce que c'est trop facile de faire l'autruche, que c'est très reposant, au moins à court terme, mais très violent à moyen terme, parce que quand on n'a pas vu venir le truc c'est horrible »

L'idée de sa dépendance future est quelque chose de difficile à accepter, et le processus pour l'entrée en EHPAD est long.

E1 : *« je dirais que dans la réflexion sur l'entrée en maison de retraite il y a plusieurs étapes, l'étape ultime qui va être le choix de la résidence de personnes âgées va venir assez tard dans la réflexion, la première étape c'est de se dire qu'on est vieillissant, que l'entourage qui nous soutiens a ses limites et que il faudra peut-être anticiper un complément de ses systèmes là »*

E1 : *« le délai de 5 ans me semble un délai correct pour aboutir à une réflexion complète »*

Pour que l'entrée en EHPAD soit bien vécue par la personne âgée, il faut que cela soit quelque chose de choisi.

E8 : *« à partir du moment aussi, où il y a, alors ça dépend de l'EHPAD, si c'est quelque chose qui a été, une démarche volontaire, choisi par le patient, etc. ça se passera bien, parce qu'elle va se réinvestir sur autre chose, si ça a été anticipé, si la personne est allée avant visiter, choisir aussi, si c'est un choix actif de sa part, là ça va être, ça va se passer complètement différemment »*

Dans le cas contraire, et en l'absence de préparation, l'entrée en EHPAD peut être extrêmement mal vécue par la personne âgée.

E8 : *« pour moi, je pense qu'il faut que ça soit préparé, faut pas que ça soit une mise, je pense que c'est catastrophique quand c'est une mise forcée après une hospitalisation en aiguë, euh, la personne déjà elle peut être, ou décompense une pathologie soit chronique, ou une pathologie aiguë qui lui tombe sur la figure et comme ça du jour au lendemain quitte la maison dans laquelle elle est depuis des fois des décennies, et se retrouve mise de force, euh dans un endroit qu'elle n'a pas choisi, qu'elle n'a pas anticipé, euh, ben c'est terrible, c'est violent, c'est extrêmement violent, donc il faut tout faire, dans la mesure du possible pour éviter ce genre de situation »*

Anticiper permet donc à la personne de se faire à l'idée, mais aussi de s'investir dans la démarche d'entrée en EHPAD, d'aller visiter différents EHPAD, de choisir celui dans lequel elle ira, et de remplir le dossier d'admission.

E5 : *« quand c'est une démarche même si c'est de la famille euh malgré tout la personne est quand même souvent sollicitée ou la famille ou la personne ou la personne et la famille vont visiter les résidences avant de faire leur choix éventuel mais d'ailleurs souvent ils viennent même avant c'est-à-dire qu'ils vont visiter et après ils me ramènent les papiers en disant je veux aller à tel endroit et à tel endroit même si le formulaire est pluri-établissements ils ont quand même une idée bien précise en tête »*

Dans ces cas-là, la personne vient généralement voir le médecin généraliste pour faire un dossier de demande en EHPAD avant d'en avoir réellement besoin, c'est la demande de précaution.

Les délais pour avoir une place étant assez long, anticiper l'entrée en EHPAD et faire des dossiers, permet d'avoir une place assez rapidement en cas de besoin.

E6 : *« des fois j'arrive en leur disant on va faire un dossier, ça mange pas de pain, comme ça le jour où vous aurez besoin de rentrer parce que y a un délai de 2 ans à peu près, au moins on aura euh ça sera déjà fait, c'est comme ça que j'essaye de procéder »*

L'environnement familial a un rôle important dans le maintien à domicile.

E4 : *« s'il y a de la famille qui aide ça change bien les choses quand même pour rester à la maison »*

Quand il n'y a pas de famille, ou que la famille habite loin, le maintien à domicile est beaucoup plus compliqué.

E2 : *« si il n'y a pas d'entourage c'est compliqué »*

La famille a également un rôle dans l'anticipation, en effet, c'est souvent eux les premiers à se rendre compte de la perte d'autonomie.

E2 : *« c'est les premiers qui se rendent compte des problèmes »*

Il arrive que la demande d'EHPAD vienne du médecin, mais la plupart du temps cette demande vient de la famille.

E10 : *« la plus part du temps, je pense du médecin quand même, parce que du coup, comme on voit les choses plus loin, je crois qu'on s'y prend en amont, mais parfois ça vient de la famille, parfois du patient, le plus souvent de la famille »*

E1 : « la plupart du temps, c'est la famille, c'est l'entourage qui pousse à »

De façon exceptionnelle, la demande vient du patient.

E4 : *« À part une dame, j'ai une dame qui voulait, en pleine forme et elle voulait rentrer en EHPAD mais euh une fois, une en 20 ans euh c'était bizarre euh elle se sentait vieille alors qu'elle était en pleine forme mais euh euh elle est rentrée en EHPAD mais c'est une exception je trouve »*

3.3 Les moyens d'anticipation et les mesures mises en place

La rédaction des dossiers de demande d'EHPAD est faite de deux manières. Soit le médecin dédie une consultation à la rédaction, et demande généralement au patient d'être présent, soit il le fait sur son temps libre, seul au cabinet.

E12 : *« je consacre une consultation à la rédaction du certificat parce que d'une part même si le dossier médical est simple euh ça permet de discuter de ce qu'on met dedans euh pour le patient, euh ouais c'est une étape, c'est une étape, donc sur une consultation dédiée euh à domicile pareil sur une visite dédiée si c'est à domicile, euh en présence du patient »*

E5 : « les patients l'apportent, la plupart du temps c'est la famille qui l'apporte, je vois pas forcément les patients euh, je le remplis seul à mes heures perdues ou euh en compagnie de la famille euh et puis dès que c'est prêt je leur dis que c'est prêt et ils viennent le rechercher et après ils se débrouillent pour l'envoyer à l'EHPAD de leur choix »

Tous les médecins soulignent l'intérêt du dossier commun pour l'entrée en EHPAD. Dossier commun qui n'existait pas il y a quelques années.

E4 : *« c'est un dossier papier que j'ai, mais commun à tous les EHPAD et que rien que quand y a 10/15 ans une EHPAD un dossier, un autre EHPAD un dossier voilà et que c'était assez récent euh et que là pour une fois qu'il y a une simplification administrative ça je trouve ça vachement bien »*

<u>La visite de préadmission</u>
Les médecins généralistes estiment que la visite de préadmission est indispensable.

E12 : *« euh alors ça c'est, ça me parait indispensable aussi »*

Elle permet à la personne âgée de voir l'environnement dans lequel elle va aller, de faire tomber certains a priori et de la rassurer.

E10 : *« c'est pas mal je trouve, autant qu'ils sachent quand même où est-ce qu'ils vont (rire), c'est quand même, donc non c'est bien, il faut qu'ils aillent voir quand même à quelle sauce on va les manger, où est-ce qu'ils vont habiter quand même, donc non non c'est une bonne chose que ça existe, ça les rassure je pense aussi, ça les rassure et ils se disent, bon c'est pas si mal que ça finalement »*

<u>L'hébergement temporaire</u>
L'hébergement temporaire peut être utilisé de différentes manières :

- pour soulager l'aidant et éviter l'épuisement de l'aidant

E5 : *« j'ai quelques patients qui sont … alors hébergement temporaire c'est euh 15 jours euh, on parlait tout à l'heure des aidants effectivement j'ai une dame qui avait des grosses difficultés avec son époux donc euh la condition c'était je le garde à la maison mais 15 jours par an je vais faire ma cure et je m'occupe de moi, donc pendant 15 jours il était euh admis donc c'était moi qui faisais le dossier de préadmission qui m'occupait de tout et c'était la condition sine qua non pour cette dame pour pouvoir supporter son époux à longueur de journée »*

- en cas d'hospitalisation de l'aidant ou en cas de vacances, pour éviter une hospitalisation inutile

E10 : *« l'hébergement temporaire, je l'ai utilisé une ou deux fois oui pour des cas, euh, c'est des patients que j'ai plus, qui sont décédés depuis, mais quand on a un couple par exemple, qu'il y en a un qui est hospitalisé, que l'autre gérait tout, et voilà des situations comme ça je l'ai déjà utilisé, à la Croix Rouge ça marche bien, donc ça c'est pas mal, ça permet, ça permet de gérer des situations et d'éviter les hospitalisations du deuxième conjoint qui a rien à faire à l'hôpital quoi »*

- pour permettre à la personne de tester l'EHPAD, et enlever les a priori qu'elle peut avoir sur l'EHPAD

E6 : « *y aussi des des séjours qui peuvent être faits ponctuellement, euh, programmés, quand y a des enfants qui partent en vacances et tout et c'est une bonne euh, c'est une bonne approche parce que comme ça ils savent au début que c'est que pour une semaine 15 jours et ils ont moins peur après s'ils doivent y aller, ils sont moins réticents »*

- pour préparer une entrée définitive en EHPAD, se créer un réseau social, connaître le fonctionnement et voir si l'EHPAD convient à la personne

E1 : *« si la personne âgée a commencé à voir les locaux, a commencé à voir l'ambiance, à se créer un réseau amical dans le personnel, dans les personnes qui sont sur place, l'entrée elle va se faire de façon extrêmement sereine »*

<u>Les demandes de précaution</u>

Les demandes de précaution sont faites par les médecins généralistes quand la personne âgée commence à se dégrader, ou à devenir dépendante.

E10 : *« sauf s'ils sont super autonomes alors non, mais quand je vois que ça commence à fléchir, je m'y prends tôt, parce que après le temps que nous on en parle à la famille, au patient, que le papier soit cherché, que le papier soit rempli, que le papier soit envoyé, il se passe encore du temps »*

Pour un des médecins, les demandes de précaution n'avaient pas lieu d'être, on fait une demande d'entrée en EHPAD quand on sait que le patient nécessite une entrée en EHPAD. Sinon on engorge les listes d'attente et on augmente le travail administratif de façon inutile.

E7 : *« non des demandes de précaution non, je … , il y a certainement pas assez de place, je l'entend, on est tout à fait d'accord, après je pense, enfin je ne sais pas comment ça se passe au niveau de, je ne me suis jamais renseigné de ça, sur quels critères ils acceptent quelqu'un ou c'est purement liste d'attente ou autres, ou s'il y a un avis médical, j'en sais rien d'ailleurs, je ne me suis jamais posé la question, mais moi les deux ou trois fois où j'ai fait des demandes avec certificats médicaux etc., je trouve que ça s'est fait assez vite, ça s'est fait en 3-4 mois, enfin ce qui me parait un délai tout à fait acceptable, et euh, alors si on se met à faire des demandes de précaution, pour euh, enfin, je, bon je pense qu'on va faire grimper les listes d'attente, et du travail, pour finalement, soit avoir, après soit on a une liste d'attente de 900 patients alors j'exagère mais, sur des demandes qui peut être pour beaucoup d'entre elles aboutiront pas, euh voilà quoi »*

Les directives anticipées

C’est souvent le patient qui aborde le sujet des directives anticipées.

E11 : *« c’est eux qui viennent me, c’est eux qui prennent l’initiative de le faire »*

Le médecin aborde peu, voir pas le sujet, mais reçoit et accompagne le patient dans la rédaction quand celui-ci le désire. Il existe une différence entre la notion de directive anticipée du médecin et celle du patient. Le patient pense plus au fait de ne pas s’acharner sur la fin de vie.

E2 : *« c’est à dire qu’en fait euh voilà, leur idée c’est les soins très invasifs, très important, alors que ça peut être décider de mettre un antihypertenseur, de mettre un antibiotique, et voilà et que cet, voilà, donc on parle pas de la même chose en fait »*

Alors que le médecin voit plus cela comme un désir ou les projets de vie du patient, notamment le fait de rester ou non à domicile.

E2 : *« je pense que la notion importante c’est euh, c’est voilà, qu’est-ce que vous avez envie, est-ce que vous avez envie de rester chez vous, de pas rester chez vous »*

4. Les déterminants du choix

4.1 Du côté médecin

Le médecin a aussi une histoire personnelle et une vision qui lui est propre des EHPAD. Cela peut déterminer le fait qu'il propose plus ou moins facilement une entrée en EHPAD à ses patients.

L'avis unanime des médecins généralistes interrogés, est qu'il y a une grande diversité dans les EHPAD. Il y en a de très bien, comme des médiocres, voire des établissements cauchemardesques.

E1 : *« extrêmement variable, vraiment il y a de tout, de tout, de tout, des trucs fabuleux et des trucs minables et sordides »*

Ce qu'ils trouvent bénéfique dans l'EHPAD, c'est qu'il y existe une vie en communauté, avec des activités.

E10 : *« sinon ce qui est pas mal, c'est le fait qu'il y ait des activités organisées, qu'ils puissent se réunir, voilà, ça leur fait de la compagnie quand même, euh voilà, manger ensemble, etc. »*

En effet, les personnes âgées seules à domicile sont souvent très isolées.

E1 : *« souvent ce qu'elles ont chez elles, c'est quand même beaucoup de solitude, on en parle pas, mais c'est un truc vachement pesant »*

D'autre part, ils trouvent que les échanges avec l'équipe paramédicale de l'EHPAD sont bons.

E12 : *« euh, je trouve qu'ils font beaucoup avec pas beaucoup au niveau personnel, les EHPAD où je passe en général euh, enfin celles qui sont sur le canton euh, en général je trouve les équipes très très bien, on peut bien travailler avec eux, euh, je les trouve attentifs, mais euh ben ils font ce qu'ils peuvent avec euh leurs moyens »*

Et que l'équipe facilite les visites du médecin généraliste en lui indiquant les problèmes qu'ils rencontrent.

E4 : *« la plupart du temps sinon y a le dossier qui est disponible, qui est préparé avec les questions à faire, elles nous posent des questions, ce qu'on doit répondre et je trouve ça vachement bien euh oui, bien, je trouve ce travail en équipe marche bien »*

Le côté négatif des EHPAD est l'existence de chambre à deux, avec les difficultés que cela engendre ; et le nombre important de patients déments qui vient limiter les échanges entre personnes âgées.

E4 : *« une chose aussi que je trouve très dommage quand même euh c'est qu'il y a encore des chambres à deux »*

E4 : *« vraiment le gros défaut c'est que y a tellement de gens euh déments en EHPAD que euh ça nuance un peu je trouve la chose c'est-à-dire que les conversations sont un peu limitées »*

Les médecins notent un cruel manque de personnel dans les EHPAD, et malgré toute la bonne volonté du personnel, le soin auprès des personnes âgées manque parfois d'humanité.

E9 : *« je trouve que parfois ça manque de moyen, c'est un peu ce qui me choc dans les EHPAD, ça manque de moyen, c'est pas toujours très humain je trouve »*

Ils remarquent aussi un manque de place, d'où des délais d'attente parfois longs.

E12 : *« ma vision des EHPAD, euh, euh, ben je vais dire pareil, pas assez nombreuses »*

Par ailleurs, les médecins généralistes ont des difficultés à collaborer avec les médecins coordinateurs des EHPAD. Ils se sentent parfois lésé dans leur rôle de médecin traitant.

E3 : « ce que j'ai du mal un petit peu bon c'est l'idée de collaborer avec le médecin coordinateur, il y en a certain avec qui tu peux travailler qui demande la collaboration, il y en a d'autres qui prennent le relais, un petit peu, on peut pas dire à ta place, mais des fois ça complique un petit peu, bon pareil ça dépend des endroits »

Dernier point, les EHPAD coûtent cher. Certaines personnes âgées n'ont pas les moyens de se payer une place en EHPAD. Et même si les EHPAD publics sont moins cher, ils sont souvent de moins bonne qualité.

E9 : *« financier, il y a toujours les EHPAD publics, mais bon qui sont pas forcément de très bonne qualité, pour celles que j'ai visitée, ça donne pas envie d'y aller, donc oui il y a un facteur financier aussi »*

Pour ce qui est des résidences seniors, elles sont mieux vues par les médecins généralistes. Ils trouvent que la vie sociale y est meilleure. En effet les personnes qui y entrent sont en meilleure forme, plus autonome, plus présentes mentalement, et par conséquent les échanges sont plus importants.

E4 : *« c'est vraiment je dirais la vie sociale à l'intérieur euh une petite résidence quand les gens ils rentrent sont tous autonomes euh à peu près avec leur tête et du coup il y a quand même une, c'est quand même beaucoup moins sinistre euh c'est beaucoup moins sinistre je trouve euh même quand nous on y va de l'extérieur on voit des gens qui disent bonjour ils sont pas avachis dans un fauteuil coquille et euh puis pareil à table euh tout le monde arrive comme ça pour manger il y a très peu de fauteuils roulants et euh on sent que ça discute enfin y a des gens dépendants parce qu'ils deviennent dépendants mais quand même euh il y a quand même plein de gens qui sont enfin je trouve qu'il y a une vraie vie sociale euh des animations des, on sent que les gens ils bougent »*

Le frein majeur que les médecins généralistes rencontrent est la réaction du patient. Qui est souvent réticent voir opposant à une possible entrée en EHPAD.

E5 : *« moi je pense que la principale difficulté c'est le patient »*

Le médecin généraliste peut favoriser le maintien à domicile. D'une part, car c'est la volonté du patient, d'autre part si il pense que la personne est mieux chez elle.

E8 : *« à mon avis est préférable, quand c'est possible, les gens sont mieux avec leurs repères »*

Mais le maintien à domicile peut être difficile, surtout en l'absence d'entourage.

E2 : *« si il n'y a pas d'entourage c'est compliqué »*

L'environnement familial est un des piliers du maintien à domicile, sans un environnement familial aidant, le maintien à domicile risque d'être compliqué, voire impossible.

E2 : « après c'est, c'est la famille quoi, parce que il y a le souhait du patient, et il y a ce qui est possible parce que, ce que la famille est capable de supporter quoi »

Le médecin généraliste met en place le maximum d'aides à domicile, en accord avec le désir du patient, afin de tenir le plus longtemps possible à domicile.

E6 : « je sais qu'on essaie de mettre au maximum des aides pour qu'ils restent à la maison, parce que, par manque de place dans les EHPAD et puis euh et puis parce que ça coûte moins cher aussi »

Cependant, il existe un manque de personnel pour aider les personnes âgées dans la réalisation des différents gestes de la vie quotidienne, il n'y a pas ou peu d'aides-soignantes.

E2 : *« mais on met pas plus de moyen en ville, on devrait mettre des aides soignantes en ville, on mettrait plus d'aides soignantes en ville, on aurait plus de facilité à les garder à la maison »*

Pour l'instant les infirmières font l'aide à la toilette, mais celles-ci sont débordées et formées notamment à faire d'autres gestes plus techniques, il faudrait donc mettre en place des aides-soignantes pour les personnes âgées à domicile.

E2 : « mais les aides soignantes, qui fait le rôle, qui est ce qui lave les patients, alors jusque là c'était les infirmières, mais les infirmières elles sont débordées »

Il existe également un manque de personnes formées pour prendre en charge les personnes démentes.

E2 : *« on a personne qui est formé à la démence, pour venir vérifier si elle mange, pour l'aider à manger ou créer un lien avec elle »*

Mais tout ceci a un coût, et c'est souvent le facteur limitant à la prise en charge à domicile.

E4 : *« j'essaye de trouver des solutions pour les aider au maximum mais y a des limites ouais euh qui sont souvent financières d'ailleurs quand même mais c'est là où les auto entrepreneurs font du bien je trouve c'est là que les finances changent bien les choses euh quand même c'est-à-dire qu'il y a des gens, j'ai quelques patients, 2 personnes qui avaient suffisamment de finances pour avoir quelqu'un 24h/24 euh ben ça se passe bien à domicile »*

De plus, il y a souvent un pool d'infirmière ou d'aides à domicile qui tourne, la personne âgée peut être perdue et désorientée devant ces changements permanents.

E4 : *« dans les grosses structures c'est vrai que c'est compliqué euh euh les infirmières changent tout le temps, y a pas de lien »*

4.2 Du côté patient

La personne âgée ne demande qu'exceptionnellement à entrer en EHPAD.

E5 : *« très rarement les patients »*

Leurs réactions quand on leur parle d'EHPAD sont initialement négatives, puis au fur et à mesure les avis changent quand ils deviennent dépendants.

E2 : *« il y a des gens qui disent non tout de suite, il y a des gens qui disent oui, mais pas tout de suite, et il y a des gens qui au début disent non et puis en fait, quand on en reparle, ben quand ça arrive au bon moment, ben là ils disent oui ça y est maintenant il faut que j'y aille, je vois bien que ça le fait plus »*

La vision que les personnes âgées ont des EHPAD n'est pas bonne. Ils voient l'EHPAD comme un logement pour vieux, rempli de personnes démentes.

E4 : *« elle disait que c'est triste y a que des vieux tout ça »*

De plus, la plupart des personnes âgées souhaitent mourir chez elles, l'entrée en EHPAD est alors vécue comme un échec, une violence.

E1 : *« la plupart des gens ils ont envie de mourir chez eux »*

E5 : *« je pense que les gens c'est pas quelque chose qu'ils envisagent sereinement et et pour eux c'est plus un échec »*

Pour les personnes âgées, le principal frein à une entrée en EHPAD est le prix. Pour eux, l'EHPAD est très cher et pas forcément dans leurs moyens.

E2 : *« euh financièrement, c'est des trucs qui sont très très cher et les gens disent c'est pas possible »*

Surtout qu'ils veulent transmettre l'argent qu'ils ont gagné à leurs enfants, et non pas l'utiliser pour un EHPAD.

E1 : *« ils ont, comme la génération d'avant, rêver de gagner leur argent pour le transmettre à leurs enfants »*

Un autre frein peut être la localisation de l'EHPAD, une personne ayant toujours habité à la campagne ne voudra pas aller vivre en ville, et *vice versa*.

E3 : *« le délai, euh, et l'endroit, on va dire il y a des personnes qui habitent à la campagne qui sont obligées d'aller au havre, et puis il y a des gens du havre qui viennent à la campagne »*

Pour une personne non démente, mais dépendante, l'EHPAD est un lieu où elle pourra avoir une vie sociale, avec des activités et du personnel en cas de besoin.

E11 : *« J'ai une patiente comme ça qui voulait, qui était contre, enfin t'attends pas peut-être des exemples mais j'ai une patiente qui voulait pas du tout y rentrer alors justement en me soutenant, bon elle a 90 ans, que c'était pour les vieux d'ailleurs c'est la doyenne, euh non elle a presque 100 ans pardon mais c'est la doyenne mais qui a toute sa tête et qui en allant visiter s'est rendue compte que c'était un ben ça serait plus confortable pour elle et qu'elle pourrait discuter, jouer, participer à différentes activités et qu'elle serait moins seule, donc y avait pas que des personnes euh démentes bien cognées »*

C'est ces avantages qu'il faut mettre en avant pour que la personne accepte une entrée en EHPAD.

Les résidences seniors, ou maisons de retraite non médicalisées, peuvent aussi être une alternative pour les personnes non ou peu dépendantes, mais dont la solitude leur pèse.

E4 : *« je trouve les résidences y en a qui y vont euh vraiment pour avoir une vie sociale et euh ils y vont volontiers je trouve euh l'EHPAD c'est enfin c'est jamais un choix vraiment de vie »*

4.3 Les critères de choix de l'EHPAD

Plusieurs critères de choix vont rentrer en compte dans le choix de l'EHPAD, le lieu, le quartier, le rapprochement par rapport aux enfants, le prix.

E1 : *« il y a plein de critères qui vont rentrer en ligne de compte, il y a des critères de quartiers, par exemple les gens qui habitent dans tel quartier, ils aiment bien y rester, les critères de populations, quels types de population je fais rentrer dans ma maison de retraite »*

Le médecin essaie de respecter la volonté du patient, il ne peut aller contre son avis.

E7 : *« mais non aller contre jamais, si ils veulent pas, ils veulent pas, moi je ne suis pas là pour imposer des choses, je suis là pour les aider, ils ont droit, moi je leur dit, même à chaque consultation, vous avez le droit de pas être d'accord avec le traitement que je vous donne, vous avez même le droit de pas être d'accord avec le diagnostic que je donne, l'essentiel c'est qu'on parte et qu'on soit bien au clair par rapport à ça, je veux dire, moi je vous propose ça, c'est votre santé, c'est pas la mienne, donc si vous voulez pas d'aides, si vous voulez pas de, je ne vais pas vous forcer, sachez que ça existe et que si vous avez besoin on peut, voilà »*

C'est le patient qui décide en dernier lieu.

E1 : *« forcément ça passe par eux, c'est le seul moyen de pas avoir trop violence »*

Parfois il obtient son accord *a posteriori*, c'est à dire que le médecin convainc la personne d'aller en EHPAD pour un test, et finalement elle accepte d'y rester.

E12 : *« après euh j'ai eu des patients où c'était des refus, on avait, ils ont pu y aller de façon temporaire euh parce que ben la situation le nécessitait et puis qui par la suite je dis pas qu'ils ont accepté de gaieté de cœur mais bon »*

Le consentement, ou plutôt l'accord du patient pour l'entrée en EHPAD est recueilli de façon orale.

E7 : *« je leur en parle, donc après il y a l'assistante sociale souvent qui prend contact avec moi ou voilà, et quand on lance la démarche d'EHPAD, c'est vrai que c'est un accord verbal, c'est peut être une erreur de ma part, mais quand je fais une demande, de toute façon ils sont libres de la refuser quoi qu'il arrive donc euh, voilà je vois pas l'intérêt de faire un consentement écrit »*

Cet accord oral est très souvent noté dans le dossier médical du patient.

E12 : *« euh non, je vais noter dans mon dossier euh réticent, euh euh désormais, d'accord désormais, puis je vais le mettre dans mon courrier s'il y a un courrier mais euh je ne fais pas signer de document »*

Il existe deux situations où le médecin ne respecte pas la volonté du patient :

- en cas de patients avec des démences

E1 : *« si on est dans un tableau de démence ou de psychiatrique évolué et là euh …, je vais sans doute forcer »*

- dans des situations urgentes, mettant en danger la vie du patient

E5 : *« exceptionnellement ça m'est arrivé pour défaut de moyens ou vraiment pour le bien-être et le confort du patient euh de de ne pas respecter ses choix mais c'est vraiment quelque chose d'exceptionnel c'est c'est un patient qui fait une hémorragie massive euh ben on n'a pas le temps »*

4.4 Les difficultés rencontrées par le médecin généraliste

Pour un des médecins interrogés, c'est la démence qui rend les choses compliquées.

E2 : *« c'est les maladies de la démence qui rendent les choses compliquées, donc des fois ça le fait et puis des fois ça le fait pas »*

L'anticipation de l'entrée en EHPAD est un sujet difficile à aborder et à réaliser du fait du refus des patients.

E5 : *« c'est vraiment une grosse difficulté d'anticiper avec les patients l'entrée en EHPAD »*

Le médecin généraliste peut se retrouver en difficulté quand la personne se rend compte qu'elle ne peut plus rester seule à domicile. La personne voudrait alors entrer tout de suite en EHPAD, mais si aucune démarche n'a été faite avant, cela ne sera pas possible.

E6 : *« le problème c'est qu'on, souvent on amorce euh, on amorce la question des mois auparavant, ils refusent, ils refusent, et un jour c'est plus possible et ils disent ben je veux rentrer euh, mais ils voudraient que ça soit tout de suite, sauf que y a aucun dossier qui est »*

La personne et sa famille ressentent alors un sentiment d'urgence auquel le médecin ne peut répondre.

Les principaux freins que peut rencontrer le médecin dans la réalisation de l'entrée en EHPAD c'est les délais avant l'entrée.

E10 : *« c'est de l'attente quoi, c'est les délais, c'est les délais pour avoir une place qui sont super long ici, donc en attendant, ben on fait comme on peut, mais, mais parfois ça pose problème quoi, il y a des chutes, il y a des, donc il y a des hospitalisations, voilà »*

Ceci est principalement dû à un manque de place dans les EHPAD.

Du point de vue administratif, les avis divergent, certains trouvent que c'est plutôt simple et que cela ne pose pas problème, d'autres trouvent que les difficultés administratives sont importantes.

E5 : *« après les problèmes administratifs de faire de la paperasse c'est pas très compliqué »*

E1 : *« les difficultés administratives elles sont quand même nombreuses »*

5. Les ressources

5.1 Les aidants

L’aidant est la première personne qui est sollicitée par la personne âgée, bien avant la mise en place d’aides professionnelles.

E1 : *« l’aidant il est déjà largement sollicité depuis pas mal d’années, donc lui il a le désir d’aider ses parents, le désir de se soulager aussi un peu »*

Il veut prendre soins de son proche, et culpabilise souvent lors de l’entrée en EHPAD, qui peut être vécu comme un abandon, l’impression de ne pas en faire assez.

E4 : *« la plupart du temps ils sont euh, les parents c’est culpabilisant ils se disent mais on fait pas assez ou euh ouais on fait pas assez, les enfants culpabilisent je trouve, donc il faut arrêter de culpabiliser »*

C’est souvent l’aidant ou la famille qui demande l’entrée en EHPAD.

E1 : « la plupart du temps, c’est la famille, c’est l’entourage qui pousse à »

D’une part, ils voient l’état de santé de leur proche se dégrader, ce qui n’est pas forcément le cas du patient.

E2 : *« les patients ils ne veulent pas y aller, donc ils vont pas, ils vont soit pas s'en rendre compte, soit être dans le déni de dire qu'il y a des soucis »*

D’autre part, ils n’ont pas forcément le temps, certains travaillent encore, d’autres sont à la retraite, mais très sollicité.

E8 : *« c’est souvent les enfants qui s’occupent des personnes âgées, donc euh, le soucis aussi qui arrive, je pense en ce moment, c’est que on arrive à une quatrième génération, donc on a des gens qui ont environ 60 ans, qui s’occupent de leur aînés qui ont en générale 80 - 90 ans, enfin on arrive à, et qui s’occupent aussi de leurs enfants et de leurs petits-enfants, donc en fait c’est une génération, même s’ils sont à la retraite, jeune retraité, qui sont très sollicités, un petit peu de toute part, et euh qui sont, qui peuvent être fatigués et qui par euh, mesure, effectivement pour simplifier, pour décharger, voit eux d’un très bon œil l’entrée en EHPAD, ce qui est pas forcément le cas de la personne, de leurs aînés »*

La famille voit donc l’entrée en EHPAD comme un soulagement, surtout quand la personne âgée est très dépendante.

L’aidant peut parfois être soulagé de savoir son proche en sécurité dans un EHPAD, où il y aura quelqu’un en cas de chutes ou de problème.

E5 : *« la famille est ravie que la maman soit enfin dans une structure où eux n’ont plus à penser est-ce que ce soir maman va encore tomber ? est-ce que je vais être obligé de venir en catastrophe ? euh donc pour eux c’est un réel soulagement »*

Le médecin doit également porter une attention toute particulière à l'aidant, car souvent il met sa santé et son bien-être entre parenthèse, il se met alors en danger.

E2 : *« sur le long terme c'est eux les dangers, c'est eux qui se mettent en danger, qui vont être fatigués, épuisés moralement, physiquement »*

5.2 Les assistantes sociales

Les assistantes sociales sont difficilement joignables et très souvent débordées, les médecins s'appuient peu sur elles de ce fait.

E6 : « quand y a besoin on essaie de contacter euh l'assistante sociale du quartier, c'est pas facile à … c'est pas facile à les joindre parce qu'elles ont chez nous elles ont quand même pas mal de boulot »

E2 : « les assistantes sociales elles sont débordées en ville donc les délais sont très très longs »

5.3 Les avis spécialisés

Certains médecins s’appuient sur des avis spécialisés, notamment pour les pathologies cognitives.

E11 : « si j’ai un doute sur la mise en place d’EHPAD, je fais appel notamment aux consultations mémoire à Flaubert qui eux peuvent voir s’il y a nécessité vraiment en urgence appuyer le dossier ou si on peut réussir à retarder un petit peu »

5.4 Le CLIC (Centre Local d'Information et de Coordination)

Les avis des médecins divergent concernant les centres CLIC.

Certains trouvent qu'ils sont d'une grande aide notamment dans les démarches administratives, et qu'ils sont de bons conseils pour le patient et sa famille.

E4 : *« le CLIC je trouve ça super bien (rire), je suis super content de ce truc là moi, qui nous aide vraiment je trouve »*

D'autres trouvent que leur travail n'est pas de bonne qualité et ne les utilise pas.

E1 : *« je trouve que le travail qu'ils font au havre est pas de bonne qualité »*

Quelques médecins ne les connaissaient pas.

E11 : *« j'avoue que, que je connais pas du tout le CLIC »*

5.5 ViaTrajectoire

Certains médecins connaissaient le site, une seule l'a déjà utilisé.

E12 : *« eh bien je l'ai parce que j'ai dit que c'était super bien et que j'en aurais peut-être besoin et pour l'instant je n'ai pas encore eu besoin mais je l'ai gardé »*

La plupart des médecins ne le connaissaient pas.

E3 : *« non j'ai jamais fait, j'ai toujours fait les papiers, je savais pas que ça existait »*

Après explication du site, ils pensent que c'est à l'EHPAD de donner l'information à la famille de faire les démarches directement sur le site.

E6 : *« je pense qu'on a pas du tout l'information et peut-être que quand la famille vient, va en maison de retraite pour chercher un dossier ce serait peut-être à eux de leur dire ou euh de avec un courrier en disant vous pouvez faire la démarche sur VIA TRAJECTOIRE »*

La médecin qui l'utilisait, trouve cela utile, car cela permet d'avoir une trace, et évite de refaire des dossiers à chaque fois, mais n'avait pas eu de retour sur les demandes faites jusqu'alors.

E2 : « on a une trace c'est quand même pratique »

E2 : « pour l'instant, c'est le début, parce que même, j'ai pas de retour sur ce que je fais, j'ai essayé d'en créer un pour un patient, je ne sais pas ce que ça a donné, je sais pas si il a été vu »

IV. Discussion

1. Les forces et faiblesses

1.1 Les forces

Le fait d'avoir fait des entretiens individuels a permis aux différents médecins d'exprimer des opinions personnelles ainsi que leurs propres expériences, notamment avec leurs proches, ce qu'ils n'auraient pas forcément fait dans un focus groupe.

Après avoir réalisé 12 entretiens, sur une population variée, la saturation des données a été atteinte.

1.2 Les faiblesses

Je n'étais pas entraînée à la recherche clinique, la thèse peut donc faire l'objet de plusieurs biais.
L'inexpérience de l'enquêteur entraîne un biais d'influence dans la réalisation des entretiens. J'ai acquis de l'expérience au fur et à mesure des entretiens. Les derniers entretiens sont donc moins source de biais.

Le fait de conduire seul une enquête conduit également à un biais d'investigation.

Il existe un manque de triangulation du fait du travail individuel de la thèse. Même si le premier entretien a été analysé par ma directrice de thèse et moi, l'analyse qualitative est subjective, elle dépend de la personne qui analyse les entretiens.

On peut aussi retrouver un biais de réponses inhérent à toute étude basée sur des entretiens. La présentation du sujet, « comment le médecin généraliste anticipe l'entrée en EHPAD ? », est source de biais de réponse.

Un problème d'enregistrement est survenu lors d'un entretien (entretien 7). L'entretien a donc été repris du début avec l'accord du médecin interrogé. Et même si les idées étaient les mêmes, les citations ont pu changer, et certaines idées ont pu être oubliées.

Un des entretiens a été réalisé auprès d'un médecin chez qui j'ai effectué mon stage praticien en autonomie (SASPAS). Sans pour autant que cela n'interfère sur le contenu de l'entretien.

Les médecins interrogés étaient citadins, excepté un. Je n'ai pas réussi à faire d'autres entretiens avec des médecins ruraux. Il s'agit donc d'un biais de population.

2. Comparaison des résultats à la littérature

2.1 Dépistage de la fragilité

Dans cette étude, le médecin généraliste a les compétences qui lui permettent de dépister un déclin de la personne âgée, cependant lors de l'interrogatoire des différents médecins généralistes, cette compétence a plutôt l'air d'être basée sur l'expérience. Aucun médecin généraliste n'ayant parlé des échelles de dépistage de la fragilité ou des troubles cognitifs.

Cette absence d'utilisation d'échelle pour le dépistage d'une fragilité ou de troubles cognitifs se retrouve dans les résultats de l'étude de Thomas LEONARD. (29)
Dans son étude sur les obstacles à la prise en charge ambulatoire du sujet âgé, Say-Chong LUU, montre également que pour beaucoup de médecins la fragilité est perçue de manière instinctive. (30)

La fragilité est un syndrome clinique. Elle reflète une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression clinique est modulée par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux. Le syndrome de fragilité est un marqueur de risque de mortalité et d'événements péjoratifs, notamment d'incapacités, de chutes, d'hospitalisations et d'entrée en institution. L'âge est un déterminant majeur de fragilité mais n'explique pas à lui seul ce syndrome. La prise en charge des déterminants de la fragilité peut réduire ou retarder ses conséquences. Ainsi, la fragilité s'inscrirait dans un processus potentiellement réversible. (31)

Le phénotype de FRIED est le seul outil mondialement reconnu pour le dépistage de la fragilité, cependant il n'est pas adapté à un dépistage en ambulatoire.
Celui-ci est fondé sur un phénotype physique et évalue 5 critères, une perte de poids involontaire de plus de 4,5 kg (ou ≥ 5 % du poids) depuis 1 an, un épuisement ressenti par le patient, une vitesse de marche ralentie, une baisse de la force musculaire et la sédentarité. Les patients sont dit fragiles en présence de 3 critères ou plus, pré-fragiles si au moins un des critères est présent, et robustes si aucun des critères n'est présent. (31)

Même s'il n'existe pas d'outil universellement reconnu pour le dépistage de la fragilité en ambulatoire, différentes échelles françaises ont été mises en place et évaluées pour le dépistage de la fragilité en ambulatoire.

On peut citer par exemple, l'échelle ABCDEF (autonomie, BMI, Comorbidité, drogues, équilibre, fonctions cognitives), qui se base sur l'échelle IADL (*instrumental activities of daily living*) version courte pour dépister une perte d'autonomie ; le BMI (*body mass index*), qui est un marqueur de l'état nutritionnel de la personne âgée ; la présence de comorbités ; une polymédication ; des troubles de l'équilibre, via un antécédent de chute, une vitesse de marche diminuée, un antécédent de fracture ; et un trouble des fonctions cognitives, via le test minicog. (32)

Au niveau de la recommandation sur le dépistage de la fragilité en ambulatoire, la HAS recommande d'utiliser, faute d'un outil de repérage uniformément validé et fiable, un questionnaire dérivé du phénotype de FRIED, avec une ou deux questions concernant la dimension cognitive et sociale. Elle propose en annexe la grille de repérage de la fragilité en soins primaires proposée par le gérontopôle de Toulouse. (31)
Ces échelles sont simples à utiliser et adaptées à la pratique de ville.

2.2 Anticiper l’entrée en EHPAD, une étape difficile, mais pas impossible

Dans sa thèse Sophie LAHAYE, montre que le médecin généraliste a un rôle central dans la démarche d’institutionnalisation. (25) Ce qui concorde avec nos résultats, où tous les médecins généralistes ont dit qu’il était de leur devoir d’anticiper une entrée en EHPAD.

Au contraire, Louis SCHVARTZ, montre que les médecins généralistes qui ne sont pas confrontés régulièrement à l’entrée en institution, sont peu concernés par l’anticipation, celle-ci étant plus du ressort de la famille. Pour certains médecins, l’anticipation est une utopie. Même si on identifie les personnes âgées étant à risque d’entrée en EHPAD, on ne pourra aller contre l’avis de la personne. (33)

Mais que signifie « anticiper » ?

Dans le Larousse, la définition d’anticiper est celle-ci : « prévoir, supposer ce qui va arriver et adapter sa conduite à cette supposition ».

Si l’on se rapporte à la définition du Larousse, il faudrait donc supposer que toute personne va un jour devenir dépendante et donc adapter sa conduite à ce fait. Dans ce cas, quel est le moment idéal pour parler d’EHPAD ? Faut-il en parler quand la personne commence à perdre de l’autonomie, ou bien avant ?

Pour les médecins habitués au problème de l’entrée en EHPAD, le sujet doit être abordé le plus tôt possible avec la personne âgée. Aborder le sujet très tôt permettrait un cheminement, ainsi qu’une démarche volontaire du patient et donc un meilleur vécu. (29,33)

C’est donc en en parlant assez tôt, lorsque la personne n’est pas en situation de faiblesse, qu’on pourra par la suite anticiper les démarches d’une entrée en EHPAD.

Cependant, si la personne est trop jeune, elle risque d’être en décalage avec le discours que le médecin généraliste a, et ne pas se sentir concernée. D’un autre côté, si on attend trop longtemps la personne risque d’avoir déjà perdue en autonomie, et dans ce cas on n’est plus dans l’anticipation.

De plus, la relation entre l’âge et la dépendance existe, mais n’est pas immuable. Du fait d’une grande variabilité dans le vieillissement, certaines personnes sont encore très autonomes à 70 ans, alors que d’autres sont déjà dépendantes. (2)

Par ailleurs, les moyens d’anticipation sont nombreux. La visite de préadmission et l’hébergement temporaire permettent à la personne âgée de voir ce qu’est réellement une EHPAD et de lui enlever certains a priori. Notion que l’on retrouve dans une thèse sur l’étude des représentations des EHPAD par les personnes âgées. (9)

2.3 La relation médecin – patient

La relation médecin patient est d'autant plus forte que le médecin généraliste suit son patient depuis de nombreuses années. Le patient ayant confiance en son médecin traitant.

Est-ce un point positif ou négatif ?

Le fait que le médecin généraliste ait une relation de longue date avec son patient ne limite-il pas les discussions sur les sujets difficiles à aborder ?

En abordant les sujets difficiles le médecin généraliste risque de rompre ou en tout cas d'entacher la bonne relation qu'il a avec son patient. L'entrée en EHPAD étant un sujet que les personnes âgées redoutent, elles risquent de se braquer, et la relation qu'elles ont avec leur médecin traitant risque d'en pâtir.

C'est ce qu'on retrouve dans la thèse de Thomas LEONARD, où il note que la relation de confiance ancienne et le lien que le médecin généraliste a avec son patient pouvait être un obstacle pour aborder ce sujet délicat (29). Il s'agit d'un sujet tabou et difficile à initier, c'est ce qu'on observe dans la thèse de Louis SCHVARTZ (33).

Dans l'étude d'Anne-Sophie VILLAIN, l'échange était d'autant plus important que la relation était ancienne. Elle montre également que l'avis des personnes âgées sur le rôle que doit jouer le médecin généraliste dans l'entrée en EHPAD était partagé. Certaines pensent qu'il se devait de proposer ou d'informer sur les différentes possibilités, notamment le maintien à domicile, et l'EHPAD ; d'autres souhaitaient juste qu'il réponde à leurs questions, et donc qu'il n'aborde pas le sujet de lui-même. (26)

2.4 La vision des EHPAD par les médecins généralistes

On retrouve dans la majorité des publications une image négative des EHPAD par les médecins généralistes. (25,29,33) Dans ces conditions, comment proposer à ses patients un lieu de vie où l'on ne voudrait pas mettre ses proches ou aller vivre ?
On note également une grande variabilité dans les EHPAD, avec des points de vue positifs et d'autres négatifs. (25) Ce qui ressort dans nos résultats.

Dans la littérature, comme dans ma thèse, on voit que la vision des EHPAD par les médecins est variable, voire mauvaise, avec un manque de place, ainsi qu'un temps d'attente long avant une entrée en EHPAD (29,33). Ils notent également un manque de personnel dans les EHPAD, avec un manque d'IDE la nuit (29), notion qu'on observe aussi dans nos résultats.

Comment faire pour améliorer cette vision des EHPAD ?

Dans notre thèse, les médecins étaient plutôt en faveur des résidences seniors ou résidence autonomie, où selon eux, l'échange entre les personnes âgées y était plus important, avec des personnes ayant une dépendance moindre qu'en EHPAD, et moins de troubles cognitifs.

On retrouve dans la thèse de Louis SCHVARTZ cette envie d'établissement plus ouvert sur l'extérieur, entre l'EHPAD et le foyer-logement, qui pourrait avoir plus de succès envers les personnes âgées, car il serait fait pour des personnes peu ou pas dépendantes. (33)

2.5 Le rôle de l’entourage

L’entourage a un rôle primordial dans le maintien à domicile et dans l’anticipation de l’entrée en EHPAD.

Dans sa thèse, Élodie ANDRE a montré que l’absence ou l’insuffisance d’aides, qu’elles soient familiales ou professionnelles, était un facteur de rupture du maintien à domicile. (20) On peut donc extrapoler que l’insuffisance d’aides est un facteur d’entrée en EHPAD. Donc en l’absence d’aides, qu’elles soient familiales ou professionnelles, il faudrait anticiper très tôt, pour préparer la personne âgée à une possible entrée en EHPAD. La demande de précaution aurait alors toute sa place.

Le rôle de la famille dans l’anticipation de l’entrée en EHPAD a été montré par plusieurs publications. (26,29,33) La famille ou l’entourage ayant tantôt le rôle d’initier le sujet de l’EHPAD avec son proche, tantôt le rôle d’appuyer le médecin traitant dans la démarche d’anticipation. Rôle que l’on retrouve dans nos résultats.

2.6 Le rôle du médecin généraliste vis-à-vis de l’aidant

Tous les médecins généralistes ont jugé qu’il était de leur rôle de soutenir l’aidant et de dépister un épuisement de l’aidant.

On peut cependant se poser la question : à qui revient ce rôle, est-ce le rôle du médecin généraliste de la personne âgée, ou celui du médecin généraliste de l’aidant ?

Le médecin généraliste de la personne âgée est peut-être plus à même de dépister un épuisement. En effet, il le voit souvent qui accompagne la personne âgée lors de consultations, ou de visites à domicile ; alors que le médecin généraliste de l’aidant risque de passer à côté ne sachant pas forcément que celui-ci s’occupe d’un proche dépendant.
Par contre, il paraît plus logique que la prise en charge d’un épuisement revienne au médecin généraliste de l’aidant, car c’est lui qui le connaît le mieux.

Il est important que l’aidant préserve sa santé. En effet, si l’aidant tombe malade, il n’y a plus personne pour soutenir la personne dépendante, et donc le maintien à domicile devient impossible en l’état.
Pour ce faire il dispose de plusieurs aides, il peut en parler à son médecin traitant qui l’orientera au besoin vers un psychologue ou une association pour les aidants ; il peut échanger avec les intervenants de la personne dépendante (médecin, infirmières, SSIAD, …) ; il peut utiliser l’accueil de jour, l’hébergement temporaire, la présence d’aide à domicile, pour avoir du temps libre et s’accorder une pause ; il peut discuter avec des personnes dans la même situation que lui, via des groupes destinés aux aidants. (34)

2.7 Cadre légal de l'institutionnalisation

Le médecin respecte le choix de son patient, même s'il lui arrive de faire du '*forcing*' ou de de lui mentir pour obtenir son accord pour l'entrée en EHPAD. La seule situation qui fait que le médecin ne va pas accorder de l'importance à l'accord de son patient, est le problème de la démence. Nos résultats concordent avec ceux de Louis SCHVARTZ. (33)

Mais quand est-il du cadre légal ?
Est-il possible d'aller contre la volonté d'une personne ?
Que faire si celle-ci se met en danger ?

La charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance rappelle que « toute personne âgée devenue handicapée ou dépendante est libre d'exercer ses choix dans la vie quotidienne et de déterminer son mode de vie », elle doit également « pouvoir choisir un lieu de vie – domicile personnel ou collectif – adapté à ses attentes et à ses besoins ». (35)

La recommandation de la HAS sur la liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligation de soins et de sécurité, reconnaît l'influence de troubles cognitifs sur la liberté d'aller et venir, mais refuse d'en faire une restriction systématique. (36)

Donc, si la personne n'a pas de troubles cognitifs, ou de troubles dans la prise de décision, il faut respecter son choix, le risque zéro n'existant pas. On peut cependant signaler à la personne qu'en cas de changement d'avis, si elle en ressent le besoin, elle pourra de toute manière entrer dans l'établissement d'hébergement de son choix.

En l'absence de cadre légal sur la liberté de choix du lieu de vie des personnes avec troubles cognitifs, il faut essayer de convaincre la personne de l'intérêt qu'elle a d'aller dans un établissement d'hébergement, afin d'obtenir son accord.
Pourtant en réalité, les personnes présentant des troubles cognitifs, sont souvent institutionnalisées sans leur consentement.

Cette notion de respect de la volonté de la personne âgée, se retrouve dans l'étude de Louis SCHVARTZ (33), et également dans nos résultats. En dehors du cas de patient dément, où son avis n'est pas vraiment pris en compte. (29,33)

Les directives anticipées pourraient avoir leur place chez les personnes ayant des troubles cognitifs, si celles-ci avaient été rédigées avant d'avoir ces troubles. On pourrait alors s'y référer pour aller, dans la mesure du possible, dans son sens, tout en préservant la sécurité de la personne.
En sachant qu'en France, le médecin conserve un pouvoir d'appréciation et porte la responsabilité de la décision. Il peut donc dans l'intérêt du patient, aller contre ses directives anticipées.

3. Ouverture

Le territoire CODAH étant comme le reste de la France, une zone où le nombre de lit par rapport à la population âgée est faible, les médecins généralistes sont obligés d'anticiper.

Tous les médecins généralistes interrogés se sentaient concernés par le sujet et anticipaient comme ils pouvaient. Tout en respectant la volonté de leur patient, en dehors des cas de démence.

Dans une thèse, les médecins proposent un dossier national informatisé pour la demande en EHPAD (33), ce qui existe actuellement avec le site ViaTrajectoire.
Le site ViaTrajectoire était pourtant peu connu, et pas utilisé sur le territoire CODAH. Les médecins ont proposé que les EHPAD conseillent aux personnes âgées et leurs familles de faire les démarches directement sur le site, et demande ainsi au médecin généraliste de remplir la partie médicale sur le site. Mais peut-être les personnels des EHPAD ne veulent-ils pas se servir du site ?

Dans l'ensemble ils utilisaient peu les centres CLIC, qui pourraient pourtant les aider dans les démarches de maintien à domicile et d'entrée en EHPAD.
Certains ne les connaissaient pas (entretien 6, 7 et 11), peut être le CLIC lors de l'installation d'un médecin pourrait faire connaître ses missions via une visite. Il transmettrait ainsi ses coordonnées et permettrait la création d'un échange entre le médecin généraliste et le CLIC.
Certains médecins trouvaient que le travail du CLIC était de mauvaise qualité et qu'il était difficile de les contacter en cas de besoin.

L'une des limites du CLIC peut être le manque de personnel, ceci limitant leurs possibilités de réponses vis-à-vis des médecins, mais aussi certainement des familles. Dans ce cas, on peut se poser la question d'un manque d'investissement des pouvoirs publics par rapport à l'augmentation de la dépendance.

La dépendance nécessitant des financements importants pour sa prise en charge, ne faudrait-il pas créer une sixième branche de la Sécurité Sociale ? Celle-ci n'étant pris en charge ni dans la branche retraite, ni dans celle de la maladie.

Conclusion

Le médecin généraliste essaie d'anticiper l'entrée en EHPAD en envisageant cette situation en amont avec ses patients âgés, mais se heurte souvent à leurs réactions. La principale réaction des personnes âgées est le refus. Le médecin généraliste respecte l'avis de son patient, sauf en cas de démence. L'anticipation est donc difficile.

L'autre frein que l'on retrouve dans l'anticipation est la vision plutôt négative que le médecin généraliste a des EHPAD.

Pour anticiper l'entrée en EHPAD, le médecin généraliste peut s'appuyer sur plusieurs supports, la visite de préadmission, l'hébergement temporaire, les demandes de précaution et l'entourage (les aidants).

Bibliographie

1. Causes de décès selon le sexe en 2015 | Insee [Internet]. [cité 28 août 2018]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/2385258#tableau-Donnes

2. Vieillissement et santé [Internet]. World Health Organization. [cité 2 sept 2018]. Disponible sur: http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health

3. Série 000067670 Population totale au 1er janvier - France métropolitaine | Insee [Internet]. [cité 14 janv 2018]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/serie/000067670

4. Série 001686811 Population au 1er janvier - Ensemble - 60 ans et plus - France métropolitaine | Insee [Internet]. [cité 14 janv 2018]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/serie/001686811

5. Série 001686812 Population au 1er janvier - Ensemble - 75 ans et plus - France métropolitaine | Insee [Internet]. [cité 14 janv 2018]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/serie/001686812

6. Projections de population à l'horizon 2060 - Insee Première - 1320 [Internet]. [cité 11 janv 2018]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281151

7. Définition - Espérance de vie en bonne santé / EVBS | Insee [Internet]. [cité 11 janv 2018]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c2017

8. Espérance de vie en bonne santé − Indicateurs de richesse nationale | Insee [Internet]. [cité 11 janv 2018]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/3281641?sommaire=3281778&q=evolution+EVBS#consulter

9. HAUTH H. Représentations sociales des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes chez les plus de 65 ans. [Strasbourg]: Médecine; 2016.

10. Allocation personnalisée d'autonomie (Apa) [Internet]. [cité 26 août 2018]. Disponible sur: https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F10009

11. Aide menagere a domicile : aide à l'autonomie des personnes âgées | Pour les personnes âgées [Internet]. [cité 26 août 2018]. Disponible sur: https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/beneficier-daides/les-aides-domicile/laide-menagere-domicile

12. Aide aux personnes âgées et à l'autonomie | Pour les personnes âgées [Internet]. [cité 26 août 2018]. Disponible sur: https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/beneficier-daides/les-aides-domicile/les-aides-des-caisses-de-retraite

13. Les aides fiscales pour l'aide à domicile | Pour les personnes âgées [Internet]. [cité 26 août 2018]. Disponible sur: https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/beneficier-daides/les-aides-domicile/les-aides-fiscales-pour-laide-domicile

14. Les aides des complémentaires santé | Pour les personnes âgées [Internet]. [cité 26 août 2018]. Disponible sur: https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/beneficier-daides/les-aides-pour-les-depenses-de-sante/les-aides-des-complementaires-sante

15. Faire appel à un infirmier libéral | Pour les personnes âgées [Internet]. [cité 26 août 2018]. Disponible sur: https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-domicile/etre-soigne-domicile/faire-appel-un-infirmier-liberal

16. Les services d'aide à domicile | Pour les personnes âgées [Internet]. [cité 26 août 2018]. Disponible sur: https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-domicile/etre-aide-domicile/les-services-daide-domicile

17. Les SSIAD (services de soins infirmiers à domicile) | Pour les personnes âgées [Internet]. [cité 26 août 2018]. Disponible sur: https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-domicile/etre-soigne-domicile/les-ssiad-services-de-soins-infirmiers-domicile

18. SPASAD : services polyvalents d'aide et de soins à domicile pour les personnes âgées | Pour les personnes âgées [Internet]. [cité 26 août 2018]. Disponible sur: https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-domicile/etre-soigne-domicile/les-spasad-services-polyvalents-daide-et-de-soins-domicile

19. L'HAD (hospitalisation à domicile) | Pour les personnes âgées [Internet]. [cité 26 août 2018]. Disponible sur: https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-domicile/etre-soigne-domicile/lhad-hospitalisation-domicile

20. ANDRE E. La rupture de maintien à domicile des personnes âgées dépendantes [Internet]. [Nancy]: Médecine; 2014 [cité 14 janv 2018]. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2014_ANDRE_ELODIE.pdf

21. L'ergothérapeute | Pour les personnes âgées [Internet]. [cité 26 août 2018]. Disponible sur: https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/qui-sadresser/professionnels-de-laide-et-du-soin/lergotherapeute

22. 693 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011 ; études et résultats n° 899 - décembre 2014 [Internet]. 2014 [cité 14 janv 2018]. Disponible sur: http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er899.pdf

23. Personne âgée : aide sociale à l'hébergement (ASH) [Internet]. [cité 5 févr 2018]. Disponible sur: https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F2444

24. Personnes âgées dépendantes − Tableaux de l'Économie Française | Insee [Internet]. [cité 14 janv 2018]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/1906697?sommaire=1906743

25. LAHAYE S. La place du médecin généraliste picard dans l'entrée en institution de la personne âgée dépendante [Internet]. [Amiens]: Médecine; 2015 [cité 11 janv 2018]. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01244067/document

26. VILLAIN A-S. Ressenti des personnes âgées sur les déterminants de leur entrée en établissement d'hébergement et sur le rôle du médecin traitant [Internet]. [Rennes]: Médecine; 2016 [cité 11 janv 2018]. Disponible sur: https://ecm.univ-rennes1.fr/nuxeo/site/esupversions/9312da26-cd88-4645-8822-af3c4b4892f5?inline

27. Les 17 communes de la CODAH [Internet]. CODAH. [cité 14 janv 2018]. Disponible sur: https://www.codah.fr/dossier/les-17-communes-de-la-codah

28. Communauté d’agglomération havraise - CODAH [Internet]. [cité 14 janv 2018]. Disponible sur: http://www.aurh.fr/nos-ressources/publications-aurh/donnees-cles-de-l-estuaire-de-la-seine-et-des-epci/entry-310-communauteacute-d-agglomeacuteration-havraise---codah.html

29. LEONARD T. Comment les médecins participent-ils au processus d’entrée en EHPAD ? Une étude qualitative auprès de 13 médecins de spécialités différentes. [Internet]. [Orléans-Tours]: Médecine; 2016 [cité 18 janv 2018]. Disponible sur: http://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Theses/2016_Medecine_LeonardThomas.pdf

30. LUU S-C. Obstacles à la prise en charge ambulatoire du sujet âgé. [Université Paris DIderot - Paris 7]: Médecine; 2010.

31. Haute Autorité de Santé - Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ? [Internet]. [cité 1 sept 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1602970/fr/comment-reperer-la-fragilite-en-soins-ambulatoires

32. Amalou L, Roca F, François F, Druesne L, Langlois R, Pesqué T, et al. Tracking tool for frailty: ABCDEF. Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Viellissement. sept 2016;(3):287–295.

33. SCHVARTZ L. L’anticipation de l’entrée en institutions des personnes âgées. Avis des médecins généralistes. [Strasbourg]: Médecine; 2015.

34. Préserver sa santé | Pour les personnes âgées [Internet]. [cité 1 sept 2018]. Disponible sur: https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/aider-un-proche/preserver-sa-sante

35. Charte des droits et des libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2009 [cité 1 sept 2018]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/guides/article/charte-des-droits-et-des-libertes-de-la-personne-agee-en-situation-de-handicap

36. Haute Autorité de Santé - Liberté d’aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligation de soins et de sécurité [Internet]. [cité 1 sept 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272394/fr/liberte-d-aller-et-venir-dans-les-etablissements-sanitaires-et-medico-sociaux-et-obligation-de-soins-et-de-securite

Annexes

Annexe 1 – Consentement

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

N° d'identification du participant :

Comment le médecin généraliste de la Région Havraise anticipe-t-il l'entrée en EHPAD de ses patients âgés ?

RECHERCHE QUALITATIVE auprès de médecins généralistes de la Région Havraise (CODAH)

Introduction: L'entrée en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) est un bouleversement dans la vie d'une personne âgée. Son lieu de vie change, elle perd ses repères, de plus elle est souvent en situation de vulnérabilité du fait de sa dépendance. L'anticipation est donc un critère important pour permettre à la personne de se préparer au changement et de l'accepter.

Les objectifs de ce projet sont d'explorer :
Comment le médecin généraliste anticipe l'entrée en EHPAD, et quels sont les freins auxquels il doit faire face ?

Réalisation de l'entretien :
Cet entretien sera réalisé par Périne DANGELI (interne de médecine générale) suivant vos disponibilités.
Il durera de 30 à 90 minutes et sera enregistré de façon anonyme.

Qu'est ce qui se passe si je participe?

Vous participerez à un entretien individuel où l'on vous posera des questions concernant votre expérience en tant que médecin généraliste par rapport à un événement important dans la vie d'une personne âgée, l'entrée en EHPAD.
Vous avez la possibilité de quitter l'étude à n'importe quel moment sans fournir d'explication.

Comment sera traitée l'information recueillie ?
Les enregistrements seront retranscrits mot à mot de façon anonyme et confidentielle.
Une fois transcrits, les enregistrements seront détruits. Les transcriptions seront gardées de façon sécurisée.
L'analyse des données sera réalisée par Périne DANGELI
Les résultats seront utilisés dans le cadre de la thèse pour obtention du diplôme de médecin générale et peuvent éventuellement être publiés.

Merci de noter vos initiales dans chaque case :

1. Je confirme avoir lu et compris l'information ci-dessus et que j'ai eu la possibilité de poser des questions. ☐

2. Je comprends que la participation est entièrement basée sur le volontariat et que je suis libre de changer d'avis à n'importe quel moment. Je comprends que ma participation est totalement volontaire et que je suis libre de sortir de l'étude à tout moment, sans avoir à fournir de raison. ☐

3. Je donne mon consentement à l'enregistrement et à la transcription mot à mot de cet entretien. ☐

4. Je donne mon consentement à l'utilisation éventuelle mais totalement anonyme de certaines citations de l'entretien dans une thèse ou dans une publication. ☐

5. Je suis d'accord pour participer à l'étude. ☐

Signature (participant)	Signature (investigateur)
Date_____	Date_____
Nom_____	Nom_____

Annexe 2 – Guide d’entretien

Questionnaire population :

Quel âge avez-vous ?

Sexe : Homme Femme

Depuis combien d’années êtes-vous installé ?

Mode d’exercice : Cabinet de groupe Seul

Mode d’exercice : Rural Citadin

Quelle est la proportion de personnes âgées (personnes de plus de 65 ans) dans votre patientèle ?

Questionnaire / guide d'entretien :

Quel est pour vous le rôle du médecin généraliste dans l'entrée en EHPAD ?
- utilisation des centres CLIC
- rédaction du certificat médical d'admission
- Via Trajectoire
- préparer psychologiquement la personne âgée
- s'assurer de l'accord de la personne âgée
- soutien de l'aidant principal / orientation vers structures de soutien

À quel moment parlez-vous d'EHPAD à vos patients âgés ?
- visite de préadmission
- demande de précaution
- dès la retraite
- perte d'autonomie

Quelles sont leurs réactions ?
- recueil du consentement
- rédaction de directive anticipée

Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans la démarche d'entrée en EHPAD ?
- financier
- manque de place / temps d'attente
- refus personne et/ou famille
- démarche administrative prenant du temps
- différents dossiers pour différentes maisons de retraite
- absence d'entourage chez une personne âgée

A l'initiative de qui se fait la demande d'entrée en EHPAD ?
- famille
- personne âgée

Quelle est votre vision des EHPAD ?
- différence entre EHPA et EHPAD
- point de vue personnel
- situation familial personnelle / déjà un parent en EHPAD

Résumé

Introduction
La population étant vieillissante, et l'espérance de vie en bonne santé augmentant plus lentement que l'espérance de vie, la prise en charge de la dépendance va être un problème majeur dans les prochaines années. L'EHPAD fait partie des lieux de vie possible pour les personnes âgées dépendantes. Le médecin généraliste a un rôle central dans la prise en charge d'une personne âgée. Il est donc le mieux placé pour anticiper l'entrée en EHPAD.

Question de recherche
Comment les médecins généralistes de la Région Havraise anticipent l'entrée en EHPAD de leurs patients ?

Méthode
Il s'agit d'une enquête qualitative, pour laquelle un échantillon raisonné de 12 médecins généralistes de la région CODAH a été réalisé. Le recueil de données a été réalisé par des entretiens individuels semi-dirigés effectués du 22/02/2018 au 21/06/2018.

Résultats
Le médecin généraliste a un rôle central dans l'anticipation de l'entrée en EHPAD de par ses compétences et de sa connaissance de la personne âgée et de son environnement. Il doit aborder le sujet de l'EHPAD tôt, avant que la personne ne soit dépendante, afin que celle-ci ai le temps d'y réfléchir et que l'entrée en EHPAD soit bien vécue. Il a également un rôle à jouer auprès de l'aidant, de soutien et de dépistage de l'épuisement.
Pour anticiper, le médecin généraliste peut s'appuyer sur plusieurs supports : la visite de préadmission, l'hébergement temporaire, les demandes de précaution. Mais le principal frein à l'anticipation de l'entrée en EHPAD est le refus du patient. En effet, le médecin généraliste respecte la volonté de son patient, sauf en cas de démence.
L'entourage a un rôle important dans le maintien à domicile, mais aussi dans l'anticipation de l'entrée en EHPAD. La demande d'entrée en EHPAD venant le plus souvent de l'entourage.
Le point de vue des EHPAD par les médecins est qu'il existe une grande variabilité entre les établissements. Les points positifs sont la vie en communauté, et les échanges avec l'équipe paramédicale. Les points négatifs sont l'existence de chambre à deux, le nombre important de patients déments, le manque de place et le manque de personnel.

Discussion
Nous avons vu que pour que l'entrée en EHPAD soit bien vécue par la personne âgée, celle-ci doit être anticipée. Le médecin doit donc en parler à ses patients âgés avant que ceux-ci ne soient dépendants. Mais à qui en parler et à quel moment ? Pour aider les médecins à cibler les personnes qui vont entrer à plus ou moins court terme en EHPAD, il existe des échelles de dépistage de la fragilité. Elles sont pourtant peu utilisées.
Le respect de la volonté du patient est primordial. Cependant chez les patients déments, il existe des troubles dans la prise de décision. Dans ce cas, faut-il aller contre l'avis de la personne, mais dans l'intérêt de sa sécurité ? Les directives anticipées peuvent avoir leur place, afin de cerner la volonté de la personne avant l'apparition de ces troubles.