



HAL
open science

Les attentes des personnes âgées du 13^e arrondissement de Paris en termes de prise en charge médicale et de coordination des soins : une approche quantitative

Clémence Guillaume

► To cite this version:

Clémence Guillaume. Les attentes des personnes âgées du 13^e arrondissement de Paris en termes de prise en charge médicale et de coordination des soins : une approche quantitative. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02056669

HAL Id: dumas-02056669

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02056669>

Submitted on 22 Mar 2019

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2018

N° 125

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Les attentes des personnes âgées du 13ème arrondissement de Paris
en termes de prise en charge médicale et de coordination
des soins : une approche quantitative

Présentée et soutenue publiquement
le 29 Juin 2018

Par

Clémence GUILLAUME

Née le 6 novembre 1988 à Paris (75)

Dirigée par M. Le Docteur Hector Falcoff, PA

Jury :

Mme Le Professeur Anne-Sophie Rigaud Monnet, PU-PH.....Présidente

M. Le Professeur Marc Verny, PU-PH

M. Le Professeur Robert Sourzac, PA

REMERCIEMENTS

A Madame le Professeur Anne-Sophie RIGAUD MONNET, qui me fait l'honneur de présider cette thèse. Je vous remercie de l'expertise que vous pourrez apporter à ce sujet.

Au Professeur Marc VERNY et au **Professeur Robert SOURZAC**, qui me font l'honneur de juger ce travail.

Au Docteur Hector FALCOFF, qui m'a proposé ce travail. Je vous remercie infiniment pour le temps que vous y avez consacré, vos précieux conseils et votre gentillesse. Je suis impressionnée par votre « zen attitude » face aux nombreux projets que vous menez en parallèle de votre activité de médecin et d'enseignant.

A ceux qui m'ont aidé pour la thèse : les bénévoles de l'association Générations 13, tout particulièrement Monsieur Christian Guérin, les animatrices des clubs du Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris 13, et Madame Nassera Navarro (directrice adjointe de la section du 13^{ème} du CASVP).

Aux équipes hospitalières qui m'ont accueillies en tant qu'externe puis interne, médecins et paramédicaux.

Au Docteur Véronique VERGÈS- COUSIN, pour m'avoir accueillie au sein du réseau Mémoires pendant mon internat, et fait découvrir et aimer un autre aspect de la gériatrie.

A mes maîtres de stage de niveau 1 qui m'ont donné l'envie de faire de la médecine de ville.

A mes 3 relecteurs, qui se reconnaîtront en lisant ces quelques lignes. Un immense merci pour le temps consacré à relire ce travail.

A mes parents, qui m'ont soutenue et encouragée pendant ces dix années d'études. Merci de m'avoir appris la rigueur, le sens du travail, l'empathie et l'écoute. Merci de m'avoir permis de faire ces études dans les meilleures conditions qui soient.

A mes frères, Matthieu, Pierre, Edouard et aussi à Nathalie pour avoir supporté mes anecdotes d'hôpital lors de nos repas.

A Maxime, pour ta présence quotidienne, ton soutien sans faille et tes encouragements. Merci de partager tout cela avec moi.

A mes amis de médecine, pour tous les fous rires et les bons moments passés à vos côtés. Merci pour votre amitié, votre bienveillance et votre soutien.

A Fanny, pour ton soutien pendant ces dix années, pour m'avoir boostée quand j'en avais marre et rassurée lors des moments de stress, pour nos sous colles de D4, nos révisions de dernières minutes, nos vacances et j'en passe. Merci d'être ma confidente.

A Marion, pour avoir été mon amie depuis le début et de l'être toujours maintenant, pour ton amour de la bonne nourriture, pour nos debriefs post-soirées, pour le plaisir de se retrouver avec l'impression que l'on ne s'est pas quittées.

A Haiss, pour nos multiples trajets de métro de P1, ta patience, et ton histoire avec la chauve-souris.

A Manon, pour ta bonne humeur et ton goût pour l'art du cocooning.

A Mash, on s'est réellement connues en fin d'externat, j'en suis très chanceuse. Merci pour tout.

A Pierrot pour toutes tes petites gaffes, nos verres improvisés, nos soirées jeux de société.

A Baloo, pour ta modestie quand tu gagnes aux jeux, ton humour et ton imitation de Gollum.

A Mathieu, une des premières rencontres en cours à Médisup. Merci pour ta gentillesse, ton sourire Colgate et tous tes gadgets.

A Ben Z, pour tes jeux de cache-cache avec Baloo, et ton déhanché pendant les soirées.

A Oly, pour ton écoute attentive et **Tib** pour nos parties de Wii endiablées. Merci à vous deux pour nos vacances au Cap et week-ends à Châtillon.

A Romain, pour tes encouragements pour bosser et pour ton timbre de voix quand tu chantes « aaaaa si guën na, dabadi ziguawa... ». **A Nass**, pour tes cent sauts dans la piscine, tes mojitos et ta joie de vivre.

A Ju, on se voit peu mais c'est toujours si agréable de se retrouver à discuter à l'occasion des 30 ans d'une amie dans un parc. Merci pour ton rire si particulier. **A Laure**, merci d'être l'ami de Ju et de faire partie du trio des mouettes. **A Cam**, merci d'être la troisième mouette. Merci toutes les 3 pour vos soirées du nouvel an et d'anniversaire.

A mes amies que j'ai rencontré pendant l'internat : **Julie, Laura, Margaux et Emilie**. Merci d'avoir été des co-internes au top !

A mes amies de collègue **Nono et Laurette**, pour toutes ces années, votre amitié indéfectible, tous ces bons souvenirs, et votre présence lors des coups de mou.

A Marion Douchet, pour avoir été mon binôme de travail.

Et enfin merci à tous ceux que j'ai croisé et à ceux que j'ai oublié...

TABLE DES MATIERES

ACRONYMES et SIGLES	7
TABLE DES ILLUSTRATIONS	9
1.INTRODUCTION	10
1.1 Une population française vieillissante	10
1.2 Une densité médicale en baisse	10
1.3 Mise en place du dispositif PAERPA.....	11
1.4 Contexte du 13 ^{ème} arrondissement.....	14
1.4.1 Démographie de la population et des médecins généralistes du 13 ^{ème}	14
1.4.2 Présentation du Pôle Santé 13.....	15
1.4.3 L'association Générations 13 (G13)	17
1.5 Les besoins des personnes âgées	17
1.6 Objectif de l'étude	18
2. MATERIEL ET METHODE	19
2.1 Type d'étude	19
2.2 Population de l'étude	19
2.3 Recueil de données	19
2.3.1 Mode de recueil.....	19
2.3.2 Données recueillies	20
2.4 Recrutement de la population / Diffusion du questionnaire.....	21
2.5 Analyse	22
3.RESULTATS	25
3.1 Participation.....	25
3.2 Analyse descriptive.....	25
3.2.1 Caractéristiques socio-démographiques des répondants.....	25
3.2.2 Données de santé et de dépendance de la population	26

3.2.3	Accessibilité et type de pratique du médecin traitant (MT).....	28
3.2.4	Les attentes vis-à-vis du médecin généraliste	30
3.2.5	La satisfaction vis-à-vis du MG	31
3.2.6	Les attentes vis-à-vis du spécialiste	32
3.2.7	Satisfaction vis-à-vis des spécialistes	33
3.2.8	Satisfaction vis-à-vis des pharmaciens	33
3.2.9	Attentes et Satisfaction vis-à-vis de l'organisation des soins	34
3.2.10.	Obstacles pour bien se soigner.....	35
3.2.11	Renoncement aux soins.....	38
3.2.12	Inquiétudes sur le futur, directives anticipées et personne de confiance	39
3.2.13	Principaux problèmes rencontrés dans le 13 ^{ème} arrondissement.....	40
3.3	Analyse bivariée	41
4.	DISCUSSION	45
4.1	Rappel des principaux résultats de l'étude	45
4.2	Comment interpréter ces résultats ?.....	46
4.3	Limites de l'étude	50
4.4	Points forts de l'étude	51
5.	CONCLUSION	52
	ANNEXE. Questionnaire destiné à la population de l'étude	54
	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	63

ACRONYMES et SIGLES

ACI : Accord Conventionnel Interprofessionnel

ARS : Agence Régionale de santé

CASVP : Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris

CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination

CMUc : Couverture Médicale Universelle Complémentaire

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CS/Consult : Consultation

DRESS : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et Statistiques du Ministère de la Santé

FO : Fond d'Œil

Génération13 : G13

HCCAM : Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IRDES : Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé

MEP : Mode d'Exercice Particulier

MG : Médecin Généraliste

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

MT : Médecin Traitant

PAERPA : Personnes Agées en Risque de Perte d'Autonomie

PCS : Profession et Catégorie Socio-Professionnelle.

SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile

VAD : Visite à Domicile

WONCA : World Organization of National College Academies and Academic Associations
of General Practitioners/Family Physicians

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Tableau 1: Caractéristiques socio-démographiques des répondants	26
Tableau 2: Données de santé et de dépendance de la population.....	27
Tableau 3: Caractéristiques du MT de la population.	28
Tableau 4: Importance attachée à certains aspects de la pratique du MT.	30
Tableau 5: Importance attachée à certaines qualités du MT.	31
Tableau 6: Résultats descriptifs de la satisfaction vis-à-vis de leur MG.....	32
Tableau 7: Attentes des répondants vis-à-vis des spécialistes.	32
Tableau 8: Satisfaction des répondants vis-à-vis du spécialiste le plus souvent consulté.	33
Tableau 9: Satisfaction envers les pharmaciens.	33
Tableau 10: Attentes et satisfaction vis-à-vis de l'organisation des soins.	35
Tableau 11: Accès physique au cabinet médical.....	36
Tableau 12: Difficultés pour trouver un paramédical à domicile.....	36
Tableau 13: Obstacles pour prendre ses médicaments.....	37
Tableau 14: Renoncement pour difficultés financières.....	38
Tableau 15: Prévoir l'avenir.....	39
Tableau 16: Résultats de l'analyse bivariée.....	43
Tableau 16: Résultats de l'analyse bivariée.....	44

1.INTRODUCTION

1.1 Une population française vieillissante

Le vieillissement est un phénomène mondial qui touche aussi bien les pays développés que les pays émergents. La France connaît elle aussi ce phénomène. La part des personnes âgées de 65 ans ou plus est passée de 13,9% en 1990 à 18,8% en 2016 (1). Ceci résulte de trois facteurs qui se combinent au fil des années : le premier est structurel, le deuxième tient à la hausse de l'espérance de vie et le troisième à la baisse de la fécondité (2). Au 1er janvier 2018, les personnes âgées d'au moins 65 ans représentent 19,6 % de la population (3), contre 18,8 % deux ans auparavant. Leur part a progressé de 4,1 % en vingt ans. Ceci correspond à une hausse de 2,4 % pour les habitants âgés de 75 ans ou plus entre 2016 et 2018, ce qui représentait près d'un habitant sur dix (4) soit 9,6% de la population (3,5). Selon les dernières projections de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques, en 2070, la population française compterait près de 76,6 millions d'habitants. D'après ce scénario, la quasi-totalité de la hausse de la population concernerait les personnes âgées de 65 ans ou plus. L'augmentation serait particulièrement forte pour les personnes de 75 ans et plus. Ainsi, selon ces prévisions, la population française compterait 17,9% de 75 ans et plus soit deux fois plus de personnes de 75 ans et plus qu'en 2013, et environ 270 000 centenaires (5).

Ce vieillissement grandissant de la population, dont la prise en charge mobilise près d'un quart des dépenses de santé (6), s'accompagne d'une expansion de la morbi-mortalité et d'une augmentation des dépendances. Ceci confronte les médecins à une demande de patients de plus en plus âgés et ayant des difficultés de déplacement (7).

1.2 Une densité médicale en baisse

Actuellement, en France, la situation démographique médicale est préoccupante. On constate une diminution du nombre de médecins généralistes (MG) en activité régulière en France notamment dans les grandes villes comme Paris (8).

Au 1^{er} janvier 2017, le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) recense, en France, 88 137 médecins généralistes en activité régulière ; soit une diminution de 9,1 % des

effectifs depuis 2007 (97 012 MG à l'époque). Cette tendance à la baisse a une forte probabilité de se confirmer jusqu'en 2025 pour atteindre 79 262 médecins généralistes en activité régulière (8).

A l'échelle régionale, l'Ile-de-France n'est pas épargnée par ce constat et se place en troisième position des régions qui enregistrent les plus fortes diminutions d'effectifs en MG en activité régulière (-15,5%) entre 2010 et 2017 (8), avec une diminution des actifs et une augmentation des retraités (9). Elle ne comptabilise plus que 14 966 MG (8) contre 18 710 en 2007 (10). L'activité libérale recule également avec un nombre de MG libéraux (libéral exclusif et mixte) passant de 10 871 (10) en 2007 à 8 081 en 2017 (8).

La ville de Paris est même le 2^{ème} département à enregistrer la plus forte baisse (-25%) du nombre de médecins généralistes en activité régulière sur la période 2010/2017 tandis que sa population générale semble se stabiliser (8). La ville de Paris compte au 1^{er} janvier 2017, 4 324 médecins généralistes en activité régulière (8) contre 4 694 en 2013 (11) soit une baisse de 8%. On constate également un recul du nombre de MG libéraux ou mixtes dans la capitale 1 946 (8) en 2017 contre 2 145 en 2015 (12). En 2015, la densité des MG à Paris (10,9/10000 hab.) était supérieure à la densité médicale nationale (9,3/10000hab.), (12).

Il y a donc à Paris une discordance inquiétante entre l'augmentation du nombre de personnes âgées et très âgées, c'est à dire le segment de la population qui a les besoins de santé les plus importants, et la diminution du nombre de médecins généralistes, c'est à dire des professionnels de santé qui sont en première ligne pour répondre à ces besoins.

1.3 Mise en place du dispositif PAERPA

Dans ce contexte de vieillissement de la population, le programme PAERPA (Personnes Agées en Risque de Perte d'Autonomie) a été déployé en France depuis 2014 pour les personnes âgées de 75 ans et plus dont l'autonomie est susceptible de se dégrader pour des raisons d'ordre médical ou social (13). En effet, d'après la Sécurité Sociale et le Ministère de la Santé, parmi les personnes de 75 ans et plus, 85 % d'entre elles ont au moins une pathologie chronique, 29% souffrent d'une pathologie cardio-vasculaire, 800 000 sont atteintes de démence (22 000 nouveaux cas par an), une personne sur deux souffre d'au moins une ALD et 7 molécules différentes leur sont délivrées en moyenne au moins 3 fois par an.

Ceci conduit à plus d'hospitalisations et pendant plus longtemps. L'objectif de ce programme est de prévenir et de limiter leur perte d'autonomie (14).

Ce programme a pour but de fluidifier le parcours de santé des personnes âgées de 75 ans et plus. Il vise à analyser les besoins de la personne et des aidants pour construire des réponses appropriées. Ces réponses passent par le renforcement du maintien à domicile, l'amélioration de la coordination des intervenants, la sécurisation de la sortie de l'hôpital, l'évitement des hospitalisations inutiles et une meilleure utilisation des médicaments (13).

- Le renforcement du maintien à domicile passe par une coordination renforcée entre des professionnels de santé de 1^{er} recours en lien avec des professionnels sociaux si besoin dès lors que la situation le nécessite. Ainsi le MT et un ou plusieurs professionnels de santé forment autour de la personne âgée une coordination clinique de proximité (13,14).

- Pour améliorer la coordination des intervenants et des interventions, il a été créé un numéro téléphonique unique accessible aux personnes âgées et à leurs aidants ainsi qu'aux professionnels (notamment les libéraux). Cette plateforme d'information et d'orientation aide les professionnels à organiser au mieux les offres de services proposées par les différentes structures existantes sur le territoire à destination des personnes âgées (informations sur place en EHPAD, sur les aides sociales, orientation pour avis gériatrique...). Ceci facilite l'accès aux droits et aux aides pour les personnes âgées (13,14).

- Des dispositifs spécifiques ont été mis en place pour les personnes âgées qui sortent de l'hôpital : anticipation et préparation de la sortie, repérage de la perte d'autonomie, transition via un hébergement temporaire, mobilisation d'un service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) ou d'un service polyvalent d'aide et de soins à domicile (SPASAD), mise en place de SSIAD renforcés (passages plus fréquents en journée, interventions sur des amplitudes horaires ou durées élargies), transmission des informations au médecin traitant (13,15).

- Pour éviter les hospitalisations mal préparées ou les passages aux urgences inutiles, il a été mis à disposition, dans le cadre du PAERPA, un accès simplifié à des expertises gériatriques (téléconsultations, télé expertises) ou un numéro unique de gériatrie, des actions d'éducation thérapeutique, des moyens pour faciliter la circulation d'informations entre les professionnels (13,15). Ceci passe aussi par l'anticipation des potentielles hospitalisations en identifiant et luttant contre les facteurs de risques majeurs d'hospitalisation qui sont : médicaments,

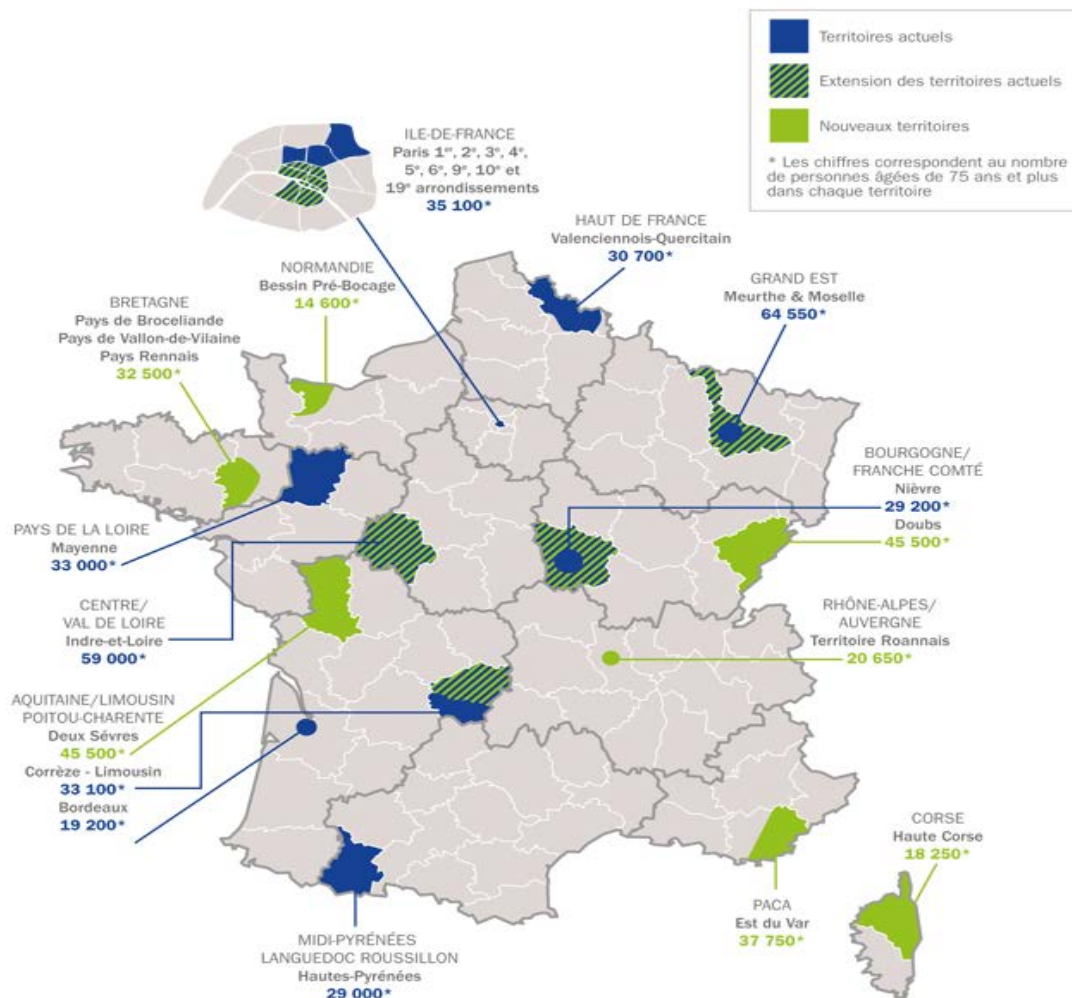
dénutrition, dépression (passage équipe mobile de psychiatrie du sujet âgé) et chute (évaluation à domicile par ergothérapeute), (14).

- La polymédication est fréquente chez les personnes âgées mais elle peut être inappropriée, comporter des risques et entraîner des effets indésirables. Aussi, il a été mis en œuvre des actions de lutte contre la iatrogénie médicamenteuse (révision des ordonnances notamment en sortie d'hospitalisation en lien avec le MT et le pharmacien d'officine), (14).

Ce programme PAERPA, initialement lancé en 2014 par la Direction de la Sécurité Sociale dans neuf territoires pilotes, a été étendu en 2016 à l'ensemble des régions françaises. A Paris, ce dispositif existe dans neuf arrondissements (carte territoire ci-après), mais le 13^{ème} arrondissement n'en fait pour l'instant pas partie (13).

Cf figure ci-après.

Les territoires PAERPA (Parcours des personnes âgées en risque de perte d'autonomie)



Un territoire dans chaque région - Près de 550 000 personnes âgées concernées.

L'ensemble des acteurs territoriaux sont mobilisés pour participer à ces dispositifs pilotes qui se mettront en place progressivement : conseils départementaux, professionnels de santé, établissements de santé et médico-sociaux, secteur social, assurance maladie, assurance vieillesse, etc.

1.4 Contexte du 13^{ème} arrondissement

1.4.1 Démographie de la population et des médecins généralistes du 13^{ème}

Le 13^{ème} arrondissement de Paris compte 183 966 habitants recensés en 2017 (16) pour une superficie de 741,6 hectares. Il est le cinquième arrondissement le plus peuplé de Paris. Les personnes âgées de 75 ans et plus représentent 8% de la population de l'arrondissement en 2014 soit une augmentation de 1% par rapport à 2009 (17).

D'après un rapport de l'Assurance Maladie on compte en 2015, 345 omnipraticiens dans le 13^{ème} arrondissement de Paris soit une densité de de 18,7 omnipraticiens pour 10 000 habitants (12). Mais, ce chiffre peut induire en erreur car il inclut les MG libéraux faisant partie de deux associations d'urgentistes (SOS médecin et Urgence Médicale de Paris), et les MG ayant un mode d'exercice particulier (MEP : homéopathie, acupuncture...), (12).

En 2013, selon l'étude DEMOMED (enquête menée auprès de l'ensemble des MG libéraux parisiens), 135 médecins généralistes exerçaient dans le 13^{ème} à titre libéral ce qui correspondait à une densité de 7,4 MG pour 10 000 habitants (exclusion des MEP et des urgentistes du 13^{ème}). Selon cette étude, les départs à la retraite prévus par les médecins libéraux du 13^{ème} dans un futur proche étaient de 13% à 2 ans et 30% dans 5 ans (18,19).

En 2016, ces résultats ont été affinés dans le cadre du travail de 2 thésards (20,21). Une enquête minutieuse a montré que 129 médecins exerçaient la médecine générale libérale dans le 13^{ème} au premier trimestre 2016, ce qui correspondait à une densité de 7 pour 10 000 habitants. Sur ces 129 médecins, 18 déclaraient un MEP correspondant à plus de 50% de leur activité totale. En rapportant les médecins généralistes « vrais » (qui ont été définis arbitrairement comme les « non MEP » ou les « MEP < 50% ») à la population du 13^{ème}, la densité de médecins généralistes était de 6 pour 10 000 habitants(20,21). Selon cette enquête, 29% des MG libéraux envisageaient une cessation d'activité à 5 ans et 8% une diminution. Seulement 19% pensaient augmenter leur activité (21,22).

1.4.2 Présentation du Pôle Santé 13

Le Pôle Santé 13 est une association de professionnels de santé en soins primaires du 13^{ème} arrondissement. Il comprend depuis 2011, 101 professionnels de santé, principalement des médecins généralistes, des infirmiers et des pharmaciens. Créé en 2011, il a été financé par l'ARS Ile-de-France dans le cadre du programme national « expérimentation de nouveaux modes de rémunération des professionnels libéraux » puis par l'Assurance Maladie dans le cadre de l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI), (22).

Le pôle s'est donné pour mission de faire évoluer l'offre de soins et l'organisation de soins primaires (23) afin d'améliorer la prise en charge des patients et le service rendu aux professionnels de santé.

Le Pôle se veut d'être un interlocuteur de référence et mène des actions en partenariat avec d'autres acteurs du sanitaire et social sur son territoire. Des collaborations ont été créées avec :

- des équipes du CH Pitié Salpêtrière (diabétologie, cardiologie, centre gratuit d'information et de dépistage) ;
- des réseaux de santé (réseau Paris Diabète, réseau Memorys) ;
- des services sociaux (CLIC-MAIA, Ateliers santé Ville, Service social polyvalent départemental) ;
- des centres de santé (Edison) et de vaccination (centre Bertheau) ;
- des associations (association santé mentale du 13^{ème}, Petits Frères des Pauvres, Générations 13), (23).

Le pôle se donne plusieurs objectifs.

- Améliorer la qualité des soins (VAD pour les patients dépendants et sans MT, ateliers d'éducation thérapeutique) et des conditions d'exercice (protocoles, staffs pluriprofessionnels, dossier patient informatisé, formations).
- Faire évoluer l'offre de soins primaires sur le territoire par la création de maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) dans les quartiers particulièrement déficitaires en MG : MSP Yersin (en activité depuis 2016), MSP Maryse Bastié (avril 2018) et MSP Lahire Jeanne d'Arc (janvier 2018), (23).
- Participer à des actions spécifiques pour les publics dont les problèmes de santé sont mal résolus (santé communautaire) : migrants en foyer, patients avec pathologies psychiatriques lourdes, personnes âgées dépendantes ou isolées (23,24).

Le pôle s'efforce d'analyser les besoins en soins primaires de la population et des professionnels pour dégager des priorités et mener des actions concrètes (23)

L'analyse des besoins de santé est complexe et nécessite de développer les enquêtes sur différentes cibles. Les personnes âgées de 75 ans et plus sont une de ces cibles.

1.4.3 L'association Générations 13 (G13)

Générations 13 est une association, dont la vocation est d'accompagner l'avancée en âge dans une perspective de promotion de la santé et des relations intergénérationnelles. Elle est gérée par des séniors qui sont bénévoles et qui veulent changer le regard sur "la vieillesse". Elle propose à ses adhérents des activités/ateliers, pour partager le besoin de mieux vivre en gérant les contraintes du vieillissement (24). Une des particularités de G13 est qu'elle propose des ateliers gratuits de Prévention-Santé animés par des professionnels, dans cette démarche de promotion de la santé et de mieux vivre avec son âge (atelier mémoire, équilibre et prévention des chutes, marche, activité physique), (25). Elle développe également des actions de prévention ciblée ouvertes aux non adhérents : groupes de parole pour les aidants, écoute et orientation par un médecin, conférences sur des thèmes d'actualité (26). Elle détient également le label « Défense des Droits des Usagers de la Santé » délivré par l'ARS (25).

1.5 Les besoins des personnes âgées

Il est complexe d'assurer la qualité des soins pour les personnes âgées en raison de la multiplicité des situations, du nombre de professionnels de santé et du secteur médico-social impliqué mais aussi à cause d'une compréhension insuffisante de leurs réels besoins vis-à-vis des soins de premiers recours. En France le niveau de connaissance sur les attentes et sur la qualité de prise en charge des personnes âgées demeure limité. Il n'a pas été retrouvé d'étude dans la littérature s'intéressant spécifiquement aux attentes des personnes âgées vis-à-vis des soins primaires. Une manière d'évaluer les attentes de la personne âgée repose sur la compréhension de son expérience du système de soins.

Une des rares études françaises a été menée en 2016 par l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. Elle s'est intéressée à la satisfaction des personnes âgées en termes de prise en charge médicale et de coordination des soins (26). Elle a permis de confirmer que des gestes de considération, des marques de politesse, une écoute attentive et des explications précises permettent d'améliorer la satisfaction et la qualité de la relation avec les professionnels (27). Le droit à l'information sur leur santé et leur traitement était revendiqué ainsi que la possibilité d'être impliqué dans les décisions les concernant.

Face au vieillissement de la population, à l'évolution des mentalités des personnes âgées, le système de santé essaie de s'adapter. Pour cela, il semble important de se mettre à l'écoute des personnes âgées pour connaître leurs besoins de santé. Quelles sont leurs attentes au sujet des visites à domicile ? Rencontrent-elles des difficultés pour se rendre au cabinet de leur MG ? Qu'attendent-elles réellement de leur MG ? Quelle est leur opinion sur les médicaments génériques ? Quelles sont les difficultés qu'elles rencontrent pour se soigner ?

1.6 Objectif de l'étude

L'objectif de notre travail est d'identifier les principales attentes exprimées par les personnes âgées du 13^{ème} vis-à-vis de l'organisation des soins et plus particulièrement des soins de premier recours.

Ce recueil vise à aider le Pôle de Santé Paris 13 pour orienter ses actions, améliorer l'offre de soins primaires dans l'arrondissement, lutter contre les inégalités sociales de santé.

2. MATERIEL ET METHODE

2.1 Type d'étude

Nous avons procédé à une étude quantitative transversale observationnelle par auto-questionnaire comprenant des questions ouvertes et fermées effectuée de mars 2017 à juin 2017 auprès des séniors de 75 ans et plus habitant le 13^{ème} arrondissement de Paris.

Le recueil de données a été mené conjointement avec Marion Douchet, interne en DES de médecine générale à Paris Descartes (l'objectif de son étude était d'analyser par une enquête qualitative les besoins de santé des séniors du 13^{ème} arrondissement).

2.2 Population de l'étude

La population était constituée de personnes âgées de 75 ans et plus habitant dans le 13^{ème} arrondissement de Paris.

Etaient exclus les sujets de moins de 75 ans, ceux dont les capacités de compréhension ou de communication étaient défaillantes (incapacité de répondre aux questionnaires) et ceux n'habitant pas le 13^{ème} arrondissement.

2.3 Recueil de données

2.3.1 Mode de recueil

L'enquête était basée sur un auto-questionnaire avec des questions ouvertes et des questions fermées.

Le questionnaire s'est appuyé sur les résultats préliminaires de l'enquête qualitative (thèse M. Douchet) et sur l'étude menée par l'IRDES.

Le questionnaire a été relu et modifié à plusieurs reprises sur conseils du directeur de thèse, du Dr Véronique VERGES-COUSIN (gériatre à la plateforme d'Autonomie Saint Jacques, Réseau Méemorys) et de Monsieur Christian Guérin (bénévole à G13)

Le questionnaire était strictement anonyme. Un préambule de quelques lignes expliquait aux personnes interrogées l'utilité de l'étude et garantissait l'anonymat des réponses.

Les questionnaires étaient donnés aux répondants, ils y répondaient pour la plupart seuls, certains sollicitaient notre attention ou notre aide pour y répondre.

2.3.2 Données recueillies

Le questionnaire cherchait à recueillir des informations sur :

- le profil socio-démographique des répondants ;
- leurs données de santé et de dépendance ;
- l'accessibilité et le type de pratique du MT de chacun ;
- les attentes des répondants vis-à-vis de leur médecin généraliste et du spécialiste vu le plus souvent, s'il y en avait un ;
- la satisfaction des séniors vis-à-vis de leur médecin généraliste, du spécialiste le plus souvent consulté et du pharmacien ;
- les attentes des répondants vis-à-vis de l'organisation des soins ;
- les éventuels obstacles rencontrés pour bien se soigner ;
- le renoncement aux soins ;
- les directives anticipées et la personne de confiance, les inquiétudes pour les années à venir.

Le questionnaire est joint en annexe 1.

2.4 Recrutement de la population / Diffusion du questionnaire

Dans un premier temps, nous avons diffusé des questionnaires lors du Printemps des Séniors le 30 mars 2017. Le Printemps des séniors est un forum d'information pour les séniors et leur entourage organisé par la Mairie du 13^{ème} en collaboration avec le CLIC Paris Emeraude Sud et les caisses de retraite complémentaire AGIRC-ARRCO. Ce forum se déroule sur une journée et propose des conférences, animations, activités, dépistages pour les séniors. Il permet de rencontrer plus de 80 professionnels et associations pour s'informer sur les questions autour du vieillissement. Ce forum est organisé en trois pôles thématiques : la retraite active, le bien être à domicile et l'information-prévention.

D'une part, le Pôle de Santé Paris 13 bénéficiait d'un stand qui proposait écoute, informations sur la santé dans le 13^{ème} et dépistage tensionnel. Ceci nous a permis de distribuer des questionnaires lors du passage des séniors au stand.

D'autre part, l'association Générations 13 qui, elle aussi, avait un stand, en a également diffusé, ce qui nous a été d'une grande aide.

Dans un second temps, dans le but d'atteindre d'autres séniors plus isolés et potentiellement en moins bonne santé, nous voulions poursuivre notre recrutement au sein des clubs et résidences pour séniors du 13^{ème} arrondissement. Nous avons sollicité le CASVP 13 et rencontré la directrice adjointe de la section du 13^{ème} arrondissement du CASVP, Madame Nassera NAVARRO. Cette rencontre nous a permis d'expliquer le but de notre étude, et d'obtenir son accord et son aide pour intervenir au sein des résidences et clubs.

Nous avons pris contact avec les différentes animatrices des clubs et résidences pour organiser notre passage. Une information préalable a été réalisée dans les clubs (affiche). Nous sommes intervenues dans 6 clubs / résidences pour la diffusion et le recueil des questionnaires.

- Le club de proximité Arago, qui se trouve au sein du foyer logement Résidence Arago 49 boulevard ARAGO.
- Le club 121 (club émeraude), 121 rue Jeanne d'Arc.
- Le club Jeanne d'Arc, qui se trouve au sein du foyer logement Résidence Jeanne d'Arc 63-65 rue Jeanne d'Arc.
- Le club des Reculettes qui se trouve au sein du foyer logement Résidence des Reculettes, 21-25 rue des Reculettes.

- Le club Charcot, qui se trouve au sein du foyer logement Résidence Charcot, 11 rue Charcot.
- Le foyer logement résidence Dunois, 29 rue Dunois.

2.5 Analyse

Les données ont été saisies sur Epi Info 7 puis exportées vers Excel pour nettoyage et réorganisation puis à nouveau vers Epi Info 7 pour analyse statistique.

L'analyse statistique a compris différentes parties.

- Une première partie purement descriptive : caractéristiques de la population, type de pratique du MT, attentes et satisfaction vis-à-vis du MG, des spécialistes, des pharmaciens et de l'organisation des soins, obstacles rencontrés pour se soigner, renoncement aux soins, directives anticipées et inquiétudes sur l'avenir. Les pourcentages ont été arrondis en chiffre entier, ce qui explique certains totaux à 101% ou 99%.
- Une seconde partie avec recherche d'association par tableaux croisés (test de Fischer) entre des facteurs d'exposition et les outcomes étudiés (analyse bivariée).

Deux groupes de facteurs d'exposition ont été retenus pour l'analyse bivariée.

- Les facteurs socio-démographiques : sexe, âge, niveau d'étude, être imposable ou pas, avoir une CMU ou pas, avoir une mutuelle ou pas.
- Les facteurs de santé et de dépendance : difficultés de déplacement, état de santé ressenti, vaccination grippe, être en ALD ou pas.

5 groupes d'outcomes ont été définis pour l'analyse bivariée.

- Les attentes et la satisfaction vis-à-vis du MG, des spécialistes des pharmaciens.
- Les attentes et la satisfaction vis-à-vis de l'organisation des soins.
- Les obstacles pour bien se soigner.
- Le renoncement aux soins.

- Les directives anticipées, la personne de confiance et les inquiétudes pour le futur.

Les réponses aux questions ouvertes ont été traitées par une analyse qualitative descriptive (27) et ont été utilisées pour éclairer les résultats quantitatifs.

Dans l'analyse, certaines variables qui comprenaient plusieurs modalités de réponse dans le questionnaire ont été transformées en variables dichotomiques pour améliorer la puissance statistique du Fischer. Cf tableau ci-dessous.

Modalités de réponse dans le questionnaire	Regroupement des modalités dans l'analyse
Extrêmement important Important Peu important Pas du tout important	Extrêmement important ou important Peu important ou pas du tout important
Très satisfait Plutôt satisfait Peu satisfait Pas du tout satisfait	Très satisfait ou plutôt satisfait Peu satisfait ou pas du tout satisfait
Très difficile Difficile Pas difficile Pas du tout difficile	Très difficile ou difficile Pas difficile ou pas du tout difficile
Age	De 75 à 82 ans Plus de 82 ans ^{\$}

Baccalauréat et plus Brevet Certificat d'étude Aucun	Baccalauréat et plus Brevet ou certificat d'étude ou aucun
Mauvaise santé Moyenne santé Bonne santé Très bonne santé	Mauvaise ou moyenne santé Bonne ou très bonne santé

[§]Ceci permettant de comparer la moitié la plus jeune à la moitié la plus vieille

Etaient exclues pour l'analyse bivariée les réponses de type « pas concerné », « je ne sais pas », « ça dépend », « je ne suis pas concerné », « j'essaie d'y penser le moins souvent ».

Nous avons renoncé à utiliser la PCS qui s'est avérée trop difficile à coder à partir des informations sur le dernier métier exercé, qui avaient été recueillies en texte libre.

Une analyse bivariée était considérée comme statistiquement significative quand « p » était inférieur à 0,05.

3.RESULTATS

3.1 Participation

Nous avons recueilli 155 questionnaires entre mars 2017 et juin 2017. Parmi ces derniers, 50 provenaient du Printemps des Séniors, 16 de la résidence Dunois, 22 du club Arago, 17 du club Charcot, 10 du club 121, 15 du club Jeanne d'Arc et 16 du club des Reculettes.

9 questionnaires ont été exclus pour les motifs suivants :

- Age inférieur à 75 ans (8 questionnaires)
- Age manquant (1 questionnaire)

Au total, 146 questionnaires ont été inclus dans l'enquête.

3.2 Analyse descriptive

3.2.1 Caractéristiques socio-démographiques des répondants

L'âge moyen de la population de notre étude était de 82,8 ans (ET = 5,6) pour une médiane à 82 ans. Il y avait 4 fois plus de femmes que d'hommes. Une minorité se sentait isolée (24%). 36 % avaient un baccalauréat et plus, et 59 % étaient imposables. Seulement 3 % bénéficiaient de la CMU.

Les caractéristiques socio-démographiques des répondants sont présentées dans le tableau 1.

Tableau 1: Caractéristiques socio-démographiques des répondants

<i>Variable</i>	<i>Modalités</i>	<i>N (miss)</i>	<i>n (%)</i>
Sexe	F	146 (0)	117 (80)
	H		29 (20)
Age	[75-80]	146 (0)	61 (42)
	[81-85]		37 (25)
	>85		48 (33)
Diplôme	Aucun	142 (4)	15 (11)
	Certificat		43 (30)
	Brevet		32 (23)
	Bac ou +		52 (37)
Isolement ^s	Oui	138 (8)	33 (24)
	Non		105 (76)
Mutuelle	Oui	145 (1)	138 (95)
	Non		7 (5)
CMU	Oui	142 (4)	4 (3)
	Non		138 (97)
Imposable	Oui	143 (3)	83 (58)
	Non		60 (42)

^s isolement ressenti par le sujet

3.2.2 Données de santé et de dépendance de la population

Moins de la moitié de l'échantillon se considérait en bonne (38%) ou très bonne (6%) santé.

Le nombre moyen de médicaments par jour était de 3,9 (ET= 3,09) pour une médiane à 4. Il y avait 53% des sujets en ALD. La population était, pour la plupart (68 %), vaccinée contre la grippe. Une très grande majorité avait affaire avec au moins un spécialiste (81%).

Concernant les données de dépendance, 42% rencontraient des difficultés pour se déplacer. 44% trouvaient difficile d'utiliser internet et le téléphone portable.

Le tableau 2 résume les principales données de santé et de dépendance de la population.

Tableau 2: Données de santé et de dépendance de la population.

<i>Variable</i>	<i>Modalités</i>	<i>N (miss)</i>	<i>n (%)</i>
Etat de santé ressenti	Très bonne	144 (2)	8 (6)
	Bonne		56 (38)
	Moyenne		68 (47)
	Mauvaise		12 (8)
Nb médicament /jr	0	129 (17)	8 (6)
]0-3		56 (43)
]3-6		44 (34)
	>6		21 (16)
ALD	Oui	142 (4)	75 (53)
	Non		67 (47)
Vaccination grippe	Oui	144 (2)	98 (68)
	Non		46 (32)
Nb de spécialistes	Aucun	140 (6)	25 (18)
	1		45 (32)
	2-4		65 (46)
	>4		5 (4)
Difficultés			
-de déplacement	Très difficile/Difficile	138 (8)	58 (42)
	Pas difficile/Pas du tout difficile		80 (58)
-tâches administratives	Très difficile/Difficile	135 (11)	32 (24)
	Pas difficile/Pas du tout difficile		103 (76)
-alimentation	Très difficile/Difficile	139 (7)	16 (12)
	Pas difficile/Pas du tout difficile		123 (88)
-pour éviter la solitude	Très difficile/Difficile	135 (11)	34 (25)
	Pas difficile/Pas du tout difficile		101 (75)
-assurer hygiène	Très difficile/Difficile	137 (9)	9 (7)
	Pas difficile/Pas du tout difficile		128 (93)
-entretien logement	Très difficile/Difficile	137(9)	50 (37)
	Pas difficile/Pas du tout difficile		87 (64)
-utilisation internet/tél. portable	Très difficile/Difficile	133 (13)	59 (44)
	Pas difficile/Pas du tout difficile		74 (56)

3.2.3 Accessibilité et type de pratique du médecin traitant (MT)

Quasiment la totalité de la population avait un MG régulier qui était en majorité leur médecin traitant (96%). Les répondants consultaient directement au cabinet de leur médecin traitant (94%) et principalement à une fréquence d'environ tous les 3 mois (57%) ou 1 à 2 fois par an (29%). Ils se rendaient au cabinet pour la plupart à pied (72%) avec un temps de trajet moyen de 17 minutes (ET=11,9).

Les principales caractéristiques des MT décrites par les répondants étaient :

- 48 % faisaient des VAD, 27% ne faisaient pas de VAD et 24% de la population ne savaient pas répondre. En excluant les réponses « je ne sais pas » concernant les VAD, 62% des MT faisaient des VAD ;
- ils exerçaient majoritairement en secteur 1 (75%), plutôt seuls (54%) et sur RDV (68%) ;
- 60,14 % d'entre eux étaient remplacés pendant les vacances ;
- lors des situations d'urgence : 85% des MT étaient joignables, et 35% d'entre eux ne pouvaient pas voir le patient le jour même.

Le tableau 3 résume les caractéristiques du MT de la population

Tableau 3: Caractéristiques du MT de la population.

<i>Variable</i>	<i>Modalités</i>	<i>N (miss)</i>	<i>n (%)</i>
MG régulier	Oui	144 (2)	141 (98)
	Non		3 (2)
Médecin Traitant (MT) [£]	Oui	140 (6)	134 (96)
	Non		5 (4)
	Ne sais pas		1 (1)
VAD par MT	Oui	143 (3)	68 (48)
	Non		41 (29)
	Ne sais pas		34 (24)
Secteur du MT	1	138 (8)	103 (75)
	2		28 (20)
	Ne sais pas		7 (5)

<i>Variable</i>	<i>Modalités</i>	<i>N (miss)</i>	<i>n (%)</i>
Mode d'exercice MT	Seul	141 (5)	76 (54)
	En groupe		51 (36)
	Centre de santé		14 (10)
MT sur/sans RDV	Sur RDV	142 (4)	97 (68)
	Sans RDV		6 (4)
	Les 2		39 (27)
MT remplacé pdt vacances	Oui	143 (3)	86 (60)
	Non		29 (20)
	Ne sais pas		28 (20)
Lieu de consult.	Au cabinet	140 (6)	132 (94)
	A domicile		8 (6)
Fréquence des consultations	Tous les 3 mois	142 (4)	81 (57)
	Tous les mois		11 (8)
	>1 fois/mois		5 (4)
	1 à 2 fois/an		41 (29)
	<1 fois/an		4 (3)
Moyen pour aller au cabinet	A pied	135 (11)	97 (72)
	Transports en commun		36 (27)
	En voiture		2 (1)
MT joignable en cas d'urgence	Oui	142 (4)	121 (85)
	Non		21 (15)
Possible d'être vu le jour même si urgence	Oui	125 (21)	73 (58)
	Non		44 (35)
	Je ne sais pas		8 (6)
Alternative si ne peut pas être vu en urgence	SOS médecin	74 (72)	26 (35)
	Urgences		17 (23)
	Autre médecin		14 (19)
	Appel du 15		14 (19)
	Autre		3 (4)

£ réponse à la question : « le médecin généraliste régulier que vous voyez est-il votre médecin traitant ? »

3.2.4 Les attentes vis-à-vis du médecin généraliste

3.2.4.1 Importance attachée à certains aspects de la pratique du MT

Tous les aspects de la pratique du MT évalués par le questionnaire étaient considérés comme importants. Le plus important étant de pouvoir être vu en cas d'urgence (94%), le moins important étant que le médecin généraliste soit à l'heure (61%).

Le tableau 4 détaille l'importance attachée à certains aspects de la pratique du MT.

Tableau 4: Importance attachée à certains aspects de la pratique du MT.

<i>Variable</i>	<i>Modalités</i>	<i>N (miss)</i>	<i>n (%)</i>
Etre à l'heure	Extrêmement important/Important	126 (20)	77 (61)
	Peu/Pas du tout important		49 (39)
Etre joignable	Extrêmement important/Important	125 (21)	116 (93)
	Peu/Pas du tout important		9 (7)
Exercer à proximité	Extrêmement important/Important	126 (20)	108 (86)
	Peu/Pas du tout important		18 (14)
Accès facile des locaux	Extrêmement important/Important	124 (22)	104 (84)
	Peu/Pas du tout important		20 (16)
Possibilité d'être vu en urgence	Extrêmement important/Important	128 (18)	120 (94)
	Peu/Pas du tout important		8 (6)
VAD	Extrêmement important/Important	128 (18)	110 (86)
	Peu/Pas du tout important		18 (14)
Se fait remplacer pdt vacances	Extrêmement important/Important	129 (17)	114 (88)
	Peu/Pas du tout important		15 (12)
Tarif sécurité sociale (23 €)	Extrêmement important/Important	128 (18)	107 (84)
	Peu/Pas du tout important		21 (16)

3.2.4.2 Importance attachée à certaines qualités du MT

Les répondants s'accordaient pour dire qu'il était important que le MT ait des qualités relationnelles (écoute, pouvoir poser des questions, avoir des explications). Ils trouvaient également que la communication entre les différents professionnels était importante (88,36%).

Une personne sur 3 ne comprenait pas l'intérêt d'avoir un médecin « chef d'orchestre ».

Le tableau 5 résume l'importance attachée à certaines qualités du MT.

Tableau 5: Importance attachée à certaines qualités du MT.

<i>Variable</i>	<i>Modalités</i>	<i>N (miss)</i>	<i>n (%)</i>
Ecoute	Extrêmement important/Important	138 (8)	137 (99)
	Peu/Pas du tout important		1 (1)
Explications Données	Extrêmement important/Important	137 (9)	136 (99)
	Peu/Pas du tout important		1 (1)
Possibilité de poser des questions	Extrêmement important/Important	136 (10)	135 (99)
	Peu/Pas du tout important		1 (1)
Communication entre professionnels [£]	Extrêmement important/Important	136 (10)	129 (95)
	Peu/Pas du tout important		7 (5)
Médecin chef d'orchestre [#]	Oui	138 (8)	89 (64)
	Non		27 (20)
	Ne sais pas		22 (16)

[£]sentir qu'il y a une bonne communication entre les différents professionnels de santé

[#]pensez-vous que le médecin doit être le chef d'orchestre de tous les soignants ?

3.2.5 La satisfaction vis-à-vis du MG

Les répondants étaient globalement satisfaits de leur médecin généraliste en termes de durée de consultation (90%), efficacité (96%), explications (92%), confrères correspondants (90%).

Parmi les répondants 46% trouvaient que leur médecin généraliste jouait le rôle de chef d'orchestre, 29 % ne savaient pas et 25 % ne trouvaient pas (cf. tableau 6).

Tableau 6: Résultats descriptifs de la satisfaction vis-à-vis de leur MG.

<i>Variable</i>	<i>Modalités</i>	<i>N (miss)</i>	<i>n (%)</i>
Durée Cs	Très Satisfait/Plutôt satisfait	143 (3)	128 (90)
	Peu satisfait/Pas du tout satisfait		15 (10)
Efficacité	Très Satisfait/Plutôt satisfait	138 (8)	132 (96)
	Peu satisfait/Pas du tout satisfait		6 (4)
Explications	Très Satisfait/Plutôt satisfait	141 (5)	130 (92)
	Peu satisfait/Pas du tout satisfait		11 (8)
Correspondants	Très Satisfait/Plutôt satisfait	120 (26)	108 (90)
	Peu satisfait/Pas du tout satisfait		12 (10)

3.2.6 Les attentes vis-à-vis du spécialiste

Les répondants accordaient en majorité de l'importance au fait que le médecin spécialiste soit à proximité du domicile (78%), au tarif de la sécurité sociale (85%) et d'avoir des délais de RDV rapides (92%).

Le tableau 7 représente les résultats descriptifs des attentes des répondants vis-à-vis des spécialistes.

Tableau 7: Attentes des répondants vis-à-vis des spécialistes.

<i>Variable</i>	<i>Modalités</i>	<i>N (miss)</i>	<i>n (%)</i>
Exercer à proximité	Extrêmement important/Important	124 (22)	97 (78)
	Peu/Pas du tout important		27 (22)
Tarif sécurité sociale (23 €)	Extrêmement important/Important	124 (22)	105 (85)
	Peu/Pas du tout important		19 (15)
Délai RDV rapide	Extrêmement important/Important	125 (21)	115 (92)
	Peu/Pas du tout important		10 (8)

3.2.7 Satisfaction vis-à-vis des spécialistes

Les répondants étaient dans l'ensemble satisfaits du médecin spécialiste le plus souvent consulté.

Le tableau 8 résume les résultats descriptifs de la satisfaction des répondants vis-à-vis de leur spécialiste le plus souvent consulté.

Tableau 8: Satisfaction des répondants vis-à-vis du spécialiste le plus souvent consulté.

<i>Variable</i>	<i>Modalités</i>	<i>N (miss)</i>	<i>n (%)</i>
Durée Cs	Très Satisfait/Plutôt satisfait	122 (24)	114 (93)
	Peu satisfait/Pas du tout satisfait		8 (7)
Efficacité	Très Satisfait/Plutôt satisfait	115 (31)	108 (94)
	Peu satisfait/Pas du tout satisfait		7 (6)
Explications	Très Satisfait/Plutôt satisfait	117 (29)	108 (92)
	Peu satisfait/Pas du tout satisfait		9 (8)

3.2.8 Satisfaction vis-à-vis des pharmaciens

Les répondants étaient en général satisfaits des conseils prodigués par le pharmacien (96%) et du respect de la confidentialité à la pharmacie (94%).

Tableau 9: Satisfaction envers les pharmaciens.

<i>Variable</i>	<i>Modalités</i>	<i>N (miss)</i>	<i>n (%)</i>
Conseils	Très Satisfait/Plutôt satisfait	138 (8)	132 (96)
	Peu satisfait/Pas du tout satisfait		6 (4)
Confidentialité	Très Satisfait/Plutôt satisfait	132 (14)	124 (94)
	Peu satisfait/Pas du tout satisfait		8 (6)

3.2.9 Attentes et Satisfaction vis-à-vis de l'organisation des soins

Il y avait 62 % des répondants qui étaient satisfaits de la communication entre les différents professionnels de santé. Après exclusion des réponses « je ne sais pas », 86% d'entre eux étaient satisfaits de cette communication. Certaines raisons invoquées au manque de satisfaction étaient :

- le manque de temps accordé par les médecins pour communiquer entre eux : « les médecins prennent moins de temps » ; « s'ils disposaient de plus de temps, ce serait mieux » ;
- le manque de transmission des données de l'hôpital : « peu de transmission de l'hôpital », « comptes-rendus jamais reçus » ;

Parmi les participants, 25 déclaraient avoir déjà été mal soignés ces dernières années. Parmi les raisons données, nous retrouvions :

- les délais d'attente : « longues attentes en salle d'attente », « délai d'attente aux urgences de l'hôpital » ;
- l'erreur ou le retard diagnostic : « « infection du pied traité comme une crise de goutte, chirurgie au décours », « problème d'œil opéré trop tard » ;
- le manque d'écoute, d'information, d'explications : « pas d'écoute », « pas d'explication, pas d'information », « peu de MG prennent en charge la globalité »
- des problèmes lors la mise en œuvre des soins : « Fond d'œil non réalisé car j'étais venu seul », « 3 prises de sang ratées », « lors d'une hospitalisation, manque d'hygiène », « oubli de retrait de perfusion » ;
- des problèmes chirurgicaux : « chirurgie du pied ratée avec handicap au décours » ;
- des soins inefficaces/inadaptés : « 48h de prise en charge pour une hémoptysie abondante » ;
- les dépassements d'honoraires ;

En termes de libre arbitre et décision, 43 % des répondants revendiquaient de décider seuls pour leur santé, 20% attendaient du MG de le faire et 14 % désiraient que la décision se fasse conjointement (MG + patient).

Tableau 10: Attentes et satisfaction vis-à-vis de l'organisation des soins.

<i>Variable</i>	<i>Modalités</i>	<i>N (miss)</i>	<i>n (%)</i>
Satisfaction communication [§]	Oui	133 (13)	83 (62)
	Non		14 (11)
	Ne sais pas		36 (27)
Qui décide [£]	Le patient	134 (12)	58 (43)
	Le MG		27 (20)
	Patient + MG		19 (14)
	Patient + Spé		9 (7)
	Autre [@]		21 (16)
Mal soigné [§]	Oui	130 (16)	33 (25)
	Non		97 (75)

[§] satisfaction de la communication entre les professionnels de santé

[£] s'il y a une décision importante à prendre, qui décide ? [@] autre : regroupe le reste des combinaisons possibles

[§] avez-vous déjà été mal soigné ces dernières années ?

3.2.10. Obstacles pour bien se soigner

3.2.10.1 Accès physique au cabinet médical

Nous observons que 15% des répondants déclaraient des difficultés d'accès au cabinet de leur MG.

Le tableau 11 ci-après représente les caractéristiques des difficultés rencontrées pour accéder au cabinet du MG

Tableau 11: Accès physique au cabinet médical.

<i>Variable</i>	<i>Modalités</i>	<i>N (miss)</i>	<i>n (%)</i>
Difficultés d'accès au cabinet du MG	Oui	136 (10)	20 (15)
	Non		116 (85)
Accès au cabinet du spé	Très Satisfait/Plutôt satisfait	50 (96)	48 (96)
	Peu satisfait/Pas du tout satisfait		2 (4)

3.2.10.2 Difficultés pour trouver un paramédical à domicile

Le tableau 12, montre que 11 % des répondants rencontraient des difficultés pour trouver une IDE à domicile. Pour la recherche de kiné à domicile la majorité des répondants n'était pas concernée par ce problème (55,38%). En excluant les réponses « pas concerné », 33% des répondants présentaient des difficultés pour trouver un kiné à domicile et 18% pour trouver une IDE à domicile.

Tableau 12: Difficultés pour trouver un paramédical à domicile.

<i>Variable</i>	<i>Modalités</i>	<i>N (miss)</i>	<i>n (%)</i>
IDE à domicile	Oui	133 (13)	15 (11)
	Non		69 (52)
	Pas concerné		49 (37)
Kiné à domicile	Oui	130 (16)	19 (15)
	Non		39 (30)
	Pas concerné		72 (55)

3.2.10.3 Obstacles pour prendre ses médicaments

Parmi les répondants, plus d'un quart trouvait qu'ils prenaient trop de médicaments et un quart rapportait des effets secondaires (cf. tableau 13). Un tiers des répondants était réticent aux génériques (position de principe négative vis-à-vis des génériques). Ils étaient 65% à accepter les génériques donnés par le pharmacien. En majorité, ils déclaraient n'oublier que rarement (29%) ou jamais (52%) leurs médicaments.

Tableau 13: Obstacles pour prendre ses médicaments

<i>Variable</i>	<i>Modalités</i>	<i>N (miss)</i>	<i>n (%)</i>
Trop de médicaments [§]	Oui	136 (10)	39 (29)
	Non		97 (71)
Effets secondaires [¶]	Oui	131 (17)	34 (26)
	Non		97 (74)
Réticence en général aux génériques [§]	Oui	140 (6)	47 (34)
	Non		65 (46)
	Ça dépend		28 (20)
Accepte générique [£]	Oui	137 (9)	89 (65)
	Non		21 (15)
	Ça dépend		27 (20)
Oublier des médicaments [@]	Jamais	137 (9)	71 (52)
	Rarement		40 (29)
	Parfois		25 (18)
	Souvent		1 (1)

[§] le répondant trouve qu'il prend trop de médicaments

[¶] le répondant se plaint d'effets indésirables en rapport avec les médicaments

[§] position générale vis-à-vis des génériques : êtes-vous en général réticent aux génériques : oui ou non ?

[£] le répondant accepte-t-il les génériques que le pharmacien lui donne ?

[@] le répondant oublie-t-il de prendre ses médicaments ?

Parmi ceux qui n'acceptaient pas les génériques donnés par le pharmacien, les principales raisons évoquées étaient :

- le manque de confiance dans la qualité du médicament, 45,76% des répondants (n=27) ;
- la peur de faire des erreurs de prise (pas les mêmes boîtes, les mêmes comprimés), 27,12% des répondants (n=16).

3.2.11 Renoncement aux soins

Le renoncement aux soins pour raisons financières apparaissait assez limité. Les 4 renoncements les plus fréquents étaient les soins/appareillages dentaires (25%), les lunettes (18%), les médicaments (18%) et les prothèses auditives (16%, cf. tableau 14). En excluant les réponses « pas concerné », les renoncements aux prothèses auditives et aux soins dentaires apparaissaient les plus fréquents (respectivement 26 % et 26%).

Tableau 14: Renoncement pour difficultés financières.

<i>Variable</i>	<i>Modalités</i>	<i>N (miss)</i>	<i>n (%)</i>
Médicament	Oui	131 (15)	22 (18)
	Non		101 (77)
	Pas concerné		8 (6)
Examen médical	Oui	131 (15)	18 (14)
	Non		106 (81)
	Pas concerné		7 (5)
Intervention chirurgicale	Oui	124 (22)	9 (7)
	Non		104 (83)
	Pas concerné		11 (9)
Soins/Appareillage dentaire	Oui	133 (13)	33 (25)
	Non		92 (69)
	Pas concerné		8 (6)
Lunettes	Oui	132 (14)	24 (18)
	Non		102 (77)
	Pas concerné		6 (5)
Prothèse auditive	Oui	121 (25)	19 (16)
	Non		54 (45)
	Pas concerné		48 (40)
Fournitures ^s	Oui	115 (31)	5 (4)
	Non		52 (45)
	Pas concerné		58 (50)

^sprotections, garnitures, etc.

3.2.12 Inquiétudes sur le futur, directives anticipées et personne de confiance

Le tableau 15 présente les résultats concernant les connaissances des directives anticipées et de la personne de confiance ainsi que les potentielles inquiétudes pour le futur. Nous observons que plus de la moitié des sujets interrogés ne connaissait pas l'existence des directives anticipées (59%). En revanche, 68% des répondants connaissaient l'existence de la personne de confiance. Parmi ces derniers, 55 % avaient désigné une personne de confiance.

A propos du futur 38% avouaient avoir des inquiétudes.

Tableau 15: Prévoir l'avenir.

<i>Variable</i>	<i>Modalités</i>	<i>N (miss)</i>	<i>n (%)</i>
Directives anticipées C [§]	Oui	122 (24)	50 (41)
	Non		72 (59)
Directives anticipées R [‡]	Oui	55 (91)	31 (56)
	Non		24 (44)
Personne Confiance C [@]	Oui	128 (18)	87 (68)
	Non		41 (32)
Personne Confiance D [‡]	Oui	88 (58)	48 (55)
	Non		40 (45)
Inquiétudes pour le futur	Oui	141 (5)	54 (38)
	Non		28 (20)
	N'y pense pas		59 (42)

[§] connaissance du répondant de l'existence des directives anticipées

[‡] rédaction des directives anticipées parmi les répondants qui connaissent les directives anticipées

[@] connaissance de l'existence de la personne de confiance

[‡] répondants ayant désigné leur personne de confiance

A la question sur les inquiétudes pour les années à venir, 64 répondants ont exprimé par écrit des inquiétudes alors que 54 avaient répondu OUI à la question. Les principales inquiétudes retrouvées gravitaient autour :

- de la perte d'autonomie, de la dépendance et ses conséquences : « perte d'autonomie, moyens mis en place et leurs coûts », « peur des maisons de retraite », « prix

exorbitants des maisons de retraite », « peur du handicap », « impossibilité de rester au domicile » ;

- de la perte de mémoire et de la dégradation des facultés intellectuelles : « peur de perdre la tête », « avoir la maladie d'Alzheimer » ;
- de la maladie somatique, des déficiences sensorielles, de la souffrance et de la mort : « être paralysé », « peur d'une fin de vie douloureuse », « devenir incontinente », « perte de l'équilibre et de l'audition » ;
- de la solitude et l'isolement : « mourir seule dans mon studio », « malaise seul à la maison », « pas d'entourage » ;
- de la gestion de la relation avec les autres et les proches : « en cas de décès, peur que le conjoint ne puisse se débrouiller seul », « mes enfants seront-ils à l'écoute de mes choix ? », « peur de la malveillance des autres », « ne pouvoir se fier à personne » ;
- de la gestion de la vie quotidienne : « difficultés à pouvoir se déplacer », « difficultés à utiliser la technologie informatique », « difficultés à rédiger les problèmes de succession », « difficultés pour les démarches administratives, internet, l'entretien du logement, les courses » ;

3.2.13 Principaux problèmes rencontrés dans le 13^{ème} arrondissement

En fin de questionnaire une question portait sur les principaux problèmes rencontrés dans le 13^{ème} arrondissement pour se soigner. 57 personnes ont donné leur avis sur la question. Les principaux problèmes évoqués étaient :

- le problème des visites à domicile : « que les médecins généralistes ne se déplacent plus à domicile » ;
- la difficulté de trouver un médecin généraliste : « raréfaction des médecins généralistes », « non remplacement des médecins généralistes partant en retraite », « médecins qui ne prennent pas de nouveaux patients », « trouver un nouveau médecin proche de moi » ;
- les longs délais de RDV ;

- se déplacer dans l'arrondissement : « utiliser les transports, accès à certaines stations de métro difficiles » ;
- se rendre à ses RDV médicaux : « manque d'un accompagnateur pour aller aux RDV »
- les dépassements d'honoraires et le coût des soins : « diminution des secteurs 1 », « recours aux taxis trop chers » ;
- le manque de structure d'information et d'écoute pour les seniors : « café/communication organisé par la mairie pour poser des questions et inquiétudes », « manque de dispensaire réservé pour les personnes âgées », « permanence d'écoute pour répondre à des questions sur la santé ».

3.3 Analyse bivariée

Les résultats de l'analyse bivariée sont présentés dans le tableau 16.

En ligne sont indiqués les facteurs d'exposition et en colonne les « résultats » (attentes, difficultés ressenties, satisfaction). Les valeurs de p n'ont été rapportées que pour les associations statistiquement significatives au test de Fischer. Le sens de l'association est exprimé par les modalités « + » ou « - ». Le facteur qui est mis en tête de ligne est associé soit positivement (modalités « + ») soit négativement (modalités « - ») avec le résultat en colonne.

Par exemple, les personnes âgées de plus de 82 ans accordaient plus d'importance au fait que le MG fasse des VAD que les personnes âgées de moins de 82 ans. Ou encore, les répondants ayant leur bac et plus étaient moins satisfaits des explications données par le spécialiste que les répondants moins diplômés.

Lorsqu'un facteur d'exposition n'était associé à aucun résultat il n'a pas été présenté dans le tableau : c'est le cas pour la CMUc, la vaccination grippale, la mutuelle et les ALD.

Il a été retrouvé plusieurs associations statistiquement significatives.

Un âge inférieur à 82 ans, était associé à de mauvaises expériences de soins.

Les plus de 82 ans étaient plus demandeurs de VAD.

Les répondants en moyenne/mauvaise santé :

- accordaient plus d'importance au fait que le MG soit proche du domicile et ait des locaux faciles d'accès ;
- rencontraient plus de difficultés pour accéder au cabinet du MG ;
- étaient plus demandeurs de VAD ;
- étaient plus réticents aux génériques, considéraient qu'ils prenaient trop de médicaments et qu'ils présentaient plus d'effets secondaires que les personnes en bonne santé ;
- avaient plus d'inquiétudes pour le futur ;
- avaient déjà rencontré de mauvaises expériences de soins.

Les répondants isolés :

- rencontraient plus de difficultés pour accéder au cabinet du MG et pour trouver un kiné à domicile que ceux non isolés ;
- avaient plus d'inquiétudes pour le futur ;
- étaient plus nombreux à avoir rencontré de mauvaises expériences de soins ;
- connaissaient moins le concept de personne de confiance.

Les répondants présentant des difficultés de déplacement rencontraient plus de difficultés pour accéder au cabinet du MG et étaient plus demandeurs de VAD. Ils avaient également eu plus de mauvaises expériences de soins.

	Importance ponctualité du MG	Importance VAD fait par MG	Locaux du MG facile d'accès	Doit exercer à proximité		Satisfaction explications du Spé	Mauvaise expérience de soins	Satisfaction communication ^u	Le MG exerce son rôle de chef d'orchestre	Inquiétudes pour le futur
				MG	Spé					
Femme vs Homme										
Âge > 82 ans vs ≤ 82 ans	+ (p=0,003)	+ (p=0,040)					- (p=0,002)			
≥ Bac et plus vs < Bac						- (p=0,027)			- (p=0,023)	
Isolé vs non isolé							+ (p=0,002)			+ (p=0,002)
Imposable vs Non Imposable	- (p=0,014)									+ (p=0,031)
Moyenne/mauvaise santé vs bonne/très bonne santé		+ (p=0,019)	+ (p=0,027)	+ p=0,039	+ (p=0,047)		+ (p=0,044)	- (p=0,037)		+ (p=0,008)
Difficultés de déplacement vs Pas de difficultés de déplacement		+ (p=0,019)					+ (p=0,037)			

Tableau 16: Résultats de l'analyse bivariée.

^u satisfaction de la communication entre les différents professionnels de santé

	Difficultés d'accès au cabinet du MG	Difficultés pour trouver un kiné à domicile	Réticence aux génériques	Prend trop de médicaments	Effets secondaires médicaments	Renoncement aux soins dentaires	Renoncement aux lunettes	Connaissait directives anticipées	Connaissait personne de confiance
Femme vs Homme			+ (p=0,020)						
Âge > 82 ans vs ≤ 82 ans						- (p=0,044)			
≥ Bac et plus vs < Bac								+	(p=0,014)
Isolé vs non isolé	+ (p=0,016)	+ (p=0,009)		+ (p=0,0002)					- (p=0,0017)
Imposable vs Non Imposable								+	(p=0,034)
Moyenne/mauvaise santé vs bonne/très bonne santé	+ (p=0,0008)		+ (p=0,011)	+ (p=0,0002)	+ (p=0,000006)	+ (p=0,0008)	+ (p=0,041)	- (p=0,0041)	
Difficultés de déplacement vs Pas de difficultés de déplacement	+ (p=0,0008)			+ (p=0,0006)	+ (p=0,0006)				

Tableau 17: Résultats de l'analyse bivariée.

4. DISCUSSION

4.1 Rappel des principaux résultats de l'étude

Cette étude observationnelle a porté sur une population âgée en moyenne de 82 ans, de majorité largement féminine, présentant pour les deux tiers des pathologies chroniques. Les répondants étaient autonomes dans les actes de la vie quotidienne bien que 42% d'entre eux déclaraient rencontrer des difficultés pour se déplacer et utiliser internet. La moitié avait recours à deux spécialistes, ils consultaient en majorité leur MT au cabinet et s'y rendaient à pied.

Les MT des répondants exerçaient pour plus de la moitié seuls, sur RDV, 48% effectuaient des VAD. Ils étaient pour 60% remplacés pendant les vacances et pour 85% joignables en cas d'urgence. Dans 1 cas sur 3, ils ne pouvaient pas voir leur patient le jour même en cas d'urgence.

Les répondants attendaient que leur MG puisse les voir en cas d'urgence (94%), qu'il soit joignable par téléphone (93%), remplacé pendant les vacances (88%), qu'il exerce à proximité du domicile (86%), qu'il fasse des VAD (86%) et qu'il exerce en secteur 1 (84%). Ceci dans le but d'assurer la continuité des soins. Les qualités relationnelles étaient également attendues (écoute, explications, communication avec ses correspondants). Ils voulaient que leurs spécialistes soient proches du domicile, au tarif de la sécurité sociale et qu'ils aient des délais de RDV rapides.

Les répondants déclaraient être satisfaits de leur MG, du spécialiste le plus souvent consulté, de leur pharmacien et de la communication entre les professionnels de santé (83%). Un quart considérait avoir été mal soigné ces dernières années.

Un tiers des répondants ne comprenait pas l'intérêt d'avoir un médecin « chef d'orchestre » ce qui peut traduire une méconnaissance de l'intérêt et de l'utilité de la coordination des soins.

Très peu de répondants rencontraient des difficultés pour se rendre au cabinet du MG, et trouver un kiné ou une IDE à domicile. Concernant les médicaments, 1 sur 4 trouvait qu'il prenait trop de médicaments et se plaignait d'effets secondaires. Près d'un tiers était réticent au principe des génériques.

Le renoncement à certains soins pour des raisons financières était faible sauf pour les soins dentaires ; un quart des répondants renonçait à ces soins pour raisons financières.

On constate une connaissance limitée des directives anticipées (moins de la moitié des répondants). En revanche, le concept de personne de confiance était plus connu (68%).

Un peu plus d'un tiers déclarait avoir des inquiétudes pour le futur. Les principales inquiétudes étaient centrées sur la perte de l'autonomie, les difficultés futures dans la gestion de la vie quotidienne, l'impossibilité de rester au domicile, la perte de mémoire, la douleur et la souffrance physique.

Les problèmes rencontrés pour se soigner dans l'arrondissement concernaient les difficultés pour se déplacer pour se rendre aux RDV médicaux, le manque d'un accompagnant, les longs délais de RDV. La principale difficulté rencontrée était de trouver un médecin généraliste à proximité du domicile et ayant des compétences dans le domaine gériatrique.

En analyse bivariée, l'isolement, un état de santé moyen ou mauvais et des difficultés de déplacement étaient associés à des mauvaises expériences de soins.

Les personnes de plus de 82 ans, celles en moyenne/mauvaise santé et celles ayant des difficultés de déplacement accordaient plus d'importance au fait que le MG fasse des VAD.

Les répondants en moyenne ou mauvaise santé attachaient plus d'importance au fait que les locaux soient faciles d'accès, et que le MG et le spécialiste exercent à proximité du domicile.

Une moyenne ou mauvaise santé influait sur le sentiment de prendre trop de médicaments, d'avoir des effets secondaires liés aux médicaments et sur la réticence globale aux génériques.

4.2 Comment interpréter ces résultats ?

Le profil des MT décrit par les répondants de notre étude était différent de celui décrit dans une thèse décrivant les MG du 13^{ème} et leurs besoins, qui avait inclus plus de la moitié des MG en exercice dans l'arrondissement. En effet dans notre étude, plus de la moitié des MG exerçait seuls alors que dans cette thèse les deux tiers des MG exerçaient en cabinet de groupe (20). Nos répondants semblent avoir des MG d'exercice plus traditionnel dans un environnement où les jeunes médecins aspirent à se regrouper (cabinet de groupe, maison de

santé pluri-professionnelle, centre de santé). Ce résultat va dans le sens d'un fait établi : les personnes âgées vieillissent avec leur médecin traitant (28).

Notre population est constituée de répondants relativement autonomes avec des pathologies chroniques, ce qui devrait inciter les médecins du territoire à renforcer les mesures de prévention, promouvoir l'éducation thérapeutique, l'activité physique régulière et une bonne alimentation.

D'une part, il est reconnu que la pratique de l'activité physique aide à retarder ou à ralentir certains processus délétères liés au vieillissement (29,30). Elle contribue au maintien de la masse musculaire favorisant le maintien de la mobilité, la préservation de l'équilibre et la diminution du risque de chute. En France, une politique de santé publique spécifique aux personnes âgées a été mise en place en 2003 à travers le plan national « Bien Vieillir ». Ce plan, fondé sur une approche globale du vieillissement est articulé autour de plusieurs autres plans dont la promotion d'une alimentation saine et d'une pratique régulière d'activité physique (31), tout ceci dans le but de préserver une autonomie fonctionnelle le plus longtemps possible.

D'autre part, l'éducation thérapeutique du sujet âgé permet d'acquérir des compétences pour mieux gérer sa (ses) maladie(s) et ses traitements quotidiens(32). Elle a montré des résultats sur les soins ou le recours aux soins dans la prévention des chutes des sujets à risque, la réduction du risque iatrogène pour les sujets poly médiqués, le traitement de la dépression (33).

Les sujets âgés demandent un MG capable d'assurer la continuité des soins (proposer des créneaux d'urgence, se déplacer à domicile, être joignable, remplacé). Une rupture de la continuité des soins peut avoir comme conséquence des erreurs médicales ou des hospitalisations inappropriées (34). Dans notre étude, une fois sur trois le MT ne pouvait pas voir le répondant en urgence. Ces résultats sont concordants avec les résultats de la thèse s'intéressant aux MG du 13^{ème} arrondissement (20) : dans cette étude, les MG étaient régulièrement amenés à refuser des consultations. La continuité des soins permet d'assurer le

suivi dans la durée des problèmes de santé d'un patient sans rompre la chaîne des soins et en s'assurant du transfert des données entre les professionnels (35). La continuité des soins est une caractéristique fondamentale de la médecine générale, elle fait même partie de la définition de la médecine générale-médecine de famille donnée par la WONCA (organisation mondiale de la médecine générale) en 2002 : la médecine générale « a la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux, selon les besoins du patient. Elle utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée » (36). C'est aussi un devoir du médecin généraliste comme le rappelle le code de déontologie : « quelles que soient les circonstances, tout médecin doit veiller à ce que la continuité des soins soit assurée » (37).

Dans notre étude, nous constatons une forte demande concernant les VAD et celle-ci s'accroît chez les sujets les plus âgés, alors que parallèlement le nombre de médecins effectuant des visites à domicile ne cesse de décroître depuis une quinzaine d'années. Dans les années 2000, les MG réalisaient 77 millions de visites par an alors qu'actuellement, ils n'en réalisent plus que 23,3 millions selon les derniers chiffres communiqués par l'Assurance Maladie (38,39).

La question de la proximité du MG est essentielle, les personnes âgées veulent des MG de proximité d'autant plus qu'ils se déplacent le plus souvent à pied. Et ceci même pour les spécialistes qui sont consultés logiquement moins souvent. En effet, selon une étude de la DRESS (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) les personnes âgées de 70 ans et plus recourent plus souvent aux professionnels de premier recours les plus proches de chez eux, ce qui diminue leur temps de trajet par rapport aux adultes plus jeunes (40). Elles recourent davantage aux soins de proximité tels que médecins généralistes libéraux, infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes libéraux : à partir de 70 ans, les recours sont deux fois plus fréquents au médecin généraliste, trois fois plus fréquents au masseur-kinésithérapeute et jusqu'à treize fois plus fréquents à l'infirmier (40).

Notre population accorde de l'importance aux qualités relationnelles du MG (écoute, attention, informations, explications), ceci est également retrouvé dans l'étude de l'IRDES

portant sur la satisfaction des personnes âgées : une écoute attentive, des explications précises, une information claire, une implication dans les décisions sont des attentes revendiquées par les personnes âgées (26).

La coordination des soins est une notion encore mal comprise par les répondants, un tiers ne comprenait pas l'intérêt d'un médecin « chef d'orchestre » alors que plus de la moitié était suivie par au moins deux spécialistes. Est-ce par méconnaissance de l'intérêt de la coordination des soins ou par volonté de garder le contrôle et la gestion de leur santé ? Une étude de la WONCA Europe s'est intéressée à l'opinion des patients sur la coordination des soins. Il en est ressorti que le patient ne veut pas se sentir dépossédé de son libre choix dans les décisions concernant sa santé. Il souhaite être pris au sérieux, ne pas attendre et percevoir une véritable continuité entre le médecin de première ligne (MG) et ceux de deuxième ligne (spécialistes, hôpital), (41). Ce résultat a des conséquences particulières dans la prise en charge des personnes âgées, et incite le médecin à prendre en compte l'avis et le désir de la personne âgée, tout en restant vigilant et à l'écoute de ses inquiétudes et de sa demande d'être considérée en tant que « personne âgée » donc potentiellement plus fragile. Il doit à la fois laisser la personne âgée garder le contrôle sur sa santé autant qu'elle le peut, et être prêt à réagir en cas de dégradation fonctionnelle, cognitive ou somatique. Ceci va dans le sens des travaux sociologiques sur la perception du vieillissement par les personnes âgées. Ils pointent en effet une position ambivalente des personnes âgées vis-à-vis de leur vieillesse (42). Elles rejettent la représentation de la vieillesse « ingrate, subie et redoutée », synonyme de dégradation, de dépendance, et revendiquent une « vieillesse épanouie » incarnée par le senior actif, dynamique, désireux de garder son libre arbitre (43,44). Mais, ils souhaitent également que soit prise en compte leur fragilité en rapport avec leur âge.

Les personnes âgées du 13^{ème} arrondissement de Paris sont globalement satisfaites de leurs soignants et de l'organisation des soins. Ces résultats sont à interpréter avec réserve, pour au moins deux raisons : les résultats des enquêtes de satisfaction vis à vis des soins de ville sont le plus souvent très positifs (45,46) ; notre questionnaire formulait des questions générales (exemple : « êtes-vous satisfait de l'information apportée par votre médecin traitant ? »), qui obtiennent un niveau de satisfaction des patients, et surtout des personnes âgées, plus élevé

que les questions précises (ex : « êtes-vous satisfait des informations apportées par votre médecin traitant au sujet de votre traitement ? »), (47).

Certains séniors rencontrent des difficultés dans l'utilisation d'internet et des téléphones portables. Ceci peut rendre plus difficile l'accès aux soins, la prise de rendez-vous, la communication dans notre ère numérique. Cette fracture numérique touche principalement les personnes âgées qui sont équipées et connectées mais qui rencontrent des difficultés dans l'usage de ces technologies (48). Pour lutter contre cette « seconde fracture numérique », certaines associations, dont G13, proposent des ateliers d'initiation.

L'isolement, un état de santé mauvais ou moyen, des difficultés de déplacements rendent l'accès aux soins et le suivi médical plus difficile, et sont associés à plus d'attentes et à plus de mauvaises expériences de soins.

4.3 Limites de l'étude

Notre étude présente des points faibles qui limitent la validité des résultats.

- Dans le recrutement nous n'avons pas pu inclure des personnes âgées très isolées, ou en très mauvaise santé qui sont probablement confinées au domicile par incapacité de se déplacer. Pour les inclure il aurait fallu directement se rendre à leur domicile pour leur remettre un questionnaire ; et il aurait fallu qu'elles soient en état de le renseigner. Pourtant ces personnes représentent une source d'information précieuse avec potentiellement plus de besoins. Certes, nous avons eu la possibilité d'inclure, via des clubs du CASVP, des séniors vivant en foyer logement, mais nous ne savons pas en quelle proportion.
- Nous n'avons pas interrogé de séniors hospitalisés pour problème aigu, ce qui aurait permis d'obtenir d'autres informations.
- Dans notre population nous avons très peu de répondants bénéficiant de la CMUc, population ayant des conditions de vie plus précaires et ayant potentiellement plus de besoins.

- Il aurait également été intéressant de consacrer une partie du questionnaire à l'opinion des aidants principaux, mais ceci paraissait techniquement trop compliqué. Dans l'étude de Marion Douchet (49) un focus group s'est déroulé en présence des personnes âgées accompagnées par des bénévoles des Petits Frères de Pauvres.
- Une autre limite de notre travail est que les données qualitatives sont essentiellement des commentaires brefs des répondants en complément des réponses aux questions fermées. Ils n'ont pas été recueillis dans des entretiens. L'étude qualitative menée par Marion Douchet a permis de recueillir des informations plus fines (49).
- Enfin, la taille de l'échantillon n'a pas permis de faire une analyse multivariée.

4.4 Points forts de l'étude

Notre étude présente également des points forts.

- Le questionnaire a été construit en s'appuyant sur les premiers résultats de l'étude qualitative (49). Il a été soumis à des bénévoles de l'association G13 et au Dr VERGES COUSIN, gériatre. Ceux-ci ont proposé des ajouts ou des modifications de certaines questions, ce qui nous a permis d'améliorer le questionnaire.
- L'étude a été menée dans la « vraie vie » dans un territoire, en venant questionner les répondants dans leur environnement de vie (clubs des foyers logements où les résidents déjeunent et où des seniors de l'extérieur viennent faire des activités manuelles) ou à l'occasion d'un forum d'information, le Printemps des Séniors.
- Les enquêtes sur les attentes des séniors vis-à-vis de leurs soins en ville sont rares en France. Dans notre recherche bibliographique nous n'avons trouvé que des études portant sur la satisfaction.
- Une particularité de ce travail est de s'inscrire dans une approche combinant méthode quantitative et méthode qualitative (49). Les résultats des deux approches se sont avérés cohérents et complémentaires. Ils concordent avec les hypothèses de bon sens que tout médecin peut faire sur la qualité des soins aux personnes âgées.

5. CONCLUSION

Le système de santé français est confronté à des défis qu'il se doit de relever. Il doit faire face à une baisse de la démographie médicale et parallèlement à une augmentation du nombre de personnes âgées à soigner.

Notre étude a fait ressortir les principales attentes des personnes âgées. Elles demandent, en plus de la disponibilité et des qualités relationnelles, un MG proche de leur domicile avec des locaux faciles d'accès, se déplaçant si besoin à domicile, joignable et remplacé pendant les vacances. Ils sont dans l'ensemble satisfaits des soins dans le 13^{ème} arrondissement, ce qui devrait encourager les médecins généralistes de l'arrondissement à poursuivre leurs efforts et à mobiliser les ressources appropriées. Il semble indispensable de rester vigilant et d'identifier précocement les facteurs susceptibles de rendre le suivi et l'accès aux soins plus difficiles : l'isolement, la perception d'un mauvais état de santé et les difficultés de déplacement. Ceci dans le but d'anticiper et de prévenir des situations qui pourraient conduire à la perte d'autonomie et à des hospitalisations.

Pour faciliter le suivi des personnes âgées il faudrait étudier la faisabilité de la mise en œuvre de différents moyens.

- Le médecin généraliste pourrait instituer une évaluation systématique périodique de ses patients âgés, par exemple au-delà de 75 ans, pour identifier les facteurs de fragilité modifiables. Il pourrait saisir les résultats de cette évaluation d'une manière standardisée dans le dossier informatique (50).
- Il pourrait également être envisagé d'organiser un suivi conjoint de toute personne âgée fragile par un binôme MG – infirmier, à domicile ou en consultation. Partager la prise charge avec l'infirmier libérerait du « temps médical » et donnerait plus de disponibilité au MG pour prendre en charge de nouveaux patients âgés, y compris en visite.
- Pour un MG, être responsable du suivi d'un nombre important de personnes âgées sur un territoire expose forcément à des demandes de visites urgentes, qu'il n'est pas facile d'intégrer dans la pratique quotidienne. Dans une approche territoriale on pourrait envisager des astreintes journalières de médecins généralistes du quartier se relayant pour assurer les visites à domicile urgentes des collègues. L'existence d'un

dossier médical de synthèse accessible sur une plateforme telle que Terrisanté (51) renforcerait ce dispositif de continuité des soins.

- L'isolement semble être un problème majeur, avec des conséquences fortes sur les attentes des personnes concernées. On pourrait développer le rôle des animatrices sociales pour accompagner les patients les plus isolés et les plus dépendants aux RDV médicaux. Les associations comme G13 ont probablement un rôle majeur à jouer pour lutter contre l'isolement et surtout pour le prévenir.

En repensant l'organisation des soins de premier recours, en renforçant le maillage des acteurs sur le territoire, il sera possible de mieux répondre aux attentes légitimes des personnes âgées.

ANNEXE. Questionnaire destiné à la population de l'étude



Enquête

La santé et les soins après 75 ans dans le 13^{ème} arrondissement

Madame, Monsieur,

En participant à cette enquête, vous nous aiderez à mieux comprendre les besoins de santé des séniors et à améliorer, si nécessaire, l'organisation des soins dans notre arrondissement.

Répondre va vous demander une dizaine de minutes. **Attention, il y a des questions au recto et au verso du questionnaire.**

Votre réponse sera strictement anonyme.

Merci de votre aide !

Anne-Marie GUERIN (Générations 13)

Dr Hector FALCOFF (Pôle santé Paris 13) *

* le Pôle Santé Paris 13 est une association de professionnels de santé du 13^{ème} arrondissement

A PROPOS DU MEDECIN GENERALISTE

Avez-vous un médecin généraliste régulier ? Oui Non

Si non, pouvez-vous dire pourquoi ?

Si oui, est-il votre médecin traitant ? Oui Non Je ne sais pas

Le médecin généraliste fait-il des visites à domicile si vous ne pouvez pas vous déplacer ?

Oui Non Je ne sais pas

Il exerce... En secteur 1 (23€ la consultation)

En secteur 2 (honoraires libres)

Je ne sais pas

Il exerce... Seul En cabinet de groupe En centre de santé En maison de santé

Il exerce... Sur rendez-vous Sans rendez-vous Les 2

En général vous le voyez : à son cabinet à votre domicile

En moyenne, à quelle fréquence consultez-vous votre médecin généraliste ?

Moins d'une fois par an 1 à 2 fois par an

Tous les 3 mois Tous les mois

Plusieurs fois par mois

Le plus souvent, vous allez à son cabinet :

A pieds

En transport en commun

En voiture

Temps nécessaire pour vous rendre à son cabinet (en minutes) :

Avez-vous des difficultés pour accéder à son cabinet (escalier difficile, porte lourde, passage trop étroit, etc...) ? : Oui Non

Lorsqu'il est absent, est-il remplacé ? Oui Non Je ne sais pas

Pouvez-vous le joindre au téléphone si nécessaire ? Oui Non

Pouvez-vous le voir le jour même en cas d'urgence ? Oui Non

• **Si non, comment faites-vous en cas d'urgence ?**

- Vous allez aux urgences de l'hôpital
- Vous contactez le 15
- Vous appelez SOS médecin
- Vous voyez un autre médecin du cabinet
- Autre (précisez) _____

Pour vous, à quel point est-ce important que votre médecin généraliste :

(Mettre une croix dans la case correspondant à votre choix)

	Extrêmement important	Important	Peu important	Pas du tout important
Soit à l'heure ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soit joignable par téléphone ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soit proche de chez vous ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ait des locaux faciles d'accès (ascenseur,...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Puisse vous recevoir rapidement en cas d'urgence ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fasse des visites à domicile ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soit remplacé quand il est absent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soit au tarif de la sécurité sociale (23 euros) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En général, lorsque vous êtes malade, à quel point est-ce important pour vous :

(Mettre une croix dans la case correspondant à votre choix)

	Extrêmement important	Important	Peu important	Pas du tout important
De vous sentir écouté ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D'avoir des explications compréhensibles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D'avoir le temps de poser des questions ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De sentir qu'il y a une bonne communication entre les professionnels de santé (généraliste, spécialistes, pharmacien, infirmière, kiné, etc) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Concernant votre médecin généraliste, êtes-vous satisfait :

(Mettre une croix dans la case correspondant à votre choix)

	Très satisfait	Plutôt satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait
De la durée de la consultation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De son efficacité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De ses explications ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des correspondants auxquels il vous adresse (spécialistes, infirmiers, kinésithérapeutes, radiologues,...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A PROPOS DES MÉDECINS SPÉCIALISTES

Par combien de médecins spécialistes êtes-vous suivi régulièrement (au moins une fois par an) ? Aucun Un entre 2 et 4 Plus de 4

De quelles spécialités s'agit-il ?

Concernant le ou les spécialistes, à quel point est-ce important pour vous :

(Mettre une croix dans la case correspondant à votre choix)

	Extrêmement important	Important	Peu important	Pas du tout important
Qu'ils soient proches de chez vous ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qu'ils soient au tarif de la sécurité sociale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Que les délais de rendez-vous soient rapides ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Concernant le médecin spécialiste que vous voyez le plus souvent, êtes-vous satisfait :

(Mettre une croix dans la case correspondant à votre choix)

	Très satisfait	Plutôt satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait
De la facilité d'accès à son cabinet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la durée de la consultation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De son efficacité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De ses explications ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A PROPOS DE L'ORGANISATION DES SOINS

Etes-vous satisfait de la communication entre vos différents professionnels de santé ?

- Oui Non Je ne sais pas

Si vous avez répondu « Non » pourriez-vous dire pourquoi ?

Pensez-vous que le médecin généraliste doit être le « chef d'orchestre » de tous vos soignants ?

- Oui Non Je ne sais pas

Votre médecin généraliste joue-t-il ce rôle ?

- Oui Non Je ne sais pas

S'il y a une décision importante à prendre concernant votre santé, qui décide ?

- Vous Votre entourage Votre médecin généraliste
 Un médecin spécialiste Autre (précisez) _____

Avez-vous déjà eu des difficultés pour trouver

- a) Une infirmière à domicile ? Oui Non Pas concerné
b) Un kinésithérapeute à domicile ? Oui Non Pas concerné

Avez-vous déjà été mal soigné ces dernières années ?

- Oui Non

Si Oui, pourriez-vous expliquer ce qui s'est passé ?

A PROPOS DES PHARMACIENS, DES MEDICAMENTS ET DU COÛT DES SOINS

Concernant votre pharmacien, êtes-vous satisfait :

(Mettre une croix dans la case correspondant à votre choix)

	Très satisfait	Plutôt satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait
De ses conseils ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la confidentialité à la pharmacie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Concernant vos médicaments,

- a) Trouvez-vous que vous en prenez trop ? Oui Non
- b) Provoquent-ils des effets indésirables ? Oui Non
- c) Vous arrive-t-il de les oublier ?
- Jamais Rarement Parfois Souvent

Concernant les médicaments génériques,

- a) Êtes-vous réticent ? Oui Non Ça dépend
- b) Si votre pharmacien vous en donne, les acceptez-vous ?
- Oui Non Ça dépend
- c) Si vous ne les acceptez pas, c'est parce-que :
- Vous n'avez pas confiance dans la qualité du médicament
 - Ça change tout le temps et vous risquez de vous tromper
 - Autre raison (préciser laquelle) :

Dans le passé avez-vous déjà renoncé pour des raisons financières à
(Mettre une croix dans la case correspondant à votre choix) :

	Oui	Non	Je ne suis pas concerné(e)
Un médicament ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un examen médical ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Une intervention chirurgicale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des soins dentaires ou un appareillage dentaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des lunettes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Une prothèse auditive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des fournitures (protections, etc) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A PROPOS DU VIEILLISSEMENT

Aujourd'hui, pour vous, à quel point est-ce difficile de :

(Mettre une croix dans la case correspondant à votre choix)

	Très difficile	Difficile	Pas difficile	Pas du tout difficile
Vous déplacer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous occuper de vos papiers et vos démarches administratives ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous alimenter ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eviter la solitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assurer l'hygiène corporelle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assurer l'entretien du logement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utiliser Internet ou le téléphone portable pour communiquer avec les médecins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Savez-vous ce que sont les directives anticipées ?

Oui

Non

Si oui, avez-vous rédigé ces directives ?

Oui

Non

Savez-vous ce qu'est la personne de confiance ?

Oui

Non

Si oui, en avez-vous désigné une ?

Oui

Non

Avez-vous des inquiétudes par rapport aux années à venir ?

Oui

Non

J'essaie d'y penser le moins possible

Si oui : qu'est-ce qui vous inquiète le plus ?

QUELQUES INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

Si certaines questions vous dérangent vous pouvez bien sûr ne pas y répondre.

Mais rappelez-vous que ce questionnaire est strictement anonyme.

Vous êtes : Une femme Un homme

Quelle est **votre année de naissance** ?

Plus haut diplôme obtenu :

Aucun Certificat d'étude Brevet Baccalauréat ou plus

Quelle a été **votre dernière profession** ? (*La renseigner de manière précise*) :

Vous sentez-vous **isolé** ? Oui Non

En règle générale, diriez-vous que **votre santé** est :

Mauvaise Moyenne Bonne Très bonne

Combien de médicaments différents par jour prenez-vous ?

Avez- vous fait **le vaccin contre la grippe** cet hiver ? Oui Non

Avez- vous **une prise en charge à 100%** ? Oui Non

Avez- vous **une mutuelle** ? Oui Non

Avez- vous **la CMU** ? Oui Non

Etes-vous **imposable** ? Oui Non

Quel est selon vous le principal problème rencontré par les personnes âgées pour se soigner dans le 13^e arrondissement ?

MERCI INFINIMENT DU TEMPS QUE VOUS NOUS AVEZ ACCORDÉ

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) 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.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) 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 déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Le vieillissement de la population et ses enjeux - L'Observatoire des Territoires [Internet]. [cité 23 avr 2018]. Disponible sur: <http://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/observatoire-des-territoires/fr/le-vieillissement-de-la-population-et-ses-enjeux#La%20prise%20en%20charge%20des%20personnes%20%C3%A2g%C3%A9es,%20un%20enjeu%20pour%20l'E2%80%99avenir>
2. Dumont G-F. Vieillissement de la population de la France : les trois causes de son accentuation. *Popul Avenir*. 9 mars 2017;(732):17 -9.
3. Population par groupe d'âges [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. [cité 27 mars 2018]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/structure-population/population-ages/>
4. Population par âge – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. [cité 23 avr 2018]. Disponible sur: <https://insee.fr/fr/statistiques/3303333?sommaire=3353488#consulter>
5. Projections de population à l'horizon 2070 - Insee Première - 1619 [Internet]. [cité 23 avr 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2496228>
6. HCAAM. Assurance maladie et perte d'autonomie, contribution du HCAAM au débat sur la dépendance des personnes âgées [Internet]. 2011 juin [cité 23 avr 2018] p. 186. Disponible sur: http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/hcaam_rapport_assurance_maladie_perte_autonomie.pdf
7. La santé aux grands âges [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. [cité 27 mars 2018]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/publications/cahiers/la-sante-aux-grands-ages/#tabs-2>
8. Conseil National de l'Ordre des Médecins, sous la direction du Dr Jean Michel MOURGUES. Atlas de démographie médicale 2017 [Internet]. 2017 [cité 27 mars 2018]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2017.pdf
9. ATLAS DE LA DEMOGRAPHIE MEDICALE 2016. :326.
10. Atlas de la démographie médicale 2015 | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cité 23 avr 2018]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1607>
11. Démographie Médicale Parisienne | CONSEIL DEPARTEMENTAL DE LA VILLE DE PARIS DE L'ORDRE DES MEDECINS [Internet]. [cité 27 mars 2018]. Disponible sur: <http://www.conseil75.ordre.medecin.fr/content/d%C3%A9mographie-m%C3%A9dicale-parisienne>
12. Assurance Maladie. Demographie_Medicale.pdf [Internet]. 2015 janv [cité 22 mai 2018]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Demographie_Medicale.pdf
13. Le dispositif Paerpa [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2017 [cité 24 avr 2018]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/le-parcours-sante-des-aines-paerpa/article/le-dispositif-paerpa>
14. Les objectifs PAERPA | www.paerpa-paris.fr [Internet]. [cité 24 avr 2018]. Disponible sur: <https://www.paerpa-paris.fr/paerpa/les-objectifs-paerpa>

15. Nos Actions | www.paerpa-paris.fr [Internet]. [cité 24 avr 2018]. Disponible sur: <https://www.paerpa-paris.fr/nos-actions>
16. Insee. Recensement de la population 2017. 2016.
17. Dossier complet – Commune de Paris 13e Arrondissement (75113) | Insee [Internet]. [cité 24 avr 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=COM-75113>
18. Wendling G. Evaluation de l'offre de soins primaires dans le 13ème arrondissement et évolution à 2 et 5 ans: DEMOMED13, une enquête déclarative [Thèse d'exercice]. [France]: Université Pierre et Marie Curie (Paris). UFR de médecine Pierre et Marie Curie; 2015.
19. DEMOMED75. Unité REMES [Internet]. [cité 28 avr 2018]. Disponible sur: https://docs.wixstatic.com/ugd/e71811_b5ad859ad90147f9af9d753f72f55b0a.pdf
20. Castelbajac ODR de M. Besoins des médecins généralistes du 13ème arrondissement de paris concernant leur organisation professionnelle et la gestion de leur activité médicale. 29 sept 2016;86.
21. cohen P. Needs Of Liberal General Practitioners Of 13th District Of Paris On The Care Offer And Medical Cooperation [Internet] [Theses]. Université Paris Descartes; 2017 [cité 3 mai 2018]. Disponible sur: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01568173>
22. ow-lab. Qui sommes-nous ? | Présentation [Internet]. Pôle santé Paris 13. [cité 27 mars 2018]. Disponible sur: <http://polesante13.fr/>
23. Pôle Santé Paris 13 et Cpm de Paris : ensemble contre les inégalités sociales de santé [Internet]. santé pratique Paris. 2016 [cité 25 avr 2018]. Disponible sur: <https://sante-pratique-paris.fr/a-savoir/prevention-a-savoir/cpm-de-paris-et-pole-sante-paris-13-ensemble-contre-les-inegalites-sociales-de-sante/>
24. Générations 13 [Internet]. [cité 1 mai 2018]. Disponible sur: <http://generations13.org/qui-sommes-nous.html>
25. Activités [Internet]. [cité 1 mai 2018]. Disponible sur: <http://generations13.org/activites.html>
26. Guillaume S, Or Z. La satisfaction des personnes âgées en termes de prise en charge médicale et de coordination des soins : une approche qualitative exploratoire. 2016;6.
27. Neergaard MA, Olesen F, Andersen RS, Sondergaard J. Qualitative description – the poor cousin of health research? BMC Med Res Methodol. 16 juill 2009;9:52.
28. DRESS. L'exercice ambulatoire des professionnels de santé [Internet]. 2016 [cité 15 mai 2018]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche4-4.pdf>
29. Inserm, coll. Activité physique: contexte et effets sur la santé. Synthèse et recommandations. [Internet]. 2008. Disponible sur: www.inserm.fr/mediatheque/infr-grand-public/fichiers/thematiques/sante-publique/expertises-collectives/synthese-activite-physique
30. Blain H, Vuillemain A, Blain A, Jeandel C. Les effets préventifs de l'activité physique chez les personnes âgées: médecine préventive chez les personnes âgées. 2000;29(22):1240 -8.
31. Beck F, Léon C, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (France). Les comportements de santé des 55-85 ans: analyses du baromètre santé 2010. Saint-Denis, France: Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES); 2014.

32. Legrain S, Bonnet-Zamponi D, Saint-Gaudens P. Éducation thérapeutique des personnes âgées polypathologiques : quelle approche ? :5.
33. Haute Autorité de Santé - Plan Personnalisé de Santé et Education Thérapeutique du Patient pour les personnes âgées à risque de perte d'autonomie (PAERPA) - La HAS publie des documents et outils pratiques [Internet]. [cité 24 mai 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1743068/fr/plan-personnalise-de-sante-et-education-therapeutique-du-patient-pour-les-personnes-agees-a-risque-de-perte-d-autonomie-paerpa-la-has-publie-des-documents-et-outils-pratiques
34. P.Schaller, J-M Gaspoz. Continuité, coordination, intégration des soins: entre théorie et pratique. Rev Med Suisse. 24 sept 2008;5.
35. Société Française de Médecine Générale. La continuité des soins [Internet]. 2013 [cité 13 mai 2018]. Disponible sur: http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/807/fichier_fiche5_continuite_des_soins766c1.pdf
36. Allen DJ, Heyrman PJ. La définition européenne de la médecin générale et médecin de famille selon la Wonca Europe. 2002;52.
37. Article 47 - Continuité des soins | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cité 13 mai 2018]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-47-continuite-des-soins-271>
38. [Appel à témoignages] Visites à domicile : qu'est-ce qui coince ? [Internet]. Le Généraliste. [cité 15 mai 2018]. Disponible sur: https://www.legeneraliste.fr/medecins-generalistes-a-vous-la-parole/article/2018/04/16/appel-a-temoignages-visites-a-domicile-quest-ce-qui-coince-_314469
39. Données de cadrage : Démographie et activité des professions de santé : Les visites - IRDES [Internet]. [cité 15 mai 2018]. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/DemographieProfSante/Visites.htm>
40. COLLIN C, EVAIN F, MIKOL F, MINODIER C. Un accès géographique aux soins comparable entre les personnes âgées et les autres adultes. :4.
41. Berendsen A, De Jong M. Continuité et coordination des soins: les expériences et préférences des patients à propos des spécialistes. Etude qualitative. 2009;585 -95 (85) :2.
42. BourdESSoL H, PIn S. Préférences et attentes des personnes âgées en matière d'information sur la santé et la prévention. 2009;6.
43. Hummel C. Images de la vieillesse, représentation de l'altérité. [Mémoire d'étude supérieur en sociologie]. [Université de Genève]; 1995.
44. Caradec V. Sociologie de la vieillesse et du vieillissement. 1ère édition. Paris: Nathan; 2001.
45. Webb Y, Clifford PI, Graham P. A simple method of evaluating patient's treatment and care. 1999;
46. Ampélas J-F. Les enquêtes de satisfaction des patients et de leurs proches vis -à- vis des soins
psychiatriques : revue de la littérature. Inf Psychia
47. Owens D.J., Bachelor C. Satisfaction and the elerderly. 1996;42(11):1483 -91.

48. Charmarkeh H. Les personnes âgées et la fracture numérique de « second degré » : l'apport de la perspective critique en communication. Rev Fr Sci L'information Commun [Internet]. 1 janv 2015 [cité 15 mai 2018];(6). Disponible sur: <http://journals.openedition.org/rfsic/1294>
49. Douchet Marion. Les attentes des personnes âgées du 13ème arrondissement en termes de prise en charge médicale et de coordination des soins: un approche qualitative. Paris Descartes; 2018.
50. Laurianne Michelland. Elaboration d'un outil informatisé pour le repérage et l'évaluation en ville de la personne âgée fragile de plus de 75 ans. Paris Descartes; 2016.
51. TERR-eSANTÉ (Territoires de soins numériques) [Internet]. [cité 2 juin 2018]. Disponible sur: <http://www.iledefrance.ars.sante.fr/terr-esante-territoires-de-soins-numeriques>

RESUME

Contexte. Le vieillissement grandissant de la population française confronte les médecins à des demandes de patients de plus en plus âgés, ce qui nécessite de revoir l'organisation des soins primaires.

Objectif. L'objectif était d'identifier les attentes des personnes âgées du 13^{ème} vis-à-vis de l'organisation des soins, plus particulièrement ceux de premier recours.

Méthode. Nous avons mené une étude quantitative transversale observationnelle par auto-questionnaire comprenant des questions ouvertes et fermées. Le questionnaire a été élaboré à partir des résultats préliminaires de l'enquête qualitative, puis, soumis à des bénévoles de l'association G13 et à un gériatre qui ont proposé des ajouts/modifications de questions.

Résultats. Le recueil de données a été effectué de mars à juin 2017. 146 personnes âgées ont été incluses. La population était de majorité féminine, l'âge moyen était de 82 ans et deux tiers présentait des pathologies chroniques. Les médecins traitants (MT) des répondants exerçaient seuls pour la moitié des cas et 48% effectuaient des visites à domicile (VAD). Une fois sur trois, ils ne pouvaient pas voir le patient le jour même en cas d'urgence. Les attentes les plus souvent exprimées étaient d'avoir un MT joignable, remplacé pendant les vacances, effectuant des VAD, proche du domicile, en secteur 1. Les répondants attendaient un médecin à l'écoute, donnant des explications et prenant le temps de communiquer avec ses confrères. Un tiers des répondants ne comprenait pas l'intérêt d'avoir un « médecin chef d'orchestre ». L'isolement, un état de santé moyen/mauvais et des difficultés de déplacements apparaissaient être des facteurs associés à plus d'attentes et pouvant compliquer le suivi médical et l'accès aux soins.

Conclusion. La réorganisation territoriale des soins primaires permettrait d'avoir plus de temps à consacrer aux personnes âgées, notamment aux plus isolées. Plusieurs pistes pourraient être étudiées pour renforcer le maillage des acteurs du territoire : médecins d'astreinte pour les VAD urgentes, suivi conjoint par un binôme infirmier-médecin.

Mots clés : personnes âgées, attentes, soins primaires, coordination, visite à domicile.